



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**FACTORES QUE DETERMINAN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES  
HEMATOONCOLÓGICOS**

**T E S I S**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
**MAESTRA EN ENFERMERÍA**  
(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA)

PRESENTA:  
MARÍA DEL ROSARIO CABALLERO TINOCO

TUTOR PRINCIPAL  
MAESTRA MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL  
ENEO-UNAM

México D.F., abril, 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **RESUMEN**

**ANTECEDENTES:** La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones”, de las cuales los factores relacionados con el paciente solo son un determinante. La creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento. Las cinco dimensiones que afectan la adherencia terapéutica son: factores socioeconómicos, factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente. Sin embargo, parece necesario reflexionar que por tratarse de un fenómeno multidimensional, las intervenciones deben dirigirse a todos los involucrados, vale decir, pacientes, prestadores de salud y sistemas de salud.

**OBJETIVO:** Identificar los factores que determinan la adherencia terapéutica en pacientes hematooncológicos.

**MÉTODO:** Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, transversal, correlacional, prolectivo, la muestra estuvo conformada por pacientes hematooncológicos que se encontraban hospitalizados en un periodo de julio a noviembre de 2011, en un Instituto de tercer nivel de salud donde se atienden pacientes a partir de los 15 años de edad; en el estudio participaron 235 pacientes. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Se utilizó un instrumento expofeso para la

investigación, el cuál contiene 33 ítems divididos en cuatro dimensiones las cuales corresponden a los factores que influyen en la adherencia terapéutica, el instrumento tiene una escala de evaluación tipo Likert compuesta por cuatro opciones: 1 Nunca, 2 Casi nunca, 3 Casi siempre y 4 Siempre. Para el análisis de datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 17.0, para las variables cuantitativas se calculó el promedio y desviación estándar como medidas descriptivas y para las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y porcentajes. Para la comparación entre grupos se realizó estadística inferencial, prueba de t de student de correlación y de comparación. Se consideró que existe significancia estadística cuando p sea menor o igual a 0.05

**RESULTADOS.** Los pacientes hematooncológicos tienen una tasa de incumplimiento del 35% al tratamiento médico, esto se traduce en un cumplimiento regular en su tratamiento. Donde la adherencia terapéutica se ve afectada por los factores relacionados: con el paciente, con el ambiente, con el medicamento y con la relación médico-enfermera-paciente. El factor que marca la diferencia y que influyen directamente en el porcentaje de adherencia que se tenga por el tratamiento es la dimensión que tiene que ver con el personal de salud que atiende al paciente: 3.08, medianamente adherido por los factores de esta dimensión.  $t=338.566$ , prob. =.0001

Además en búsqueda de otras diferencias significativas relacionadas con las variables intervinientes, se hizo uso de t de student y ANOVA, no detectándose ninguna diferencia que se encontrara relacionada con la edad, sexo, estado civil,

escolaridad, lugar de residencia, situación laboral, la presencia de complicaciones o el uso de terapias alternativas (prob.  $>.05$ )

**CONCLUSIÓN:** La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran trascendencia para la práctica clínica y debe ser abordado tanto desde el punto de vista preventivo como de intervención una vez que se detecta el problema. Es decir, que ante cualquier intervención y como norma general, se debe de crear un ambiente adecuado donde participe el paciente, cuidador primario y profesional de la salud, para poder integrar una intervención donde todos estén involucrados en la misma, tener en cuenta que dicha intervención no se puede generalizar para todos los pacientes, esta debe de ser individualizada a cada persona de acuerdo a la necesidad que presente en ese momento. Donde el profesional de enfermería se debe de convertir en elemento clave para mantener el estado de salud de los pacientes hematooncológicos, convirtiéndose en una herramienta fundamental en la adherencia terapéutica.

## **DEDICATORIA**

Primeramente a Dios por ser mi guía espiritual que me conduce siempre por el camino del bien y el éxito.

A mis padres y hermanas por su comprensión y ayuda por enseñarme a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia, mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor sin pedir nunca nada a cambio.

A mi esposo Rogelio por brindarme su amor, compartirme sus conocimientos, por su comprensión, por alentarme siempre a seguir superándome, pero sobre todo por su inmensa paciencia: has sido pieza clave para la culminación de esta etapa profesional. Gracias.

A mis hijas Yaretzi y Karla, mis dos grandes tesoros, quienes con sus sonrisas y alegrías me demuestran que cada día vale la pena vivir, recordándome el gran compromiso que tengo con ellas para seguir avanzando para darles lo mejor. Gracias por existir en mi vida.

A mis suegros por su amor y apoyo incondicional, para lograr mis metas profesionales. Gracias por cuidar a mis hijas como si fueran tuyas.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Maestra Martha Lilia Bernal Becerril, por haber aceptado ser mi tutora de tesis, por ayudarme y apoyarme a la largo de este trabajo, por orientarme en todo momento en la realización de este proyecto que enmarca el último escalón de la maestría. Por su eterna paciencia, mil gracias.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi máxima casa de estudios.

A mis profesores por compartir conmigo todos sus conocimientos y ofrecerme la oportunidad de prepararme profesionalmente.

## ÍNDICE

Dedicatorias

Agradecimientos

<b>1.INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
2.1 Cáncer	6
2.1.1 Enfermedades Hematológicas	10
2.1.2. Diagnóstico de las enfermedades Hematológicas	14
2.1.3 Tratamiento de las enfermedades Hematológicas	14
2.1.4 Papel de la enfermera con pacientes Hematológicos	16
2.2 Adherencia Terapéutica	17
2.2.1 Medición de la Adherencia Terapéutica	23
2.2.2 Importancia de estudiar la Adherencia Terapéutica	26
2.2.3 Factores que determinan la no Adherencia Terapéutica	28
2.2.4 Cinco dimensiones que influyen sobre la Adherencia Terapéutica	30
2.2.4.1 Factores socioeconómicos	30
2.2.4.2 Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria	35
2.2.4.3 Factores relacionados con la enfermedad	38
2.2.4.4 Factores relacionados con el tratamiento	38
2.2.4.5 Factores relacionados con el paciente	40
2.2.5 Función del personal de enfermería para mejorar la Adherencia	45
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>48</b>
<b>4. HIPÓTESIS</b>	<b>51</b>



<b>5. OBJETIVO GENERAL</b>	52
<b>6. MATERIAL Y MÉTODO</b>	53
6.1 Tipo de estudio	53
6.2 Población de estudio	53
6.3 Criterios de inclusión	53
6.4 Criterios de exclusión	53
6.5 Criterios de eliminación	54
<b>6.6 Variables de estudio</b>	55
6.7 Operacionalización de variables	55
6.8 Instrumento	57
6.9 Análisis estadístico	61
<b>7. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>	62
<b>8. RESULTADOS</b>	65
<b>9. DISCUSIÓN</b>	81
<b>10. CONCLUSIÓN</b>	96
<b>11. PERSPECTIVAS</b>	101
<b>12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	104
<b>13. ANEXOS</b>	112
ANEXO “A” Instrumento “Factores que determinan la adherencia terapéutica en pacientes Hematooncológicos	112
ANEXO “B” Consentimiento informado	116
ANEXO “C” Trípticos	117

## INDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1: Características sociodemográficas de los pacientes hematooncológicos	66
Cuadro No. 2: Características sociodemográficas de los pacientes hematooncológicos	67
Cuadro No. 3: Características sociodemográficas de los pacientes hematooncológicos	68
Cuadro No. 4: Seguridad social y uso de medicina alternativa	72
Cuadro No. 5: Dimensiones relacionadas con la adherencia	78

## INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No. 1: Diagnóstico motivo de ingreso	69
Gráfica No. 2: Presencia de enfermedad crónico-degenerativa agregada	70
Gráfica No. 3: Complicación presente durante la enfermedad y/o tratamiento	71
Gráfica No. 4: Factores relacionados con los pacientes	74
Gráfica No. 5: Factores relacionados con el medio ambiente	75
Gráfica No. 6: Factores relacionados con el médico-enfermera-paciente	76
Gráfica No. 7: Factores relacionados con el medicamento	77

## 1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas se han convertido en un problema alarmante para la humanidad por la alta incidencia y prevalencia que presentan. Los padecimientos crónicos requieren de tratamientos de larga duración o a largo plazo para su adecuada evolución y control, así lo manifestó la Organización Mundial para la Salud, (OMS) en 2004. Estos deben ser mantenidos de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente. En una búsqueda constante de procedimientos y estrategias que contribuyan al control de las condiciones crónicas, el hecho de que la persona cumpla o no con las prescripciones médicas es de gran importancia.

Desde la época de Hipócrates, considerado el padre de la medicina, observo que los pacientes a menudo mentían cuando decían haber tomado sus medicinas; desde entonces muchos profesionales han dejado testimonio sobre esta y otras conductas relacionadas con la adherencia terapéutica.

Es a partir de 1970, que estudiar la adherencia terapéutica adquiere mayor interés empírico, donde numerosos estudios 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:

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

Durante los últimos decenios se han observado varias fases en el desarrollo de los enfoques encaminados a lograr que los pacientes sigan el tratamiento de las enfermedades crónicas durante períodos largos. Al principio, se pensó que el paciente era la causa del —problema de cumplimiento”, posteriormente, se abordó también la función del personal asistencial. En la actualidad, se reconoce que se requiere un enfoque de sistemas. Lo anterior hace necesario que los profesionales de la salud adopten estrategias destinadas a prevenir o disminuir la falta de adherencia terapéutica.

La idea del cumplimiento también se asocia estrechamente con la ayuda del personal sanitario o de los pacientes, es decir el concepto de la adherencia terapéutica es una mejor manera de captar los cambios dinámicos y complejos necesarios de muchos actores durante períodos prolongados para mantener la salud óptima de las personas con enfermedades crónicas, tal es el caso de los

pacientes hematooncológicos, que necesitan cambiar su estilo de vida para llevar a cabo todas las estrategias terapéuticas, para mejorar su salud.

El diagnóstico de cáncer supone, para los pacientes afectados y sus familiares, una ruptura brusca con la vida cotidiana hasta ese momento. Esta ruptura presenta aspectos comunes a todos los pacientes, y diferencias o matices en función del tipo del tumor, la edad y la gravedad de la enfermedad.

El cáncer se vive como una amenaza, y con ello aparece la especulación constante con la idea de la muerte cercana. Es de suma importancia el papel activo que tiene el paciente en el proceso de ejecución de las indicaciones dadas por su médico, así como la aprobación y participación del mismo en el proceso de instauración de las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud en el momento de la atención médica, donde se considera que los resultados de una comunicación interactiva, de colaboración y acuerdo entre ambos, debe conducir a lograr mejores niveles de adherencia terapéutica.

Las dificultades en la adherencia terapéutica se refieren no sólo al consumo de medicamentos, sobre esta se describen conductas como dificultades para su inicio, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones expresadas en errores de omisión de dosis, de tiempo, de propósito

(equivocación en el uso de uno u otro medicamento). También incluye la ausencia a consultas de seguimiento e interconsultas, la modificación deficiente de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y la práctica de la automedicación.

La idea que impulsó el desarrollo de esta investigación fue el conocimiento de las numerosas y graves repercusiones que el abandono terapéutico posee en los pacientes con este padecimiento. Las implicaciones de la falta de adherencia terapéutica son de muy diversa índole, y abarcan tanto cuestiones económicas como sociales, y, por supuesto, clínicas.

Los pacientes que abandonan el tratamiento que están recibiendo no consiguen los resultados terapéuticos esperados, lo que se traduce en un aumento de la probabilidad de recaída y un nuevo uso de los servicios de salud, con el consiguiente aumento de los costos hospitalarios. Pero en todo caso, el mayor perjudicado es el paciente, el cual sufrirá una merma en su salud que se irá acrecentando con nuevos comportamientos no adherentes para su tratamiento.

Debido a que no hay evidencia de estudios acerca de los factores que determinan la adherencia terapéutica en pacientes hematooncológicos, el presente estudio se realiza con el objetivo de conocer dicha situación.

El estudio consta de 13 capítulos. El primer capítulo es la Introducción, donde se da un panorama general del tema de investigación, el segundo capítulo es el Marco Teórico, el cual está integrado por los antecedentes y los conceptos básicos que le dan sustento al estudio.

En el tercer capítulo se expone el planteamiento del problema, donde se comenta la importancia que tiene el estudio; el capítulo cuarto y quinto se plantea la hipótesis, así como el objetivo.

En el capítulo seis se describe el Material y Método, aquí se describen los aspectos metodológicos utilizados: tipo de estudio, población, criterios de inclusión, exclusión y de eliminación. También se encuentran las variables estudio, la operacionalización de las mismas; el instrumento y el análisis estadístico.

Las consideraciones éticas se detallan en el capítulo siete; los resultados encontrados se describen en el capítulo ocho.

En el capítulo nueve se presenta la discusión, donde se confrontan los hallazgos encontrados con otros estudios similares.

En los capítulos diez y once se desarrollan las conclusiones y las perspectivas; en los dos últimos capítulos se encuentran las referencias bibliográficas y los anexos.



## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 CÁNCER

Actualmente el cáncer es una enfermedad frecuente y uno de los problemas de salud pública más importantes de los países desarrollados. Su incidencia continúa aumentando, debido principalmente al incremento y el envejecimiento de la población, así como a la exposición a riesgos conocidos que se relacionan tanto con el cáncer como con otras enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema de salud creciente a nivel mundial y nacional.<sup>1</sup>

Estas patologías constituyen una gran carga social y económica, y pueden generar diversos grados de incapacidad; puede presentar una etiología originada por distintas condicionantes.<sup>2</sup>

El término cáncer, deriva del latín *cancrem*, cangrejo, que a su vez procede del griego *karkinos*, cangrejo de mar, por la forma en que las células cancerosas se adhieren a todo lo que agarra, con la obstinación y forma similar de un cangrejo marino. El cáncer es un grupo heterogéneo y numeroso de enfermedades malignas, causadas por anomalías en el material genético de las células, caracterizado por la proliferación celular anormal, estas pueden ser provocadas

---

<sup>1</sup>Fagalde, M. et al. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana. Rev. Méd Chile. 2005; 133(8):919-928.

<sup>2</sup>Ministerio de Salud Argentino. Costo de tratamientos para enfermedades agudas y crónicas. Política Nacional de Medicamentos. 2004. pp. 919-928.

por agentes carcinógenos, como la radiación, productos químicos o agentes infecciosos.<sup>3</sup>

La OMS denomina al cáncer como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células.<sup>4</sup> La Sociedad Americana contra el Cáncer menciona que se denomina al cáncer como un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento incontrolado y la propagación de células anormales, si la propagación no se controla puede causar la muerte.<sup>5</sup>

En el informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud,<sup>6</sup> (OMS) en el año 2005, se determinó que las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad en un gran número de países,<sup>7</sup> especialmente en aquellos de ingresos bajos y medios. El 60% de todas las defunciones se deben a algún tipo de enfermedad crónica, (como hipertensión arterial, diabetes tipo 2 (DM2), enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares, obesidad o distintos

---

<sup>3</sup>Martínez, Carlos. et al. Quimioterapia en hematología y Oncología. Health Business Group. 2011

<sup>4</sup>Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Artículo en línea [formato http] disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/> revisado el 15 de enero de 2015.

<sup>5</sup>American Cancer Society. Datos y estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2012-2014. Atlanta: Sociedad Americana Contra el Cáncer: 2012.

<sup>6</sup>Organización Mundial de la Salud. Prevención de la Enfermedades Crónicas. Una inversión vital. Panorama general. 2005. pp.1-3.

<sup>7</sup>Carrasco, E. et al. Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano. Rev méd Chil, 2004; 132, (10): 1189-1197.

tipos de cáncer).<sup>8</sup> Este fenómeno se atribuye a varios cambios que han experimentado la mayor parte de los países, especialmente aquellos desarrollados o en vías de desarrollo. Esta transición epidemiológica se ha producido por el control de la desnutrición infantil, las enfermedades infecciosas, baja natalidad, el aumento de las expectativas de vida y la adquisición progresiva de un modelo de vida poco saludable.<sup>9</sup>

El cáncer es un problema de salud pública en México, no sólo por sus graves manifestaciones clínicas y su alta letalidad, sino también por la gran variedad de factores de riesgos individuales y ambientales con los que se asocia. El cáncer no era considerado como una enfermedad común a mediados del siglo pasado.<sup>10</sup> Hoy en día, sin embargo, a pesar de que cada vez se conoce más sobre la forma de prevenir y tratar el cáncer, cada año aumenta el número de personas que lo padecen, de tal manera que durante los últimos años, los principales factores que han contribuido a su incremento son: aumento en la proporción de personas de mayor edad en el mundo, decremento de las defunciones por enfermedades transmisibles, reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en

---

<sup>8</sup>Ramírez, M. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. INCAP. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. 2004.

<sup>9</sup>Arteaga, C. Alimentación Saludable. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. 2004.

<sup>10</sup> [http://www.wpro.who.int/public/50TH/Ch\\_33.html](http://www.wpro.who.int/public/50TH/Ch_33.html)•

algunos países, y la creciente incidencia de ciertas formas de cáncer, en particular del cáncer de pulmón resultante del consumo de tabaco.<sup>11</sup>

Para el cáncer no existen fronteras, ya que es la segunda causa de muerte en los países de altos ingresos, y para los países de bajos ingresos figura entre las tres principales causas de muerte de los adultos. El 12.5% del total de causas de muerte se atribuye al cáncer, porcentaje que supera al total de muertes debidas al SIDA, la tuberculosis y la malaria consideradas conjuntamente.

Para el año 2002 a nivel mundial, se estimó que hubo 10.9 millones de nuevos casos de neoplasias malignas, 6.7 millones de muertes, y 24.6 millones de personas que padecen algún tipo de cáncer, y si la tendencia continúa como hasta ahora en el año 2020 habrá 16 millones de personas con cáncer, de las cuales, dos terceras partes vivirán en países de industrialización reciente.<sup>12</sup>

En México, el cáncer es una de las enfermedades que ha irrumpido con mayor ímpetu desde fines del siglo XX, según cifras del registro histopatológico de neoplasias malignas para el año 2001, se registraron 108 064 tumores malignos, de los cuales el 35% afectaron a hombres y 65% a mujeres.

---

<sup>11</sup>World Health Organization (WHO). National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines. 2a edition. Geneva, 2002

<sup>12</sup>Ferlay, J. et. al. Globocan Cancer Statistics, 2002. Ca Cancer J Clin 2005,55:74-108

### **2.1.1 Enfermedades Hematooncológicas**

Son enfermedades específicas del sistema hemático, comprenden aquellas patologías que afectan las células sanguíneas en cualquiera de sus fases dentro de la hematopoyesis, con excepción de los linfomas, este tipo de cáncer no produce tumores sólidos. Estas enfermedades son: linfomas, leucemias y mielomas.<sup>13</sup> El Linfoma es un cáncer de una parte del sistema linfático en donde los linfocitos B o T crecen en forma anormal y se diseminan.<sup>14</sup> Los Linfomas se subdividen básicamente en dos grupos, la enfermedad de Hodgkin y los linfomas no Hodgkin. En su mayor parte se localizan en ganglios, pero también pueden iniciarse en los agregados linfáticos existentes en casi todos los órganos, dando lugar a los llamados linfomas extra-ganglionares.

El Linfoma de Hodgkin representa 3 casos por 1000 000/ año y el 10% de los Linfomas de los Estados Unidos, de los cuales el 85% se presenta en varones de entre 15 a 34 años y después de los 50 años.

Durante la última década la supervivencia de pacientes tratados ha mejorado sustancialmente y el porcentaje de cura para esta neoplasia es del 80 al 85 %.<sup>15</sup>

En México hasta el 2003 se reportaron 935 casos, con mayor incidencia en el grupo de varones de 15 a 19 años y en mujeres en los grupos de 15 a 19 años y

---

<sup>13</sup> Idem.

<sup>14</sup> Idem.

<sup>15</sup> Cancer Facts and Figures for Hispanic/Latinos 2009-2011 American Cancer Society.

de 20 a 24 años.<sup>16</sup> En el Instituto Nacional de Cancerología hasta el 2004 representó el 0.8% de los linfomas, con 162 casos diagnosticados de los cuales 88 fueron hombres y 74 mujeres.<sup>17</sup>

Los Linfomas no Hodgkin son más frecuentes en adultos que en niños y tiene un incremento gradual con la edad, sobre todo a partir de los 50 años. La edad promedio al diagnóstico es de 45 a 55 años. La incidencia en niños es rara, es agresivo y se cura en el 70 al 90% de los casos. En adultos la incidencia es alta, el curso clínico es variable y la tasa de curación es alrededor del 30%.<sup>18</sup>

Durante las últimas décadas, la incidencia en muchos países ha mostrado un incremento, que inicialmente se encontró en la población de mayor edad. En ocasiones es difícil saber en qué medida este aumento es consecuencia del progreso en las técnicas diagnósticas. En los últimos años también, su aumento está asociado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Las múltiples clasificaciones utilizadas a lo largo del tiempo para agrupar a este tipo de linfomas, han dificultado la comparación en series clínicas, así como la clasificación y codificación en los registros de cáncer, sobresalieron a nivel global, tanto los linfomas no Hodgkin difuso como el de otro tipo y no especificado, ya que

---

<sup>16</sup>Globocan 2008 <http://www-dep.iarc.fr/>

<sup>17</sup>Rizo, Pedro. et al. Registro Hospitalario de Cáncer: Compendio de Cáncer 2000 – 2004. Instituto Nacional de Cancerología. (2007): 203-287

<sup>18</sup>Globocan 2008 <http://www-dep.iarc.fr/>

ocuparon los lugares séptimo (3.4% con 658 casos) y décimo (2.4% con 453 casos) en orden de frecuencia respectivamente.<sup>19</sup>

El Mieloma múltiple es una enfermedad que se caracteriza por un crecimiento exagerado y disfunción de las células plasmáticas de la médula ósea, su desarrollo interfiere con la producción de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas, por lo que se desarrolla anemia, susceptibilidad a infecciones y tendencia al sangrado. Es una enfermedad rara y se desconocen los factores de riesgo. Los síntomas comunes son: fatiga, dolor óseo e infecciones recurrentes.<sup>20</sup>

En 2010 en Estados Unidos se estimaron 20,180 casos nuevos al año y 10,650 muertes al año. Es más frecuente en hombres con una alta incidencia en raza negra. La edad media de presentación es de 62 años.<sup>21</sup>

La Leucemia es una enfermedad que se caracteriza por proliferación de células inmaduras y anormales en la sangre, cuya causa puede deberse a la conjunción de factores tales como radiación, sustancias tóxicas, virus y otros, que en general resultan desconocidos, pero que al actuar juntos desencadenan el padecimiento.<sup>22</sup>

La leucemia mieloide tiene una incidencia de 5 a 8 casos cada 100/000 individuos al año. Seis mil quinientos niños y adolescentes por año, en Estados Unidos. No

---

<sup>19</sup>Rizo, Pedro. et al. Registro Hospitalario de Cáncer: Compendio de Cáncer 2000 – 2004. Instituto Nacional de Cancerología. (2007): 203-287

<sup>20</sup>Idem

<sup>21</sup>Practice guidelines in Oncology 2011 (NCCN guidelines, version 1.2011)

<sup>22</sup>Idem

hay diferencia entre varones y mujeres, ni en población blanca o negra. Hay mayor incidencia en población latinoamericana. La incidencia incrementa con la edad, la exposición a quimioterapia, radioterapia y benceno.<sup>23, 24</sup>

La leucemia linfoblástica es un trastorno maligno de la médula ósea y de la sangre periférica, caracterizada por el aumento en la producción de células inmaduras llamadas blastos. En Estados Unidos, en el 2010 constituyó el 3% de las neoplasias del adulto y se estimaron 24,690 casos nuevos en hombres y 19,090 en mujeres, con un total de muertes estimadas de 12,660 en hombres y 9,180 en mujeres. La tasa de incidencia es de 1.6 casos por cada 100,000 habitantes por año.<sup>25</sup> Existen dos picos de incidencia por edad a los 5 años con 8 casos por 100,000 y a los 85 años de 20 casos por cada 100,000.<sup>26</sup>

Existen dos factores de riesgo fuertemente asociados con el desarrollo de leucemia linfoblástica: la exposición a radiación ionizante,<sup>27</sup> y el síndrome de Down.<sup>28</sup> Esta enfermedad se caracteriza por dolor óseo, síndrome anémico (palidez, taquicardia, astenia, fatiga), trombocitopenia (petequias, hemorragia), neutropenia (infecciones), y organomegalia (hepato-esplenomegalia).

---

<sup>23</sup>Rubnitz, J. et al. Acute Myeloid Leukemia. *Hematol Oncol Clin N Am.* 2010; 24:35-63

<sup>24</sup> Altekruse, S. et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2007. National Cancer Institute. [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov)

<sup>25</sup>Jemal, A. et al. Cancer Statistics 2010. *CA Cancer J Clin.* 2011;61:133-134

<sup>26</sup>Altekruse, S. et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2007

<sup>27</sup>Moloney, W. Radiogenic leukemia revisited. *Blood.*1987; 70:905-908

<sup>28</sup>Zipursky, A. et al. Leukemia in down syndrome: a review. *Pediatr Hematol Oncol.* 1992; 9:139-149



### **2.1.2. Diagnóstico de las enfermedades Hematooncológicas**

En general para estas patologías antes de establecer el diagnóstico, el paciente tiene que someterse a una gran cantidad de exámenes de laboratorio y de gabinete (rayos X, tomografía, endoscopia, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo por gramagrafía, punción lumbar, aspirado de médula ósea, etc.). Una vez que ya se estableció el diagnóstico el médico tiene que decidir junto con el paciente cual es la opción de tratamiento más idónea.

### **2.1.3 Tratamiento a las personas con enfermedades Hematooncológicas**

Desafortunadamente el tratamiento para las enfermedades hematooncológicas, consiste en el tratamiento con quimioterapia antineoplásica, la cual es por principio un agente que directa o indirectamente destruye células, un citocida. Sin embargo, para que sea eficaz es necesario que paralelamente tenga selectividad hacia cierto tipo de células, en este caso las de los tumores cancerosos.<sup>29</sup> En este tipo de tratamiento se utilizan esquemas estandarizados en guías clínicas, aprobadas por asociaciones médicas del cáncer. La mayoría de los medicamentos que se utilizan en el tratamiento tienen una correlación estrecha entre su índice terapéutico y su efecto tóxico.

---

<sup>29</sup>Breña, M. et al. Mecanismos de acción de antineoplásicos de nueva síntesis y su posible uso en terapia combinada con radiación. Contribuciones del Instituto Nacional de Investigaciones Nucleares al Avance de la Ciencia y la Tecnología en México. UNAM; México; 2012

El tratamiento farmacológico sistémico antineoplásico es capaz de destruir la masa tumoral principal, las metástasis establecidas y la enfermedad subclínica consiguiendo mediante citorreducción progresiva, la erradicación en mayor o menor grado del tejido neoplásico,<sup>30</sup> y el objetivo de la terapia antineoplásica es la destrucción de células tumorales.<sup>31</sup>

Los quimioterápicos ejercen su acción actuando sobre las células cancerígenas, derivadas de células sanas y que comparten con éstas procesos metabólicos y funcionales, por lo que cualquier fármaco que actúe sobre ellas también lo hará en mayor o menor grado sobre todas las demás células del organismo.

Los tratamientos quimioterapéuticos tienen una serie de efectos tóxicos o secundarios. Las células normales más afectadas por la quimioterapia antineoplásica son aquellas que comparten características con las células tumorales, especialmente la multiplicación celular a gran velocidad, como son los folículos pilosos, de la médula ósea, el tubo digestivo y el sistema reproductor.

La toxicidad asociada al tratamiento quimioterapéutico es un aspecto muy importante, principalmente por la influencia negativa que ejerce sobre la calidad de

---

<sup>30</sup> Aguilar, J. Quimioterapia antineoplásica. Biocáncer 1, Canarias: España. 2004.

<sup>31</sup> Ramírez, M. et al. Cardiotoxicidad por quimioterapia antineoplásica. Presentación de un caso Med Int Mex 2012; 28(4):380-383.

vida de los pacientes, así como el riesgo vital que puede suponer en algunas circunstancias.

Es importante señalar que no todos los pacientes experimentan todos los efectos secundarios, ni el mismo grado de toxicidad, incluso en un porcentaje importante de pacientes estos son leves o incluso inexistentes. La prevención de estos efectos, por medio de la información y de los tratamientos de soporte logra minimizar su gravedad. La mayoría de los efectos secundarios desaparecen gradualmente después de que termina el tratamiento, aunque en ocasiones pueden producir daños permanentes.

Los efectos secundarios más comunes son los que aparecen de manera inmediata o precoz: caída del cabello (alopecia), náuseas y vómito, cansancio, anemia, infección, dermatitis, acné, aparición de petequias, disminución del apetito, pérdida de peso, mucositis, sequedad de la piel, entre otras.<sup>32</sup>

#### **2.1.4 Papel de la enfermera con pacientes Hematooncológicos**

Sin duda la quimioterapia antineoplásica ha proporcionado avances importantes de las enfermedades malignas en los últimos años. Para lograr los objetivos terapéuticos deseados y evitar complicaciones que incluso pueden ser de gran magnitud, se debe tener en cuenta los aspectos inherentes a la administración de los medicamentos.

---

<sup>32</sup>Blasco, A. et al. Toxicidad de los tratamientos antineoplásicos. Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Valencia.

La enfermera proporcionará atención oportuna y adecuada en caso de que se presenten efectos adversos; también dará a conocer al paciente y a su familia las medidas higiénicas y nutricionales requeridas.

## **2.2 ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

En los últimos decenios se han presenciado varias fases en el desarrollo de los enfoques encaminados a lograr que los pacientes sigan el tratamiento de las enfermedades crónicas durante periodos largos. Al principio, se pensó que el paciente era la causa del —problema de cumplimiento—. Posteriormente, se abordó también la función del personal asistencial. En la actualidad, se reconoce que se requiere un enfoque de sistemas, que implican tanto al paciente como al personal asistencial, así como otros factores que intervienen en el cumplimiento de la adherencia terapéutica.

El comportamiento humano y el estilo de vida que se tiene en la actualidad, en el cuál destaca la importancia como determinante del proceso salud enfermedad, en unión de otros factores de tipo biológico, ambientales y sociales.<sup>33</sup> Donde los comportamientos desempeñan un papel importante en el curso de las enfermedades y, en este contexto, el cumplimiento por parte del paciente de las prescripciones médicas es una manifestación de lo planteado. El control de las enfermedades crónicas y en consecuencia el incremento o la preservación de la

---

<sup>33</sup>Flórez, L. La dimensión psicológica de la prevención y la promoción en salud. Manuscrito en preparación. Bogotá: Universidad de Bogotá. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Humanas. 2005

calidad de vida depende mucho de que las personas logren adherirse adecuadamente a los regímenes terapéuticos que cada una exige para su buena evolución.

Los factores relacionados con la adherencia o no de los pacientes a los tratamientos médicos son múltiples y de distinta naturaleza. En este proceso influyen factores sociales, económicos, familiares, individuales, propios de las características de la enfermedad y el tratamiento, las particularidades de la organización de los servicios de salud, así como la calidad de la atención médica, en especial, lo referido al proceso de comunicación establecido entre profesionales y pacientes.<sup>34 35 36 37 38</sup>

La diversidad de factores que influyen, así como la naturaleza diferente de los mismos, hacen de este un problema complejo, multifactorial y multidimensional, sea por tanto, difícil de abordar tanto desde el punto de vista teórico, investigativo así como práctico.

---

<sup>34</sup> Barra, E. Psicología de la Salud. Santiago de Chile: Mediterráneo, Editora Ltda. 2003

<sup>35</sup> Ferrer, V. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Revista de Psicología de la Salud. 7(1). 1995 pp. 35-61.

<sup>36</sup> Macía, D., Méndez, F.X. Evaluación de la adherencia al tratamiento. Editorial Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI 1996.

<sup>37</sup> Martín, L., Grau, J. La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Editorial Universidad de Guadalajara. México. 2005. pp. 567-590

<sup>38</sup> Rodríguez, J. Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Editorial Psicología Social de la Salud. Madrid: 1995 Síntesis, 151-60.

En los últimos años se aprecia un avance en los estudios sobre la adherencia a los tratamientos a nivel internacional, donde continúan destacando los trabajos de España y de algunos países latinoamericanos como Colombia, México y Chile. Se realizan investigaciones dirigidas fundamentalmente a la identificación de factores que están influyendo en el comportamiento de las personas hacia la adherencia o no a los tratamientos y a la determinación de su frecuencia a través de estudios cuantitativos y cualitativos realizados con pacientes que padecen diversas enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial, esquizofrenia e insuficiencia renal, entre otras.

Se destaca de manera significativa la proliferación de trabajos realizados desde el año 2000 hasta la actualidad sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH.<sup>39</sup>

Actualmente no existe un acuerdo sobre una definición del concepto de adherencia, es frecuente encontrarse en la literatura con conceptos tales como cumplimiento, adherencia, cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión y concordancia.<sup>40</sup>

El concepto de adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas. Entre ellas se incluyen desde tomar parte en el

---

<sup>39</sup>Martín, A. Estado actual de la investigación de la adherencia al tratamiento: revisión de trabajos publicados entre 2003 y 2007.

<sup>40</sup>Basterra, M. El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care* 1999; 1: 97-106.

programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con los profesionales de la salud, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.<sup>41, 42</sup> Sin embargo, una definición bien difundida es la que conceptualiza la adherencia como una situación en que la conducta del paciente se corresponde con las instrucciones clínicas entregadas.<sup>43</sup>

Otro concepto de adherencia la define como la magnitud en cual la conducta de una persona coincide con las recomendaciones hechas por el equipo de salud.<sup>44</sup> Detractores de esta definición, argumentan que otorga un rol paternalista y coercitivo al equipo médico, limitando la posibilidad que el paciente asuma un rol más relevante. En este contexto, otro concepto lo define como un proceso activo, intencional y responsable de cuidado, en el cual el sujeto trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el personal de salud.<sup>45</sup>

Una de las definiciones más aceptadas es la que conceptualiza la adherencia como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un

---

<sup>41</sup>Rodríguez, J. Motivación y psicología de la salud. Bilbao. 1990. Pp.29-65

<sup>42</sup>Fajardo, A. Adherencia terapéutica. Ed. Ciencias psicosociales aplicadas II. Madrid, España. 1995. Pp. 150-162.

<sup>43</sup>Sackett, DL. , Haynes, B. Compliance with Therapeutic Regimens. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976.

<sup>44</sup>Haynes, RB. Strategies to improve compliance with referrals, appointments, and prescribed medical regimens. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL.eds. Compliance with health care. Baltimore: J. Hopkins University Press, 1979.

<sup>45</sup>Hentinen, M., Kyngäs, H. Compliance of young diabetic's with health regimens. J Adv Nurs 1992; 17: 530-6.

resultado preventivo o terapéutico deseado.<sup>46</sup> Esta definición tiene la virtud de otorgar una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. En este caso el paciente debe adherirse a un plan que acepta y ha acordado con el médico tratante y en el cual se supone ha podido participar en su elaboración.

La adherencia, implica también una diversidad de conductas y cambios de conducta, la adherencia puede ocurrir en cualquier momento (al inicio, durante o al finalizar un programa terapéutico) o circunstancias (ejemplo: el paciente se adhiere bien a la recomendación de no consumir alcohol cuando está en casa pero los fines de semana la incumple), o a ciertas prescripciones o recomendación pero no a otras (un diabético insulín dependiente se puede adherir bien a las inyecciones de insulina pero no a la dieta prescrita).

Ahora bien, la dificultad de consensuar una definición única de adherencia hace difícil su operacionalización y medición. Como un concepto conductual, la adherencia implica acciones complejas, emociones y fenómenos que pueden no ser directamente observables.<sup>47</sup> Por lo tanto, al hablar de adherencia estamos haciendo referencia a un fenómeno múltiple, porque son muchas las conductas que en ella se incluyen: tomar los medicamentos, acudir a las citas, evitar

---

<sup>46</sup>Di Matteo, R., Di Nicola, D. Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioner's Role. New York N.Y: Pergamon, 1985.

<sup>47</sup>Morse, JM., et al. Criteria for concept evaluation. J Adv Nurs 1996; 24: 385-90.



conductas de riesgo, entre otras. Además complejo porque se puede dar en un momento pero no en otro, en unas circunstancias pero no en otras y a una partir del tratamiento pero no a otras.

Sin embargo, La Organización Mundial para la Salud (OMS), en junio de 2001,<sup>48</sup> los participantes en esa reunión sobre Adherencia llegaron a la conclusión de definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”, lo toman como el punto de partida, aunque se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento.

En particular, en esta reunión se reconoció que la adherencia terapéutica de cualquier régimen refleja el comportamiento de un tipo u otro. Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los

---

<sup>48</sup>Sabate, E. Who adherence meeting report. Genova, World Health Organization, 2001.

comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos los ejemplos de comportamiento terapéutico.

Los participantes en la reunión también señalaron que la relación entre el paciente y el prestador de asistencia sanitaria (sea médico, enfermera u otro profesional de la salud) debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno.

### **2.2.1 Medición de la Adherencia Terapéutica**

En la evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, y para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Además, las decisiones para cambiar las recomendaciones, los medicamentos o el estilo de comunicación para promover la participación de los pacientes dependen de la medición válida y fiable del constructo sobre la adherencia terapéutica. Indiscutiblemente, no existe “patrón de oro” alguno para medir el comportamiento de adherencia terapéutica.<sup>49</sup>

Los métodos directos para evaluar adherencia terapéutica, tales como los exámenes de sangre y de orina son cuestionados pues miden resultados más que el proceso de adherencia terapéutica. De este modo, métodos indirectos, como las entrevistas, son generalmente utilizados, debido a que poseen la ventaja de

---

<sup>49</sup>Timmreck TC, Randolph, JF. Smoking cessation: clinical steps to improve compliance. *Geriatrics*, 1993, 48:63-66.

presentar la propia evaluación del paciente respecto de su adherencia terapéutica. La observación de la conducta del paciente no es usualmente relevante, debido a que es un proceso muy complicado e incluso resulta imposible seguir al paciente durante todo el día.<sup>50</sup>

La evaluación realizada por enfermeras y médicos ha sido usualmente realizada sobre la base de los resultados obtenidos a través de exámenes de sangre u orina o de entrevistas. Sin embargo, resulta ser poco confiable en la evaluación de la adherencia, debido a que no considera la conducta del paciente. Todo indicaría que al parecer sería interesante desarrollar mecanismos o instrumentos que tiendan a considerar la integración de métodos directos e indirectos para evaluar la adherencia terapéutica, y por el momento complementar ambos métodos.

Finalmente, sobran argumentos para efectuar intervenciones que contribuyan a la adherencia terapéutica y se justifican por sí mismos. Sin embargo, parece necesario reflexionar que por tratarse de un fenómeno multidimensional, las intervenciones deben dirigirse a todos los involucrados, vale decir, pacientes, prestadores de salud y sistemas de salud.

Independientemente de la técnica de medición empleada, los umbrales que definen la "buena" o "mala" adherencia terapéutica se usan ampliamente a pesar de la falta de pruebas que los apoyen. En la práctica, quizá no exista en realidad la

---

<sup>50</sup>Kyngäs, H. Compliance of adolescents with diabetes. Int Pediatr Nurs 2000; 15: 260-7.

—buena” y —mala” adherencia terapéutica porque el fenómeno dosis-respuesta es una función continua.

En situaciones de la vida real es difícil construir curvas dosis-respuesta, pues la dosificación, el horario y otras variables quizá sean diferentes de las probadas en los ensayos clínicos, pero son necesarias para tomar decisiones de política sólidas al definir los umbrales de adherencia operativa para diferentes tratamientos.

Por lo tanto, la medición de la adherencia terapéutica brinda información útil que solo el control de resultados no puede proporcionar, pero solo continua siendo un cálculo del comportamiento real del paciente. Varias de las estrategias de medición son costosas, o dependen de la tecnología de la información, que muchas veces no está disponible en muchos países. La elección de la mejor estrategia de medición para obtener una aproximación del comportamiento de adherencia terapéutica debe de contemplar todas estas consideraciones. Lo que es más importante, las estrategias empleadas deben cumplir con las normas psicométricas básicas de fiabilidad y validez aceptables.<sup>51</sup>

Por otro lado, se debe de tener en cuenta las metas del prestador o el investigador, los requisitos de exactitud asociados con el régimen, los recursos disponibles, la carga de respuesta en el paciente y el modo en que se usarán los

---

<sup>51</sup>Nunnally JC, Bernstein IH., 3<sup>a</sup> ed. Nueva York, McGraw-Hill, 1994.

resultados. Por último, ninguna estrategia de medición única se ha considerado óptima. Un enfoque multimétodos que combina medidas objetivas razonables y de autonotificación factibles constituye la medición más avanzada del comportamiento de adherencia terapéutica.

### **2.2.2 Importancia de estudiar la Adherencia Terapéutica**

La falta de adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Varios exámenes rigurosos han hallado que, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas promedia solo 50%.<sup>52</sup> Se supone que la magnitud y la repercusión deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud.

Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas,<sup>53</sup> aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología. En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a

---

<sup>52</sup>Haynes, RB. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database of Systematic reviews, 2001 Issue 1.

<sup>53</sup>Kripalani S, Yao, X. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. Arch Intern Med. 2007; 167:540-550.

sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y el aumento de los costes sanitarios.<sup>54</sup>

Por lo tanto, son varios los motivos por los cuales estudiar la adherencia a los tratamientos. En primer lugar, gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por un agente externo al paciente y, al contrario, quedan bajo su directa responsabilidad, entonces, es el paciente quien en definitiva decide si cumplir o no. En efecto, las bajas tasas de adherencia comunicadas, parecieran apoyar la idea de que el paciente mayoritariamente no cumple con el tratamiento. Por ejemplo, el National Heart, Lung and Blood Institute,<sup>55</sup> señala que entre 30% y 70% de los pacientes no cumple con los consejos entregados por sus médicos.

Martín y Grau informan que, en general, 40% de los pacientes no cumplen las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas este porcentaje llega a 20%, mientras que en enfermedades crónicas el incumplimiento alcanzaría a 45%.

Cuando los tratamientos generan cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas (laboral, social, familiar), los porcentajes de no adherencia

---

<sup>54</sup> Palop, V. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf ter Sist Nac Salud*. 2004; 28:113-120.

<sup>55</sup> National Heart, Lung and Blood Institute. *Behavioral research in cardiovascular, lung, and blood health and disease*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1998.

umentan significativamente.<sup>56</sup> Por ejemplo, para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1, se han encontrado tasas de no adherencia cercanas a 50%<sup>57</sup> y además, se ha informado una relativa independencia entre los elementos pilares de la terapia, lo que significa que en parte los adolescentes diabéticos tipo 1 tienden a adherir más o menos bien a la dieta, al ejercicio o a la insulino terapia, sin que el cumplimiento de uno implique el de los otros.

Por otra parte, si un paciente no cumple con las indicaciones médicas es imposible estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez puede contribuir a prolongar la terapia y perpetuar enfermedades o problemas de salud e incluso conducir a la muerte.

### **2.2.3 Factores que determinan la no Adherencia Terapéutica**

Varios son los factores que se relacionan con este problema, existen factores personales, del sistema o equipo de asistencia sanitaria y de la enfermedad y del tratamiento. Dentro de los factores personales, múltiples variables pueden mencionarse: falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima, etc.<sup>58</sup> La depresión frecuentemente ha sido asociada con los resultados que se alcanzan en las enfermedades crónicas.<sup>59</sup>

---

<sup>56</sup>Rodríguez, M. Psicología Social de la Salud. Madrid: Pirámide, 2001.

<sup>57</sup>Ortiz, M. et. al. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: Una aproximación psicológica. Rev. Méd Chile 2005; 133: 307-13.

<sup>58</sup>Ortiz, M. Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. Psykhe 2004; 13: 21-31.

<sup>59</sup>Goldney, R. et al. Diabetes, depression and quality of life. DiabetesCare. 2004; 27: 1066-70.

Sobre los factores del sistema de salud y los prestadores, pocos estudios se han realizado, no obstante esta, bien documentada la relación entre adherencia y satisfacción con el equipo médico, al igual que el rol que desempeña la relación médico-paciente. Cada día se ha ido estableciendo que una relación de colaboración entre el paciente y el o los prestadores de salud, puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas,<sup>60</sup> además esta variable parecería asociarse con mejoras en la participación del paciente en su cuidado, con disminución de cancelaciones a las visitas médicas e incrementos en el compromiso del paciente con su tratamiento.

Respecto a la enfermedad y su tratamiento, tal como ya se ha mencionado, las tasas de adherencia parecen ser diferentes si se trata de una patología aguda versus una crónica. Del mismo modo, cuando el tratamiento de la enfermedad consiste en un patrón complejo de conductas e invade diferentes aspectos del paciente o sus resultados son invalidantes, tiende a afectar la adherencia terapéutica. Se podría establecer la siguiente relación: a mayor complejidad del tratamiento, menos adherencia terapéutica.

---

<sup>60</sup>Ciechanowski P, et al. The patient - provider relationship: Attachment theory in diabetes. Am J Psychiatr 2001; 158: 29-35.



### **2.2.4 Cinco dimensiones que influyen sobre la Adherencia Terapéutica**

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados —“dimensiones”, de las cuales los factores relacionados con el paciente solo son un determinante. La creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento.

A continuación se describirán las cinco dimensiones: factores socioeconómicos, factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente.

#### **2.2.4.1 Factores Socioeconómicos**

Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos, los padres que los cuidan.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura, las creencias populares acerca de la enfermedad, el tratamiento, disfunción familiar, sociodemográficas y económicas. La adherencia al tratamiento esta también relacionada con el ambiente donde se desarrolle o se desenvuelva el paciente.

Algunos estudios han informado que los factores de organización están más relacionados con la adherencia terapéutica que los sociodemográficos, pero esto quizá varíe de un entorno a otro. Un interesante estudio de Albaz, en Arabia Saudita, concluyó que las variables de organización (tiempo pasado con el médico, continuidad de la atención por el médico, estilo de comunicación del médico y estilo interpersonal del médico) son mucho más importantes que las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, edad, nivel educativo y estado de salud) para afectar la adherencia terapéutica de los pacientes.<sup>61</sup>

La raza se ha comunicado con frecuencia que constituye un factor predictivo de la adherencia terapéutica, independientemente de si los miembros de una raza

---

<sup>61</sup>Albaz, RS. Factors affecting patient compliance in Saudi Arabia. Journal of Social Sciences, 1997, 25:5-8.

particular viven en su país de origen en otro sitio como inmigrantes. A menudo, las creencias culturales son la razón subyacente de estas diferencias raciales,<sup>62</sup> pero, no con menos frecuencia, las desigualdades sociales confunden estos resultados.<sup>63</sup> Por ejemplo, en el Reino Unido, se ha detectado que los africanos negros seropositivos al VIH tienen una experiencia del tratamiento diferente debido al temor de que se experimente con ellos, desconfianza de la profesión médica y temor por la discriminación.<sup>64</sup> En los Estados Unidos, se ha informado que los afroestadounidenses expresan significativamente más duda que la población blanca con respecto a su capacidad para usar los inhibidores de la proteasa y adherirse al tratamiento, y sobre la competencia de sus médicos.<sup>65</sup>

También se ha informado que las guerras influyen en la adherencia a los tratamientos, incluso una vez finalizadas. Esto se debe principalmente a las experiencias de la guerra, como las dificultades económicas, la falta de control médico, el fatalismo y la anarquía.<sup>66</sup>

La edad es un factor que se ha informado influye sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular. Debe evaluarse por separado para cada afección y si

---

<sup>62</sup>Morgan, M. Managing hypertension: belief and response to medication among cultural groups. *Sociology of Health & Illness*, 1988, 10:561-578.

<sup>63</sup>. Belgrave, LL. Race and compliance with hypertension treatment. *Sociological Abstracts* no. 45. American Sociological Association, 1997.

<sup>64</sup>Erwin, J. Treatment issues for HIV+ Africans in London. *Social Science & Medicine*, 1999, 49: 1519-1528.

<sup>65</sup>Siegel, K. Racial differences in attitudes toward protease inhibitors among older HIV-infected men. *AIDS Care*, 2000, 12,423-434.

<sup>66</sup>Schwalm, DU. Effects of war on compliance. *Curare*, 1997, 20:101-107.

fuera posible, por las características del paciente y por el grupo de edad de desarrollo (es decir, niños dependientes de los padres, adolescentes, adultos y pacientes ancianos).

La adherencia al tratamiento por los niños y adolescentes comprende de 43 a 100%, con un promedio de 58% en los países desarrollados.<sup>67</sup> Varios estudios han indicado que los adolescentes se adhieren menos al tratamiento que los niños más pequeños.<sup>68</sup> Los adolescentes, si bien son capaces de mayor autonomía para seguir las recomendaciones terapéuticas, luchan con la autoestima, la imagen corporal, la definición de funciones sociales y los asuntos vinculados con los compañeros. La adherencia deficiente en los adolescentes puede reflejar la rebelión contra el control del régimen de sus vidas. La responsabilidad familiar compartida de las tareas de tratamiento y el refuerzo continuo parecen ser factores importantes para perfeccionar la adherencia al tratamiento prescrito para el paciente.

Los pacientes que se encuentran aislados de su familia y de grupo de amigos tienen más riesgo de abandonar más fácilmente los tratamientos. Un estudio reportó que el 11% de quienes abandonaron el tratamiento tenían problemas en sus relaciones familiares, lo que obstaculizaba el cumplimiento del tratamiento, al

---

<sup>67</sup>Burkhart, P., Dunbar-Jacob, J. Adherence research in the pediatric and adolescent populations: A decade in review. En: Hayman L, Mahom M, Turner R, eds. Chronic illness in children: An evidence-based approach. Nueva York, Springer, 2002:199-229.

<sup>68</sup>Fotheringham, MSM. Adherence to recommended medical regimens in childhood and adolescence. Journal of Pediatrics and Child health, 1995, 31:72-78.

igual que el no informar a la familia sobre la enfermedad aumentaba el riesgo de abandono diez veces más.<sup>69, 70, 71</sup>

Otro estudio menciona que contar con el apoyo de la familia anima a continuar con el tratamiento, lo que favorece de manera positiva la adherencia terapéutica. El apoyo de los compañeros puede mejorar a la adherencia y reducir la cantidad de tiempo dedicado por los profesionales de la salud.<sup>72</sup>

En cuanto al entorno o ambiente laboral, los estudios describen que las personas que laboran por días o que constantemente piden permiso en su sitio de trabajo para asistir a citas médicas o ir a buscar los medicamentos corren el riesgo de perder el empleo. Algunos autores establecen que en relación con el aspecto laboral, el 60% están pensionados y el 40% se encuentra activo.<sup>73</sup>

El ambiente social es muy importante en la adherencia a los tratamientos, ya que el contar con redes o grupos de apoyo se considera como un agente protector

---

<sup>69</sup>Grange, J. et al Tuberculosis in disadvantaged groups. Curr Opin Pulm Med 2001. Vol. 7. Págs. 160-164

<sup>70</sup>Forcitini, S. et al. Abandono de tratamiento de pacientes con tuberculosis. Revista Argentina de Tórax 1999; Vol. 60. Págs. 58-63

<sup>71</sup>Camargo, D. et al. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Médicas UIS 1998. Vol. 12. Págs. 169-172

<sup>72</sup>Herrera, L. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Avances en enfermería. [en línea]. Vol. XXVI. No 1. Págs. 36-42 enero-junio 2008 [consultado agosto 2011]. Disponible en: <[http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1\\_4.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf)

<sup>73</sup>Ibid p. 39

para el paciente, el cual se siente participe y acompañado para continuar con su tratamiento.<sup>74</sup>

En cuanto al apoyo social es importante mencionar que este tipo de soporte protege a los pacientes del estrés desencadenado por la patología y faculta al paciente para evaluar la situación y adaptarse a la enfermedad, ayudándolo a desarrollar respuestas de afrontamiento.<sup>75</sup>

#### **2.2.4.2 Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria**

Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica,<sup>76</sup> pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de

---

<sup>74</sup>Blaschke, T. Osterberg, L. Adherence to medication. *New England Journal Medical* 2005; 353 (5): Pages. 487-497

<sup>75</sup>Lechuga, P. et al. Factores psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. *Psicología y salud* 2007. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29117107ISSN1405-1109>

<sup>76</sup>Rose, L. et al. The contexts of adherence for AfricanAmericans with high blood pressure. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 32:587-594.

trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

Por otro lado, también se ha descrito que una buena adherencia o cumplimiento al tratamiento se debe a la exitosa relación que se dé con el profesional de la salud: médico-enfermera-paciente. Un estudio menciona que el 84.3% de los pacientes se encuentran en riesgo de no adherirse, porque se considera que la interacción del profesional de la salud con el paciente cobra una notable importancia por la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente en cuanto a esta relación.<sup>77</sup>

La comunicación juega un papel muy importante, porque ésta debe darse de forma clara, con un lenguaje apropiado y adecuado para el paciente, es decir, sin tecnicismos. Por el contrario, el paciente debe percibir que es tomado en cuenta y que sus preguntas o inquietudes son válidas. Además la atención que se le brinde al paciente debe ser de buena calidad, que tenga en cuenta el tiempo, porque este es causa de no adherencia, durante la consulta se le deben explicar

---

<sup>77</sup>Herrera, L. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Avances en enfermería. [en línea]. Vol. XXVI. No 1. Págs. 36-42 enero-junio 2008 [consultado agosto 2011]. Disponible en: <[http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1\\_4.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf)>

las instrucciones pertinentes a la duración, toma y horarios de los medicamentos, al igual que oír sus expectativas en relación al tratamiento que va a iniciar.<sup>78</sup>

Es fundamental, que el paciente acepte el tratamiento y se incline por su necesidad. Es importante destacar que el profesional de salud debe de ser preciso en dar las indicaciones y/o instrucciones de manera clara y precisa para que estas sean fáciles y entendibles para el paciente, ya que una cuarta parte de los incumplimientos se debe a que el paciente no comprendió correctamente las órdenes dadas por el profesional de salud.<sup>79</sup>

Es muy importante que el profesional de la salud desarrolle diferentes estrategias que involucren al paciente para que tenga un mayor compromiso y una elevada participación. Cabe mencionar la importancia que tiene que la educación no solo sea de forma verbal, sino que debe de impartirse también de forma escrita ya que muchas veces al paciente se le olvida lo que se les ha indicado o enseñado. Es necesario que al brindar indicaciones no solo sean como una instrucción, sino que el profesional de la salud tenga un proceso continuo y dinámico en el que el paciente se sienta participe de este proceso y donde se pueda realizar un seguimiento continuo.<sup>80 81</sup>

---

<sup>78</sup>Basterra, M. El incumplimiento terapéutico. *PharmaceuticalCare*. 1999; Vol. 1. Págs. 97-106

<sup>79</sup>Borga, A. et al. E. Drug compliance and un reported drugs in the elderly. *J Am Geriatric Soc* 1999. Vol. 37. Págs. 619-624.

<sup>80</sup>González, J. et al. Cumplimiento e incumplimiento terapéutico en el tratamiento con antibióticos. *Jano*, 1997; Vol. 53. Págs. 697-706



### **2.2.4.3 Factores relacionados con la enfermedad**

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad, así como la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influye la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. La depresión,<sup>82</sup> (en la diabetes o la infección por el VIH/SIDA) y el abuso de drogas y alcohol, son modificadores importantes del comportamiento de adherencia.

### **2.2.4.4 Factores relacionados con el tratamiento**

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen del médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos

---

<sup>81</sup>Lechuga, P. et al. Factores psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. *Psicología y salud* 2007. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29117107ISSN1405-1109>

<sup>82</sup>Ciechanowski, PS., Katon, WJ. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 27:3278-3285.

beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

En este punto es significativo tener en cuenta que en general se considera que hay alta adherencia a los tratamientos cuando estos son a corto plazo o por un tiempo determinado. La adherencia disminuye en casos como, por ejemplo, procesos crónicos, polifarmacia o politerapia, pues los medicamentos muchas veces se toman al mismo tiempo, esto sucede cuando los esquemas de dosis son complicados, la vía en que se debe administrar el medicamento, además de las reacciones adversas que va a presentar el paciente cuando tome o se le administre el medicamento.<sup>83, 84</sup>

Por otro lado, los efectos adversos ocasionados por los diferentes medicamentos que se le administran al paciente, es un aspecto muy importante que impacta en la adherencia al tratamiento, sobre todo cuando al paciente no se le ha informado antes de que inicie el tratamiento, acerca de las mismas. Sin embargo el riesgo que se corre de informar al paciente acerca de las reacciones adversas que va a tener con el tratamiento, debemos esperar de que el paciente no se administre los medicamentos por miedo a estas reacciones. La forma farmacéutica y la vía de administración de los medicamentos juegan un papel importante en cuanto al

---

<sup>83</sup>Galeano, E. et al. Adherencia al tratamiento implicaciones de la no adherencia. Acta Médica Colombiana 2005; 30: 268-273.

<sup>84</sup>Basterra, M. El incumplimiento terapéutico. PharmaceuticalCare. 1999; Vol. 1. Pages 97-106

cumplimiento, pues este puede ser mayor si este se administra por vía parenteral que en forma oral.<sup>85</sup>

Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

#### **2.2.4.5 Factores relacionados con el paciente**

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se han evidenciado e influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la

---

<sup>85</sup>Ibid pág 107

habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento, asesoramiento, a las clases motivacionales, comportamentales o de psicoterapia; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

Las percepciones sobre la necesidad personal de medicación son influidas por los síntomas, las expectativas, las experiencias, y por los conocimientos de la enfermedad.<sup>86</sup> Las inquietudes por la medicación surgen de manera característica de las creencias acerca de los efectos colaterales y la interrupción del modo de vida, y de preocupaciones más abstractas sobre los efectos a largo plazo y la dependencia. Se relacionan con las perspectivas negativas acerca de los medicamentos en su totalidad y las sospechas de que los médicos los prescriben

---

<sup>86</sup>Horne, R. Patients' beliefs about treatment: the hidden determinant of treatment outcome? *Journal of Psychosomatic Research*, 1999, 47:491-495.

en exceso,<sup>87</sup> <sup>88</sup> así como una “visión del mundo” más amplia caracterizada por las sospechas de sustancias químicas en los alimentos, el ambiente, de la ciencia, la medicina y la tecnología.

La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficios) y por el grado de confianza en poder seguirlo.<sup>89</sup> Acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia terapéutica y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento que deben abordarse continuamente con los profesionales de la salud si se busca mejorar la adherencia general.<sup>90</sup> La inestabilidad emocional, la depresión, tener personalidad agresiva, ser hipocondríaco y presentar delirios de grandeza hacen parte de las conductas que pueden llevar al abandono del tratamiento.

Un aspecto muy importante, que debemos de valorar es del estado sensorial del paciente, aquí involucra la pérdida de la visión o de la audición, ya que esta

---

<sup>87</sup> Horne, R. et al. The satisfaction with information about medicines scale (SIMS): A new measurement tool for audit and research. *Quality in Health Care*, 2001, 10:135-140.

<sup>88</sup> Horne, R., Weidman, J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999, 47:555-567.

<sup>89</sup> Miller, W., Rollnick, S. *Motivational interviewing*. Nueva York, Guilford Press, 1999.

<sup>90</sup> Herrera, L. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: *Avances en enfermería*. [en línea]. Vol. XXVI. No 1. Págs. 36-42 enero-junio 2008 [consultado agosto 2011]. Disponible en: <[http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1\\_4.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf)>

condición ocasiona que el paciente presente falta de atención y dificultad en la obtención de la información, recomendaciones u órdenes que se le dan para su tratamiento. La mayoría de las indicaciones que se dan es en forma verbal o por escrito, y muchas veces el profesional de la salud no tiene en cuenta este tipo de alteraciones en los pacientes, y lo relacionan con la edad.

En los pacientes de edad avanzada se ha demostrado que alrededor de un 50% no toma la medicación y de un 25% a un 60% de los mismos la toma de manera incorrecta.<sup>91</sup> Se ha establecido que por cada año más que tenga la persona, la adherencia mejora, al igual que en las personas con edades extremas se observa una adecuada adherencia en comparación con los que se encuentran en edades intermedias.<sup>92</sup>

Otro punto importante que se debe de tener en cuenta son los estados alterados del ánimo del paciente, ya que algunos pueden presentar aparte de su patología de base algunas alteraciones mentales, como por ejemplo; estrés, depresión, ansiedad, entre otras. Esto ocasiona una falta de atención y de seguimiento en su tratamiento,<sup>93</sup> otro factor importante relacionado con el paciente es el que concierne a la enfermedad como tal, porque muchas veces este se adapta o se acostumbra a convivir con los síntomas relacionados con la enfermedad. Esto

---

<sup>91</sup> Vidal, M. Información de medicamentos al paciente y mejora del cumplimiento del tratamiento. [en línea]. Disponible en: <<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/erroresmedicacion/023.pdf>

<sup>92</sup> De Oliveria, H. et al. Abandono de tratamiento e recidiva da tuberculose: aspectos de episodios previos, Campinas, SP. Brasil 1993-1994. RevSaúdePublica 2000. Vol. 34 Págs. 437-443

<sup>93</sup> Crespo, F. Adherente to potent antiretroviral therapy. Assoc Nurses AIDS Care 1997 (5). Pages. 43-54

ocasiona que no consulte al médico y que no tome sus medicamentos. Además, cuando se involucran enfermedades relacionadas con el estado de conciencia como son las enfermedades mentales, la adherencia al tratamiento se hace más difícil por la condición del paciente.

Sin embargo, factores como el estrato socioeconómico y el nivel educativo no se relacionan con los factores propios del paciente, pero en este caso se consideran importantes en la adherencia al tratamiento, ya que si un paciente es de estrato bajo, es posible que no tenga los recursos económicos para hacer frente a los gastos que origine el tratamiento para su patología, así como vivir en lugares alejados al Hospital o centro de salud que los atiende, un estudio encontró que un 79% de los pacientes que abandonaban el tratamiento procedían de estratos bajos.<sup>94</sup>

Por otro lado, la literatura menciona que cuando el paciente tiene un nivel educativo bajo se les dificulta comunicarse con el personal de salud, en Barcelona se encontró un grupo de pacientes que eran analfabetas tenían un riesgo mayor de abandonar los tratamientos a diferencia de los pacientes que tenían un nivel educativo más alto.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup>Cáceres, F. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. [en línea]. Med UNAB 2004; 7: Págs. 172-180. Disponible en:<[http://Caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA\\_721/RT\\_C2.PDF](http://Caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA_721/RT_C2.PDF)

<sup>95</sup>Pozsik, C. Compliance with tuberculosis therapy. Medicina Clinica North Am 1993; Vol. 77. Pages. 1289-1301

El estado civil del paciente también impacta en la adherencia, ya que las personas que se encuentran casadas y compartiendo con la familia, tienen un apoyo importante en el cumplimiento del tratamiento. Los pacientes solteros tienen la mitad de riesgo de abandono en un 61% comparado con los pacientes que se encuentran casados, en un 12.6%. Por otro lado, el grupo de pacientes viudos, separados o divorciados tienen riesgo de presentar abandono al tratamiento en un 14.3%,<sup>96</sup> es importante mencionar que en este punto tienen que ver otros factores propios del paciente, en los que se involucra: su personalidad, actitudes frente a su enfermedad y su motivación para recuperar su salud, la percepción de la gravedad del proceso patológico, el conocimiento de su enfermedad con respecto a su tratamiento; y la eficacia del tratamiento y la aceptación a este.<sup>97, 98</sup>

### **2.2.5 INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA**

La no adherencia a los regímenes de tratamiento es un desafío persistente para el personal de enfermería y los demás profesionales de la salud. Se calcula que la proporción de pacientes que no logran adherirse a los regímenes prescritos comprende de 20 a 80%.<sup>99</sup> Los profesionales de enfermería son conscientes de

---

<sup>96</sup>Barr, R. et al. No adherence in tuberculosis treatment: Predictors and consequences in New Cork City. *Am J Med* 1997; Vol. 102. Págs. 164-170

<sup>97</sup>Basterra, M. El incumplimiento terapéutico. *PharmaceuticalCare*. 1999; Vol. 1. Págs. 97-106

<sup>98</sup>González, J. et al. Cumplimiento e incumplimiento terapéutico en el tratamiento con antibióticos. *Jano*, 1997; Vol. 53. Pages. 697-706

<sup>99</sup>Cramer, JA. et al. How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique. *Journal of the American Medical Association*, 1989,261:3273–3277 [corrección de errata publicada en *Journal of the*



las consecuencias de la no adherencia y su costo elevado para el paciente, la comunidad y el sistema de atención de salud. Además, estos profesionales están familiarizados con las frustraciones por los fracasos del tratamiento, los malos resultados de salud y la insatisfacción del paciente que acompañan a la adherencia deficiente.

El Consejo Internacional de Enfermeras (ICN, por sus siglas en inglés) calcula que hay cerca de 12 millones de profesionales de la enfermería en todo el mundo, con una comprensión adecuada de la dinámica de la adherencia terapéutica y las técnicas para evaluar y vigilar los problemas de la no adherencia, estos profesionales de la salud constituyen una fuerza formidable para mejorar la adherencia y los resultados de la atención. Su presencia en todos los entornos de atención de salud, su cercanía a las personas y su gran número se combinan para colocarlas en posición de participantes en las estrategias sostenidas para mejorar la adherencia terapéutica.

Las intervenciones de enfermería para multiplicar la adherencia deben basarse en enfoques innovadores que incluyen la prescripción por estos profesionales, la participación del paciente en el autocuidado, la evaluación y el monitoreo continuos de los regímenes de tratamiento. Tales enfoques deben fomentar

---

American Medical Association, 1989, 262:1472].Wright EC. Non-compliance—or how many aunts has Matilda? Lancet, 1993, 342:909–913.

asociaciones terapéuticas entre pacientes y personal de enfermería que sean respetuosos de las creencias y elecciones del paciente para determinar cuándo y cómo deben seguirse los regímenes de tratamiento.

Dado que gran parte del tratamiento para los procesos crónicos tiene lugar en el hogar y entornos comunitarios, el personal de enfermería puede proporcionar un enlace apoyando mediante visitas a domicilio, recordatorios telefónicos y de otro tipo que facilitan la adherencia terapéutica. Por medio del contacto sostenido, el personal de enfermería puede forjar una alianza terapéutica con los pacientes y sus familias prestando apoyo constante para la toma de los medicamentos recomendados. Algunas técnicas de monitoreo de la adherencia incluyen el tratamiento directamente observado (TDO), el recuento de comprimidos, las entrevistas consideradas moralmente neutras y la revisión de los armarios de medicamentos.<sup>100</sup>

---

<sup>100</sup>Williams, AB. Adherence to HIV regimens: 10 vital lessons. American Journal of Nursing, 2001, 101:37–43.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Hoy en día, a pesar de que cada vez se conoce más sobre la forma de prevenir y tratar el cáncer, cada año aumenta el número de personas que lo padecen, de tal manera que durante los últimos años, los principales factores que han contribuido a su incremento son: aumento en la proporción de personas de mayor edad en el mundo, decremento de las defunciones por enfermedades transmisibles, reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en algunos países.

En los últimos años se ha estudiado mucho la importancia que tiene la adherencia terapéutica en los pacientes, para mejorar su salud y así disminuir el costo en los hospitales donde son atendidos ya que disminuye su reingreso por complicaciones.

Existen varias investigaciones acerca de la adherencia terapéutica en algunos padecimientos como son: Diabetes mellitus, hipertensión arterial y de VIH, en estas investigaciones, no se aprecia uniformidad con respecto al uso de los términos cumplimiento, adherencia y adhesión, los cuales se utilizan indistintamente y como sinónimos en la mayoría de los casos.

La OMS ha revelado la importancia de atender el problema de la adherencia en los tratamientos de larga duración en el marco de la salud pública. En el año 2001 el grupo de enfermedades no transmisibles y salud mental de esta organización

lanzó como iniciativa mundial un “Proyecto sobre adherencia terapéutica a largo plazo” encaminado a abordar este problema en varias enfermedades crónicas y se generó un informe técnico divulgado entre 2003 y 2004 dirigido básicamente a los formuladores de políticas y directivos de los sistemas de salud donde se hace un llamado a realizar acciones investigativas y de intervención en una dificultad de elevada magnitud y con efectos importantes para los resultados de salud de la población y la eficiencia económica del sector (OMS, 2004).

Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria (OMS, 2004). Esta información permite suponer que sólo la mitad de las personas con padecimientos crónicos realizan correctamente el tratamiento necesario para el control de su enfermedad y que la otra parte se encuentra en riesgo registrado de sufrir complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura.

Con independencia de los diferentes criterios y técnicas que se utilicen para evaluar el grado de adherencia se reportan datos sobre la frecuencia de ésta en algunas enfermedades crónicas, que ilustran la gravedad del problema. Por ejemplo, en hipertensión arterial, el porcentaje de pacientes que cumple su régimen terapéutico es sólo el 27% en Gambia, 43% en China y 51% en Estados

Unidos (OMS, 2003b). En otras enfermedades se reportan cifras igualmente bajas. En Australia sólo 43% de los pacientes con asma toman los medicamentos prescritos y el 28% utilizan la medicación preventiva. En el tratamiento de la infección por el VIH y el SIDA, la adherencia a los antirretrovirales varía entre un 37 y 83% según el medicamento y las características de las poblaciones en estudio y en el caso de los pacientes con depresión se revela entre un 40 y 70% de adherencia a los tratamientos antidepresivos (OMS, 2004).

Desafortunadamente, no existen estudios de esta índole en pacientes hematooncológicos, dada la inconsistencia de los resultados y la falta de estudios en la población con enfermedades hematooncológicas, que además es más susceptible a la adherencia terapéutica, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

–“¿Cuáles son los factores que determinan la adherencia terapéutica en pacientes hematooncológicos?”

#### **4. HIPÓTESIS**

De acuerdo con la información teórica respecto a la importancia que tiene la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, las estimaciones realizadas sobre las tasas de incumplimiento han reportado que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas de sus médicos con diferencias en dependencia del carácter de la dolencia. En las enfermedades agudas la tasa de incumplimiento es aproximadamente un 20%, mientras que en las enfermedades crónicas es del 45%; en los regímenes terapéuticos que consisten en cambios de hábitos o estilos de vida la tasa de incumplimiento puede ser más alta.

De acuerdo a lo anterior se plantean las siguientes hipótesis:

H1: Los factores relacionados con el paciente, con el ambiente, con el medicamento y con la relación médico-enfermera-paciente intervienen en la adherencia terapéutica que presentan los pacientes hematooncológicos.

H1: Los pacientes hematooncológicos tienen una adherencia terapéutica del 40% al tratamiento médico.

## **5. OBJETIVO GENERAL**

- Identificar los factores que determinan la adherencia terapéutica en pacientes hematooncológicos.

## **6. MATERIAL Y MÉTODO**

### **6.1 Tipo de estudio**

Cuantitativo, transversal, correlacional, prolectivo.

### **6.2 Población de estudio**

Pacientes hematooncológicos que se encuentren hospitalizados en un periodo de julio a noviembre de 2011, en un Instituto de Tercer Nivel de Salud donde se atienden pacientes a partir de los 15 años de edad.

### **6.3 Criterios de inclusión**

- Pacientes a partir de los 15 años de edad.
- Pacientes diagnosticados con enfermedad hematooncológica.
- Estar bajo tratamiento médico por más de 1 año, en el Instituto.
- No tener trastornos mentales o físicos que imposibilite contestar el instrumento.
- Desear colaborar con la investigación.
- Firma del consentimiento informado, en caso de ser menor de edad la firma del padre o tutor responsable del paciente.

### **6.4 Criterios de exclusión**

- Pacientes que no tengan una enfermedad hematooncológica.
- Pacientes que no se encuentren en condiciones de contestar el instrumento (paciente entubado, paciente con delirio, paciente que no sepa leer y escribir).



### **6.5 Criterios de eliminación**

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Instrumentos resueltos de manera incompleta en un 10% o más.
- Que no cumpla los requisitos de inclusión.

### **6.6 Variables de estudio**

- Variable Dependiente: Factores que determinan la adherencia terapéutica.
- Variable independiente: Adherencia terapéutica.
- Variables intervinientes: Edad, estado civil, escolaridad, lugar de procedencia.

## 6.7 Operacionalización de Variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Nivel de medición	Valor o código (Categorías)
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació. Representada en años.	Edad cronológica que informe el paciente al momento de contestar el instrumento	Cuantitativa Intervalar	Años cumplidos.
Sexo	Características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer.	Características fenotípicas del sujeto	Cualitativa Nominal	La que reporte el entrevistado: -Masculino -Femenino
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Tiempo que duran estos cursos.	Grado escolar terminado	Cualitativa Nominal	La que reporte el entrevistado: - Primaria - Secundaria - Preparatoria - Licenciatura - Carrera técnica.
Estado civil	Situación legal que define el estado civil de un individuo	Situación social de vivir en pareja.	Cualitativa Nominal	La que reporte el entrevistado: - Casado - Soltero - Viudo - Unión libre - Divorciado
Adherencia terapéutica	Conjunto o repertorio de conductas, entre las que se incluyen: aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones del mismo, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida comportamientos saludables	Grado de cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, que involucra realizar una serie de tareas que requieren: saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer; el paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad.	Cualitativa ordinal	Para evaluar la adherencia terapéutica se elaboró un instrumento que contemplo cuatro dimensiones: factores relacionados con el paciente, factores relacionados con el ambiente, factores relacionados con el medicamento y factores relacionados con la relación médico-paciente-enfermera. El instrumento tiene una escala de evaluación tipo Likert compuesta por cuatro opciones: 1 Nunca, 2 Casi nunca, 3 Casi siempre y 4 Siempre Para la evaluación del nivel de adherencia se establecieron los siguientes puntajes: altamente adherido de 104-132 puntos y medianamente adherido de 69-103 puntos.

Factores que determinan la adherencia terapéutica en pacientes hematooncológicos.  
Lic. en Enf. María del Rosario Caballero Tinoco

---

Falta de adherencia	Se entiende como el no cumplimiento por parte del paciente de los horarios sugeridos por el profesional para el manejo de alguna enfermedad, el no comenzar un programa de tratamiento, la terminación prematura de la terapia o la implementación incompleta de las prescripciones.	Pacientes que no lleven a cabo las indicaciones médicas.	Cualitativa Ordinal	Para la falta de adherencia se consideró de 34-68 puntos.
---------------------	--	--	------------------------	---

## 6.8 Instrumento

Al revisar la literatura, no se encontraron instrumentos específicos para evaluar los “Factores que intervienen en la adherencia terapéutica en pacientes hematooncológicos”, se encontró un instrumento denominado “Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con pos infarto agudo de miocardio”. Este instrumento contiene 27 ítems divididos en cuatro dimensiones las cuales corresponden a los factores que influyen en la adherencia. El instrumento denominado “Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con pos infarto agudo de miocardio”, está dividido en cuatro dimensiones.

La primera corresponde a los factores relacionados con el paciente; esta dimensión consta de 10 ítems. La segunda hace referencia a los factores relacionados con el ambiente, esta dimensión consta de 5 ítems. En la tercera se evaluaron los factores relacionados con el medicamento; consta de 5 ítems. La cuarta y última dimensión es la relación médico-paciente y enfermera-paciente; esta consta de 7 ítems.

El instrumento tiene una escala de evaluación tipo Likert compuesta por cuatro opciones: 1 Nunca, 2 Casi nunca, 3 Casi siempre y 4 Siempre. Tiene un puntaje mínimo de 27 puntos y un puntaje máximo de 108. A este instrumento se le

realizó una validación de contenido por medio de la evaluación de dos expertos en el área y una prueba piloto con el fin de verificar la claridad, comprensión y pertinencia de las preguntas que se encuentran en el cuestionario.

A este instrumento para evaluar el nivel de adherencia le establecieron los siguientes puntajes: altamente adherido (82-108 puntos), medianamente adherido (55-81 puntos), poco adherido (28-54 puntos).

Al instrumento se le hicieron modificaciones para que pudiera evaluar a pacientes hematooncológicos. Se seleccionó un grupo de expertos, constituido por 3 profesionales de enfermería con amplia experiencia en el manejo de los pacientes con enfermedades hematooncológicas, 3 médicos adscritos al servicio de hematooncología y una química experta en este tipo de pacientes, a quienes se les entregó el formato de evaluación con los ítems y los criterios a evaluar. Cabe mencionar que la literatura nos señala que son cinco dimensiones que pueden influir en la adherencia terapéutica como son factores socioeconómicos, factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente.

Para fines de la investigación y para el instrumento que se va aplicar, solo se contemplan cuatro dimensiones: factores relacionados con el paciente, factores

relacionados con el ambiente, factores relacionados con el medicamento y factores relacionados con la relación médico-paciente-enfermera.

Se estableció si la muestra de ítems era representativa y suficiente para cada una de las categorías que el instrumento evalúa. Recibidas las observaciones de los expertos, se procedió a modificar cada uno de los ítems de acuerdo con las sugerencias dadas y teniendo en cuenta los resultados el instrumento quedó conformado con 33 ítems distribuidos de la siguiente forma. La primera parte corresponde a los factores relacionados con el paciente; esta dimensión consta de 12 ítems. La segunda parte hace referencia a los factores relacionados con el ambiente, esta dimensión consta de 5 ítems. En la tercera parte se evaluaron los factores relacionados con el medicamento; consta de 6 ítems. La cuarta parte y última dimensión es la relación médico-paciente y enfermera-paciente; la cual consta de 10 ítems.

Al instrumento se le dejó la misma escala de evaluación tipo Likert compuesta por cuatro opciones: 1 Nunca, 2 Casi nunca, 3 Casi siempre y 4 Siempre.

Para la evaluación del nivel de adherencia de este instrumento se establecieron los siguientes puntajes: altamente adherido (104-132 puntos), medianamente adherido (69-103 puntos), poco adherido (34-68 puntos). Para el caso de dimensiones la puntuación se ponderará de la siguiente forma: altamente adherido (3.01 a 4.00 puntos), medianamente adherido (2.01 a 3.00 puntos), poco adherido (1-2.00 puntos).

## **Prueba Piloto**

La prueba piloto se realizó a 15 pacientes, el tamaño de la muestra fue por conveniencia, los pacientes tenían enfermedad hematooncológica. Las observaciones que ellos hicieron al instrumento de recolección de datos se tomaron en cuenta para facilitar la comprensión del mismo.

En esta prueba se obtuvieron puntajes de confiabilidad altos, un Alpha de 0.90

La aplicación del instrumento —Factores que intervienen en la adherencia terapéutica en pacientes hematooncológicos”, fue autoadministrado previamente se solicitó a los pacientes su autorización para aplicar el instrumento, dándoles a conocer los principales aspectos de la investigación, se les hizo énfasis en que era anónimo sin ninguna repercusión en la atención médica que recibían.

Se explicó como registrar sus respuestas y en caso de que tuvieran alguna duda la notificarán al aplicador.

Cuando el paciente entregó el instrumento se revisó de manera rápida, observando que no hubiera alguna pregunta sin contestar y en caso de que faltará algún dato se le pedía que lo terminara de contestar.

La aplicación del instrumento se realizó en la unidad del paciente, el tiempo aproximado que se tardó en contestar el instrumento fue de 20 a 25 minutos.

## **6.9 Análisis Estadístico**

Para el análisis de datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 17.0

Para las variables cuantitativas se calculó el promedio y desviación estándar como medidas descriptivas y para las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y porcentajes.

Para la comparación entre grupos se realizó estadística inferencial, prueba de t de student de correlación y de comparación. Se consideró que existe significancia estadística cuando p sea menor o igual a 0.05



## **7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

A los pacientes que cumplieron con los criterios establecidos de inclusión se les informo de forma verbal y escrita la descripción de los objetivos de la investigación, así como de la confidencialidad, de la información recolectada en el instrumento, misma que no iba afectar el trato recibido en el Instituto.

El estudio se realizó bajo las disposiciones de la Ley General de Salud que en materia de investigación para la salud; en el Título Quinto, Capítulo único, con sus ocho artículos (del 96 al 103) se establecen las bases generales para normar toda la investigación médica.

Con base al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en el Título Segundo, (de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos), Capítulo 1 sobre las disposiciones comunes, del Artículo 13 donde se señala lo siguiente: —Entoda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar”

Por otra parte, de acuerdo con el artículo 17 del mismo Reglamento donde se señala la probabilidad de riesgo para el sujeto investigado, cabe mencionar que el trabajo propuesto no representó ningún riesgo para los individuos involucrados. Se

llevó a cabo también con lo estipulado en el artículo 21, específicamente en sus fracciones:

I. Cuando se dé a conocer la justificación y los objetivos de la investigación.

III. Al explicar las molestias o los riesgos esperados, tanto para los pacientes como a las compañeras de enfermería.

V. Al garantizar que se dará respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

VII. Se dará la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento para dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, y

VIII. Asegurando que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

También se considerará lo convenido en el Código Ético de enfermería, específicamente en el capítulo segundo: de los deberes de las enfermeras para con las personas, en sus artículos:

2°. ~~Respetar~~ la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado”

3°. ~~Mantener~~ una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias”, y

5°. ~~Mantener~~ una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona”.

## **8. RESULTADOS**

A continuación se exponen los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento que se utilizó en la investigación, en la que se propuso determinar los factores que determinan la adherencia terapéutica en pacientes hematooncológicos, en una Institución de tercer nivel de salud.

### **8.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS**

A continuación se describen las características sociodemográficas que están presentes en la población estudiada y que pudieron ser medible, como son edad en años, sexo, nivel de educación formal que alcanzo la población estudiada, estado civil, entre otros.

La edad mínima de la población estudiada es de menos de 20 años con un 20.4% y la edad máxima es de más de 70 años con un 3.0%. En cuanto al sexo, se observa que el 52.8% corresponde al género masculino y el 47.2% al género femenino. Con respecto al estado civil, se encontró que la mayoría de los pacientes está casado con un 45.5%, dado que la mayor parte de los pacientes se encuentra en edad madura. El grado escolar más alto que presentan los pacientes es de nivel secundaria con un 40.4%. Ver Cuadro No. 1

**Cuadro No. 1**  
**“Características sociodemográficas de los pacientes hematooncológicos”**

<b>Característica</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
Menos de 20	<b>48</b>	<b>20.4</b>
21 a 30 años	39	16.6
31 a 40 años	39	16.6
41 a 50 años	43	18.3
51 a 60 años	45	19.1
61 a 70 años	14	6.0
Más de 70 años	7	3.0
Total	235	100.0
<b>Sexo</b>		
Femenino	111	47.2
Masculino	<b>124</b>	<b>52.8</b>
Total	235	100.0
<b>Estado Civil</b>		
Soltero (a)	75	32.0
Casado (a)	<b>107</b>	<b>45.5</b>
Divorciado (a)	16	6.8
Unión Libre	31	13.2
Viudo (a)	6	2.6
Total	235	100.0
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	35	14.9
Secundaria	<b>95</b>	<b>40.4</b>
Preparatoria	52	22.1
Licenciatura	34	14.5
Carrera Técnica	19	8.1
Total	235	100.0

Con respecto al lugar de residencia la mayoría de los pacientes corresponde al D.F. y al Estado de México con un 64.2%, cabe mencionar que el 35.8% proviene de algunos estados de la República Mexicana. Ver Cuadro No. 2

**Cuadro No. 2**  
**“Características sociodemográficas de los pacientes hematooncológicos”**

<b>Característica</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Lugar de residencia</b>		
D.F.	<b>80</b>	<b>34.0</b>
Estado de México	<b>71</b>	<b>30.2</b>
Morelos	27	11.5
Michoacán	9	3.8
Hidalgo	19	8.1
Puebla	9	3.8
Querétaro	8	3.4
Oaxaca	5	2.1
Guerrero	4	1.7
Sonora	3	1.3
Total	235	100.0

La mayoría de la población observada no trabaja, este porcentaje es de 73.6%.  
Con respecto a con quien viven los pacientes el 45.1% vive con el esposo(a). Ver  
Cuadro No. 3

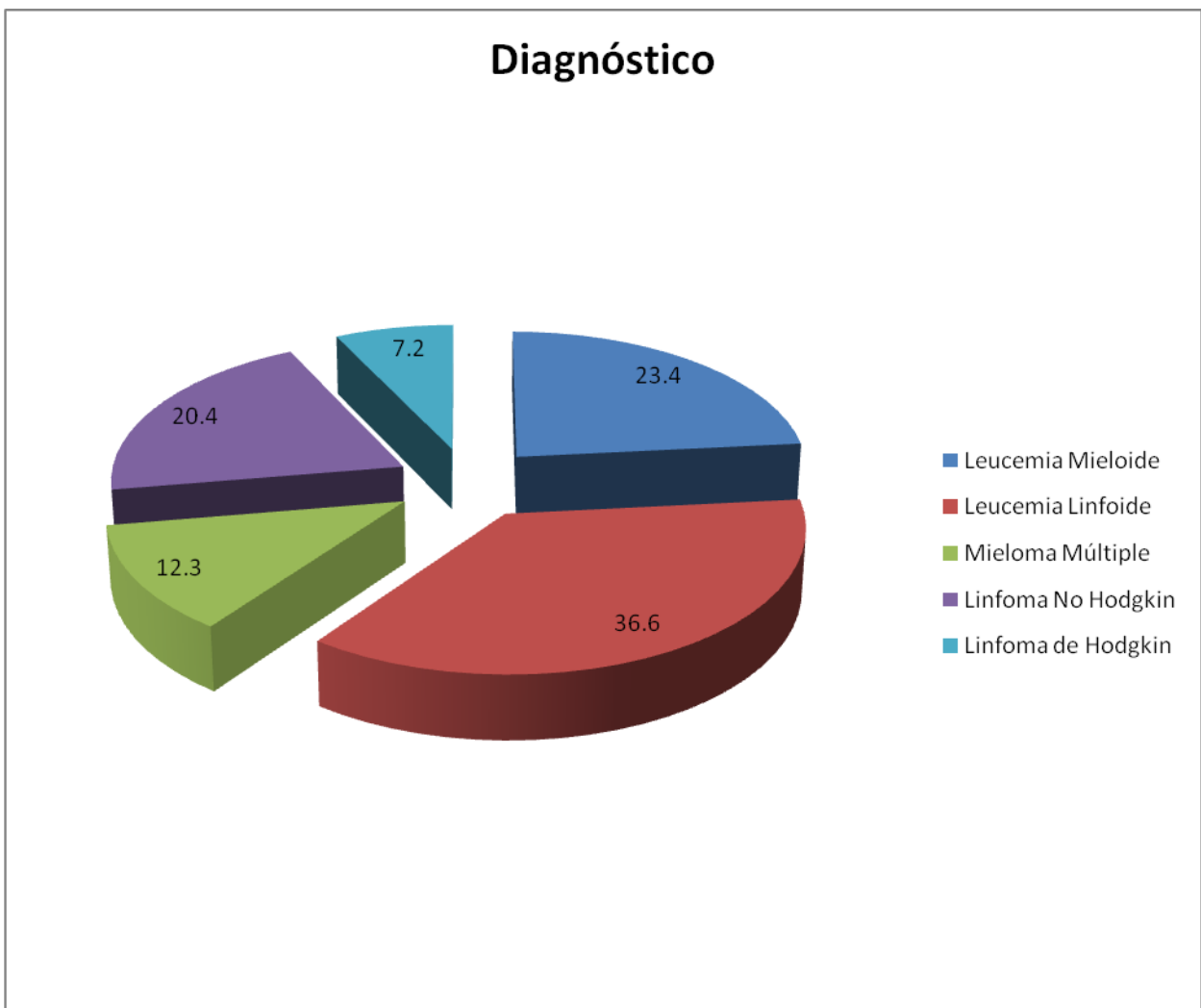
**Cuadro No. 3**  
**“Características sociodemográficas de los pacientes hematooncológicos”**

<b>Característica</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Situación Laboral</b>		
Si trabaja	62	26.4
No trabaja	<b>173</b>	<b>73.6</b>
Total	235	100.0
<b>Con quién vive el paciente</b>		
Esposos (a)	<b>106</b>	<b>45.1</b>
Padres	62	26.4
Hijos	18	7.7
Pareja	31	13.2
Solo (a)	18	7.7
Total	235	100.0

El médico le informo al 100% de los pacientes acerca de cuál era su diagnóstico, ya que esta información solo la puede dar el médico al paciente.

De la población observada el diagnóstico que más presentaron es el de Leucemia Linfoide con un 36.6%. Ver Gráfica No. 1

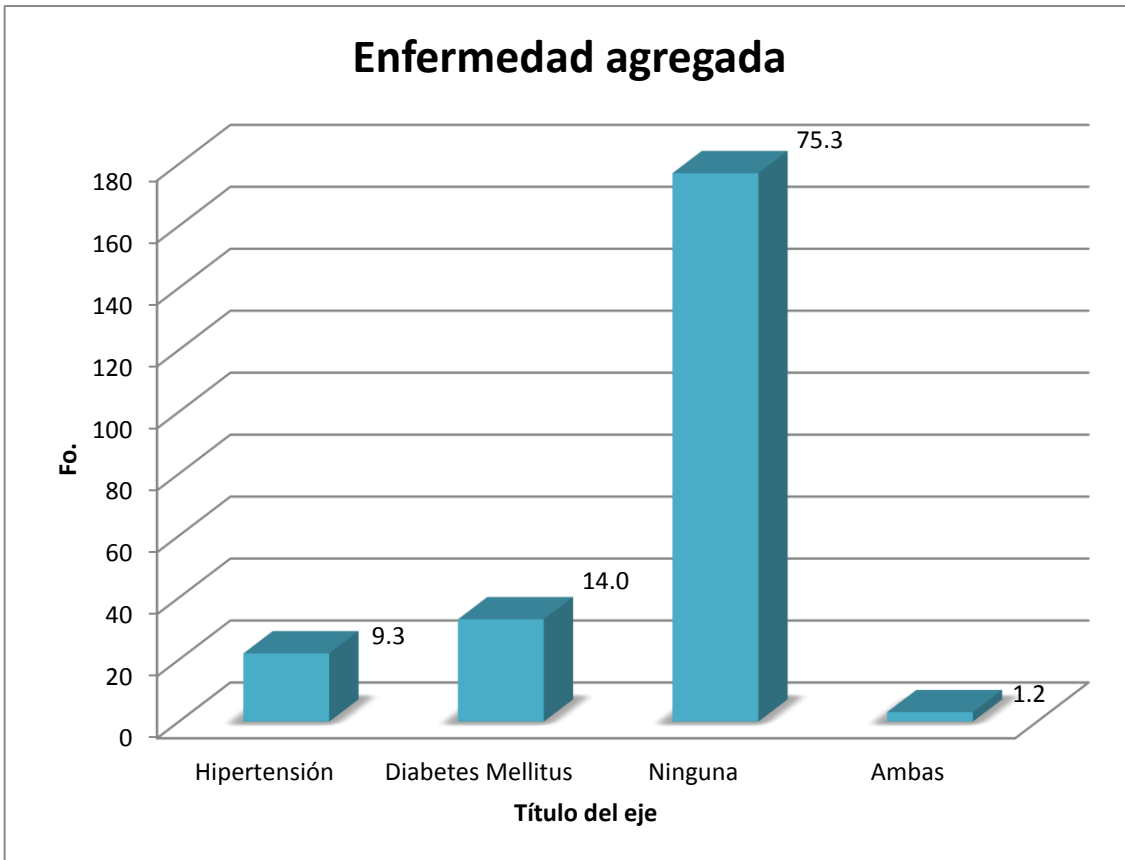
**Gráfica No. 1**  
**“Diagnóstico motivo de ingreso”**





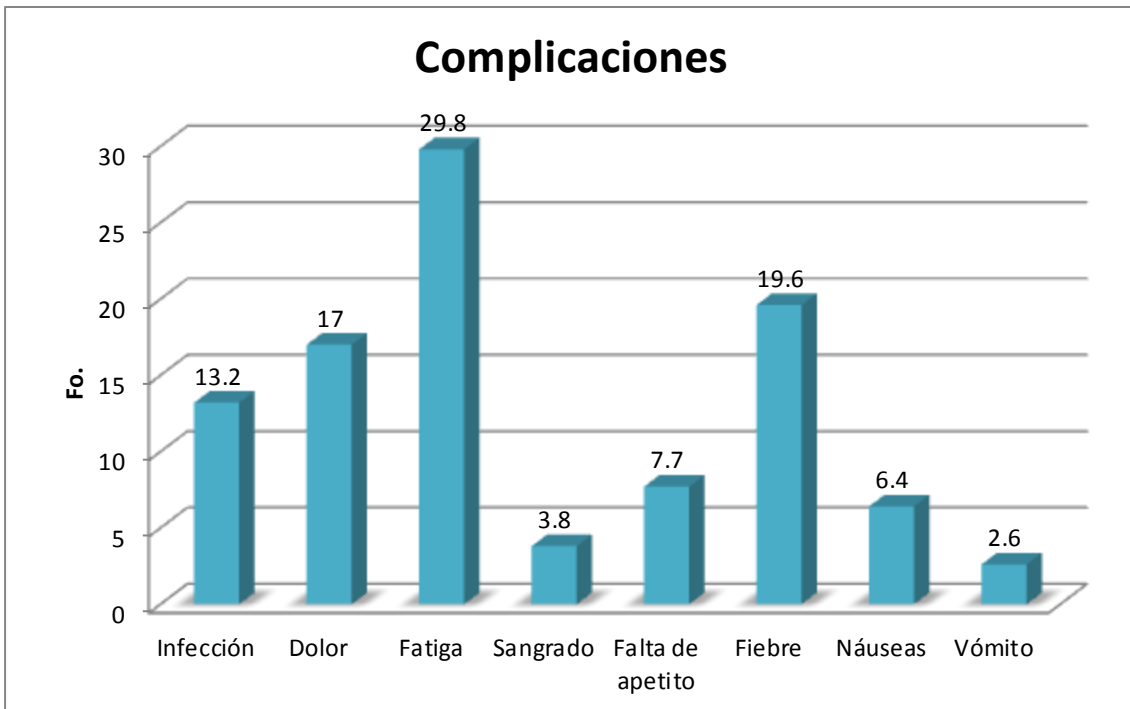
Con respecto así el paciente presentaba una enfermedad crónico-degenerativa, además de su patología de base (cáncer), el mayor porcentaje con un 75.3% de los pacientes no tiene ninguna enfermedad agregada. Ver Gráfica No. 2

**Gráfica No. 2**  
**“Presencia de enfermedad crónico-degenerativa agregada”**



Existen varias complicaciones que el paciente puede presentar por la enfermedad del cáncer y/o por su tratamiento las más comunes son: infecciones, dolor, fatiga, sangrado, falta de apetito, fiebre, náuseas, vómito, entre otras. La complicación más frecuente que presentó la población de estudio durante su enfermedad y/o tratamiento fue la fatiga con un 29.8%. Ver Gráfica No. 3

**Gráfica No. 3**  
**“Complicación presente durante la enfermedad y/o tratamiento”**



El 67.7% no cuenta con una seguridad social. El 73.6% de los pacientes observados no utiliza medicina alternativa. La medicina alternativa más utilizada por los pacientes es el jugo noni con un 9.4%. Ver Cuadro No. 4

**Cuadro No. 4**  
**“Seguridad social y uso de medicina alternativa”**

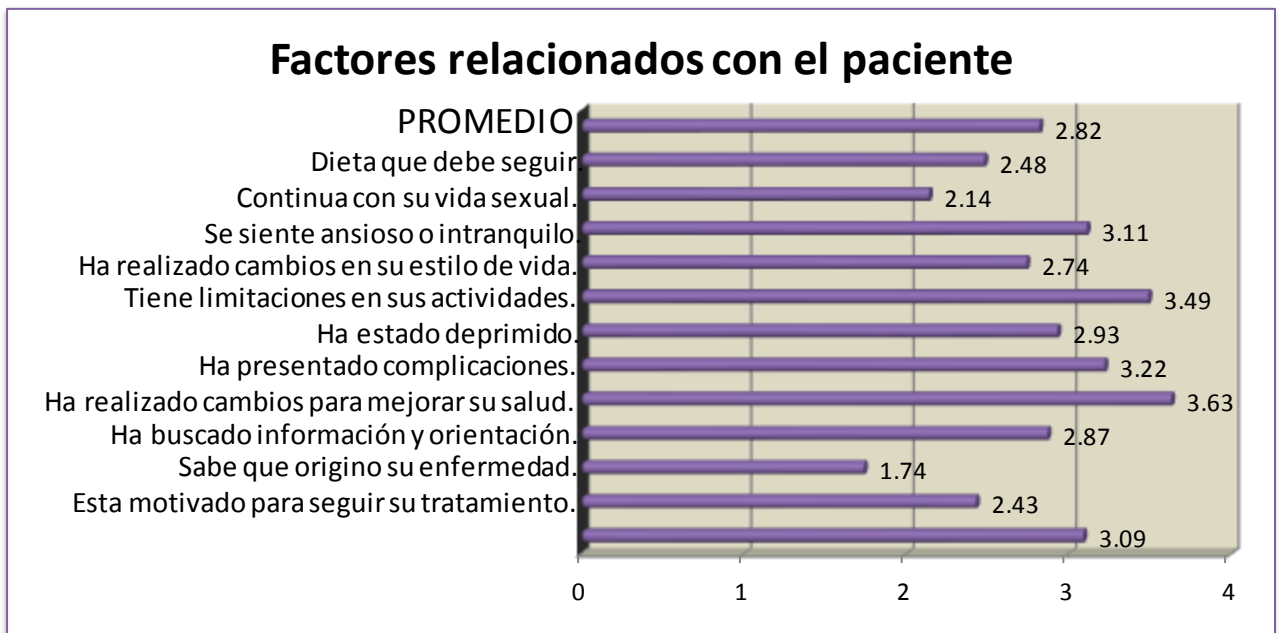
<b>Característica</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Seguridad Social</b>		
Seguro Popular	76	32.3
No	<b>159</b>	<b>67.7</b>
Total	235	100.0
<b>Utiliza Medicina Alternativa</b>		
Si	62	26.4
No	<b>173</b>	<b>73.6</b>
Total	235	100.0
<b>Medicina Alternativa que utiliza</b>		
Jugo de Noni	22	9.4
Cápsulas de víbora de cascabel	19	8.1
Jugo de verduras	7	3.0
Cápsulas de Nopal	4	1.7
Sábila	3	1.3
Té de Hierbas	6	2.6
Ninguna	<b>174</b>	<b>74.0</b>
Total	235	100.0

Con respecto a los resultados obtenidos en lo que se refiere a los factores que determinan la adherencia terapéutica en pacientes hematooncológicos, como se describe en la metodología el nivel de adherencia se clasifica en: altamente adherido (104-132 puntos), medianamente adherido (69-103 puntos) y poco adherido (34-68 puntos).

A continuación se describe el nivel de adherencia según los factores relacionados con el paciente, el medio ambiente, relación médico-enfermera-paciente y medicamentos. Es así como encontramos los siguientes resultados.

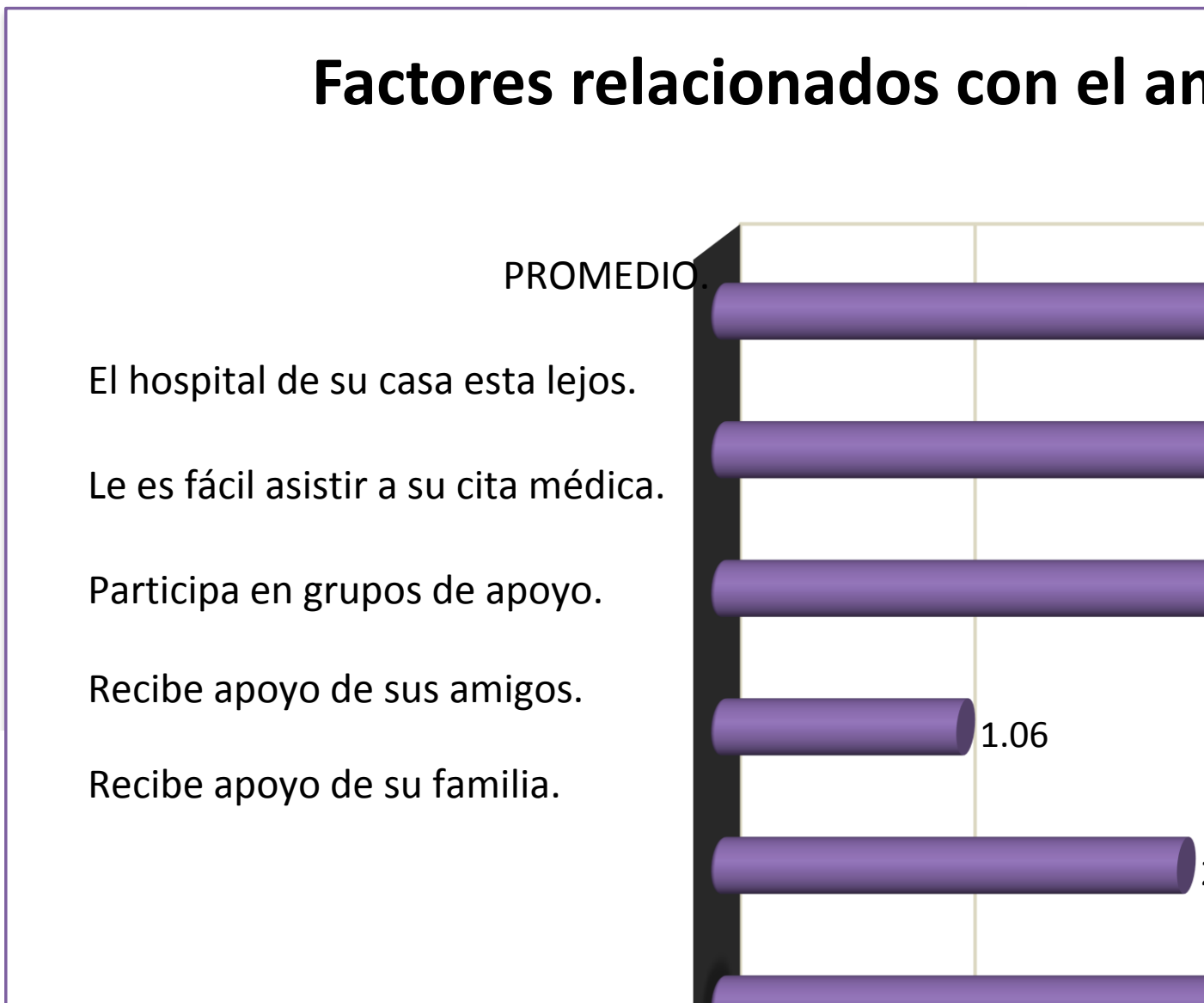
Con relación a la dimensión de los factores relacionados con el paciente, los resultados más relevantes son los siguientes: la media más alta con un 3.63% se observa en los pacientes que realizan cambios según las necesidades para mantener su salud y manejar adecuadamente su enfermedad, le sigue con una media de 3.49%, los pacientes que creen que su enfermedad los ha limitado en sus actividades diarias. Con una media de 3.22%, donde los pacientes comentan que han tenido complicaciones con respecto a su enfermedad y tratamiento, con una media de 3.11%, la población observada comenta que se siente ansioso o intranquilo con respecto a su situación actual. La media más baja de esta dimensión con un 1.74%, los pacientes no saben qué fue lo que originó su enfermedad. Ver Gráfica No. 4

**Gráfica No. 4**  
**“Factores relacionados con los pacientes”**



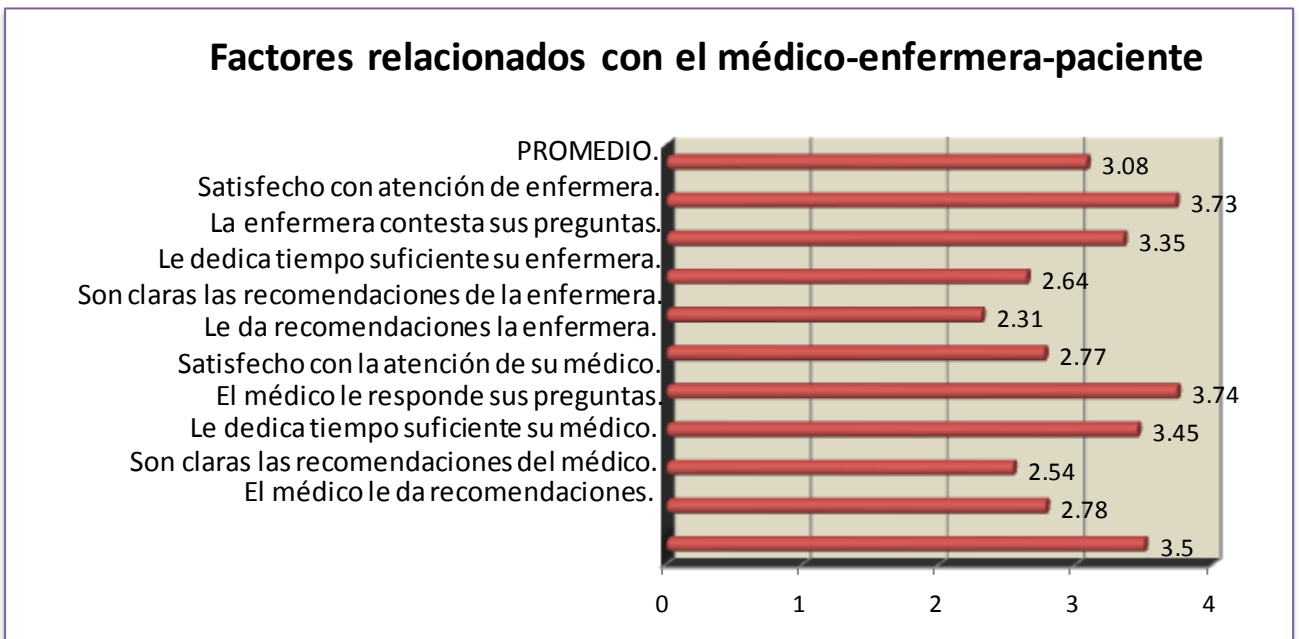
Con lo que respecta a los factores relacionados con el medio ambiente tenemos que la media más alta con 4.0%, el cual se refiere al apoyo que el paciente recibe de su familia, seguido del 3.24%, el cual hace alusión si el Hospital queda lejos de la casa del paciente. La media más baja con un 1.06% acerca de si el paciente participa en grupos de apoyo. Ver Gráfica No. 5

**Gráfica No. 5**  
**“Factores relacionados con el medio ambiente”**



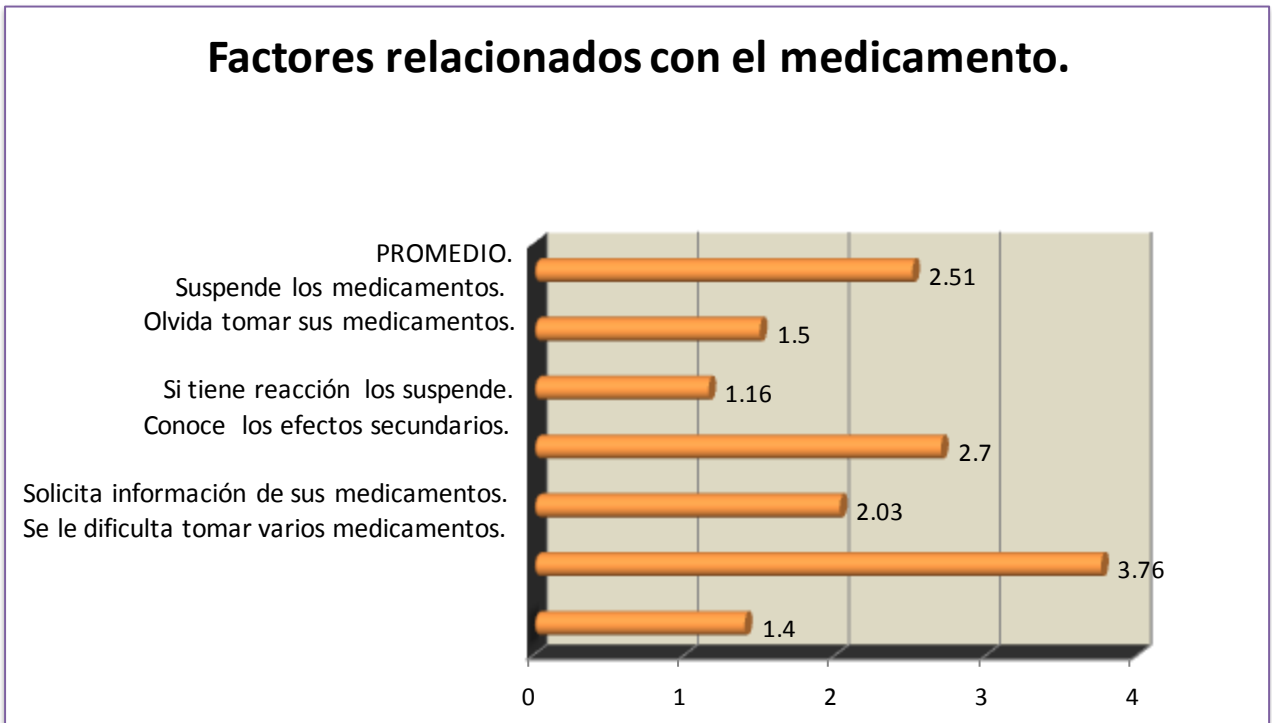
Con lo que respecta a los factores relacionados con el médico-enfermera-paciente, encontramos que el resultado más alto lo tiene la media con 3.74% donde los pacientes están satisfechos con la atención que recibe de su médico, le sigue la media con 3.73% donde el paciente refiere que está satisfecho con la atención de la enfermera, con un 3.5% los pacientes describen que el médico contesta a sus preguntas. El resultado más bajo lo obtiene con un 2.31% donde se describe que las recomendaciones que le da la enfermera son claras. Ver Gráfica No. 6

**Gráfica No. 6**  
**“Factores relacionados con el médico-enfermera-paciente”**



En la dimensión que involucra a los factores relacionados con el medicamento el puntaje más alto lo obtuvo con un 3.76% que habla acerca de que el paciente solicita información de sus medicamentos, con un 2.7% el paciente manifiesta que suspende el medicamento si presenta una reacción. En último lugar encontramos con un 1.16% que se refiere a si el paciente olvida tomar sus medicamentos. Ver Gráfica No. 7

**Gráfica No. 7**  
**“Factores relacionados con el medicamento”**





Con relación a las cuatro dimensiones encontramos la media más alta en los factores relacionados con el médico-enfermera-paciente con 3.08, cabe mencionar que no hay mucha diferencia entre los resultados de todas las dimensiones, que por su puntaje todas entran en el rubro de medianamente adheridos. Ver Cuadro No. 5

**Cuadro No. 5**  
**“Dimensiones relacionadas con la adherencia”**

	Media	D.E.	TIPO DE ADHERENCIA
Relacionados con el paciente	2.82	.203	Medianamente
Relacionados con el ambiente	2.62	.229	Medianamente
Relacionados con el medicamento	2.51	.235	Medianamente
Relacionados con médico-enfermera paciente	3.08	.139	Medianamente
ADHERENCIA TOTAL	2.76	.105	Medianamente

## 8.2 RESULTADOS INFERENCIALES

Con respecto a la prueba de hipótesis, se corrió t de student para muestras independientes, detectándose diferencias significativas en el % de adherencia al tratamiento de estos pacientes.

ADHERENCIA	Fo	%
Medianamente adherido	150	64.9
Poco adherido	85	35.1

T= 106.492, gl= 235, prob.= .0001

Por otro lado, se acepta la hipótesis de trabajo, la cual hace referencia a los factores relacionados con el paciente, con el ambiente, con el medicamento y con la relación médico-enfermera-paciente intervienen en la adherencia terapéutica que presentan los pacientes hematooncológicos.

A lo que se concluye con respecto a la segunda hipótesis, que no se acepta ya que los pacientes hematooncológicos tienen una tasa de incumplimiento del 35% al tratamiento médico y no de un 40% como se había establecido en la hipótesis, esto se traduce en un cumplimiento regular en su tratamiento.

Los factores que marcan la diferencia y que influyen directamente en el porcentaje de adherencia que se tenga por el tratamiento es la dimensión que tiene que ver con el personal de salud que atiende al paciente (3.08, medianamente adherido por los factores de esta dimensión.  $t=338.566$ , prob.  $=.0001$ )

	%	D.E.	t	gl	Sig.	TIPO DE ADHERENCIA
• Factores relacionados con el paciente	70.5	.203	212.800	234	.000	Medianamente
• Factores relacionados con el ambiente	65.5	.229	174.531	233	.000	Medianamente
• Factores relacionados con el medicamento	62.75	.235	162.616	231	.000	Medianamente
• Factores relacionados con medico enfermera paciente	77	.139	338.566	234	.000	Medianamente
• Adherencia total	69	.105	398.819	230	.000	Medianamente

Además en búsqueda de otras diferencias significativas relacionadas con las variables intervinientes, se hizo uso de t de student y ANOVA, no detectándose ninguna diferencia que se encontrara relacionada con la edad, sexo, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, situación laboral, la presencia de complicaciones o el uso de terapias alternativas (prob.  $>.05$ )

## 9. DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en este estudio en lo que se refiere a las cuatro dimensiones consideradas para esta investigación: factores relacionados con el paciente, factores relacionados con el ambiente, factores relacionados con el medicamento y factores relacionados con médico-enfermera-paciente; encontramos lo siguiente.

### **Con referencia a los factores relacionados con el paciente:**

Horne (2001), comenta acerca de las percepciones que tiene el paciente de la necesidad de medicación y que son influidas por los síntomas, las expectativas, las experiencias, y por los conocimientos de la enfermedad. Esto coincide con la población observada ya que refiere saber que origino su enfermedad, y además que ha buscado información y orientación acerca de su diagnóstico y su tratamiento. Asimismo, dentro de las limitantes importantes para la población observada, son los síntomas que presentan con los medicamentos que se les administran durante su tratamiento, desafortunadamente las reacciones adversas en muchas ocasiones son muy severas para el paciente como son la neutropenia, alopecia, y las más temidas como son la náusea y el vómito, entre otras.

Ortiz (2004), nos dice que la motivación es un factor importante para la adherencia terapéutica, en este punto se coincide, ya que los pacientes observados refieren

sentirse motivados para continuar con su tratamiento, esto se ve reflejado en que siguen las indicaciones de su tratamiento, además entienden la importancia que tiene llevar a cabo las instrucciones que le da su médico y/o enfermera para su pronta recuperación.

Por otro lado, Miller (1999), comenta que la motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficios) y por el grado de confianza en poder conseguirlo, esto es igual a lo encontrado con la población observada, ya que algo que los desmotiva es no tener el recurso económico para hacer frente a los gastos que les genera su situación actual, ya que la mayoría de ellos no trabaja y dependen de terceras personas para solventar estos gastos. Además que también la mayoría de ellos no cuenta con una seguridad social, en este caso el seguro popular que es el único admitido en la institución donde se realizó el estudio, ya que son muy pocos los tipos de cáncer que son incluidos en el seguro popular, por lo tanto, la mayoría de la población observada, es el paciente o la familia la que paga el tratamiento lo cual les genera mucha incertidumbre, ya que muchas veces no pueden pagar en tiempo y forma su tratamiento.

Herrera (2008), describe que las personas que laboran por días o que constantemente piden permiso en su sitio de trabajo para asistir a citas médicas o ir a buscar los medicamentos corren el riesgo de perder el empleo. Algunos autores establecen que en relación con el aspecto laboral, el 60% está pensionado y el 40% se encuentra activo. Desafortunadamente la población observada, se encuentra en esta situación, ya que a partir de que se les realiza el diagnóstico, tienen que estar acudiendo al hospital con mucha frecuencia, ya sea para realizarse estudios, acudir a consultas o a tratamientos, por lo que les es difícil conservar su trabajo.

Herrera (2008), dice que acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento que deben abordarse continuamente con los profesionales de la salud si se busca mejorar la adherencia general. Esto coincide con los resultados de la población estudiada en lo que se refiere a los factores relacionados con la relación médico-enfermera-paciente, ya que están medianamente adheridos al tratamiento por las recomendaciones que le da este equipo de salud. En este punto es de vital importancia que el profesional de enfermería se empodere de esta actividad: El autocuidado, a través de charlas educativas, trípticos, plan de alta, etc.

Para que el paciente y el cuidador primario conozcan que es lo que deben de hacer a través de esta intervención educativa, de acuerdo a las necesidades que presente cada uno de ellos. Tomando en cuenta cualquier alteración física que presente el paciente como lo es disminución de la audición o de la visión, así como si sabe leer y escribir, ya que esto pocas veces se toma en cuenta. Aprovechando que es el personal de enfermería el que pasa la mayor parte del tiempo con el paciente y el cuidador primario, puede realizar una intervención educativa en cualquier momento desde que ingresa el paciente hasta que se egresa, sobre todo brindarles un plan de alta, ya que es en el domicilio donde al paciente y al cuidador primario les surgen más dudas de que y como realizar el cuidado en el hogar.

Vidal (2003), comenta que en los pacientes de edad avanzada se ha demostrado que alrededor de un 50% no toma la medicación y de un 25% a un 60% de los mismos la toma de manera incorrecta. En la población observada solo un 8.93% es mayor de 61 años, por lo cual no se tiene este riesgo de no tomar la medicación o de tomarla de manera incorrecta, para este grupo observado.

Crespo (1997), dice que otro punto importante que se debe de tener en cuenta son los estados alterados del ánimo del paciente, ya que algunos pueden presentar

aparte de su patología de base algunas alteraciones mentales, como por ejemplo; estrés, depresión, ansiedad, entre otras. Esto ocasiona una falta de atención y de seguimiento en su tratamiento. Lo cual coincide con la población estudiada, ya que refiere sentirse ansioso, intranquilo o deprimido, esto tiene que ver con la patología de base que tienen: cáncer y la incertidumbre de no saber qué pasará con ellos, ya que se considera una de las enfermedades más devastadoras que existe, y es sinónimo de muerte y dolor.

Rodríguez M. (2001), comenta que cuando los tratamientos generan cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas: laboral, social, o familiar, los porcentajes de no adherencia aumentan significativamente. Es decir cualquier estado de enfermedad requiere que el paciente realice cambios en su estilo de vida, ya que esto va a tener un impacto directo en la recuperación de su salud.

Esto difiere con los pacientes observados, ya que ellos si realizan cambios importantes en su estilo de vida, ya que el padecer una enfermedad hematooncológica, implica cambiar por completo todas las actividades cotidianas que efectúa habitualmente, ya que tiene que asistir al Hospital continuamente para realizarse estudios, tratamientos y/o asistir a sus consultas, esto es por un lado; ya que otros cambios que debe de cambiar son en su actividad física y en su dieta.



Aquí es importante que el personal de enfermería le enseñe al paciente qué tipo de alimentos debe de consumir durante su tratamiento, reforzarle que solo debe de consumir frutas y verduras cocidas, así como alimentos preparados en casa, evitar comer en la calle por el alto riesgo que tienen de presentar una infección como consecuencia de uno de los múltiples efectos secundarios de los tratamientos antineoplásicos como es la neutropenia. Es importante que tengan una rutina de ejercicio de bajo impacto para evitar que se fatiguen o se vayan a lastimar.

Otros de los factores que menciona la literatura es el estrés, la angustia y la depresión, Goldney (2004), dice que la depresión frecuentemente ha sido asociada con los resultados que se alcanzan en las enfermedades crónicas, ya que son aspectos psicológicos que influyen de manera determinante en que el paciente se adhiera con facilidad al tratamiento, esto coincide con lo encontrado en los pacientes observados ya que comentan sentirse deprimidos, ansiosos o intranquilos, ya que el hecho de saber que tienen una enfermedad tan devastadora como es el cáncer, el paciente siente que se va a morir a pesar de los esfuerzos que haga y de los nuevos tratamientos que existen el resultado es el mismo: la muerte.

A pesar de que como lo menciona la American Cancer Society (2009-2011), que durante la última década la supervivencia de pacientes tratados ha mejorado sustancialmente y el porcentaje de cura para estas neoplasias es del 80 al 85 %, cuando se detecta la enfermedad en etapas tempranas el paciente tiene más posibilidades de curarse. Aun así la población observada no piensa así, ya que sigue percibiendo al cáncer como sinónimo de muerte, dolor y devastación.

Pozsik (1993), menciona que cuando el paciente tiene un nivel educativo bajo se le dificulta comunicarse con el personal de salud, en Barcelona se encontró un grupo de pacientes que eran analfabetas tenían un riesgo mayor de abandonar los tratamientos a diferencia de los pacientes que tenían un nivel educativo más alto. Los pacientes observados cuentan con un nivel educativo básico, ya que uno de los criterios de inclusión fue que supieran leer y escribir para que pudieran contestar el instrumento que se utilizó para la investigación. Esto se refleja en que el paciente entiende la información que se le da de manera verbal y por escrito.

Barr (1997), menciona que el estado civil del paciente también impacta en la adherencia, ya que las personas que se encuentran casadas y compartiendo con la familia, tienen una red de apoyo importante en el cumplimiento del tratamiento. Los pacientes solteros tiene la mitad de riesgo de abandono comparado con los

pacientes que se encuentran casados, los pacientes viudos, separados o divorciados tienen mayor riesgo de presentar abandono al tratamiento, la población observada concuerda con este autor ya que la mayoría de ellos es casado o cuenta con sus padres en el caso de los pacientes solteros los cuales los apoyan en todo momento, esto se ve reflejado cuando acuden a la institución ya que siempre vienen con un familiar que les acompaña en todo momento para realizar trámites dentro del instituto.

Por otro lado, la responsabilidad familiar compartida juega un papel muy importante sobre la adherencia terapéutica. Grange (2001), Forcitini (1999), Camargo (1998), mencionan que los pacientes que se encuentran aislados de su familia y de grupo de amigos tienen más riesgo de abandonar más fácilmente los tratamientos. Un estudio reportó que el 11% de quienes abandonaron el tratamiento tenían problemas en sus relaciones familiares, lo que obstaculizaba el cumplimiento del tratamiento, al igual que el no informar a la familia sobre la enfermedad aumentaba el riesgo de abandono diez veces más. La población observada, no se encuentra en esta situación, ya que refiere contar con un familiar y/o amigo que siempre está pendiente de él para cualquier cosa que necesite ya sea en su casa o en el instituto.

Herrera (2008) menciona que contar con el apoyo de la familia anima a continuar con el tratamiento, lo que favorece de manera positiva la adherencia terapéutica.

El apoyo de los compañeros puede mejorar a la adherencia y reducir la cantidad de tiempo dedicado por los profesionales de la salud. La mayoría de los pacientes observados, comenta que cuenta con una red de apoyo familiar y de amigos que les ayuda afrontar todo lo que conlleva su patología, ya que por características de la misma es larga y muy complicada. Por lo que es necesario que el paciente cuente con el apoyo de todos los recursos disponibles tanto físicos, económicos, sociales, ya que el periodo de tratamiento y recuperación son muy largos, es necesario que cuente con más de un cuidador primario, para evitar el desgaste del mismo, así como contar con amigos que apoyen en este proceso de salud-enfermedad.

Otro aspecto importante y que no se encontró en la literatura es la distancia que el paciente tiene que recorrer para llegar a su Institución de salud, y que puede también influir en la adherencia al tratamiento. Un hallazgo encontrado en los pacientes observados es que refieren que les queda muy lejos acudir al hospital, recordemos que el 65.9% de ellos vienen del interior de la República, a pesar de que en varios estados ya existe un Centro u Hospital oncológico donde se pueden atender. La mayoría de ellos comenta que prefieren venir a este Instituto, por el reconocimiento que este tiene a nivel nacional. Esto le condiciona al paciente gastos extras como son pasaje, comida, hospedaje no solo de él sino también de su acompañante. Lo cual va impactando aún más en su economía ya de por si desgastada por su enfermedad y su tratamiento.

**En cuanto a los factores relacionados con el medicamento se encontró:**

Galeano (2005) y Basterra (1999), comentan que la adherencia disminuye en casos como, por ejemplo, procesos crónicos, polifarmacia o politerapia, pues los medicamentos muchas veces se toman al mismo tiempo, esto sucede cuando los esquemas de dosis son complicados, la vía en que se debe administrar el medicamento, además de las reacciones adversas que va a presentar el paciente cuando tome o se le administre el medicamento. Esto coincide con lo que se encontró en la población observada, ya que los tratamientos farmacológicos son los más utilizados en este tipo de pacientes, ya que son esquemas de medicamentos antineoplásicos, los cuales son una parte fundamental para el restablecimiento de su salud, desafortunadamente todos los medicamentos antineoplásicos, tienen un alto índice de causar una reacción adversa en el paciente, desafortunadamente el medicamento ideal no existe, ya que hasta una aspirina puede causar un efecto secundario, por otro lado, este tratamiento consiste en administrarle al paciente quimioterapia antineoplásica, que pueden ser esquemas de más de dos fármacos (de 2 a 5), por ende esto potencializa el riesgo de que el paciente presente más de una reacción adversa, de las más importantes esta la náusea y el vómito, los cuales son muy temidas por los pacientes y que en muchas ocasiones por estas reacciones adversas, el paciente quiere abandonar el tratamiento.

Por otro lado, Basterra (1999), comenta que los efectos adversos ocasionados por los diferentes medicamentos que se le administran al paciente, es un aspecto muy importante que impacta en la adherencia al tratamiento, sobre todo cuando al paciente no se le ha informado antes de que inicie el tratamiento, acerca de las mismas. Sin embargo el riesgo que se corre de informar al paciente acerca de las reacciones adversas que va a tener con el tratamiento, debemos esperar de que el paciente no se administre los medicamentos por miedo a estas reacciones.

La forma farmacéutica y la vía de administración de los medicamentos juegan un papel importante en cuanto al cumplimiento, pues este puede ser mayor si este se administra por vía parenteral que en forma oral. En la población observada y por las características de la enfermedad la mayoría de los tratamientos son con quimioterapia antineoplásica, la cual se administra por varios meses, que puede ser con un intervalo de tiempo entre un ciclo y otro de una semana, 21 días o cada 28 días. Este tipo de tratamiento se caracteriza por que actúa a nivel sistémico, es decir afecta tanto a células malignas como normales, de allí derivan las reacciones adversas que les ocasionan a los pacientes.

La población observada, refiere conocer cuáles son los efectos secundarios que van a presentar con los medicamentos que les van a administrar, y aunque esta información no siempre viene de los profesionales de la salud que los atiende, son pocos los que refieren que suspenden el medicamento sin causa aparente o por las reacciones adversas que pueda presentar.

Por otro lado, un porcentaje bajo refiere que olvida tomar sus medicamentos (vía oral), siendo esta vía la menos indicada ya que son mínimos los medicamentos antineoplásicos que tienen esta presentación. La mayoría de la población observada refiere que solicita información más puntual de los medicamentos que les van administrar, es importante recalcar la influencia que tiene el uso de la tecnología que ya está al alcance de la mayoría de las personas, y que no siempre es verídica, es necesario de alguna manera tener una supervisión acerca de la información que nuestros pacientes consultan, ya que muchas veces lejos de aclararles sus dudas los angustia más.

**Los resultados con respecto a los factores relacionados con el médico-enfermera-paciente son:**

Rose (2000), comenta que una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. Es importante resaltar esta relación ya que coincide con la población observada, la cual refiere la importancia que tiene que el médico y/o enfermera les atiendan bien, teniendo esto un gran impacto positivo, para llevar a cabo el tratamiento médico.

Herrera (2008), nos dice que el 84.3% de los pacientes se encuentran en riesgo de no adherirse al tratamiento, porque considera que la interacción con el equipo de salud no es lo suficientemente buena en cuanto a la comunicación que existe

entre los mismos. Esto difiere con los pacientes observados, ellos se encuentran medianamente adheridos al tratamiento y esto tiene que ver mucho con la atención que recibe del equipo de salud.

Basterra (1999) comenta que la comunicación juega un papel muy importante, porque esta debe darse de forma clara, con un lenguaje apropiado y adecuado para el paciente, es decir, sin tecnicismos. También dice que la atención que se le brinde al paciente debe ser de buena calidad, que tenga en cuenta el tiempo, porque este es causa de no adherencia, durante la consulta se le deben explicar las instrucciones pertinentes a la duración, toma y horarios de los medicamentos, al igual que oír sus expectativas en relación al tratamiento que va a iniciar.

Borga (1999), comenta la importancia que tiene, que el paciente acepte el tratamiento y se incline por su necesidad. Es importante destacar que el profesional de salud debe de ser preciso en dar las indicaciones y/o instrucciones de manera clara y precisa para que estas sean fáciles y entendibles para el paciente, ya que una cuarta parte de los incumplimientos se debe a que el paciente no comprendió correctamente las órdenes dadas por el profesional de salud.



González (1997), Lechuga (2007), abordan la importancia de que el profesional de la salud desarrolle diferentes estrategias que involucren al paciente para que tenga un mayor compromiso y una elevada participación. Cabe mencionar la importancia que tiene que la educación no solo sea de forma verbal, sino que debe de impartirse también de forma escrita ya que muchas veces al paciente se le olvida lo que se les ha indicado o enseñado. Es necesario que al brindar indicaciones no solo sean como una instrucción, sino que el profesional de la salud tengan un proceso continuo y dinámico en el que el paciente se sienta participe de este proceso y donde se pueda realizar un seguimiento continuo.

Los pacientes observados en este estudio, contestaron satisfactoriamente en la mayoría de los ítems, con lo que respecta a la relación médico-enfermera-paciente, con puntajes altos, donde refieren que están satisfechos con la atención que reciben de su médico y un poco más satisfechos de cómo los atiende su enfermera, esto tiene que ver que el tipo de atención que brinda el personal de enfermería: cuidado integral, el cual se encuentra más tiempo en contacto directo no solo con el paciente sino con el cuidador primario, lo que permite tener una relación más estrecha desarrollando una comunicación eficaz, involucrando a los mismos en los cuidados de enfermería que se brindan de acuerdo a las necesidades de cada uno.

Por otro lado, los pacientes comentan que tanto el médico como la enfermera le dan recomendaciones claras y oportunas, es decir ambos se muestran receptivos a sus preguntas e inquietudes. Esto es muy importante para que el paciente tenga una alta adherencia al tratamiento, ya que de esta forma el paciente se ve forzado a cumplir con las indicaciones que se le den, las cuales deben de ser puntuales, fáciles y entendibles.

Los resultados generales, obtenidos en las cuatro dimensiones que intervienen en la adherencia terapéutica del paciente hematooncológico, se encuentra en el nivel medianamente adherido lo cual coincide con la literatura que dice que los pacientes se encuentran en esta situación de adherencia.

## 10. CONCLUSIÓN

La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran trascendencia para la práctica clínica y debe ser abordado tanto desde el punto de vista preventivo como de intervención una vez que se detecta el problema. Es decir, que ante cualquier intervención y como norma general, se debe de crear un ambiente adecuado donde participe el paciente, cuidador primario y profesional de la salud, para poder integrar una intervención donde todos estén involucrados en la misma, tener en cuenta que dicha intervención no se puede generalizar para todos los pacientes, esta debe de ser individualizada a cada persona de acuerdo a la necesidad que presente en ese momento el paciente.

Estas intervenciones deben estar dirigidas a simplificar el tratamiento, buscar siempre la colaboración familiar dentro de estas recomendaciones propuestas por distintas asociaciones están:

- Promover la relación médico-paciente.
- Simplificar el tratamiento lo más posible.
- Informar al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Hacer partícipe al paciente del plan terapéutico.

- Dar información por escrito.
- Involucrar a la familia.
- Utilizar métodos de recordatorio.
- Reforzar periódicamente la información.
- Fijar metas periódicas.
- Investigar periódicamente el grado de cumplimiento.
- Incentivar al paciente.
- Llamar al paciente si no acude a revisión.

Por lo antes mencionado se recomienda a los profesionales de enfermería a continuar realizando investigaciones sobre el fenómeno de la adherencia al tratamiento en pacientes hematooncológicos, con el propósito de contribuir al desarrollo disciplinar y así mejorar las prácticas de cuidado como un aporte a la atención que se brinda a estos pacientes.

La capacidad de los pacientes para tener una óptima adherencia terapéutica, se ve comprometida con frecuencia por más de un factor (dimensiones), por lo que se debe de impactar en las intervenciones de enfermería para promover la adherencia terapéutica para poder superar estos factores que intervienen en los pacientes para llevar a cabo todas las actividades de cuidado y aumentar la

adherencia, por lo que los profesionales de la salud deben de seguir un proceso sistemático para valorar y evaluar todos los factores intervinientes para que se lleve a cabo la adherencia terapéutica.

Los profesionales de enfermería tienen aptitudes diversas que deben aprovecharse para mejorar la adherencia y el resultado de la atención. Los programas de educación continua para el personal de enfermería y los demás profesionales de la salud pueden mejorar su competencia y concientización sobre la importancia de la adherencia en la atención de salud.

Recordemos que cuando una persona se enferma, necesita en gran medida conocer cómo debe cuidarse, en la actualidad la profesión de enfermería, ha evolucionado a tal punto que es considerada una ciencia del cuidado de la salud humana, con un fuerte fundamento teórico, que se puede sustentar en los diferentes modelos que permiten brindar el cuidado de enfermería de una manera holística. El profesional de enfermería debe de ser una guía de acciones profesionales en la función asistencial, administrativa, docente e investigadora hacia el individuo, familia y comunidad.

Por lo tanto, el personal de enfermería debe de ayudar a los pacientes hematooncológicos a desarrollar prácticas de cuidado que se transformen en hábitos, que contribuyan a la salud y el bienestar; todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que se realizan, muchas veces sin darse cuenta, los cuales se deben de transformar en parte de las actividades diarias de enfermería.

Se debe de enseñar a los pacientes hematooncológicos, la importancia que tiene la adherencia terapéutica para beneficio de su salud. Enseñarlos a cambiar sus hábitos personales adecuándolos a su tratamiento, tomando en cuenta sus preferencias personales.

El objetivo principal de que los pacientes hematooncológicos realicen su cuidado es que, modifique su estilo de vida, para que disminuya factores de riesgo para su salud; dar pautas para un mejor afrontamiento por parte del paciente y su entorno, para lograr un mejoramiento de la calidad de vida.

La enfermería es, una profesión compleja del área de la salud, con un gran impacto social que, constantemente, aumenta sus funciones para satisfacer las necesidades que impone el cuidado de la salud en un mundo en cambio.

Esta profesión se encuentra hoy en el punto en el que tiene que intentar conseguir definitivamente la máxima autonomía y control mediante la investigación y la aplicación científica del cuidado por medio del conocimiento bien fundamentado, por lo tanto el cuidado se convierte en una estrategia para mantener el estado de salud de los pacientes hematooncológicos, convirtiéndose en una herramienta fundamental en la adherencia terapéutica.

## **11. PERSPECTIVAS**

Implementar grupos de consultoría de enfermería, donde realice la valoración del paciente, a través de instrumentos estableciendo diagnósticos enfermeros, para desarrollar intervenciones de enfermería encaminadas al cuidado integral del paciente no solo impactando en la importancia que tiene el tratamiento farmacológico, sino también las medidas de promoción y prevención de posibles efectos secundarios del tratamiento.

Es necesario que se sigan desarrollando trabajos de investigación, para tener más resultados acerca de cómo es la adherencia de los pacientes hematooncológicos, y con los resultados obtenidos poder impulsar cuidados personalizados para este tipo de pacientes.

Es necesario llevar a cabo estudios longitudinales donde se realice una intervención de enfermería encaminada a aumentar la adherencia terapéutica en los pacientes hematooncológicos.

Es importante difundir la importancia que tiene tener una adecuada adherencia terapéutica tanto en los pacientes como en el equipo de salud. Para tener un



mejor aprovechamiento de los recursos disponibles destinados para esta población de pacientes.

Derivado de este estudio se desarrollaron dos programas de trabajo: Seguimiento de las reacciones adversas que presenta el paciente durante su tratamiento con quimioterapia antineoplásica y el programa educación para la salud al paciente oncológico y a su cuidador primario acerca de las reacciones adversas ocasionadas por el tratamiento antineoplásico.

Dichos programas se derivan de la necesidad percibida a lo largo de la realización de este estudio, del vacío de la información que tenían los pacientes hematooncológicos con el tratamiento de quimioterapia, se realizó un primer diagnóstico, donde arrojó que la mayoría de los pacientes no sabían que era el cáncer, en qué consistía su tratamiento ni mucho menos las reacciones adversas que podían presentar con el mismo.

Se realizó una intervención educativa a través de charlas y trípticos (Anexo —C), que se les proporcionan en el área de quimioterapia ambulatoria a todos los pacientes que inician tratamiento, depende de la necesidad que tenga en ese momento el paciente es como se le da la intervención educativa de enfermería acerca de los diferentes temas que ya se tienen desarrollados.

Esto ha sido posible con la colaboración de pasantes de la Licenciatura en enfermería que rotan por la unidad de Proyectos Internacionales, donde se encuentra adscrita la Licenciada en Enfermería que desarrollo esta investigación.

Durante el tiempo que se desarrolló la investigación se observó la necesidad que tenían los pacientes de tener información verídica y oportuna acerca de su enfermedad y tratamiento, ya que el desconocimiento de estos temas les generaba mucha angustia y miedo no solo al paciente, sino también a su cuidador primario. Esta intervención educativa ha permitido disminuir la ansiedad que sienten los pacientes, al tener la información verídica y pertinente acerca de su diagnóstico y tratamiento.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fagalde, M. et al. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana. Rev Méd Chile.2005: 133(8):919-928.
2. Ministerio de Salud Argentino. Costo de tratamientos para enfermedades agudas y crónicas. Política Nacional de Medicamentos. 2004. pp. 919-928.
3. Martínez, Carlos. et al. Quimioterapia en hematología y Oncología. Health Business Group. 2011
4. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Artículo en línea [formato http] disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/> revisado el 15 de enero de 2015.
5. American Cancer Society. Datos y estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2012-2014. Atlanta: Sociedad Americana Contra el Cáncer: 2012.
6. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la Enfermedades Crónicas. Una inversión vital. Panorama general. 2005. pp.1-3.
7. Carrasco, E. et al. Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano. Rev méd Chil, 2004; 132, (10): 1189-1197.
8. Ramirez, M. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. INCAP. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. 2004.
9. Arteaga, C. Alimentación Saludable. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. 2004.
10. [http://www.wpro.who.int/public/50TH/ Ch\\_33.html](http://www.wpro.who.int/public/50TH/ Ch_33.html)
11. World Health Organization (WHO). National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines. 2a edition. Geneva, 2002

12. Ferlay, J. et al. Globocan Cancer Statistics, 2002. *Ca Cancer J Clin* 2005;55:74-108
13. Cancer Facts and Figures for Hispanic/latinos 2009-2011 American Cancer Society.
14. Globocan 2008 <http://www-dep.iarc.fr/>
15. Rizo, Pedro. et al. Registro Hospitalario de Cáncer: Compendio de Cáncer 2000 – 2004. Instituto Nacional de Cancerología. (2007): 203-287
16. Globocan 2008 <http://www-dep.iarc.fr/>
17. Rizo, Pedro. et al. Registro Hospitalario de Cáncer: Compendio de Cáncer 2000 – 2004. Instituto Nacional de Cancerología. (2007): 203-287
18. Practice guidelines in Oncology 2011 (NCCN guidelines, version 1.2011)
19. Rubnitz, J. et al. Acute Myeloid Leukemia. *Hematol Oncol Clin N Am.* 2010; 24:35-63
20. Altekruse, S. et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2007. National Cancer Institute. [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov)
21. Jemal, A. et al. Cancer Statistics 2010. *CA Cancer J Clin.* 2011;61:133-134
22. Altekruse, S. et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2007
23. Moloney, W. Radiogenic leukemia revisited. *Blood.* 1987; 70:905-908
24. Zipursky, A. et al. Leukemia in down syndrome: a review. *Pediatr Hematol Oncol.* 1992; 9:139-149
25. Breña, M. et al. Mecanismos de acción de antineoplásicos de nueva síntesis y su posible uso en terapia combinada con radiación. *Contribuciones del Instituto Nacional de Investigaciones Nucleares al Avance de la Ciencia y la Tecnología en México.* UNAM; México; 2012
26. Aguilar, J. Quimioterapia antineoplásica. *Biocáncer 1*, Canarias: España. 2004.
27. Ramírez, M. et al. Cardiotoxicidad por quimioterapia antineoplásica. *Presentación de un caso Med Int Mex* 2012; 28(4):380-383.
28. Blasco, A. et al. Toxicidad de los tratamientos antineoplásicos. *Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Valencia.*

29. Flórez, L. La dimensión psicológica de la prevención y la promoción en salud. Manuscrito en preparación. Bogotá: Universidad de Bogotá. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Humanas. 2005
30. Barra, E. Psicología de la Salud. Santiago de Chile: Mediterráneo, Editora Ltda. 2003
31. Ferrer, V. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Revista de Psicología de la Salud. 7(1). 1995 pp. 35-61.
32. Macía, D., Méndez, F.X. Evaluación de la adherencia al tratamiento. Editorial Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI 1996.
33. Martín, L., Grau, J. La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Editorial Universidad de Guadalajara. México. 2005. pp. 567-590
34. Rodríguez, J. Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Editorial Psicología Social de la Salud. Madrid: 1995 Síntesis, 151-60.
35. Martín, A. Estado actual de la investigación de la adherencia al tratamiento: revisión de trabajos publicados entre 2003 y 2007.
36. Basterra, M. El cumplimiento terapéutico. Pharmaceutical Care 1999; 1: 97-106.
37. Rodríguez, J. Motivación y psicología de la salud. Bilbao. 1990. Pp.29-65
38. Fajardo, A. Adherencia terapéutica. Ed. Ciencias psicosociales aplicadas II. Madrid, España. 1995. Pp. 150-162.
39. Sackett, DL. , Haynes, B. Compliance with Therapeutic Regimens. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976.
40. Haynes, RB. Strategies to improve compliance with referrals, appointments, and prescribed medical regimens. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett

- DL.eds. Compliance with health care. Baltimore: J. Hopkins University Press, 1979.
41. Hentinen, M., Kyngäs, H. Compliance of young diabetic's with health regimens. *J Adv Nurs* 1992; 17: 530-6.
  42. Di Matteo, R., Di Nicola, D. Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioner's Role. New York N.Y: Pergamon, 1985.
  43. Morse, JM., et al. Criteria for concept evaluation. *J Adv Nurs* 1996; 24: 385-90.
  44. Sabate, E. Who adherence meeting report. Geneva, World Health Organization, 2001.
  45. Timmreck TC, Randolph, JF. Smoking cessation: clinical steps to improve compliance. *Geriatrics*, 1993, 48:63-66.
  46. Kyngäs, H. Compliance of adolescents with diabetes. *Int Pediatr Nurs* 2000; 15: 260-7.
  47. Nunnally JC, Bernstein IH., 3a ed. Nueva York, McGraw-Hill, 1994.
  48. Haynes, RB. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic reviews*, 2001 Issue 1.
  49. Kripalani S, Yao, X. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Arch Intern Med*. 2007; 167:540-550.
  50. Palop, V. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf ter Sist Nac Salud*. 2004; 28:113-120.
  51. National Heart, Lung and Blood Institute. Behavioral research in cardiovascular, lung, and blood health and disease. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1998.
  52. Rodríguez, M. Psicología Social de la Salud. Madrid: Pirámide, 2001.
  53. Ortiz, M. et. al. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: Una aproximación psicológica. *Rev. Méd Chile* 2005; 133: 307-13.
  54. Ortiz, M. Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Psyke* 2004; 13: 21-31.

55. Goldney, R. et al. Diabetes, depression and quality of life. *DiabetesCare*. 2004; 27: 1066-70.
56. Ciechanowski P, et al. The patient - provider relationship: Attachment theory in diabetes. *Am J Psychiatr* 2001; 158: 29-35.
57. Albaz, RS. Factors affecting patient compliance in Saudi Arabia. *Journal of Social Sciences*, 1997, 25:5-8.
58. Morgan, M. Managing hypertension: belief and responses to medication among cultural groups. *Sociology of Health & Illness*, 1988, 10:561-578.
59. Belgrave, LL. Race and compliance with hypertension treatment. *Sociological Abstracts* no. 45. American Sociological Association, 1997.
60. Erwin, J. Treatment issues for HIV+ Africans in London. *Social Science & Medicine*, 1999, 49: 1519-1528.
61. Siegel, K. Racial differences in attitudes toward protease inhibitors among older HIV-infected men. *AIDS Care*, 2000, 12,423-434.
62. Schwalm, DU. Effects of war on compliance. *Curare*, 1997,20:101-107.
63. Burkhart, P., Dunbar-Jacob, J. Adherence research in the pediatric and adolescent populations: A decade in review. En: Hayman L, Mahom M, Turner R, eds. *Chronic illness in children: An evidence-based approach*. Nueva York, Springer, 2002:199-229.
64. Fotheringham, MSM. Adherence to recommended medical regimens in childhood and adolescence. *Journal of Pediatrics and Child health*, 1995, 31:72-78.
65. Grange, J. et al Tuberculosis in disadvantaged groups. *Curr Opin Pulm Med* 2001. Vol. 7. Págs. 160-164
66. Forcitini, S. et al. Abandono de tratamiento de pacientes con tuberculosis. *Revista Argentina de Tórax* 1999; Vol. 60. Págs. 58-63
67. Camargo, D. et al. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *Médicas UIS* 1998. Vol. 12. Págs. 169-172

68. Herrera, L. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Avances en enfermería. [en línea]. Vol. XXVI. No 1. Págs. 36-42 enero-junio 2008 [consultado agosto 2011]. Disponible en: <[http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1\\_4.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf)
69. Blaschke, T. Osterberg, L. Adherence to medication. New England Journal Medical 2005; 353 (5): Pages. 487-497
70. Lechuga, P. et al. Factores psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. Psicología y salud 2007. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29117107IS SN1405-1109>
71. Rose, L. et al. The contexts of adherence for AfricanAmericans with high blood pressure. Journal of Advanced Nursing, 2000, 32:587-594.
72. Herrera, L. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Avances en enfermería. [en línea]. Vol. XXVI. No 1. Págs. 36-42 enero-junio 2008 [consultado agosto 2011]. Disponible en: <[http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1\\_4.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf)
73. Bastera, M. El incumplimiento terapéutico. PharmaceuticallCare. 1999; Vol. 1. Págs. 97-106
74. Borga, A. et al. E. Drug compliance and un reported drugs in the elderly. J Am Geriatric Soc 1999. Vol. 37. Págs. 619-624.
75. González, J. et al. Cumplimiento e incumplimiento terapéutico en el tratamiento con antibióticos. Jano, 1997; Vol. 53. Págs. 697-706
76. Lechuga, P. et al. Factores psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. Psicología y salud 2007. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29117107IS SN1405-1109>



77. Ciechanowski, PS., Katon, WJ. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 27:3278-3285.
78. Galeano, E. et al. Adherencia al tratamiento implicaciones de la no adherencia. *Acta Médica Colombiana* 2005; 30: 268-273.
79. Bastera, M. El incumplimiento terapéutico. *PharmaceuticalCare*. 1999; Vol. 1. Págs. 97-106
80. Horne, R. Patients' beliefs about treatment: the hidden determinant of treatment outcome? *Journal of Psychosomatic Research*, 1999, 47:491-495.
81. Horne, R. et al. The satisfaction with information about medicines scale (SIMS): A new measurement tool for audit and research. *Quality in Health Care*, 2001, 10:135-140.
82. Horne, R. Weidman, J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999, 47:555-567.
83. Miller, W., Rollnick, S. *Motivational interviewing*. Nueva York, Guilford Press, 1999.
84. Herrera, L. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: *Avances en enfermería*. [en línea]. Vol. XXVI. No 1. Págs. 36-42 enero-junio 2008 [consultado agosto 2011]. Disponible en: <[http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1\\_4.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf)>
85. Vidal, M. Información de medicamentos al paciente y mejora del cumplimiento del tratamiento. [en línea]. Disponible en: <<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/erroresmedicación/023.pdf>>
86. De Oliveria, H. et al. Abandono de tratamiento e recidiva da tuberculose: aspectos de episodios previos, Campinas, SP. Brasil 1993-1994. *RevSaúdePublica* 2000. Vol. 34 Págs. 437-443
87. Crespo, F. Adherente to potent antiretroviral therapy. *Assoc Nurses AIDS Care* 1997 (5). Págs. 43-54

88. Cáceres, F. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. [en línea]. Med UNAB 2004; 7: Págs. 172-180. Disponible en: <[http://Caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA721/RT\\_C2.PDF](http://Caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA721/RT_C2.PDF)>
89. Pozsik, C. Compliance with tuberculosis therapy. Medicina Clinica North Am 1993; Vol. 77. Págs. 1289-1301
90. Barr, R. et al. No adherence in tuberculosis treatment: Predictors and consequences in New Cork City. Am J Med 1997; Vol. 102. Págs. 164-170
91. Basterra, M. El incumplimiento terapéutico. PharmaceuticallCare. 1999; Vol. 1. Págs. 97-106
92. González, J. et al. Cumplimiento e incumplimiento terapéutico en el tratamiento con antibióticos. Jano, 1997; Vol. 53. Págs. 697-706
93. Cramer, JA. et al. How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique. Journal of the American Medical Association, 1989,261:3273–3277 [corrección de errata publicada en Journal of the American Medical Association, 1989, 262:1472]. Wright EC. Non-compliance—or how many aunts has Matilda? Lancet, 1993, 342:909–913.
94. Williams, AB. Adherence to HIV regimens: 10 vital lessons. American Journal of Nursing, 2001, 101:37–43.

### 13. ANEXOS

#### Anexo "A".- Instrumento para la recolección de datos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Clave de identificación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

#### **Cuestionario: Factores que determinan la adherencia terapéutica en pacientes hematooncológicos.**

**OBJETIVO:** Identificar los factores que determinan la adherencia terapéutica en pacientes hematológicos.

**INSTRUCCIONES:** Lea detenidamente las siguientes preguntas, contéstelas sinceramente y evite dejar preguntas sin contestar.

**LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN ESTE CUESTIONARIO SERÁ TOTALMENTE CONFIDENCIAL Y CON FINES DE INVESTIGACIÓN.**

#### I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

Estado civil: Casado ( ) Soltero ( ) Viudo ( ) Unión libre ( ) Divorciado ( ) Separado ( )

Escolaridad terminada: Primaria ( ) Secundaria ( ) Preparatoria ( )  
Licenciatura ( ) Carrera técnica ( )

Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_

¿Actualmente trabaja?: Si ( ) No ( )

¿Con quién vive?: Solo ( ) Esposo ( ) Hijo(s) ( ) Padres ( ) Hermana ( )  
Otros \_\_\_\_\_

¿Padece Diabetes?: Si ( ) No ( )      ¿Padece hipertensión arterial?:  
Si ( ) No ( )

¿Le informaron de que se trata su enfermedad?: Si ( ) No ( )

¿Quién lo acompaña cuando acude al hospital?  
\_\_\_\_\_

¿Qué complicación ha tenido con mayor frecuencia con su enfermedad o con su tratamiento?

Infección ( ) Dolor ( ) Fatiga ( ) Sangrado ( ) Intolerancia a la comida ( )  
Fiebre ( ) Náuseas ( )

¿Cuenta con seguridad social? Si ( ) No ( ) Cuál

---

¿Utiliza medicina alternativa? Si ( ) No ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**A continuación conteste las siguientes preguntas marcando solo una de las cuatro opciones que se le ofrecen.**

<b>PRIMERA DIMENSIÓN: Factores relacionados con el paciente.</b>				
ITEMS	Nunca 1	Casi nunca 2	Casi siempre 3	Siempre 4
1.- ¿Ha considerado que se encuentra enfermo y que necesita seguir el tratamiento para el manejo de su enfermedad?				
2.- ¿Se ha sentido motivado a cumplir con el tratamiento?				
3.- ¿Usted tenía conocimiento de las causas que le genero su enfermedad?				
4.- ¿Buscó información y orientación sobre el manejo de su enfermedad?				
5.- ¿Realiza cambios según las necesidades para mantener su salud y manejar adecuadamente la enfermedad?				
6.- ¿Si presenta dolor, sangrado o fiebre acude inmediatamente al hospital?				
7.- ¿Se ha sentido deprimido después de haber presentado la enfermedad?				
8.- ¿Cree usted que la enfermedad lo ha limitado en sus actividades diarias?				
9.- ¿Ha realizado cambios en su estilo de vida para mejorar su estado de salud después de que le diagnosticaron la enfermedad?				

10.- ¿Después de padecer la enfermedad se ha sentido ansioso y/o intranquilo?				
11.- ¿Después de haber presentado la enfermedad, usted ha podido reiniciar su vida sexual sin complicaciones?				
12.- ¿Conoce la dieta que debe seguir para su enfermedad?				
<b>SEGUNDA DIMENSIÓN: Factores relacionados con el Ambiente</b>				
ITEM	Nunca 1	Casi nunca 2	Casi siempre 3	Siempre 4
13.- ¿Considera que el apoyo recibido por su familia para el cumplimiento de su tratamiento es suficiente?				
14.- ¿Considera que el apoyo recibido por sus amigos para el cumplimiento de su tratamiento es suficiente?				
15.- ¿Ha participado en grupos o programas de apoyo para su enfermedad?				
16.- ¿Se le facilita asistir a las citas médicas?				
17.- ¿Ha considerado que la distancia de su casa al Hospital está muy lejos?				
<b>TERCERA DIMENSIÓN: Factores relacionados con el medicamento</b>				
ITEM	Nunca 1	Casi nunca 2	Casi siempre 3	Siempre 4
18.- ¿Cuando tiene que tomar varios medicamentos se le dificulta hacerlo?				
19.- ¿Cuando inicia un nuevo medicamento solicita al médico que le proporcione la información necesaria para su correcta administración?				
20.- ¿Conoce los efectos secundarios de los medicamentos que toma y/o le administran para su tratamiento?				
21.- ¿Cuándo siente alguna reacción desfavorable con el medicamento que toma				

y/o le administran para controlar su enfermedad lo suspende?				
22.- ¿Olvida tomar los medicamentos?				
23. ¿Cuándo se siente bien suspende los medicamentos?				
<b>CUARTA DIMENSIÓN: Factores relacionados con Médico-Enfermera-Paciente</b>				
ITEM	Nunca 1	Casi nunca 2	Casi siempre 3	Siempre 4
24.- ¿Considera que el médico le da las recomendaciones necesarias sobre el tratamiento que debe seguir?				
25.- ¿Considera que son claras y oportunas las recomendaciones dadas por su médico en cuanto a su tratamiento?				
26.- ¿Ha considerado que el tiempo empleado en la explicación de las recomendaciones que le da el médico es suficiente?				
27.- ¿Considera que el médico está atento a sus preguntas e inquietudes sobre la medicación y tratamiento?				
28.- ¿Se siente usted satisfecho con la atención que recibe de su médico?				
29.- ¿Considera que la enfermera le da las recomendaciones necesarias sobre el tratamiento que debe seguir?				
30.- ¿Considera que son claras y oportunas las recomendaciones dadas por su enfermera en cuanto a su tratamiento?				
31.- ¿Ha considerado que el tiempo empleado en la explicación de las recomendaciones que le da la enfermera es suficiente?				
32.- ¿Considera que la enfermera está atenta a sus preguntas e inquietudes sobre la medicación y tratamiento?				
33.- ¿Se siente usted satisfecho con la atención que recibe de su enfermera?				

## **Anexo “B”. Carta de Consentimiento Informado**

Título de la investigación: **“Factores que determinan la adherencia terapéutica en pacientes hematooncológicos”**

Nombre del investigador principal: María del Rosario Caballero Tinoco

Teléfono celular: 55 39 03 50 74

Este estudio me fue ampliamente explicado por el investigador y me contestaron todas mis preguntas. Recibí una copia de esta carta de información.

Estoy de acuerdo en contestar el instrumento el cual será usado solo con fines de la investigación.

Haciendo hincapié que mis respuestas no afectarán en la atención que recibo por parte de los médicos, enfermeras ni de ninguna otra persona que labora en el Hospital.

Entiendo que la información que proporcione será totalmente confidencial.

---

Nombre y firma del paciente

---

Nombre y firma de testigo

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo "C". Trípticos




### TRATAMIENTO

Existen **3** tipos de tratamiento para el cáncer, en algunas ocasiones se puede llegar a utilizar más de uno de estos tratamientos, los cuales son:

**Cirugía:** Consiste en retirar el tumor y/o el tejido afectado, que se encuentra alrededor del tumor. También pueden extraer algunos ganglios linfáticos cercanos.

**Quimioterapia:** Es un tratamiento donde se emplean medicamentos para destruir las células cancerígenas, evitar su crecimiento y la aparición de nuevas células malignas.

**Radioterapia:** Son rayos de alta energía, similares a los Rayos X, y se usan para eliminar células cancerígenas.

### FACTORES DE RIESGO QUE AUMENTAN LA POSIBILIDAD DE PADECER CÁNCER.

- Envejecimiento.
- Tabaco.
- Rayos del sol.
- Contacto con productos químicos.
- Algunos virus y bacterias.
- Antecedentes familiares con cáncer.
- Dieta deficiente, sobrepeso.
- Falta de actividad física.

### MEDIDAS QUE PUEDEN AYUDAR A PREVENIR EL CÁNCER.

- No fumar.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Evitar las infecciones.
- Evitar la obesidad.
- Alimentarse sanamente.
- No exponerse al sol por mucho tiempo.
- Realizar pruebas de detección precoz del cáncer por ejemplo la autoexploración física.

### RECUERDE:

- No todo causa cáncer.
- El cáncer no es contagioso.
- Tener uno o más factores de riesgo no significa que usted padecerá cáncer.

Elaborado por: Lic. Enf. María del Rosario Caballero Tinoco, PSS. Enf. María Fernanda Jiménez Quávez, PSS. Enf. Bibiana Sánchez Lozano



## ¿Qué es el cáncer?




### ¿QUE ES EL CÁNCER?

Es el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo. Las células cancerosas también se denominan células malignas.

### ¿COMO SE ORIGINA?

El cáncer se origina cuando las células de alguna parte del cuerpo comienzan a crecer sin control. El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento de las células normales. En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células anormales. Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer.



### SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL CÁNCER

- Es importante conocer los signos y síntomas generales del cáncer. **Recuerde que tener cualquiera de ellos no significa que usted tiene cáncer**, otras enfermedades también los pueden causar. Si usted los presenta y persisten por mucho tiempo o no mejoran, consulte a su médico para saber la causa de ellos:
- Aumento o pérdida de peso sin causa aparente.
- Engrosamiento o bulto en cualquier parte del cuerpo.
- Aparición de lunares nuevos.
- Llaga o herida que no sana.
- Cambio en la voz o tos que no se quita.
- Cambios en los hábitos del intestino o de la vejiga.
- Dificultad para tragar alimentos.
- Debilidad o cansancio.
- Sangrado o secreción anormal.
- Dolor continuo en alguna parte del cuerpo.
- Coloración amarilla de la piel y/o de los ojos.

### DIAGNÓSTICO

El Médico le realizará una serie de pruebas para determinar si es cáncer o no. Dentro de estas pruebas tenemos:

**Exploración física:** El médico puede valorar cualquier anomalía como cambios en el color de la piel y/o crecimiento de un órgano.

**Pruebas de laboratorio:** Son exámenes de orina o de sangre.

**Pruebas de imagen:** Permiten examinar los huesos y órganos internos por ejemplo Rayos X.

**Biopsia:** Es una pequeña muestra del tejido u órgano afectado que posteriormente se examina en el laboratorio.



### ¿CUÁNDO DEBE DE ACUDIR A ATENCIÓN INMEDIATA?

Quando usted presente:

⇒ Temperatura superior a 37.5 °C.



⇒ Escalofríos fuertes.



⇒ Sangrado o moretones persistentes sin causa aparente.



⇒ Dolores marcados o molestias en el sitio de aplicación de la quimioterapia.



⇒ Vómitos de 3-5 veces en 24 horas.



⇒ Respiración difícil.



⇒ Úlceras en la boca que le impidan ingerir líquidos y alimentos sólidos.



⇒ Estreñimiento por más de 2 días.



⇒ Diarrea severa (acudir al baño más de 5 veces en 24 horas).



⇒ Presencia de sangre en la orina o en las heces.



⇒ Dolor al orinar.



### RECUERDE

Su médico y enfermera están aquí para ayudarlo, no dude en preguntar y en compartir sus dudas, sentimientos y preocupaciones.

Elaborado por: Lic. en Enf. María del Rosario Caballero Tinoco, PSS. Enf. María Fernanda Jiménez Chávez, PSS. Enf. Bibrán Sánchez Lozano.



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA MÉXICO

### INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE SOMETIDO A QUIMIOTERAPIA



INFORMACIÓN PARA PACIENTE QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

### ¿QUÉ ES LA QUIMIOTERAPIA?

Es la administración de uno o varios medicamentos, los cuales tienen como objetivo destruir las células cancerosas o detener su crecimiento. La quimioterapia puede ser administrada antes de una cirugía, o después de la misma.



### ¿CÓMO SE ADMINISTRA LA QUIMIOTERAPIA?

La quimioterapia puede administrarse por vía Oral, vía subcutánea e intravenosa, la mayor de las veces se administra vía intravenosa la cual se utilizan las venas de los brazos. En ocasiones, cuando el acceso de las venas es difícil o el tiempo de administración es prolongado, el médico le podrá sugerir que le coloquen un catéter de larga estancia esto se realiza en el servicio de Terapia Intravenosa (ETI).

### ¿SERÁ LA QUIMIOTERAPIA EL ÚNICO TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER?

La quimioterapia algunas veces es el único tratamiento para el cáncer. Sin embargo se puede llegar a combinar con otro tipo de tratamiento como: cirugía y/o radioterapia.

### ¿QUÉ ES UN EFECTO SECUNDARIO?

Es un efecto no deseado, causado por el tratamiento con quimioterapia.

RECUERDE que **NO** todos los pacientes presentan efectos secundarios ya que cada persona es **ÚNICA**, así como su enfermedad y tolerancia al tratamiento.



### ¿QUÉ CAUSA LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

La quimioterapia destruye tanto a las células cancerosas como a las células normales que crecen rápidamente como son las células de la sangre, de la boca, del intestino y del cabello.

### CUALES SON LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES DE LA QUIMIOTERAPIA

- ⇒ Náusea
- ⇒ Vómito
- ⇒ Cansancio
- ⇒ Anemia
- ⇒ Diarrea
- ⇒ Estreñimiento
- ⇒ Caída del cabello
- ⇒ Defensas bajas
- ⇒ Dolor.
- ⇒ Hormigueo en los dedos
- ⇒ Cambio de color de las uñas
- ⇒ Calambres en las manos y los pies
- ⇒ Cambio en la percepción de los sabores y olores
- ⇒ Úlceras en la boca



### ¿CUÁNTO DURAN LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

El tiempo que duran los efectos secundarios depende de su estado de salud y del tipo de quimioterapia que reciba. La mayoría de los efectos secundarios desaparece cuando termina el tratamiento de quimioterapia.

### ¿QUÉ EFECTOS EMOCIONALES PUEDE PRESENTAR?

La quimioterapia puede afectar su estado general (física, emocional, social), interrumpir su rutina diaria y alterar su relación con los demás. Por lo tanto es comprensible que usted y su familia sientan deseos de llorar, ansiedad, enojo o depresión.



### ¿QUÉ ES LA DIARREA?

**DIARREA:** Es el aumento en la frecuencia de las deposiciones (más de tres veces al día) puede ser de consistencia muy blanda e incluso líquida.



#### QUÉ CUIDADOS DEBE TENER EN CASA:



⇒ Realice de 5 ó 6 comidas en pequeñas cantidades en lugar de 3 comidas abundantes.

⇒ Beba de 6 a 8 tazas de líquidos claros al día.



⇒ Coma alimentos que tengan poca fibra como el plátano, arroz, pan blanco, yogurt.



⇒ Evite: lácteos (crema queso, leche); picantes (salsas); alimentos que produzcan gas (frijoles, brócoli); alimentos que contengan mucha grasa (alimentos fritos).



⇒ Evite comer en la calle.



⇒ Consulte a su médico acerca de los medicamentos antidiarreicos.

#### ACUDA A ATENCIÓN INMEDIATA SI:

**Cuando presente diarrea severa: de 5 a 6 evacuaciones en 24 horas.**

### ¿QUÉ ES LA MUCOSITIS?

**MUCOSITIS:** Es inflamación de la mucosa oral y de todo el tracto digestivo (que puede ser desde la boca al ano), manifestada por llagas o úlceras dolorosas que en ocasiones pueden sangrar.

#### QUÉ CUIDADOS DEBE TENER EN CASA:

⇒ Tenga una buena higiene oral.

⇒ Cepille los dientes después de cada alimento.



⇒ Use pasta dental con sabor suave.

⇒ Usar un cepillo con cerdas suaves.



⇒ Realice enjuagues con agua y bicarbonato de sodio de 4 a 5 veces al día.



⇒ Evite las comidas y bebidas picantes, ácidas, duras o muy calientes.



⇒ Acuda con el dentista para que valore el estado de la boca y pueda realizar los tratamientos oportunos (caries).

⇒ Si presenta llagas en la boca, acuda con su médico o enfermera ya que podría necesitar tratamiento médico. Asegúrese de informar al médico si las llagas son dolorosas o si le impiden comer.

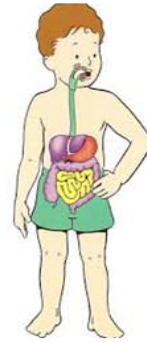


Elaborado por:

Lic. Enf. Ma del Rosario Caballero Tinoco, PSS. Enfermería: María Fernanda Jiménez Chávez, PSS. Enfermería: Bibiana Sánchez Lozano.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA MÉXICO.

### EFFECTOS SECUNDARIOS EN EL APARTO DIGESTIVO



INFORMACIÓN PARA PACIENTE QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA.

### ¿QUÉ ES LA NÁUSEA Y EL VÓMITO?

**NÁUSEA:** Es la sensación de tener ganas de vomitar pero sin eliminar el contenido del estómago.



**VÓMITO:** Es la expulsión por la boca del contenido del estómago.

#### QUÉ CUIDADOS DEBE TENER.

⇒ Beba durante el día abundantes líquidos, preferentemente agua y/o jugos naturales.



⇒ Procure comer siempre acompañado de otra persona.

⇒ Ingiera o coma racionando sus alimentos en pequeñas cantidades, de 5 a 6 comidas al día.

⇒ Evite las comidas condimentadas y con alto contenido en grasas.



⇒ Coma despacio y mastique bien sus alimentos.



⇒ Evite los olores fuertes.  
⇒ Consuma o ingiera la comida a temperatura ambiente o fresca.



⇒ Descanse de cada comida preferentemente sentado (no acostado).

⇒ Puede chupar cubos de hielo o caramelos, dar pequeños sorbos de agua durante la quimioterapias.



⇒ Entre comidas, coma refrigerios que reduzcan las náuseas como los alimentos secos, galletas saladas o pan tostado.

⇒ Puede ingerir té de menta.



⇒ Use técnicas de relajación como la meditación y la respiración profunda.

⇒ No olvide tomar el medicamento vía oral (tableta/pastilla) para la náusea y el vómito como se lo receto su médico.



#### ACUDA A ATENCIÓN INMEDIATA SI:

⇒ **Presenta de 3-5 episodios de vómito en 24 horas.**

⇒ **Si no puede ingerir líquidos o alimentos sólidos por más de 2 días.**

### ¿QUÉ ES EL ESTREÑIMIENTO?

**ESTREÑIMIENTO:** Es cuando una persona defeca con menos frecuencia de lo habitual. Además, las heces se vuelven duras, secas y son difíciles de expulsar.



#### QUÉ CUIDADOS DEBE TENER EN CASA:

⇒ Escriba la fecha y la hora en la que evacuó.



⇒ Beba por lo menos de 6 a 8 tazas de agua u otros líquidos durante el día.



⇒ Manténgase activo todos los días, puede realizar pequeñas caminatas.



#### Fibra



⇒ Consuma alimentos con alto contenido de fibra: Fruta (papaya), verdura (pepino, zanahoria), legumbres (habas, frijoles) y cereales integrales.

#### ACUDA A ATENCIÓN INMEDIATA SI:

**Presenta 2 días sin evacuar.**

### CAÍDA DE CABELLO

La quimioterapia puede dañar las células del cuerpo incluso las que producen cabello.

Esto significa que el cabello de su cabeza y de cualquier otra

parte de su cuerpo podría caerse. La caída del cabello se conoce como "alopecia".

El cabello podría comenzar a caerse 2 ó 3 semanas después de haber empezado la quimioterapia pero puede que **NO** se le caiga.



### QUÉ CUIDADOS DEBE TENER

⇒ Lávese el cabello con un champú suave. Séquelo con toques suaves usando una toalla suave.



⇒ Algunas personas deciden cortarse el cabello lo más corto posible.

⇒ Si se rasura el cabello, use una rasuradora eléctrica para que no se corte el cuero cabelludo.



⇒ Si piensa comprar una peluca, hágalo mientras tiene cabello, ya que este le ayudará a escoger la pieza de peluca que más se adecúe a su tono de cabello.



### SI SE LE CAE EL CABELLO REALICE

#### ESTOS CUIDADOS

⇒ Cuando salga proteja su cabeza del sol, use una crema con protector solar, un sombrero y/o gorra.



⇒ Proteja su cabeza del frío. Use un gorro, turbante y/o mascarada.



⇒ Cúbrase la cabeza con un pañuelo (mascada) suave cuando duerma.



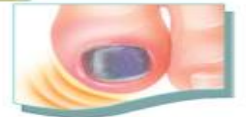
Lo más probable es que su cabello vuelva a crecer 2 ó 3 meses después de terminar la quimioterapia. A veces, el cabello nuevo puede ser más rizado o más lacio. También podría ser de un color diferente. Con el tiempo, su cabello puede volver a ser como era antes del tratamiento.

Elaborado por: Lic. Enf. María del Rosario Caballero Tinoco, PSS; Enf. María Fernanda Jiménez Chávez, PSS; Enf. Bibiana Sánchez Lozano



INSTITUTO NACIONAL DE  
CANCEROLOGÍA  
MÉXICO

## EFFECTOS SECUNDARIOS EN LA PIEL, UÑAS Y CABELLO



### INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA.

Programa de Intervención Educativa de Enfermería para pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia.

### PIEL Y UÑAS

Cuando recibe quimioterapia la piel se vuelve más sensible.

En algunos casos puede existir oscurecimiento en algunas zonas del cuerpo, se puede reseca y producir algunas erosiones, por ejemplo en la piel que rodea las uñas.

### QUÉ CUIDADOS DEBE TENER

⇒ Evite estar bajo el sol directamente por periodos prolongados.



⇒ Cuando salga a la calle utilice en forma permanente protector solar de factor 30 o más, use una camisa de manga larga, pantalones y sombrero o gorra ancha.



⇒ Aplique crema humectante en todo el cuerpo todos los días.



⇒ Ingiera líquidos para mantener la piel hidratada, es recomendable como mínimo dos litros diarios.



⇒ Si llegase a presentar lesiones en la piel y uñas, no se automedique y consulte a su médico.



⇒ Evite perfumes y/o desodorantes que contengan alcohol ya que pueden irritar la piel.



⇒ Use solo jabones suaves para la piel (jabón neutro).



⇒ Los baños cortos con agua tibia pueden ayudar. No se bañe por largo tiempo con agua caliente. Seque su piel con toques suaves en vez de frotar.



⇒ Evite rasurarse ya que le puede irritar la piel.



⇒ Mantenga sus uñas limpias y cortas.



⇒ Use guantes cuando lave los platos, trabaje en el jardín o limpie la casa.



### ACUDA A ATENCIÓN INMEDIATA CUANDO:

⇒ Sienta comezón, resequedad, irritación o dolor en la piel.

⇒ Si sus uñas están oscuras, amarillas o agrietadas.

### ¿QUÉ CUIDADOS DEBE TENER

- ⇒ Lavarse las manos con frecuencia durante el día especialmente antes de comer y después de ir al baño.
- ⇒ Manténgase alejado de personas que padezcan enfermedades contagiosas tales como: resfriados, influenza, sarampión o varicela.
- ⇒ Evite estar en lugares donde hay mucha gente.
- ⇒ No se vacune contra nada sin antes haber preguntado a su médico si no hay inconveniente.

⇒ Trate de mantenerse lejos de personas que hayan sido vacunadas recientemente contra la varicela, la polio y el sarampión.

⇒ Cepille sus dientes después de las comidas y antes de acostarse. Use un cepillo de dientes muy suave.

⇒ Lave frutas, vegetales, y verduras crudas.  
⇒ Lávese las manos con cuidado después de tocar carne cruda. Cocine bien la carne antes de comerla.

⇒ Si tiene mascotas, trate que otra persona limpie la suciedad.

⇒ Límpiase bien y con cuidado después de ir al baño.

⇒ Use cubrebocas cuando vaya al hospital, salga a la calle o lugares con mucha gente.



### ¿QUÉ SON LAS PLAQUETAS?

Ayudan a nuestra sangre a coagularse en presencia de una herida previniendo el sangrado.



### ¿CÓMO SABER SI SUS PLAQUETAS HAN DISMINUIDO?

- ⇒ Moretones que aparecen sin causa alguna.
- ⇒ Heridas que sangran por más tiempo de lo normal.
- ⇒ Pequeños puntos bajo la piel.
- ⇒ Sangrado (encías y/o nariz) o en cualquier otra parte del cuerpo.

### ¿QUÉ CUIDADOS DEBE TENER

- ⇒ Evita automedicarte.
- ⇒ Evita las bebidas alcohólicas.
- ⇒ Use cepillo dental con cerdas suaves.

⇒ Límpiase la nariz suavemente.

⇒ Tenga cuidado de no cortarse y/o picarse.

⇒ Evite quemarse cuando realice sus labores domésticas.

⇒ Procure evitar deportes de riesgo.

**ACUDA ATENCIÓN INMEDIATA SI:**  
**Aparece un punteado rojo en la piel (petequias), moretones sin golpe previo, sangre en orina, sangrado de encías, etc.).**

Elaborado por: Lic. María del Rosario Caballero Tinoco, PSS, Enfermería; María Fernanda Jiménez Chávez, PSS, Enfermería; Bibiana Sánchez Lozano.



INSTITUTO NACIONAL  
DE CANCEROLOGÍA  
MÉXICO

## EFFECTOS SECUNDARIOS EN LA SANGRE



INFORMACIÓN PARA PACIENTE  
QUE RECIBEN TRATAMIENTO  
CON QUIMIOTERAPIA

### ¿QUÉ ES LA SANGRE?

Es un líquido rojo conformado por diferentes células que mantienen vivo tu cuerpo.

Estas células son:

- ⇒ Glóbulos blancos que ayudan a combatir infecciones.
- ⇒ Plaquetas que ayudan a que el cuerpo deje de sangrar cuando te cortas.
- ⇒ Glóbulos rojos que transportan oxígeno de los pulmones hacia todo el cuerpo.



### ¿QUÉ ES LA ANEMIA?

La anemia ocurre cuando tu cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos para llevar oxígeno al cuerpo. Al igual que un carro, su cuerpo necesita combustible para funcionar. El oxígeno que los glóbulos rojos llevan, es el combustible que su cuerpo necesita para mantenerse activo.



### ¿CÓMO SABER SI TIENE ANEMIA?

- ⇒ Sentir fatiga o cansancio.
- ⇒ Estar muy pálido.
- ⇒ Tener o presentar mareos.
- ⇒ Dolores de cabeza.
- ⇒ Estar muy sensible o de muy mal humor.



- ⇒ Falta de aire
- ⇒ Presión sanguínea baja
- ⇒ Palpitaciones



### ¿QUÉ CUIDADOS DEBE TENER

⇒ Duerma siestas cortas durante el día. Las siestas de menos de 1 hora son las mejores. Demasiado reposo en cama puede hacerle sentir débil.

⇒ Duerma 8 horas por lo menos todas las noches.



⇒ Puede sentirse mejor si camina un poco o si hace un poco de ejercicio todos los días.

⇒ Coma alimentos con mucha proteína, como lo son la carne y/o huevos.



⇒ Coma alimentos con hierro; una buena opción son las carnes rojas, las verduras de hojas verdes (como las espinacas) y los frijoles.



⇒ Beba por lo menos 8 vasos de agua u otros líquidos todos los días.

### ¿QUÉ SON LOS GLOBULOS BLANCOS?

Los glóbulos blancos son importantes para prevenir las enfermedades infecciosas. Si sus glóbulos blancos están disminuidos, será difícil para su organismo combatir las infecciones.

### ¿CÓMO SABER SI SUS GLÓBULOS BLANCOS HAN DISMINUIDO?

Si presenta:







- ⇒ Fiebre de 38°C o más.
- ⇒ Escalofríos.
- ⇒ Sudoraciones.
- ⇒ Excremento blando o líquido (diarrea).
- ⇒ Sensación de ardor al orinar.
- ⇒ Tos fuerte e irritación de garganta.
- ⇒ Secreción o picazón vaginal inusual.


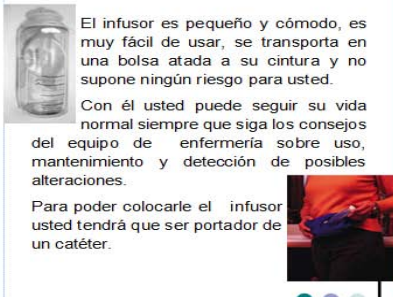
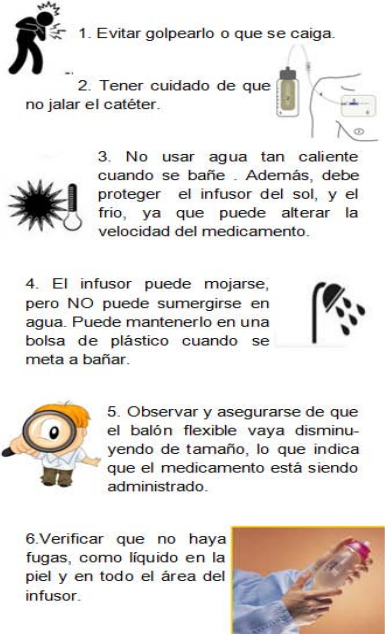







⇒ Enrojecimiento hinchazón o molestia, especialmente alrededor de una herida, en una llaga o en el sitio del catéter intravenoso o de su dispositivo de acceso vascular.

⇒ Dolor abdominal.



<p>7. Puede realizar las actividades habituales (caminar, conducir, etc), mientras lleve el infusor conectado pero debe evitar actividades extremas hasta que la infusión haya finalizado.</p>  <p>8. El infusor debe mantenerse al mismo nivel del catéter. Por esta razón evite colocar el infusor en el suelo o colgando sobre su cabeza. Cuando usted duerma situar el infusor bajo la almohada.</p>  <p>9. Si su infusor tiene fuga y la quimioterapia se pone en contacto con la piel, lave inmediatamente la piel con agua y jabón. Lave su ropa y la ropa de cama dos veces. No mezcle con el resto de la ropa para lavar.</p> 	<p><b>ACUDIR A QUIMIOTERAPIA EN CASO DE:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que el infusor se haya caído.</li> <li>2. Que su catéter se haya jalado.</li> <li>3. Si el infusor tiene una fuga o el balón estalla.</li> <li>4. Si su infusor se vacía antes de la fecha indicada.</li> <li>5. Si el globo de silicona no parece vaciarse como se esperaba.</li> <li>6. Si presenta signos de infección, como fiebre, enrojecimiento, dolor, hinchazón o secreción en el sitio del catéter.</li> <li>7. Cuando se haya acabado el contenido del balón flexible.</li> </ol>  <p>Si tiene algunas preguntas o inquietudes, hable con un su médico o enfermera y ellos se las resolverán.</p>  <p>Elaborado por: Lic. Enf. Ma. del Rosario Caballero Tinoco, PSS. Enfermería: María Fernanda Jiménez Chávez, PSS. Enfermería: Negrete Moreno Argelia.</p>	<p><b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA MÉXICO</b></p> <p><b>CUIDADOS DEL INFUSOR EN QUIMIOTERAPIA</b></p>  <p><b>INFORMACIÓN PARA PACIENTE QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA.</b></p> <p>Programa de Intervención Educativa de Enfermería para pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia.</p>
--	---	--

<p><b>¿QUÉ ES EL INFUSOR?</b></p> <p>Es un dispositivo que se utilizan para la administración de medicamentos, en este caso para la administración de quimioterapia. Consisten en uno recipiente transparente que contienen en su interior un globo de silicona donde se encuentra la quimioterapia.</p> 	<p><b>Ventajas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Facilidad de uso.</li> <li>⇒ Seguridad y precisión.</li> <li>⇒ Discreto y ligero.</li> <li>⇒ No requiere de energía eléctrica ni depende de la gravedad.</li> <li>⇒ No requiere de servicio técnico ni mantenimiento.</li> </ul> <p><b>Beneficios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Mejora la calidad de vida del paciente.</li> <li>⇒ Le permite al paciente recibir el tratamiento en su hogar.</li> <li>⇒ Reduce los tiempos y costos de hospitalización.</li> <li>⇒ Se reduce el riesgo de infección intrahospitalaria.</li> </ul> <p>El infusor es pequeño y cómodo, es muy fácil de usar, se transporta en una bolsa atada a su cintura y no supone ningún riesgo para usted. Con él usted puede seguir su vida normal siempre que siga los consejos del equipo de enfermería sobre uso, mantenimiento y detección de posibles alteraciones.</p> <p>Para poder colocarle el infusor usted tendrá que ser portador de un catéter.</p> 	<p><b>¿QUÉ CUIDADOS DEBE TENER EN CASA?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evitar golpearlo o que se caiga.</li> <li>2. Tener cuidado de que no jalar el catéter.</li> <li>3. No usar agua tan caliente cuando se bañe. Además, debe proteger el infusor del sol, y el frío, ya que puede alterar la velocidad del medicamento.</li> <li>4. El infusor puede mojarse, pero NO puede sumergirse en agua. Puede mantenerlo en una bolsa de plástico cuando se meta a bañar.</li> <li>5. Observar y asegurarse de que el balón flexible vaya disminuyendo de tamaño, lo que indica que el medicamento está siendo administrado.</li> <li>6. Verificar que no haya fugas, como líquido en la piel y en todo el área del infusor.</li> </ol> 
--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>* Evite la exposición al sol.</li> <li>* Evite el contacto con sustancias químicas abrasivas utilizadas en jabones para la ropa o productos de limpieza para el hogar.</li> <li>* Aplique cremas humectantes en las manos. Evite frotar o masajear las manos y los pies con lociones.</li> <li>* Use calzado y ropa holgados y bien ventilados (que el aire circule con facilidad).</li> <li>* Evite caminar descalzo, y use pantuflas suaves y calcetines gruesos para reducir la fricción en sus pies.</li> </ul>  	<p style="text-align: center;"><b>Tratamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Refrésquese las manos y los pies con bolsas de hielo o compresas frías (toallas húmedas) entre 15 y 20 minutos por vez.</li> <li>* Cremas exfoliantes humectantes tópicas que contengan urea, ácido salicílico o lactado de amonio.</li> <li>* Uso de analgésicos como naproxeno, ibuprofeno, etc.</li> <li>* Cremas que contengan corticosteroides como clobetasol o halobetasol.</li> </ul>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>¡Recuerde! Acudir a Atención Inmediata en caso de que el dolor sea muy severo.</b></p> </div> <p style="font-size: small;">Elaborado por: Lic. María del Rosario Caballero Tinoco, PLE; Viridiana Alejandra Jiménez Ramírez, PLE; Argelia Negrete Moreno</p>	<p style="text-align: center;"> Instituto Nacional de Cancerología México</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>SINDROME MANO-PIE</b></p> </div>  <p style="text-align: center;"><b>INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA</b></p> <p style="font-size: small;">Programa de Intervención Educativa de Enfermería para pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia</p>
--	--	--

<p><b>¿Qué es el síndrome mano-pie?</b></p> <p>Es una reacción cutánea como efecto secundario a la quimioterapia, que afecta las palmas de las manos y en las plantas de los pies. Suele comenzar con hormigueos y llegar a progresar a un dolor intenso, impidiendo realizar sus actividades de la vida cotidiana como el peinarse, conducir o agarrar o doblar la mano.</p> <p><b>¿Cuándo aparece?</b></p> <p>Puede aparecer desde los primeros días hasta casi el año del tratamiento.</p> <p><b>¿Con que tipo de quimioterapia puede aparecer este síndrome?</b></p> <p>Algunas terapias tienen mayores probabilidades de causar síndrome mano-pie que otras. Los fármacos que pueden causarlo son: Axitinib, Citarabina, Docetaxel, Fluxuridina, Fluorouracilo, Idarrubicina, Doxorubicina, Paclitaxel.</p>	<p><b>¿Qué signos y síntomas provoca?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Enrojecimiento (parecido a una quemadura solar)</li> <li>* Hinchazón</li> <li>* Sensibilidad al tacto</li> <li>* Dolor intenso</li> <li>* Sensación de cosquilleo o quemazón</li> <li>* Agrietamiento de la piel o descamación</li> <li>* Tirantez de la piel</li> <li>* Ampollas, úlceras o llagas</li> <li>* Dificultad para caminar o usar las manos</li> </ul>  	<p><b>CUIDADOS QUE DEBE TENER</b></p> <p>Existen medidas preventivas que disminuyen los signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Evitar la exposición prolongada de las manos y los pies en agua caliente cuando lava los trastes o se baña.</li> <li>* No usar guantes de goma para lavar los trastes, ya que este material conserva el calor en las palmas.</li> <li>* Evitar utilizar herramientas de jardinería y del hogar, como destornilladores, así como tampoco debe hacer otras tareas en las que deba ejercer presión con las manos sobre superficies duras, como barrer, lavar ropa, lavar trastes o conducir.</li> <li>* No practique actividades tales como trotar, hacer aerobics, saltar o caminar por largos periodos de tratamiento.</li> </ul>  
--	--	--



Instituto Nacional de Cancerología  
México

## EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA QUIMIOTERAPIA EN LA SEXUALIDAD



Programa de Intervención Educativa de Enfermería para pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia.

La quimioterapia puede afectar en algunas ocasiones, los órganos genitales y su funcionamiento. Existen factores que pueden contribuir a este efecto secundario como los fármacos utilizados durante el tratamiento, la edad y el estado general de salud.



Aunque la quimioterapia puede afectar los órganos sexuales y su funcionamiento no existe inconveniente en mantener relaciones sexuales con normalidad durante el tratamiento.

**Cambios significativos en el hombre:**

- Impotencia sexual
- Ausencia de orgasmos
- Cansancio para tener relaciones sexuales



**Cambios significativos en la mujer:**

- ⇒ Sequedad o comezón en la vagina
- ⇒ Bochornos
- ⇒ Infecciones en la vagina
- ⇒ Menstruación irregular
- ⇒ Falta de interés para tener relaciones sexuales





**Cuidados que debe tener:**

- Utilice lubricantes vaginales si presenta sequedad.
- Utilice ropa interior de algodón.
- Utilice condón, sobre todo si tiene relaciones sexuales durante las 48 horas posteriores al recibir la quimioterapia.




- Utilice algún método anticonceptivo para evitar embarazos, por el riesgo asociado a las malformaciones congénitas.
- Hable de manera abierta con su pareja acerca de sus preocupaciones.
- Utilice terapias alternativas: relajación, musicoterapia, meditación, etc.

**¡ Recuerde! Consultar con su médico o enfermera (o), sobre los efectos adversos que le puede producir la quimioterapia si usted quiere tener hijos y también referente a si le produce alguna preocupación excesiva, ya que ellos lo derivaran al especialista que usted necesite.**

Elaborado por: Lic. María del Rosario Caballero Tinoco,  
PLE: Viridiana Alejandra Jiménez Ramírez, PLE: Argelia Negrete Moreno