



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a  
Distancia

Manuscrito Recepcional  
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Apoyo social percibido y adherencia terapéutica en  
mujeres con cáncer de mama

Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Erika Anahi Martínez Ampudia

Director: Mtra. Mayte Ortiz Romero

Vocal: Mtra. Mayra Alejandra Mora Miranda

Los Reyes Iztacala Tlalneantla, Estado de México, junio 2021





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Dedicatorias y/o Agradecimientos

Es difícil agradecer tanto, y a tantos en tan pocas palabras; sin embargo de lo que estoy segura es que cada uno ha sido una persona que ha aportado una palabra, una enseñanza, o una motivación que me ha definido y marcado a lo largo del camino.

**A mis padres**, por enseñarme que con perseverancia y trabajo duro nada es imposible.

**A mis hermanos y sobrinos**, por ser la inspiración que necesito para salir adelante, y apoyarme cuando los necesito.

**A mis tíos y en especial a mi tía María**, por ser un ejemplo, un consuelo, y esa fuerza que uno necesita cuando todo parece ser oscuro.

**A mi abuela Concepción y a Ali**, por enseñarme que entre tus planes, siempre hay alguien que te ama, y que a pesar de la distancia o las circunstancias jamás te dejarán sola.

**A Oliver**, por siempre recordarme lo bueno que hay en mí, por ayudarme a seguir adelante, y por enseñarme a trabajar con pasión y dedicación; eres un orgullo y un ejemplo.

**A mis amigos Ruth, Andrés, y Sergio**, porque aunque estén lejos sé cuento con ustedes en los momentos más difíciles.

**A mis compañeros de SPPEL y ERUM**, por ser un ejemplo, un apoyo, y por sus ánimos para seguir adelante.

**A mi grupo 9136 de SUAyED**, por ser un apoyo en esas noches de presión, por compartir dudas y conocimientos que nos hacen crecer; por ser buenos compañeros y amigos.

**A mi sínodo, en especial a la Doctora Mayte** por ayudarme a crecer como profesional, por compartir sus conocimientos, por no dejarme sola, y por alentarme a seguir luchando por lo que quiero.

**Y por último a mi querida Universidad Nacional Autónoma de México y la FES Iztacala**; por contemplar las necesidades de sus alumnos, y crear programas como éste, que permiten concluir metas con alta calidad profesional.

A todos y cada uno: **¡Muchísimas gracias por el apoyo!**

**“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>CAPÍTULO 1. GENERALIDADES MÉDICAS DEL CÁNCER DE MAMA</b> .....	9
1.1 Definición y clasificación.....	9
1.2 Epidemiología.....	10
1.3 Diagnóstico.....	12
1.4 Tratamiento Médico.....	13
1.5 Estrategias de prevención.....	15
1.6 Implicaciones Psicosociales.....	16
1.6.1 Tratamiento Psicológico.....	16
<b>CAPÍTULO 2. PSICOLOGÍA Y SALUD</b> .....	21
2.1 Concepto de salud.....	21
2.2 Modelo Biomédico versus Modelo Biopsicosocial.....	21
2.2.1 Psicología clínica y de la salud.....	22
2.3 Enfermedades crónico-degenerativas y el comportamiento.....	24
2.3.1 Enfermedades crónico-degenerativas y la epidemia por la COVID-19.....	25
<b>CAPÍTULO 3. APOYO SOCIAL Y CÁNCER DE MAMA</b> .....	28
3.1 Conceptualización del Apoyo Social.....	28
3.2 Componentes del apoyo Social.....	29
3.2.1 Factores relacionados al apoyo social percibido.....	32
3.3 Efectos del apoyo social.....	34
3.4 Apoyo Social percibido en mujeres con cáncer de mama.....	36
<b>CAPÍTULO 4. ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CÁNCER DE MAMA</b> .....	39
4.1 Conceptualización de la adherencia terapéutica.....	39
4.2 Determinantes sociales de la adherencia terapéutica.....	40
4.3 Adherencia terapéutica y cáncer de mama.....	43
4.3.1 Adherencia terapéutica y la COVID-19.....	44
4.3.2 Intervenciones que fomentan la adherencia terapéutica.....	44
4.4 Medición de la adherencia terapéutica.....	45
<b>CAPÍTULO 5. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	47
5.1 Planteamiento del problema.....	47
5.2 Pregunta de investigación.....	47

5.3 Hipótesis.....	47
5.3.1 Nula .....	47
5.3.2 Alternativa.....	47
5.4 Objetivo general .....	47
5.4.1 Objetivos específicos .....	47
5.5 Método .....	48
5.5.1 Participantes .....	48
5.5.2 Criterios de inclusión .....	48
5.5.3 Criterios de exclusión.....	48
5.5.4 Criterios de eliminación.....	49
5.5.5 Escenario.....	49
5.5.6 Tipo y diseño de investigación .....	49
5.5.7 Variables.....	49
5.5.7.1 Apoyo social percibido .....	49
5.5.7. 2 Adherencia terapéutica .....	50
5.5.8 Instrumentos .....	50
5.5.9 Procedimiento .....	51
5.6 Resultados .....	53
5.6.1 Análisis de resultados .....	59
5.7 Discusión.....	62
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>64</b>
<b>Apéndice A. Consentimiento informado .....</b>	<b>81</b>
<b>Apéndice B. Formularios.....</b>	<b>82</b>
<b>Apéndice C. Cartel de cáncer de mama .....</b>	<b>83</b>

## Resumen

El padecer una enfermedad crónica como el cáncer en plena crisis sanitaria por la COVID-19, impacta en aspectos relacionados con la adherencia terapéutica y el apoyo social, mismos que son de interés para el profesional de la salud mental y del comportamiento, ya que es necesario realizar evaluaciones e intervenciones basadas en evidencia y culturalmente relevantes. El objetivo del estudio fue identificar y describir la relación entre el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica en mujeres con cáncer de mama en tratamiento oncológico. Se empleó un diseño no experimental transeccional, de alcance descriptivo-correlacional. Se reclutaron por muestreo no probabilístico intencional a 38 participantes. Los instrumentos empleados fueron Apoyo Social Percibido MOS y Escala de Adherencia Terapéutica VEAT. Se encontró que no existe una relación estadísticamente significativa entre el puntaje total apoyo social percibido y el de adherencia terapéutica ( $r = -.053, p > .05$ ). Lo cual resulta contrastante con estudios anteriores ya que entre mayor apoyo perciban las pacientes mayor apego a las indicaciones médicas; se sugiere estudiar características propias de la enfermedad o de la metodología empleada (instrumentos, muestreo o análisis de las dimensiones de ambas variables).

**Palabras clave:** *cáncer de mama, apoyo social percibido, adherencia terapéutica, psicólogo clínico y de la salud*

### Abstract

Suffering from a chronic disease such as cancer in the middle of the health crisis due to COVID-19, impacts aspects related to therapeutic adherence and social support, which are of interest to the mental and behavioral health professional, since it is Evidence-based and culturally relevant assessments and interventions are needed. The aim of the study was to identify and describe the relationship between perceived social support and therapeutic adherence in women with breast cancer undergoing cancer treatment. A non-experimental, transectional, descriptive-correlational design was used. 38 participants were recruited by intentional non-probability sampling. The instruments used were MOS Perceived Social Support and VEAT Therapeutic Adherence Scale. It was found that there is no statistically significant relationship between the total perceived social support score and the therapeutic adherence score ( $r = -.053, p > .05$ ). This is in contrast to previous studies since the more support the patients perceive, the greater their adherence to medical indications; It is suggested to study the characteristics of the disease or the methodology used (instruments, sampling or analysis of the dimensions of both variables).

Keywords: breast cancer, perceived social support, therapeutic adherence, clinical and health psychologist

## Introducción

Las enfermedades crónico-degenerativas representan un reto para el sistema de salud actual, ya que son diversos los factores a los que se atribuye su aparición y son igualmente variadas las repercusiones que generan. De tal forma que uno de los principales componentes en su aparición y/o control se encuentra asociado al comportamiento de las personas. Por lo cual deben ser abordadas de manera integral.

Para ello, el psicólogo clínico y/o de la salud en contextos hospitalarios, trabaja de forma multi e interdisciplinaria con otros profesionales de la salud, desarrollando estrategias para evaluar, diagnosticar e intervenir sobre un abanico de problemáticas psicológicas con correlatos médicos, físicos y sociales (Piña J., 2010).

Con intervenciones que se encaminan a la resolución de problemas de adherencia al tratamiento, a la asunción del rol de enfermo, vinculados con el apoyo familiar, trastornos emocionales derivados de la enfermedad y/o problemas en la adaptación de los cambios generados por la enfermedad, o lesión (Colegio Oficial de Psicólogos España [COP], 1996).

Acorde con ello, esta investigación empírica se enfocó en uno de los padecimientos con mayor número de casos nuevos diarios, muertes, desigualdades sociales y culturales, que se relaciona con el desarrollo de trastornos y comorbilidades psicológicas; a nivel nacional y mundial, como lo es el cáncer, específicamente, el cáncer de mama. Para los países de América Latina el incremento en la incidencia y mortalidad se atribuyen principalmente al envejecimiento en la población, que se relaciona con cambios en los patrones reproductivos y de estilos de vida, y las barreras existentes para garantizar un acceso oportuno en su detección, diagnóstico y tratamiento adecuado (Mohar et al., 2015).

A nivel mundial, la incidencia de cáncer fue de 19,292,789 casos nuevos, de los cuales 9,227,484 (47.82%) se atribuyeron al sexo femenino y 2,261,419 (24.5%)



correspondieron a cáncer de mama (International Agency for Research on Cancer, Globocan. World Health Organization, 2020).

Para la paciente con cáncer de mama existen una serie de cambios drásticos en todas las esferas de su vida, mismos que se ven influidos en mayor o menor medida por variables médicas como: estado de salud, tipo de cáncer, estadio, tratamiento y adherencia terapéutica; determinante en la eficacia del tratamiento, la calidad de vida de la paciente y los costes en salud. Así como variables psicosociales, entre las que encontramos al apoyo social, que incide en el bienestar y la salud de los individuos; al facilitar el desarrollo de conductas adaptativas ante situaciones de estrés (Castro y Hernández, 2018; Priede et al., 2016).

La relación entre estas dos variables ha sido comprobada en metaanálisis, como el realizado por DiMatteo (2004), quien al revisar la literatura de 1948 a 2001, identificó 122 estudios que relacionaron el apoyo social estructural o funcional con la adherencia a regímenes médicos. Encontrando una mayor significancia entre el apoyo práctico y la adherencia; que se relaciona con el estado civil (adultos), la convivencia con otra persona, y la unión familiar.

Así como la relación en población con enfermedades crónicas, como es el caso del estudio realizado por Vergara S, Barra E. (2014), quien examinó la relación entre autoeficacia, apoyo social percibido, y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo II; en el que encontró una relación significativa entre estas dos variables y la adherencia terapéutica; pero con una magnitud mayor en el apoyo social, tanto en el aspecto farmacológico, como en la compensación metabólica. Por lo que la consideran es una variable significativa para predecir conductas saludables y mejorar el afrontamiento de la enfermedad y su tratamiento.

Lo cual vino a confirmarse tras los efectos de la epidemia por la COVID-19 y las repercusiones que ocasionó en la atención médica habitual que recibían las pacientes con cáncer y en su bienestar psicológico y calidad de vida (Tapia, 2020).

Por consiguiente, sin dejar de lado este contexto de pandemia, el interés de la presente investigación versa en identificar y describir la relación de una adecuada/funcional percepción de apoyo social y de mejorar y mantener comportamientos adherentes al tratamiento del cáncer en mujeres con esta enfermedad.

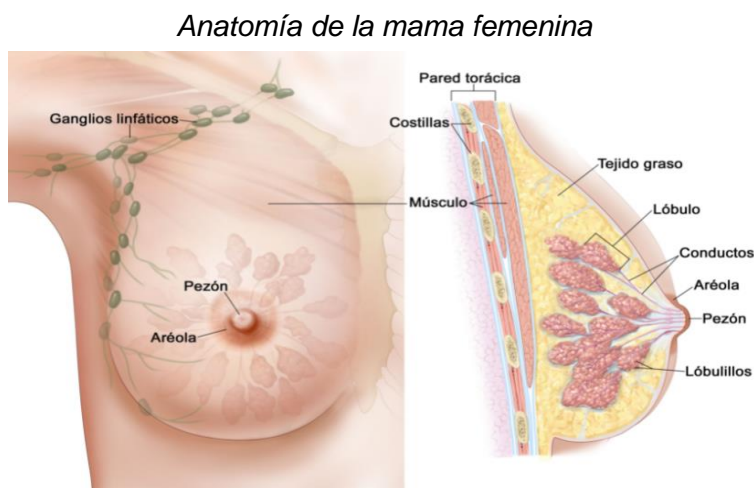
## Capítulo 1. Generalidades Médicas del Cáncer de Mama

Como parte fundamental del acercamiento y estudio de variables y/o problemáticas psicológicas en individuos y poblaciones con enfermedades crónico-degenerativas, se debe tener un conocimiento somero sobre los aspectos médicos que atañen a éstas últimas, tales como, definición, signos y síntomas, medios de diagnóstico, modalidades y efectos de tratamiento, poblaciones de riesgo, datos sobre incidencia y mortalidad, así como variables psicosociales asociadas; todo ello, con la finalidad de precisar y diferenciar las particularidades que representa cada padecimiento.

### 1.1 Definición y Clasificación

La mama o seno femenino como se muestra en la Figura 1, es un órgano glandular ubicado en el pecho, conformado por tejido adiposo y la glándula mamaria, la cual se compone de lobulillos glandulares de los que salen los conductos galactóforos para converger en el seno galactóforo, mismo que comunica el interior con el exterior de la mama y permite la expulsión de la leche en la lactancia (INFOcáncer, 2019; Instituto Nacional del Cáncer [NIH, siglas en inglés], 2021; Sanfilippo y Moreno, 2008).

**Figura 1**



*Nota.* Adaptado de *Anatomía de la Mama Femenina (Breast, Female, Anatomy)* [Fotografía], por NIH Instituto Nacional del Cáncer, 2011, (<https://visualsonline.cancer.gov/details.cfm?imageid=9721>).CDR710874

La mama se puede ver afectada por trastornos benignos o malignos. Respecto al segundo caso, el cáncer o tumor maligno, se define como un crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y tiene la capacidad de diseminarse a través del sistema linfático (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC], 2009).

Los tipos más comunes de cáncer de mama se presentan en los lóbulos (lobulillar) y en los conductos galactóforos (ductal); y se puede hacer referencia a los mismos de acuerdo a su propagación, esto es, in situ, cuando se limita al conducto en que se originó, e invasivo o infiltrante, cuando se ubica en los alrededores del tejido mamario (American Society of Clinical Oncology ASCO, 2019). Dentro de esta categoría, existen tipos menos comunes, pero muy agresivos y con mal pronóstico, como el triple negativo, suele ser más frecuente en mujeres jóvenes, mujeres de raza negra e hispanas, y mujeres con mutación en el gen BRCA1 y BRCA2.

## **1.2 Epidemiología**

Respecto a los datos de incidencia y mortalidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), se reporta que a nivel mundial el cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en el sexo femenino, con 2.2 millones de casos nuevos registrados en 2020 y alrededor de 685,000 muertes, con las mayores cifras en países de ingresos bajos y medianos. Desafortunadamente, 1 de cada 12 mujeres, tiene o va a desarrollar esta enfermedad en el lapso de su vida.

Acorde con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), en países como la India y Sudáfrica se presenta una supervivencia al cáncer de mama a cinco años del 66% y 40%; mientras que en países de ingresos elevados llega a exceder el 90%. Lo cual se puede atribuir a los avances realizados entre 1980 y 2020 para su tratamiento, detección precoz y terapias eficaces que redujeron su mal pronóstico en un 40%.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) hace referencia al cáncer de mama, como una de las principales causas de muerte en las Américas ya que en 2008 se registraron 1.2 millones de muertes, con una ocurrencia del 45% en América Latina y el Caribe; estimando un aumento de hasta 2.1 millones en 2030. Las cuales pudieran ser prevenibles hasta en un tercio de éstas, al evitarse factores de riesgo claves como son: consumo excesivo de alcohol y tabaco, alimentación poco saludable, inactividad física, cambios en los patrones reproductivos y de estilos de vida, y barreras existentes para garantizar un acceso oportuno en su detección, diagnóstico y tratamiento adecuado (Mohar et al., 2015). Lo anterior, adicionado con un perfil de riesgo común: sobrepeso, obesidad, baja lactancia materna, antecedentes familiares de cáncer de mama y exposición prolongada a hormonas (Villarreal-Garza et al., 2013).

En el caso de México, según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) en 2018 se registraron 314,499 defunciones femeninas, de las cuales 44,164 se debieron a tumores malignos, y de éstos, 7,257 fueron por cáncer de mama. Presentando una mayor incidencia entre las personas de 60 a 64 años, con una presencia de 104 casos para las mujeres, por cada caso nuevo en los varones de este grupo de edad. Mientras que su distribución por entidad federativa de los nuevos casos registrados en el 2019, en mujeres mayores de 20 años, presenta las tasas más altas en los estados de Morelos, Colima, y Aguascalientes; y una menor incidencia en Guerrero, Guanajuato e Hidalgo; así como una tasa de letalidad que se incrementa de manera sostenida a partir de los 65 años.

De acuerdo con un estudio realizado por Rodríguez-Cuevas et al. (2001), en el que se revisaron los casos registrados de 1993 a 1996 en la base de datos del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas de México, la edad promedio de mujeres mexicanas con carcinoma de mama es de 51 años y el 45.5% se desarrollan antes de que las pacientes cumplan 50 años, siendo el grupo más afectado de 40-49 años (29.5%). Lo

que contrasta con mujeres de Estados Unidos o países Europeos, cuya edad media de presentación es de 63 años, y solo una cuarta parte es menor de 50 años.

### 1.3 Diagnóstico

En cuanto a la detección del cáncer de mama, hay que tener en cuenta que en etapas iniciales se realiza de manera subclínica y sin presentación de síntomas, ya que en su mayoría se detecta por estudios de imagen y en menor medida por clínica o tumor palpable (Arce et al., 2011). Sin embargo, Sanfilippo y Moreno (2008) refieren que el descubrimiento de dicha tumoración es realizado generalmente por la paciente, pero en algunos casos, las pacientes pueden retrasar la visita al médico por temor, y acuden cuando se presentan o incrementan signos y síntomas como: bulto(s) o tumor(es) detectable(s) al tacto, de consistencia dura y diferenciada al resto de la mama, con o sin dolor, y que se mantiene en el transcurso de los días, piel de la mama rugosa, deformidad en la mama, secreción mamaria (particularmente sangre) y hundimiento del pezón.

En general, para determinar si el tumor es maligno, su ubicación, tipo de células (receptores hormonales, etc.), su gravedad, si se ha extendido, y en consecuencia, el tratamiento más adecuado, el equipo de salud se apoyará de diversas pruebas diagnósticas que se consideren pertinentes, tales como: exploración física, biopsias (muestras de tejido), pruebas de laboratorio (análisis de sangre u orina) y pruebas con imágenes como tomografía computarizada, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, gammagrafía ósea, ecografía y rayos x (American Cancer Society [ACS], 2021).

El NIH (2015) describe que para interpretar los resultados se emplean diversos sistemas de clasificación, el más usual es el *TNM o sistema de estadificación AJCC*, creado por el American Joint Committee on Cancer (AJCC) y la International Union Against Cancer (UICC), la letra <T> se refiere al tamaño y extensión del tumor principal o primario, la <N> describe la diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos cercanos, y la <M> hace referencia a si el cáncer se ha extendido o diseminado desde el tumor primario a otras

partes del cuerpo. Otras variantes suelen ser: estadio 0 (hay células anormales, pero no se han diseminado), I al III (cuanto más grande el número, mayor es el tumor y más se ha extendido hacia tejidos cercanos) y IV (el cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo). O bien, in situ, localizado, regional, distante o desconocido.

#### **1.4 Tratamiento Médico**

Una vez corroborado el diagnóstico de cáncer mama a través de las pruebas realizadas, un equipo multidisciplinario, generalmente conformado de oncólogos/as, radiólogos/as, cirujanos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, nutriólogos/as y psicólogos/as, determinará el tratamiento de la paciente conforme a su historial médico previo y actual, sus características y necesidades (ACS, 2019; ASCO, 2018).

Los tratamientos médicos más comunes se dividen en: 1) *locales o locorregionales*, que tratan al tumor sin afectar el resto del cuerpo, como la cirugía, y la radioterapia (neoadyuvante, adyuvante y paliativa); y, 2) *sistémicos*, que alcanzan a las células cancerosas en cualquier parte del cuerpo, como la quimioterapia, la terapia endocrina y la terapia dirigida a blancos moleculares; se detallan a continuación (ACS, 2019; Arce et al., 2011; ASCO, 2018):

Con respecto a la primera clasificación de tratamientos: la *cirugía* se divide en conservadora y mastectomía, en general se utiliza para: eliminar tanto cáncer como sea posible, determinar la propagación a ganglios linfáticos, reconstrucción del seno, o alivio de síntomas en cáncer avanzado. La *radioterapia*, suele emplear rayos (o partículas) de alta potencia para destruir las células cancerosas; utilizándose comúnmente para reducir la probabilidad de que el cáncer regrese tras una cirugía de conservación o mastectomía, y si el cáncer se ha propagado a otras partes del cuerpo. El régimen de radioterapia se aplica mediante una cantidad específica de tratamiento en un periodo determinado; ya sea que se aplique de manera adyuvante, es decir, después de la cirugía; neoadyuvante, antes de la cirugía o paliativa, cuando ya hay múltiples metástasis y nulo pronóstico de curación.

Sobre la segunda clasificación: la *quimioterapia* son medicamentos que se administran vía intravenosa (VI) u oral (VO) y que viajan a través del torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas en distintas partes del cuerpo, los más utilizados son: antraciclinas, taxanos, capecitabina, ciclofosfamida y carboplatino; también se utiliza de forma adyuvante para eliminar restos de tumor, o neoadyuvante para reducir el tamaño del tumor de modo que se pueda extraer mediante cirugía.

La *terapia dirigida a blancos moleculares*, son medicamentos que se administran VI o VO, llegando a las células cancerosas en distintas partes del cuerpo, adhiriéndose a un blanco específico. Algunos de éstos son: anticuerpos monoclonales (trastuzumab, pertuzumab, hialuronidasa), conjugados de anticuerpos y medicamentos ADC (ado-trastuzumab emtansina y fam-trastuzumab deruxtecan), e inhibidores de cinasa: (lapatinib, neratini, tucatinib).

Y por último, la terapia endocrina, son medicamentos que llegan a distintas partes del cuerpo para impedir que hormonas como el estrógeno y la progesterona se adhieran a los receptores del cáncer, entre éstos se encuentran los bloquean lo receptores de estrógeno: como el Tamoxifeno y el Toremifeno, o que reducen los niveles de estrógeno como el letrozol, anastrozol y exemestano. Generalmente se emplean después de la cirugía y algunas veces antes de ésta, o en cánceres que vuelven a aparecer.

Entre los efectos secundarios que ocasionan los distintos tratamientos, los síntomas físicos más usuales son: náuseas, pérdida de cabello o vello corporal, peso y apetito, dolor crónico y cansancio. De igual manera al finalizar el tratamiento, algunas repercusiones pueden permanecer a largo plazo como la esterilidad o pérdida de la memoria, o bien, aparecer de forma retardada como: osteoporosis, problemas psicológicos, insuficiencia cardíaca o segundos cánceres (MD Anderson Center, 2021).



## 1.5 Estrategias de Prevención

Parece ético y pertinente hacer mención de las acciones que se realizan en materia de prevención contra el cáncer de mama. De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2- 2011 ésta se divide en tres tipos:

*-Prevención primaria:* busca evitar la aparición de la enfermedad, controlando los agentes causales y factores de riesgo, ya sea mediante la promoción de la salud, la protección específica, o la profilaxis. Fomenta la coordinación institucional y social en campañas de comunicación y educación que favorezcan hábitos de vida saludables en la población, de modo que se pueda reducir los factores de riesgo para este tipo de cáncer. Mismos que se clasifican en biológicos, ambientales o iatrogénicos, de historia reproductiva, y estilos de vida. De estos, los últimos son en los que se puede incidir; ya que son modificables y se enfocan en promover conductas favorables a la salud.

Diversos estudios han comprobado los beneficios anteriormente descritos, tal es el caso de la revisión sistemática realizada por Kohler et al. (2016), en la que se identificó el cumplimiento de las pautas para la prevención del cáncer y los resultados del cáncer en relación con la dieta y actividad física; encontrándose que una mayor adherencia a estas pautas de prevención, se asocian de manera consistente y significativa con disminución del 19 al 60% en la incidencia y mortalidad general de cáncer de mama.

La revisión sistemática realizada por McTiernan et al. (2018), que analizó la influencia de la actividad física en la prevención y supervivencia del cáncer; encontraron que a mayor actividad física se asocia un menor riesgo de desarrollar cáncer de mama de un 12 al 21%; y una disminución de la mortalidad en un 48% en personas ya diagnosticadas.

Y el meta-análisis realizado por Macacu et al. (2015), sobre el tabaquismo activo y pasivo y el riesgo de cáncer de mama; se encontró evidencia consistente de un aumento moderado en el riesgo de cáncer de mama en las mujeres que fuman tabaco.

*-Prevención secundaria:* busca detener o retardar un problema de salud ya presente en el individuo, en cualquier punto de su aparición (programas de detección precoz y tratamiento oportuno). De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2- 2011. Se busca la detección temprana de cáncer de mama mediante tres tipos de intervención específica, dirigida a la población femenina de acuerdo con su grupo de edad y vulnerabilidad:

- Autoexploración (mensual, a partir de la menarca).
- Examen clínico (anualmente, en mujeres mayores de 25 años), identificando factores de riesgo.
- Mastografía para la identificación en fase preclínica (cada dos años, en mujeres de 40 a 69 años).

*-Prevención terciaria:* busca retardar, reducir, o evitar las secuelas de la enfermedad. En este sentido, se busca dar una evaluación diagnóstica y seguimientos oportunos y adecuados, con unidades o servicios especializados de cáncer de mama para el diagnóstico con las características establecidas en la sección de control y gestión de calidad de la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2- 2011.

## **1.6 Implicaciones Psicosociales**

A partir del panorama anterior, el cáncer de mama es considerado un grave problema de salud pública, no sólo por sus altas tasas de prevalencia y mortalidad y los esfuerzos para su prevención, si no por las diferentes y representativas repercusiones que genera en las distintas áreas de vida de las pacientes desde el momento del diagnóstico, durante su tratamiento, recuperación, recaída o proceso de muerte. Se ha documentado que desde la exposición al diagnóstico de cáncer se genera un impacto emocional que en la mayoría de las ocasiones es repentino y se interpreta y vive como sumamente estresante; conlleva a cambios drásticos en la vida de la paciente y su entorno inmediato, tras la modificación de hábitos, rutinas, costumbres y proyectos; el enfrentarse a situaciones amenazantes y

desconocidas propias de un ambiente hospitalario (estudios, hospitalizaciones, tratamientos y sus efectos secundarios, etc.), incertidumbre y miedo constante por su recuperación o bien, de que no regrese la enfermedad cuando ya ha sido controlada, desarrollo o incremento de síntomas asociados a trastornos de adaptación, ansiedad y depresión, problemas económicos (gastos de traslado, en medicamentos, alimentación, etc.), familiares (cambio de roles, mala o poca comunicación, violencia, claudicación y escaso o limitado apoyo social) y sociales (pérdida del empleo, limitación de la vida recreativa y discriminación, entre otros.) (Campos et al., 2004; Chávez y Juárez, 2016; Correa, 2017; Syrowatka et al., 2017).

Entre las problemáticas psicológicas que reiteradamente se estudian en estas pacientes, están psicopatologías como la depresión, la ansiedad y los síntomas postraumáticos (Ornelas-Mejorada et al., 2011; Tsai et al., 2020). Las cuales están asociadas de acuerdo con Lueboonthavatchai (2007), a una relación familiar disminuida y disfuncional, problemas de adaptación a la enfermedad, pocas habilidades para la solución de conflictos, y presencia de dolor y fatiga. Incrementando el riesgo de desenlaces clínicos adversos; así como aumentos en los costos, y efectividad de los tratamientos médicos.

Por lo cual, la Red Nacional Integral del Cáncer NCCN (2016), reconoce a la angustia como una secuela importante del diagnóstico y tratamiento del cáncer, definiéndola como: “una experiencia emocional desagradable multifactorial de naturaleza psicológica que puede interferir con la capacidad de afrontar eficazmente el cáncer, sus síntomas físicos, y su tratamiento”. Prolongando sentimientos de tristeza, vulnerabilidad y miedos que pueden desencadenar la aparición de diversas psicopatologías (Holland et al., 2016).

Sin embargo, derivado de los problemas físicos y psicológicos; también se genera un impacto en las redes sociales de la paciente, especialmente en la familia y la pareja; ya que todos estos problemas modifican su autopercepción y su disposición para relacionarse con otros; el temor a la pérdida de uno o ambos senos afecta su sexualidad, ya que estos

se vinculan a su autoimagen y auto concepto como mujer, lo que produce dificultades para alcanzar el orgasmo, sentimientos de vergüenza sobre su cuerpo y percepción de mutilación (Chávez y Juárez, 2016; Rodríguez y Pino, 2016).

De igual manera, la dependencia que se genera hacia el cuidador en especial en etapas avanzadas de la enfermedad, trae una serie de repercusiones que pueden llegar a afectar la relación con la paciente y a su vez, en la adherencia y adaptación de ésta a la enfermedad. Pues mientras el cuidador tiene que ocuparse de la asistencia instrumental, económica y emocional de la paciente, a su vez tendrá que lidiar con las repercusiones físicas (cansancio, dolores musculares, trastornos del sueño, etc.), sociales (en su mayoría son mujeres, de baja-media escolaridad, aislamiento) y psicológicas (síntomatología de ansiedad, depresión y sobrecarga) de su rol de cuidado y sus propios problemas (González-Guerra et al., 2017; Yonte et al., 2010).

A todo esto hay que agregarle los estresores económicos; pues el tratamiento suele tener costos elevados. Además de que pueden existir gastos indirectos, que no se incluyan dentro del paquete de atención con que cuente la paciente; así como incapacidad o despido laboral, para la paciente o su cuidador (ASCO, 2018; González-Robledo et al., 2015).

### **1.6.1 Tratamiento Psicológico**

Como se mencionó con anterioridad, la paciente con cáncer de mama requerirá de una atención integral por parte del equipo de salud encargado de su tratamiento, en diferentes áreas y momentos de la enfermedad. Entre estos profesionales se encuentran los/as encargados/as de la salud mental: el psiquiatra y el psicólogo (Almanza et al., 2010; García-Conde et al., 2008).

En el campo de la oncología Holland y Bultz (2007) denominan a la *Psicooncología* como una subespecialidad de ésta; ya que brinda atención a las emociones generadas por la paciente en el transcurso de la enfermedad; en las necesidades del personal sanitario, y

los familiares que intervienen en su atención; así como en comprender los factores psicosociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer (Cruzado, 2003).

Para poder cumplir con estos objetivos, el psicólogo puede brindar atención bajo diferentes modalidades (terapia grupal o individual) y enfoques teóricos; que de acuerdo con la revisión sistemática y metaanálisis realizado por Guarino et al. (2020) sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos en mujeres con cáncer de mama, entre los enfoques más empleados documentaron los siguientes:

- **Terapia Cognitivo Conductual (TCC):** Busca mejorar el estado afectivo y afrontamiento de la enfermedad al modificar los esquemas cognitivos desadaptativos y reducir la angustia personal; mediante la reestructuración cognitiva de los esquemas automáticos negativos y el incremento del optimismo y pensamiento positivo que influyen en la calidad de vida de las pacientes.
- **Terapias de Apoyo Expresivas (SET):** Terapia cognitiva centrada en las emociones, promueve el desarrollo de apoyo social y expresión emocional; examinando las preocupaciones para reducir la angustia emocional.
- **Terapia Psicoeducativa (PET):** Este enfoque interdisciplinario utiliza el programa educativo que dota al paciente de conocimiento respecto a su enfermedad e interviene psicológicamente. Permitiendo que el paciente mejore sus estrategias de afrontamiento adaptativas, calidad de vida, sintomatología psicopatológica, y la autoeficacia en el cumplimiento del tratamiento.

De acuerdo con dichos autores, la TCC se relaciona con una buena eficacia en el tratamiento de pacientes con cáncer de mama; considerando una duración de seis a doce semanas; tal cual se ha demostrado en diferentes tipos de promoción de la salud (Hofmann et al., 2012). Cabe señalar que en el caso concreto de un estudio realizado por Guarino et

al. (2020) se atribuye este éxito a la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena (MBCT), un enfoque que integra estrategias cognitivo-conductuales clásicas con ejercicios de relajación para la disminución del estrés y ejercicios de percepción corporal; que busca trabajar sobre el proceso cognitivo en general, respondiendo a la emoción y el pensamiento mediante la aceptación (Korman y Garay, 2012). No obstante, existen diversas teorías y técnicas desde las que se puede trabajar.

## Capítulo 2. Psicología y Salud

Durante mucho tiempo se consideró a la psicología fuera del contexto del estudio sobre “lo saludable”, sin embargo, el modo en que la sociedad ha evolucionado y las nuevas demandas han dejado entrever que el realizar o no ciertos comportamientos relacionados a una vida saludable, tienen un correlato con el organismo y los procesos biológicos y físicos de enfermar y/o sanar. Lo cual posibilita el surgimiento de disciplinas que permitan justo investigar e intervenir sobre cómo adquirir y mantener conductas saludables y evitar las de riesgo.

### 2.1. Concepto de Salud

Evidentemente que lo que conocemos hoy en día como salud refleja el cambio en las ideas sobre lo que es estar sano y su correspondencia con elementos subjetivos como el bienestar y la felicidad, virar la perspectiva hacia el estudio de aspectos positivos y particulares del ser humano y entender que éste es complejo y requiere de una aproximación desde distintas disciplinas científicas y de los avances tecnológicos (desarrollo de fármacos, mejores técnicas quirúrgicas e instrumental empleado, entre otros). El ajuste que realiza la OMS en 1974, contempla tres dimensiones: "la salud es el completo bienestar físico, mental y social; y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades" (p.100). Lo que conlleva a una visión holística de la salud, incorporando los aspectos psicológicos y del comportamiento (Cruzado et al. 1993).

### 2.2 Modelo Biomédico versus Modelo Biopsicosocial

El cuestionamiento al modelo biomédico basado en el reduccionismo y dualismo mente-cuerpo, enfocado en los aspectos físicos de la salud y la enfermedad, ignorando los factores psicológicos y sociales. Es entonces que en el siglo XX, debido a los avances significativos en el campo de la Medicina y el interés de la sociedad por la preservación de la salud, se da paso al surgimiento del *modelo biopsicosocial* propuesto por Engel (1977),

quien hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales, junto a los biológicos como determinantes en la enfermedad y su tratamiento. Dentro de los más importantes, el comportamiento como agente de cambio en tener o no una vida saludable.

Lo que abrió paso al surgimiento de diversas disciplinas que buscaron hacer frente a las nuevas necesidades que surgieron ante con los cambios de paradigmas, tal fue el caso de la psicología, donde aquellas que compartían intereses en cuestiones relacionadas con la salud, se reunieron en 1978 para formar la división de la psicología de la salud de la American Psychological Association (APA), naciendo así formal, institucional y profesionalmente la *psicología de la salud* (Matarazzo, 1980; Stone, 1979).

Disciplina o campo de especialización en psicología que de acuerdo Matarazzo (1980), conjunta las contribuciones en aspectos educativos, científicos y profesionales de la disciplina, aplicados a la salud y la enfermedad

Siendo apoyada con el surgimiento de otras subdisciplinas como la medicina comportamental, salud comportamental, psicología clínica, medicina psicosomática, psicología médica, psicofisiología experimental, sociología médica y antropología médica. Sin embargo, con dichos avances, también se vislumbraron retrocesos en cuanto a los procesos de enfermar, ya se transitó de las enfermedades infecto-contagiosas hacia las crónico-degenerativas (Becoña et al., 1995).

### **2.2.1 Psicología Clínica y de la Salud**

La psicología clínica ha estado ligada a la salud desde sus inicios, colaborando con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales; sin embargo, a finales de la década de los 70's, los avances en materia de salud, el incremento en la expectativa de vida y el cambio epidemiológico, repuntó a las enfermedades crónicas, su morbilidad y mortalidad. Estableció al comportamiento como pieza clave en el desarrollo, curso y



resultado de enfermedades y discapacidades físicas. Enfatizando el papel del psicólogo en dichos comportamientos e introduciendo su participación de manera más profunda en esta área (Rodríguez, 1998).

En cuanto al establecimiento de la psicología clínica, podemos contemplar a Lighner Witmer en 1907 con sus trabajos sobre trastornos del lenguaje y el aprendizaje centrados en niños (McReynolds, 1987); las dos guerras mundiales, que consolidaron la evaluación psicométrica de las diferencias individuales; la aparición del modelo freudiano y el establecimiento del concepto psicología clínica propuesto por Witmer (González, 2008). En el que hace referencia, al método de la psicología clínica en la determinación del funcionamiento mental, a través de observar y experimentar, aplicando la psicopedagogía (Witmer, 1912). Por lo que la psicología clínica de acuerdo con Rodríguez (1998, p. 69) “se preocupa primordialmente de la evaluación, predicción, y alivio de los trastornos de salud mental”.

Mientras que el establecimiento de la psicología de la salud, lo podemos contemplar en el cambio epidemiológico de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas; el análisis de William Schofield en el *American Psychologist*, sobre las pocas publicaciones de la psicología en esta área, el reconocimiento de la psicología de la salud con la creación de la división 38 en la *American Psychological Association*, la aparición de la revista *Health Psychology*; así como la conferencia norteamericana para el entrenamiento y formación de psicólogos de la salud (Mebarak y Suárez, 2016).

En consiguiente, la psicología de la salud de acuerdo con Rodríguez (1998, p. 69) “se preocupa primordialmente de la salud y enfermedad físicas, y del cuidado de la salud física”; compaginando con la de psicología clínica en la búsqueda de la salud del individuo.

Es entonces, que la psicología clínica y de la salud, aplica sus conocimientos, técnicas y principios científicos en psicología para explicar, diagnosticar, tratar, y prevenir

las anomalías, trastornos y comportamientos que influyen en los procesos de salud y enfermedad, en diversos contextos (COP, 1996).

Por lo que su actuación podrá realizarse en diversos momentos (prevención primaria, prevención secundaria, tratamiento y prevención terciaria), en distintos niveles de intervención (individual, grupal, familiar, comunitaria, institucional); en distintas poblaciones; empleando distintas técnicas de evaluación y diagnóstico, auxiliadas por otros profesionales; en los procedimientos de intervención y técnicas que ocupe para atender los procesos de salud y enfermedad, ya sea en el ámbito público o privado (García-López et al., 2008).

Permitiéndole trabajar en el área de la salud mental y en la problemática psicológica asociada a la enfermedad y salud física; contemplando una visión holística integradora, que para el ámbito hospitalario, suelen asociarse a temáticas como: la adherencia al tratamiento, problemas asociados a la asunción del rol de enfermo, problemas vinculados con el apoyo familiar, trastornos emocionales derivados de la enfermedad y/o problemas en la adaptación de los cambios generados por la enfermedad (COP, 1996).

### **2.3 Enfermedades Crónico-Degenerativas y el Comportamiento**

Las enfermedades crónico-degenerativas, son afecciones de larga duración que se caracterizan por la degradación física y mental de quien la padece, provocando daños en el equilibrio o función de diversos órganos y tejidos. Además de ser originadas por la combinación de factores ambientales, genéticos, fisiológicos y conductuales. Generalmente se presentan en adultos mayores y se relacionan con estilos de vida poco saludables, la urbanización y el envejecimiento de la población.

Según datos de la OMS (2021), estas enfermedades crónicas o no transmisibles (ENT) matan a 41 millones de personas cada año, es decir un aproximado del 71% de las muertes que se producen en el mundo. Entre estas se documentan, las cardiovasculares

con 17,9 millones, el cáncer con 9 millones, respiratorias con 3,9 millones y la diabetes con 1,6 millones.

Algunos de los factores de riesgo comportamentales modificables para las ENT son la inactividad física, las dietas malsanas, el uso nocivo del alcohol y la exposición al humo de tabaco. Mientras que, entre los factores de riesgo metabólico, tenemos el aumento de la tensión arterial, el sobrepeso y la obesidad, la hiperglucemia y la hiperlipidemia (GBD, 2015; Risk Factors Collaborators, 2016).

En México los cambios demográficos, ambientales, sociales, culturales, económicos, así como los avances en el campo de la atención a la salud han modificado el comportamiento epidemiológico de las enfermedades (Barba, 2018). Por lo cual desde la década de los 90's, la mortalidad atribuida a ENT abarcaba un 57% del total de muertes; cifra que ha aumentado drásticamente, llegando a un 80% del total de las muertes en todas las edades para el 2016 (Global Burden Disease Collaborative Network, 2017).

Siendo claro que la conducta juega un papel importante en el origen, desarrollo y prevención de las ENT y los cambios que representan a nivel individual, familiar y social de los pacientes. Evidenciando lo fundamental que es la intervención psicológica en el ajuste que conlleva en sus estilos de vida, en la adherencia a los tratamientos, minimizando riesgos de recaída, o bien coadyuvando en el mantenimiento de la calidad de vida del paciente (Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015).

### ***2.3.1 Enfermedades Crónico-Degenerativas y la Epidemia por la COVID-19***

Se tenía la certeza de que las enfermedades infecto-contagiosas eran cosa del pasado, y el 31 de diciembre de 2019 en Wuhan, China, se identificó por primera vez el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) o, actualmente conocido como COVID-19, un nuevo virus perteneciente a la familia de los coronavirus, por el cual la OMS declaró una pandemia el 11 de marzo de 2020 (Ferrer, 2020; OMS, 2021).

Hasta la fecha ha logrado afectar 169,129,812 personas y ha causado la muerte de 3,514,484 en todo el mundo (Center for Systems Science and Engineering & John Hopkins University; 2020); aún no se cuenta con un tratamiento médico específico; sin embargo científicos y gobiernos en todo el mundo han sumado esfuerzos para combatir la enfermedad, permitiendo que se inicie la aplicación de hasta siete vacunas distintas como una de las medidas para controlar la pandemia y disminuir su impacto económico y social (OMS, 2021).

La presentación clínica de esta enfermedad es muy variable, desde pacientes asintomáticos o con escasa sintomatología, hasta pacientes con Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SIDRA), sepsis, o aquellos que requieren ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y recibir ventilación mecánica (Clerkin et al., 2020; Lai et al., 2020).

Sobre otros aspectos estudiados por Fang et al. (2020) se concluye que la susceptibilidad a la enfermedad por sexos es casi igual; sin embargo los hombres presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave y pronósticos adversos; al igual que la edad avanzada y comorbilidades como la hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, EPOC, enfermedad renal crónica, y neoplasias malignas.

Por lo cual, de acuerdo con la OPS (2020) la pandemia por COVID-19 ha representado un reto enorme a los sistemas de salud, programas de salud pública y la economía en todo el mundo. En materia de salud mental, sólo dejó ver la punta del iceberg, la cruda crisis e incremento de síntomas de disfunción psicológica y de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión y los relacionados al trauma.

Esto se puede comprobar con estudios como el realizado por Cuadra-Martínez et al., (2020) sobre los efectos psicológicos de las pandemias en el siglo XXI, encontraron que existe un impacto significativo en el comportamiento, salud mental y factores psicosociales

afectando las dinámicas grupales, de modo que pudieran generar la ruptura de su funcionamiento y adaptación.

En cuanto a la revisión sistemática realizada por Chiesa et al. (2021), que buscaba describir el impacto de la pandemia en la salud mental, identificaron que las medidas de confinamiento repentino produjeron comportamientos compulsivos y de miedo generalizado, así como malestar psicológico asociados a la aparición o incremento de síntomas o trastornos de ansiedad, depresión, estrés generalizado y estrés pos-traumático. Respecto a la asistencia sanitaria, refieren un impacto negativo que se atribuye a limitación en los servicios de atención, reducción de servicios no esenciales y restricción de visitas entre los pacientes y sus cuidadores. Mientras que en el impacto al bienestar y calidad de vida, se encontró una reducción en las puntuaciones medias de bienestar, mayor frustración, miedos relacionados con el contagio, aburrimiento, falta de información, impacto psicosocial negativo, incremento en el consumo de sustancias y en cifras de abuso sexual y violencia intrafamiliar.

Respecto a los comportamientos alimentarios que también se reportaron alterados, la revisión sistemática realizada por Neira et al. (2021), destaca que la restricción del contacto físico desencadenó alteraciones como aumentos en la ingesta y estilos de alimentación (restringiendo o con atracones) en toda la población; pero con mayor afección a personas con trastornos alimentarios.

Por lo que todas estas alteraciones y cambios repercuten en la población de cáncer de mama, que ya presentaba afecciones debido a la propia enfermedad; y ahora debe hacer frente a estos nuevos retos en el proceso de lucha por recobrar la salud.

### Capítulo 3. Apoyo Social y Cáncer de Mama

En la búsqueda de un abordaje integral de la paciente con cáncer de mama, el profesional del comportamiento y la salud mental debe tomar en cuenta en sus evaluaciones e intervenciones las variables y los aspectos relacionados con la red de apoyo: si hay una persona que asista a la paciente para acudir al hospital, si tiene pareja e hijos, con quién vive, a quién se acerca si tiene algún problema, red de amigos, vecinos o conocidos, entre otros. Ya que en la literatura se ha documentado que el apoyo social, entre más real, positivo, significativo y creativo, es un factor protector y salutógeno que posibilita a la paciente tener una mejor adaptación a su enfermedad, adherencia a los tratamientos y herramientas para resolver y afrontar los retos cotidianos. No en todos los casos este recurso social tan poderoso resulta muy benéfico, por ello es necesario también conocer la percepción de la paciente sobre este apoyo; es decir lo que ella considera necesita y tiene para alcanzar su propio bienestar.

#### 3.1 Conceptualización del Apoyo Social

Desde pequeños aprendemos que la eficacia en nuestras relaciones interpersonales es fundamental para desarrollarnos en el medio ambiente de forma efectiva y competente. Pues en términos de Maslow tenemos esa necesidad secundaria de “hacernos con los demás”, ya que nuestro bienestar individual y social está determinado por la amplitud del apoyo social con que contamos (Durá y Garcés, 1991).

Por ello, este concepto es relevante para la psicología tras la influencia que ejerce el *apoyo social* sobre el mantenimiento de la salud de los individuos al facilitar las conductas adaptativas ante situaciones de estrés (Castro et al., 2018; Priede et al., 2016).

Su concepto surge en los años 70's, y debido a su multidimensionalidad se define como la totalidad de recursos de afrontamiento provistos para un individuo por personas importantes en varias redes: como miembros de la familia, amigos y compañeros de trabajo;

permitiéndole alcanzar la satisfacción de sus necesidades sociales básicas (Casa y Kahn, 1985; Castro et al., 2018; Durá y Garcés, 1991; House et al., 1982; Rodríguez, 2011; Thoits, 1995).

El primero en describir sus funciones fue Gerald Caplan (1974), quien las consideró de acuerdo con el aporte a un individuo de retroalimentación, aceptación y control sobre su ambiente; mientras que Weiss (1974) hace referencia a las contribuciones que ejerce en el individuo como aprendizaje, afirmación de valía, integración social, sentido de logro, sentido de fiel alianza y orientación.

### **3.2 Componentes del Apoyo Social**

Es importante distinguir y delimitar el apoyo social, de acuerdo con los siguientes componentes que interactúan entre sí tales como: nivel de análisis o referencia, perspectivas teóricas y aspectos objetivos y subjetivos (Barrón, 1996).

En el nivel de análisis o referencia, se pueden identificar los grupos en los que se encuentra inmerso el individuo y los lazos sociales que conforma (Gottlieb, 1983; Lin y Ensel, 1986):

- Nivel comunitario o macro: Sentimiento de pertenencia e integración con la comunidad.
- Nivel medio: Apoyo recibido tras la interacción social de un entorno social próximo a la persona (trabajo, vecindario, etc.), y que le dan un sentido de vinculación.
- Nivel micro o de relaciones íntimas: Apoyo recibido de personas con las que el individuo mantiene una relación estrecha (familia, amigos, etc.), y que le dan sentimientos de seguridad, generando un compromiso y responsabilidad con su bienestar.

Para seguir profundizando en estos conceptos, tenemos que entender que *una red social* es un entramado de personas, instituciones, u organizaciones que se unen por un

interés común. Entre los participantes que la constituyen, se coincide en al menos un elemento lo suficientemente fuerte para integrarlos. Este tipo de vinculaciones suelen darse por una relación de interdependencia entre sí, sostenida por ideas, valores, visiones, proyectos, condición social, enfoques o métodos (Donato et al., 2007).

Entre ellas, identificamos dos tipos: las *redes de apoyo formal e informal*. a) Las primeras se tienen roles concretos basados en una organización estructurada, la cual requiere de preparación, tales como las conformadas por los equipos de salud: médicos, psicólogos y enfermeras, mismos que brindan su servicio en un centro de salud, institución pública o privada (Fernández y Robles, 2008). b) Mientras que en las segundas, tienen que ver con las relaciones de pareja, amistad, familia y comunitarias que proporcionan su ayuda de manera proactiva y derivada de un componente afectivo (Gilbar et al., 1995).

En cuanto a las *perspectivas teóricas*, se distinguen tres tipos de abordaje en función de la que se estudia (Abril, 1997; Barrón, 1996; Caplan, 1974; Riquelme, 1997):

- 1) *Perspectiva estructural*: Hace referencia a las características objetivas de la red de apoyo social y de los contactos dentro de ella. Aludiendo a la *existencia, tamaño y propiedades de las redes sociales* que mantiene la persona, sin considerar su percepción. Derivando de ello dos análisis: *integración y participación social*: que considera el apoyo social determinado por el tamaño y densidad de la red social; e *integración de las redes sociales*, que es la evaluación cualitativa de los lazos sociales conformados por las redes sociales de apoyo.
- 2) *Perspectiva funcional*: Analiza efectos o consecuencias en el sujeto y la conservación de redes sociales que tiene en su red a través de dos dimensiones: 1. *objetivo o tangible*, que son los recursos, provisiones o transacciones reales a los que puede recurrir el sujeto en caso de necesitarlos; y 2. *percibido*, que es la evaluación que realiza el sujeto de la ayuda con la que cree contar.

De acuerdo con su *contenido*, el apoyo se divide en tres niveles (Suárez, 2011):



- *Cognitivo*: Proporciona información a la persona receptora de apoyo, con la finalidad de corregir concepciones erróneas, y clarificar dudas.
- *Afectivo*: Apoya al individuo a enfrentar sus reacciones y sentimientos; animándolo a manifestar las preocupaciones, miedos, y dificultades que tiene en su vida familiar y relaciones sociales.
- *Conductual*: Ofrece estrategias concretas para resolver dichos problemas.

Y al ser una transacción interpersonal, se puede clasificar de acuerdo con las funciones que cumple (Abril, 1997; Barrón, 1996; García, 2003; Schaefer et al., 1981):

- ❖ *Apoyo emocional*: recurso simbólico de ayuda socioemocional, que provee empatía, amor y confianza, fomentando en el sujeto sentimientos de bienestar afectivo al percibir el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona. Además de influir en su autoestima.
- ❖ *Apoyo tangible, instrumental o material*: hace referencia a la posibilidad de poder disponer de ayuda de las redes sociales para resolver problemas prácticos y/o en la realización de tareas cotidianas. Generalmente se recurre a este tipo de apoyo en las redes más íntimas, debido al tipo de intercambios que se realizan y el compromiso que conlleva proveer estos recursos. Este tipo de apoyo puede resultar benéfico o perjudicial dependiendo de la percepción del receptor.
- ❖ *Apoyo informacional o estratégico*: consiste en la provisión de información útil para ayudar a las personas a resolver sus problemas. Además de que favorece el desarrollo de la identidad personal fomentando el autoconcepto y la autoeficacia. Al igual que el apoyo instrumental, este tipo de apoyo suele relacionarse con el apoyo emocional, ya que el receptor realiza interpretaciones de éstos, cuando no son dados por obligación.
- 3) *Perspectiva contextual*: Hace referencia al lugar donde ocurren las transacciones sociales influyendo decisivamente en su resultado, proceso y efectividad. Considera

factores ambientales y sociales en que el apoyo se percibe, es recibido, y se moviliza (Barrón, 1996).

En cuanto a los aspectos objetivos y subjetivos del apoyo social encontramos a aquellos recursos reales recibidos y los subjetivos, son los percibidos por el sujeto. Como se mencionó anteriormente, la percepción de éste va a influir en el bienestar que genera el apoyo social, por lo que es importante diferenciar estos tipos de apoyo.

*-Apoyo recibido:* Hace referencia a la transacción tangible y objetiva que se produce entre el individuo y sus redes de apoyo social. Y se le atribuye un menor efecto en el bienestar y ajuste psicosocial del sujeto, en comparación con el apoyo percibido ante situaciones estresantes. Su evaluación se realiza de forma retrospectiva y objetiva (Abril, 1997, Barrón, 1996).

*-Apoyo percibido:* Corresponde a la dimensión evaluativa que realiza el sujeto sobre las manifestaciones de apoyo que recibe. Pudiendo ser diferente entre sujetos que reciben el mismo apoyo; y por lo cual este apoyo suele tener un mayor impacto en la percepción del sujeto sobre su propia salud, independientemente del número de personas que conformen su red social (Abril, 1997; Caplan, 1974; Vaux y Harrison, 1985).

A partir de la información anterior, Sherbourne y Stewart (1991) reportan propiedades psicométricas poco eficientes en el estudio del apoyo social desde una perspectiva funcional o estructural, y que para poderlo evaluar de forma multidimensional se deben considerar las percepciones de las personas ya que son medidas más estables e importantes.

### **3.2.1 Factores Relacionados al Apoyo Social Percibido**

Entre estos se encuentran los *factores culturales*, en los cuales se debe considerar que para la comprensión del comportamiento humano se implica ver la cultura desde una perspectiva antropológica, de modo que se pueda reconocer el papel que juega la cultura en su

regulación y administración. Puesto que los patrones culturales, determinan los permisos de las conductas que perpetúan las normas establecidas y la forma y contenido del castigo para quienes atentan contra ellas (Gómez, 1999; McCracken, 1986; Páramo, 2017).

Permitiéndonos entender el rol que juega la cultura en la percepción de apoyo social, pues mientras en culturas colectivistas el intercambio de apoyo se percibe de forma positiva; en culturas individualistas la búsqueda de ayuda supone un conflicto con sus valores establecidos, como la independencia, autoconfianza y control interno (Asili y Julián, 1998; Barrón, 1996).

Mientras que entre los *factores psicológicos*, encontramos los descritos por Sarason et al. (1990), quienes consideran que el apoyo social es interpretado de forma independiente al apoyo real, gracias a las interpretaciones que realiza el individuo, las cuales se encuentran en función de sus rasgos de personalidad, estilos de enfrentamiento, autopercepciones y aprendizaje social, su desarrollo durante el transcurso de la vida, trastornos comórbidos con los que cursa, su bienestar subjetivo y la toma de decisiones (Abbott et al., 2018). En este sentido, mientras los individuos cuentan con una altos niveles de autoestima, optimismo, asertividad y habilidades sociales adecuadas, perciben altos niveles de apoyo social en sus redes sociales; sujetos con características psicológicas diferentes, como baja autoestima, ánimo deprimido y baja satisfacción con la vida, perciben bajos niveles de apoyo social (Acuña y Bruner, 1999; Aduna, 1998; Sarason, et al., 1990).

Otra consideración son *los factores sociales*, que de acuerdo con Domínguez y Watkins (2003) influyen de manera negativa en las habilidades sociales de los individuos cuando ocasionan altos niveles de estrés y ansiedad, al favorecer la percepción de incapacidad en el individuo para establecer relaciones sanas, disminuyendo su bienestar y el acceso al apoyo social.

También podemos considerar entre estos a los *factores socioeconómicos*, ya que la percepción de apoyo social suele modificarse en redes sociales cercanas que viven en un

contexto de pobreza, pues al encontrarse los miembros de estas redes en condiciones similares de precariedad, se disminuye su posibilidad de dar o recibir apoyo (Abello y Hoyos de los Ríos, 1997).

Sin lugar a dudas, la valoración cognitiva realizada por el individuo, respecto a quienes les proveen ayuda determinará la funcionalidad del mismo. Ya que si éste considera que sus redes de apoyo son insuficientes, o aversivas, éstas tendrán un efecto negativo, mientras que si su percepción es buena, el efecto positivo.

### **3.3 Efectos del Apoyo Social**

Una vez comprendidos las componentes del constructo de apoyo social se puede identificar la importancia que tiene para el individuo, desde tres perspectivas teóricas descritas a continuación:

La primera hace referencia a una perspectiva epidemiológica que evalúa el apoyo social y los *efectos directos sobre la salud física y mental* de las personas, ya que quienes tienen relaciones y vínculos sociales, viven más tiempo y tienden a mejorar su salud física y mental (Broadhead et al., 1983). En una revisión sistemática realizada por Wang et al. (2018), en la que se encontró que una menor percepción de apoyo social, tiende a mostrar en las personas con depresión o ansiedad, una mayor gravedad de los síntomas, un peor pronóstico o remisión, y peores resultados funcionales en los seguimientos.

La segunda hace referencia al apoyo social y los *efectos directos sobre los estresores*; en ésta, la influencia ejercida es únicamente con el evento estresante. Se ha investigado la relación del apoyo social en la adaptación física y psicológica del individuo ante eventos estresantes como la pérdida de trabajo, el ambiente laboral, la maternidad y paternidad, la viudez y algunas enfermedades crónicas (Dunkel, 1984). Sin embargo, entre las críticas a esta perspectiva se encuentran el desarrollo de los mismos en ambientes

aplicados, muestras poco representativas, y conceptualizaciones simplistas de las variables implicadas (apoyo social y estrés).

Mientras que la tercera hace referencia al apoyo social y su *efecto amortiguador*; es decir, la influencia no está en la salud, ni en los estresores, si no en la modulación entre ambos, concretamente, nivelando el impacto de los eventos estresantes sobre la salud del individuo (Durán E. & Garcés J., 1991). Lo que se ha denominado “hipótesis del efecto amortiguador” (Cobb, 1976; Cohen y Wills, 1985), la cual establece que el estrés psicosocial tiene efectos negativos en la salud y bienestar de las personas que no cuentan con un apoyo social; y por el contrario, se reduce en aquellas que cuentan con fuertes apoyos sociales.

Cabe señalar que la evidencia emitida manifiesta los retos que presenta la investigación sobre el apoyo social dado su carácter multidimensional. A pesar de ello, se debe reconocer que influye de uno u otro modo en el funcionamiento del individuo, pues es un valioso recurso para afrontar situaciones estresantes y amortiguar sus efectos. Pero también se pueden encontrar efectos negativos en el individuo derivados de ellas.

Entre los efectos positivos relacionados con procesos de salud enfermedad, se encuentran el inicio y mantenimiento de conductas saludables, afrontamiento al estrés, la progresión de la enfermedad, ajuste y recuperación de la enfermedad, adherencia a los tratamientos y repercusiones posquirúrgicas (Kiecolt-Glaser et al., 2002).

A su vez, podemos distinguir efectos en la actividad fisiológica como: disminución en la frecuencia cardiaca, tensión arterial, catecolaminas y una mejor función en los sistemas neuroendocrino, inmunológico y cardiovascular (Uchino et al., 1996). Protección ante resfriados y demencias en la población adulta mayor (Zuñiga, 2007) y menor riesgo de morbilidad y mortalidad (Kiecolt-Glaser et al., 2002).

Además de efectos psicológicos como: el fomento de la flexibilidad cognitiva, sentimientos de bienestar y seguridad, reducción de problemas emocionales negativos, estabilidad, predictibilidad, control, autoeficacia, autoestima y calidad de vida (Almagiá, 2004; Basurto et al., 2014).

Mientras que entre los efectos negativos, podemos encontrar aquellas redes en que se motiva al sujeto a evitar las causas que le generan estrés y distraerse en otras actividades; a integrantes de la red que induzcan al receptor a subestimar los problemas, generando percepciones de ineficacia; así como el fomento de conductas inadecuadas o poco saludables (Barrón, 1996).

### **3.4 Apoyo Social Percibido en Mujeres con Cáncer de Mama**

Para poder describir el papel que juega el apoyo social percibido en mujeres con cáncer de mama, se toma en cuenta la cantidad de variables que influyen en la necesidad de considerar su importancia en el contexto actual.

Entre los cambios sociales propiciados por el sistema capitalista, está la alimentación cuya ingesta de alimentos industrializados, hipercalóricos y transgénicos ha influido no sólo en la respuesta inmunológica de los individuos, sino que han producido diversos efectos secundarios en la salud de la población, como obesidad, diabetes, hipertensión, cáncer, fallas hepáticas e insuficiencia renal (Luna-Nemecio, 2020).

A lo que se sumaron los efectos de la epidemia por COVID-19, con un impacto significativo en el bienestar psicológico y la calidad de vida en los individuos, familias y comunidades; acompañado de forma negativa de aislamiento y distanciamiento social (Tapia, 2020).

De tal forma que este incremento en la incidencia de enfermedades crónicas degenerativas y las repercusiones generadas por la COVID-19, han representado un reto en el tratamiento de estos pacientes, ya que el contexto los hace más vulnerables e

incrementa su riesgo para desarrollar complicaciones más severas (Alonso et al., 2020). Dentro de las cuales se encuentra el cáncer, que desde su propio concepto genera implicaciones socioculturales a la que se atribuyen temores y misticismo relacionados con la muerte y creencias de incapacidad para desarrollarse plenamente. Debido a las repercusiones de la enfermedad y su progreso en distintas áreas que impiden al paciente lograr metas vitales, como conservar su autonomía o alta autoestima, provocando estados emocionales negativos (Vivar, 2020).

En particular, Ashing-Giwa et al. (2007) refieren que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama posterior a su experiencia con la enfermedad, presentan dificultades psicosociales como aislamiento, soledad, depresión y/o ansiedad; a las que se añaden miedo, temor, irritabilidad y angustia tras la presencia de COVID-19 (Alonso et al., 2020).

Por lo que se debe contemplar el impacto que ejerce el apoyo social en el proceso de salud-enfermedad y sus efectos beneficiosos en la evolución de este tipo de enfermedades; como principal recurso que utilizan las personas para adaptarse a los cambios en salud y mejorar su calidad de vida (Suárez, 2011). Sin embargo, hay que tener en cuenta que el apoyo varía de acuerdo al problema presentado y la fuente que lo provee, así como en cada etapa de la vida, o el contexto social del que emerge (Palomar y Cienfuegos, 2007).

En el caso de las pacientes con cáncer de mama, las principales fuentes de apoyo social se encuentran en el equipo de salud, la familia o pareja, y en otras pacientes que han superado o que están enfrentando la enfermedad; respecto al primero (médico, enfermera, psicólogo y trabajadoras sociales) es principalmente de tipo informativo (Schneider et al., 2015).

Por su parte, la familia apoya a estas pacientes a enfrentar la enfermedad, de diferentes formas, modificando roles y responsabilidades que se ajusten a la situación, ya

sea compensando el descuido o abandono de actividades del hogar que la paciente desempeñaba, de forma económica, sentimental, o informativa (González et al., 2014).

Otro de los medios que ha ofrecido apoyo social a pacientes con cáncer, son los denominados “grupos de apoyo social”, que de acuerdo con Katz y Bender (1976), facilitan la interacción cara a cara mediante grupos pequeños, son de carácter voluntario, enfatizan la participación personal, ofrecen apoyo emocional, colaboran con la solución de los problemas de otros y pueden incluir a un profesional de la salud.

Entre los estudios que se han realizado respecto al apoyo social en pacientes con cáncer de mama, encontramos que se considera un recurso importante al afrontamiento del estrés que se asocia a la enfermedad y en la disminución de ansiedad (Almagía, 2004). Las sobrevivientes de cáncer de mama en etapa temprana que se preocupan por la progresión del cáncer y/o tienen poco apoyo social pueden experimentar niveles bajos en la calidad de vida (Waters et al., 2013).

Además de que en general estos estudios refieren que las pacientes con cáncer de mama perciben un apoyo social eficiente, con variaciones en las dimensiones del mismo (Kolankiewicz et al., 2014); con variaciones establecidas por sus datos sociodemográficos (Andrés et al., 2009).

Por lo cual se considera que la medición de esta variable es de relevancia para mejorar el pronóstico de la paciente, en cualquiera de sus etapas de la enfermedad. Y como se especificará más adelante, para fines de esta investigación se decidió emplear el Cuestionario MOS de Apoyo Social, adaptado y validado por Martínez et al. (2014) en población mexicana con VIH; contemplando tres dimensiones del apoyo social: emocional/informacional, afectivo, y el apoyo instrumental.



## **Capítulo 4. Adherencia Terapéutica y Cáncer de Mama**

En el curso de la enfermedad, el hecho de que la paciente se involucre y asuma la responsabilidad de buscar su propia salud, es de vital importancia para el logro de la misma. Sin embargo, a pesar de que es necesario, la gran mayoría de pacientes con cáncer de mama no se adhiere a los tratamientos médicos prescritos. Lo que nos hace preguntarnos los motivos; si lo que se busca es para su propio beneficio y recuperación, ¿por qué no cumplir con el/los tratamiento/s? Las respuestas pueden ser diversas y dependen del contexto de cada paciente, pero el continuo en cada una de ellas será la percepción del apoyo que le están brindando y las valoraciones de costo/beneficio que realiza sobre el tratamiento: no cumple con sus necesidades, no va con sus creencias y planes de vida. Por ello es indispensable considerar las necesidades de cada paciente.

### **4.1 Conceptualización de la Adherencia Terapéutica**

Al igual que en el apoyo social, encontramos que el término cumplimiento terapéutico supone la existencia de múltiples definiciones, una de las más empleadas es la propuesta por la OMS (2004, p.1), que la define como: “el grado hasta el cual la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o realizar cambios en el estilo de vida, coinciden con la prescripción clínica”.

Sin embargo el término cumplimiento, ha sido criticado por culpabilizar al paciente; mientras que el término adhesión, se considera más apropiado, al suponer una participación conjunta entre médico y paciente; dando a este último una participación activa al implicarse en su problema de salud (Peralta y Carbajal, 2008; Vilaplana et al., 2012).

Por ello, en el ámbito de la psicología se concibe a la adherencia como comportamiento; así que para fines de esta investigación, su concepto se referirá al establecido por Pedraza et al. (2018, p. 220) como “el conjunto de conductas dirigidas a mejorar o mantener el actual estado de salud de una persona diagnosticada con una

enfermedad física, las cuales deben involucrar en alguna medida a la persona enferma e incluir las indicaciones recibidas por parte de profesionales de la salud”.

En cuanto a la clasificación del incumplimiento terapéutico, Blackwell (1976) la atribuye a tres aspectos: por omisión (olvido, mejoría o efectos adversos); por alteración en la posología (modificación de dosis, duración e intervalo) y por tratamientos no prescritos (automedicación). Cabe señalar, que para los tratamientos prescritos, aquellos que suponen un cambio en el estilo de vida, presentan altas cifras de no adherencia, igual que en las patologías agudas o crónicas (Orueta et al., 2008).

Las deficiencias en el apego a los tratamientos de enfermedades, en especial en las crónico-degenerativas, suponen una serie de pérdidas para el paciente, ya que afectan su calidad de vida y la de quienes lo rodean. Ocasionando complicaciones y secuelas acompañadas de sufrimiento y limitaciones incontrolables o progresivas para los pacientes; así como crisis en las familias y un aumento en los costos de atención, para las instituciones de salud (Ginarte y Arias, 2001).

#### **4.2 Determinantes Sociales de la Adherencia Terapéutica**

Puesto que la OMS (2004) considera también a la adherencia terapéutica como un fenómeno multidimensional, atribuye sus determinantes a la acción recíproca de cinco dimensiones: socioeconómicos, enfermedad, equipo o sistema de asistencia sanitaria, tratamiento y paciente.

En relación con la población de estudio de esta investigación y considerando los cambios a los que se ven sometidas las pacientes durante el tratamiento oncológico; se resaltan aquellos que se considera determinan su comportamiento de adherencia terapéutica.

Uno de ellos son los *efectos secundarios producidos en los distintos tratamientos*, que pueden influir en que decida no llevarlo o abandonarlo, entre estos se encuentran la

fatiga, alopecia, náuseas, vómito, pérdida de apetito, de olfato, diarreas, estreñimiento, infertilidad, cambios en el estado de ánimo y modificación de su autoimagen, entre otros.

Así como el *género*, ya que entre sus implicaciones determina quién debe brindar apoyo, de qué tipo debe ser y la calidad del mismo; determinando que las mujeres tienden a tener la función de cuidadoras primarias en términos de mano de obra y tiempo para la atención, brindando principalmente apoyo instrumental o emocional que facilitan la adherencia del paciente; mientras que los hombres brindan primordialmente un apoyo instrumental y financiero (Martínez, 2018). O bien, influye en la decisión de que la paciente decida realizarse un tratamiento como la mastectomía, ya que culturalmente los senos se conciben como un símbolo de mujer, femineidad y capacidad reproductora (Alvarado-Aguilar, 2011).

De igual manera se puede observar su implicación en la adherencia al tratamiento de pacientes que al interior de sus familias sufren violencia y conductas misóginas que impiden que las pacientes asistan a clínicas o busquen apoyo, debido a creencias o la dependencia financiera. Todo dependerá del contexto cultural que determine al apoyo para la adherencia en función del género y los roles implicados (Katz, 2013).

En relación con el anterior, el *contexto social, creencias religiosas y normas sociales* también serán un factor que determine la adherencia al tratamiento. Pues éstos influyen en las creencias que se tienen respecto a la enfermedad y la salud, como se vivencia el dolor, la elección de los cuidados médicos, el valor asignado al cuerpo y sus alteraciones, las fuentes de apoyo con las que cuenta el paciente, el significado que se da a los síntomas físicos, el uso de tratamientos alternativos con eficacia no comprobada y la actitud ante los retos que supone la enfermedad (Die Trill, 2003).

Esto lo podemos observar en culturas como la China, en donde las normas sociales colectivistas enfatizan las necesidades de la familia por encima de las individuales; lo que

las lleva a endeudarse para cuidar a un miembro con enfermedad crónico-degenerativa (Fredriksen-Goldsen et al., 2011).

O bien, en culturas como la Sudafricana en donde el cuidado forma parte de un sistema de intercambio en el que la adherencia es el reembolso por el apoyo, y el hacerlo promueve la buena voluntad y garantiza su disponibilidad en el futuro (Ware et al., 2009).

Otro determinante se encuentra en la *educación (alfabetización, habilidades lingüísticas, y conocimientos en salud)*, ya que la cantidad de información con que cuente la paciente, le permitirá conocer las ventajas y desventajas de los tratamientos, así como cuál es el tratamiento que mejor se acopla a sus necesidades.

También influye la educación de sus redes de apoyo; esto puede observarse en el estudio realizado por Knodel et al. (2011) en el que cuidadores con un mayor conocimiento del tratamiento antirretroviral de sus hijos, incrementaron la información, capacitación y recursos adecuados que les proporcionaban, aumentando la eficacia de su tratamiento.

Además de éstos, la *situación económica (pobreza)* es otro determinante que influye en la adherencia al tratamiento. En este factor cabe señalar, que aunque se encuentran estudios que asocian significativamente el nivel socioeconómico con la adherencia, existen otros en los que no la hay (Campbell et al. 2020).

Sin embargo, en el caso de particular de las pacientes con cáncer de mama la situación económica es de relevancia en diferentes circunstancias desde el diagnóstico y su acceso a la atención, el costo que generan los tratamientos y el acceso a procedimientos de reconstrucción mamaria o de rehabilitación (Khan et al., 2019).

La cual también se relaciona con otro factor, la *confianza y funcionamiento del sistema de salud*, el cual puede relacionarse de igual modo con el punto anterior, ya sea por la inequidad en el acceso a un tratamiento en grupos vulnerables, la saturación de los servicios de salud que retrasan el tratamiento por un especialista, o simplemente las

barreras que se dan tras la comunicación entre la paciente y el personal de salud (Meza-Rodríguez et al., 2014; Velásquez-De Charry et al., 2009).

Incluidos estos, se deben de contemplar las fases de interconsulta, diagnóstico, tratamiento oncológico, recaída, complicaciones y estadios avanzados de la enfermedad (Alvarado-Aguilar et al., 2011).

### **4.3 Adherencia Terapéutica y Cáncer de Mama**

Como se puede apreciar en el punto anterior, las pacientes con cáncer de mama presentan distintas áreas de afección, son diferentes los tratamientos a los que se verán sometidas y son distintas las cuestiones que pueden influir en que se pueda adherir a estos.

Sin embargo, se ha comprobado que la aplicación coherente de las recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica actuales, puede ayudar a reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama (Wöckel et al., 2018).

En estudios como el realizado por Murphy et al. (2012) sugieren que entre el 8 y 28% de las pacientes con cáncer de mama, no completan el tratamiento de terapia hormonal a pesar de que está demostrado que reducen significativamente el riesgo de recurrencia y mortalidad por cáncer hasta por 15 años; y entre el 10 y 50% no presentan adherencia y llegan a interrumpir su tratamiento.

De igual manera, se ha demostrado que el cumplir las pautas establecidas para la dieta y el ejercicio en la prevención del cáncer, se asocia con menores riesgos de incidencia y mortalidad (Kohler et al., 2016).

En este sentido, se vuelve a manifestar la necesidad de la intervención psicosocial para que las pacientes con cáncer de mama mantengan una buena calidad de vida y bienestar psicológico, debido a que, de acuerdo con Fernández (2006). A pesar de la

disparidad de enfoques, estrategias y metodologías utilizadas, las intervenciones aplicadas a pacientes oncológicos durante los últimos años han demostrado su eficacia.

#### **4.3.1 Adherencia Terapéutica y la COVID-19**

En capítulos anteriores ya hablábamos de la sinergia de dos crisis sanitarias a nivel mundial, las enfermedades crónico-degenerativas y la pandemia por la COVID-19, y de cómo la OMS reportó interrupciones en los servicios destinados a las primeras en un 75% de 163 países. Donde el pesquaje y las campañas de promoción se vieron mayormente afectados (OMS, 2020). Mientras que en la Región de las Américas, 28 Estados atribuían el impacto ocasionado a la reasignación del personal, reducciones al presupuesto, y posposición de actividades como elementos principales (OPS, 2020). Por lo que esta relación peligrosa entre enfermedades crónicas y la COVID-19, exacerbada por inequidades sociales y económicas en la población, incrementó el número de muertes y comorbilidades (Espinosa et al., 2020).

Afectando sin lugar a dudas la adherencia terapéutica, al presentarse dificultades en el seguimiento personalizado realizado por profesionales de la salud, a causa del confinamiento, y el miedo de sumar esta enfermedad a sus patologías pre existentes, la redistribución de los recursos en las instituciones, que generaron problemas en el abastecimiento y adquisición de algunos medicamentos (Feldman et al., 2020).

#### **4.3.2 Intervenciones que Fomentan la Adherencia Terapéutica**

La efectividad de la terapia preventiva en la reducción de la incidencia por cáncer de mama a nivel poblacional depende de niveles adecuados de captación y adherencia a la terapia (Smith et al., 2016). Y las estrategias para mejorarla son igualmente diversas; pero todas van enfocadas a intervenir los factores que influyen en ésta, teniendo mayor beneficio las dirigidas al paciente y al sistema de atención en salud enfocada en sus necesidades particulares (Ortega et al., 2018); estos autores describen las siguientes:

- ★ *Educativa/conductual*: con esta técnica se proporciona a la paciente información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basada en evidencia, científica, actual y relevante para el abordaje de su patología. Coadyuvando a que se involucren en los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de la paciente en la búsqueda de autonomía y mejora en la calidad de vida.
- ★ *Apoyo familiar y social*: que comprende la integración familiar, involucrando a la familia en el tratamiento, de modo que esta pueda aconsejar y/o apoyar al paciente.
- ★ *Técnica*: que presentan esquemas terapéuticos sencillos, que facilitan la ejecución y comprensión de los mismos.
- ★ *Relación con el profesional sanitario*: mejorando sus habilidades de comunicación o compromiso.

Sin embargo, y como ya se ha mencionado, debido a su carácter multicausal, puede emplear diversas estrategias y requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario.

#### **4.4 Medición de la Adherencia Terapéutica**

En proporción a su propia naturaleza, la medición de la adherencia terapéutica representa un reto debido a la confiabilidad que se le puede atribuir. Entre algunas de éstas, podemos encontrar las realizadas con métodos directos, en los que se contempla la medición de las concentraciones plasmáticas del medicamento, sin embargo es agresivo e invasivo para el paciente, se acompaña de un incremento en costos de tratamiento y deja fuera de la medición los cambios en hábitos (Carbonell et al., 2007).

Así como la terapia directamente observada (TDO), que busca garantizar la toma de la medicación mediante un observador aceptable para el paciente y el sistema de salud, verifica cada una de las tomas de la medicación y lo registra para que el sistema de salud lo controle. Sin embargo esto representa un alto costo y no ha demostrado mejorar significativamente la adherencia (Karumbi, 2015).

Otras de las mediciones son las realizadas por métodos indirectos, entre los que encontramos la entrevista clínica, instrumentos validados y auto informes o autorregistros; los cuales provienen directamente del paciente y contemplan menores costos. No obstante, son de carácter subjetivo y se ven afectados por factores como la memoria del paciente o la sobre notificación (Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino, 2018).

En relación a esta investigación, se optó por emplear la versión actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica (VEAT) realizado por Pedraza et al. (2018), que permite identificar la frecuencia de ocurrencia de conductas pilares para el control de enfermedades, además de que se puede utilizar en el ámbito de la investigación y/o como herramienta diagnóstica; contemplando más de tres factores de adherencia: conductas de autocuidado y barreras ante la ingesta de medicamentos.



## Capítulo 5. Proyecto de Investigación

### 5.1 Planteamiento del Problema

A partir de reconocer y estudiar la importancia de la presencia y calidad de la red de apoyo de las pacientes con cáncer y de la necesidad de contar con datos representativos en población mexicana con cáncer de mama y así poder realizar evaluaciones estructuradas y con medidas confiables y culturalmente relevantes, así como, establecer intervenciones basadas en evidencia. La presente investigación pretende determinar la relación existente entre el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica en pacientes mexicanas con diagnóstico de cáncer de mama y en tratamiento médico en el contexto de la COVID-19.

### 5.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre apoyo social percibido y adherencia terapéutica en mujeres con cáncer de mama y en tratamiento médico en el contexto de la COVID-19?

### 5.3 Hipótesis

**5.3.1 Nula:** No existe relación significativa entre el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica, en mujeres con cáncer de mama en tratamiento médico.

**5.3.2 Alternativa:** A mayor percepción de apoyo social, mayor frecuencia de adherencia terapéutica, esto es una correlación lineal positiva, en mujeres con cáncer de mama en tratamiento médico.

### 5.4 Objetivo General

Determinar la relación entre apoyo social percibido y adherencia terapéutica en mujeres con cáncer de mama y en tratamiento médico en el contexto de la COVID-19.

#### **5.4.1 Objetivos Específicos**

- Describir las características sociodemográficas de las participantes.
- Describir las características de índole médica y psicológica de las participantes.
- Identificar las dimensiones asociadas al apoyo social percibido de las participantes.
- Identificar las dimensiones asociadas a la adherencia terapéutica de las participantes.

### **5.5 Método**

#### **5.5.1 Participantes**

La selección de la muestra fue por muestreo no probabilístico de tipo intencional (Kerlinger y Lee, 2002). Debido a las restricciones sanitarias y de confinamiento por la pandemia, se les contactó por redes sociales como Facebook, WhatsApp y correo electrónico, a través de una invitación general para participar en el llenado de datos generales y los instrumentos de evaluación y la liga de acceso para el formulario en Google (diseñado *ex profeso*). Accedieron en total 47 mujeres, de las cuales se descartaron cuatro por tener nacionalidad diferente a la mexicana, tres por negar su consentimiento a participar y dos por no llevar un tratamiento médico actualmente, por tanto, sólo 38 cumplieron los criterios de inclusión y concluyeron la evaluación. Más adelante en los resultados se detallan las características sociodemográficas, médicas y psicosociales de las participantes.

#### **5.5.2 Criterios de Inclusión**

- Ser mexicana mayor de 18 años, originaria y residente de México.
- Tener diagnóstico de cáncer de mama desde hace más de 6 meses.
- Recibir actualmente algún tratamiento médico para el cáncer de mama.
- Contar con conexión a internet y algún dispositivo electrónico que permita acceder a Formularios de Google.
- Autorizar el consentimiento para participar en el estudio.

### **5.5.3 Criterios de Exclusión**

- No ser mexicana.
- No pertenecer al sexo femenino.
- Haber concluido el tratamiento médico oncológico.
- Negar el consentimiento para participar en el estudio.

### **5.5.4 Criterios de eliminación**

- Que la participante no concluya el llenado del formulario.
- Participantes que no cumplan con los requisitos del estudio.

### **5.5.5 Escenario**

Se llevó a cabo en las redes sociales mediante un formulario de Google (Apéndice A).

### **5.5.6 Tipo y Diseño de Investigación**

Cuantitativa, con un diseño no experimental transeccional, de alcance descriptivo y correlacional.

### **5.5.7 Variables**

#### **5.5.7.1 Apoyo Social Percibido**

**-Definición conceptual.** Destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar (Caplan, 1974, como se citó en Rodríguez, 2011).

**-Definición operacional.** Puntaje total obtenido de la aplicación del instrumento de Apoyo Social Percibido MOS, que incluye la medición del apoyo social en tres dimensiones: social/informacional, afectivo e instrumental; a mayor puntuación, mayor apoyo social percibido.

### 5.5.7.2 Adherencia Terapéutica

**-Definición conceptual.** Conjunto de conductas dirigidas al mantenimiento o mejora del estado actual de salud de una persona diagnosticada con una enfermedad física que involucran a la persona enferma y las indicaciones recibidas por parte de profesionales de la salud (Pedraza et al., 2018).

**-Definición operacional.** Puntaje obtenido en la Escala de Adherencia Terapéutica (VEAT); en la medida que el valor sea más alto, el paciente es más adherente.

### 5.5.8 Instrumentos

**a) Entrevista (elaborada ex profeso).** Su objetivo fue recabar datos sociodemográficos de las participantes, relacionados a su enfermedad por cáncer (diagnóstico, tratamiento, entre otros) y psicosociales (cambios en su vida a partir de la pandemia, etc.).

**b) Apoyo Social Percibido MOS.** Consta de 20 reactivos auto aplicables en una escala tipo Likert puntuando del 1 “Nunca” al 5 “Siempre”. Evalúa dos dimensiones del apoyo social percibido: *funcional* (preguntas de la 1 a la 19) se focaliza en el grado en que las relaciones interpersonales cumplen determinadas funciones y, *estructural* (pregunta 20), se refiere al tamaño de la red social. Se ha adaptado y validado en población mexicana con VIH por Martínez et al. (2014) Obteniendo una alfa de Cronbach de .97 en la sub escala de apoyo emocional/informativo compuesto por 14 reactivos (2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18 y 19); y con un alfa de 0.89 para apoyo tangible compuesta por 5 reactivos (1, 4, 5, 11 y 14); así también validado en población oncológica por Costa et al. (2007) y Priede et al. (2018).

**b) Escala de Adherencia Terapéutica VEAT.** Consta de 30 reactivos autoaplicables; que permite evaluar aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica en pacientes crónicos, mediante una escala Likert de 6 puntos, en la que 1 corresponde a

“Nunca” y 6 a “Siempre”. Versión original de Soria et al. (2009) y actualizada y validada por lineamientos internacionales para la construcción de pruebas por Pedraza et al. (2018), un índice alto de confiabilidad de 0.89 y con cuatro subescalas: *atención médica*: evalúa el cumplimiento de recomendaciones efectuadas por el personal sanitario y está compuesto por 16 reactivos (2, 3, 6, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 25, 29, 30) con una alfa de Cronbach de 0.890; *cambios en el estilo de vida*: son uno de los pilares más importantes ante el control de un padecimiento de tipo crónico, y está compuesto por seis reactivos (1, 4, 5, 12, 26, 27) con una alfa de Cronbach de .783; *barreras ante la medicación*: evalúa aspectos que interfieren ante la adherencia; de manera particular, ante la administración de medicamentos, y está compuesto por ocho reactivos (9, 10, 11, 13, 19, 20, 23, 28) con una alfa de 0.743.

#### 5.5.9 Procedimiento

- 1. Construcción de materiales e instrumentos:** Se realizó una búsqueda sistemática en las bases PubMed, PsycInfo, Elsevier, Google Académico, Redalyc y SciELO, de publicaciones entre los años 2011-2021, con las palabras clave: Adherencia terapéutica, apoyo social percibido, cáncer de mama, aspectos psicosociales, de instrumentos que cumplieran con los criterios del estudio para la población objetivo, reportando una alta validez y confiabilidad. Una vez seleccionados se procedió a realizar la captura de los instrumentos en un formulario de Google (herramienta digital) para su aplicación online (Apéndice B). Se realizaron pruebas de pilotaje para poder garantizar su correcta aplicación y la elaboración de un cartel como invitación (Apéndice C).
- 2. Reclutamiento:** Se identificaron grupos de apoyo en Facebook para pacientes con cáncer de mama, a los cuales se envió la invitación para participar en la investigación con la liga de acceso al formulario y el cartel de participación. De igual manera se recurrió al apoyo de personal de salud y conocidos para su distribución

vía WhatsApp y correo electrónico. Manteniéndose una invitación constante durante todo el período de aplicación.

3. **Aplicación de instrumento:** Se realizó durante los meses de mayo y junio de 2021; en su parte inicial mencionaba los criterios de participación y confidencialidad, de modo que las participantes que no cumplieran con los criterios o no aceptaran su participación pudieran abandonar el mismo. Al decidir dar su consentimiento se les presentaba la sección que recolectaba las variables sociodemográficas, médicas, psicológicas, de riesgo ante la pandemia, comorbilidades asociadas y factores de riesgo. Una vez completado este apartado, podían acceder al llenado de los instrumentos de evaluación (MOS y VEAT), la duración oscilaba entre los 25 y 30 minutos. Una vez concluida la evaluación se les agradeció por su participación y se les pidió enviar el formulario.
4. **Análisis de datos:** Se procedió a realizar la captura de los mismos, en una base de datos para su análisis descriptivo (variables sociodemográficas, médicas y psicosociales) y estadístico (puntajes instrumentos), en el programa IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 27 para Windows. Para tomar la decisión sobre el análisis estadístico más pertinente se retoma la propuesta de Juárez et al. (2002) detallada en la siguiente Tabla 1.

<b>Problema de asociación</b>	Apoyo social percibido y adherencia terapéutica
<b>Variable 1: Apoyo social percibido</b>	Media: 79.47 DE.16.85
<b>Variable 2: Adherencia terapéutica</b>	Media: 135.92 DE.12.54
<b>Nivel de medición</b>	escalar + escalar
<b>Prueba estadística</b>	Correlación Pearson

## 5.6 Resultados

Se describen a continuación los hallazgos de la muestra de mujeres analizada:

En la Tabla 2 se presentan los datos sociodemográficos: edad media de 44 años con una D.E. de +/- 8.9; en su mayoría son casadas, con escolaridad de preparatoria, dedicadas al hogar y viven con su pareja e hijos (as).

**Tabla 2**

<i>Variables sociodemográficas</i>			
	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujeres	38	100
Edad	Mínimo 32 Máximo 65	Media: 44	Desv: 8.9
Estado civil	Soltera	3	7.9
	Casada	20	52.6
	Unión libre	8	21.1
	Divorciada/separada	4	10.5
	Viuda	3	7.9
Escolaridad	Primaria	1	2.6
	Secundaria	8	21.1
	Preparatoria o equivalente	15	39.5
	Licenciatura	10	26.3
	Posgrado	4	10.5
Situación Laboral	Trabaja/Estudia	15	39.5
	Ama de casa	17	44.7
	Desempleada	5	13.2
	Jubilada/pensionada	1	2.6
Vive con	Cónyuge/Pareja	3	7.9
	Cónyuge/Pareja e Hijos(as)	25	65.8
	Otros familiares	5	13.2
	Amigos(as)/Conocidos	4	10.5
	Sola	1	2.6

Entre sus *características médicas* destacan (Tabla 3): haber sido diagnosticadas con carcinoma tipo ductal estadio III desde hace más de un año, recibiendo una modalidad de tratamiento como cirugía o quimioterapia durante un lapso de 10 y 24 meses; tiempo en el cual sólo 24% refirió haber requerido o acudido atención psicológica; una cifra bastante baja, dada la importancia que se ha documentado en el acompañamiento del psicólogo durante estas fases de la enfermedad.

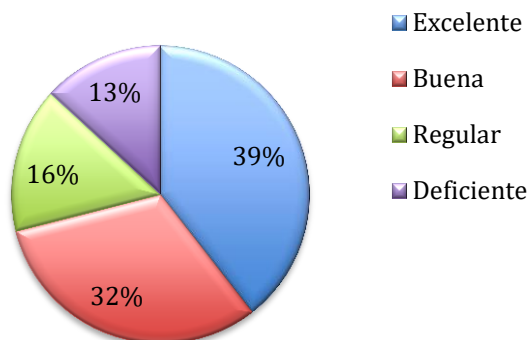
**Tabla 3***Variables Médicas*

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Tiempo Dx	Hace más de 6 mese	13	34.2
	1 año	3	7.9
	Hace más de 1 año	22	57.9
CaMa al Dx	Carcinoma ductal	21	55.3
	Carcinoma lobulillar	5	13.2
	Desconozco	10	26.3
	Otra	2	5.3
Estadio al Dx	Estadio I	9	23.7
	Estadio II	11	28.9
	Estadio III	14	36.8
	Estadio IV	3	7.9
Tipo de Tx al Dx	Cirugía	30	36.6
	Quimioterapia	26	31.72
	Radioterapia	13	15.86
	Terapia hormonal	9	10.98
	Terapia dirigida/blanc	2	2.44
	Otros Tratamientos	2	2.44
	1 Tx	17	44.71
	2Tx	6	15.78
	3Tx	9	23.67
	4Tx	4	10.52
5Tx	2	5.26	
Tiempo de Tx	menos de 2 semanas	2	5.2
	1-3 meses	6	15.6
	4-6 meses	7	18.2
	7-9meses	4	10.4
	10-12 meses	9	23.4
	13-24 meses	7	18.2
	3 años	3	7.8
Tipo de Tx al Dx	Cirugía	3	6.81
	Quimioterapia	8	18.16
	Radioterapia	4	9.98
	Terapia hormonal	19	43.13
	Terapia dirigida/blanc	1	2.27
	Otros Tratamientos	9	20.43
	1 Tx	32	84.16
	2Tx	5	13.15
3Tx	1	2.63	



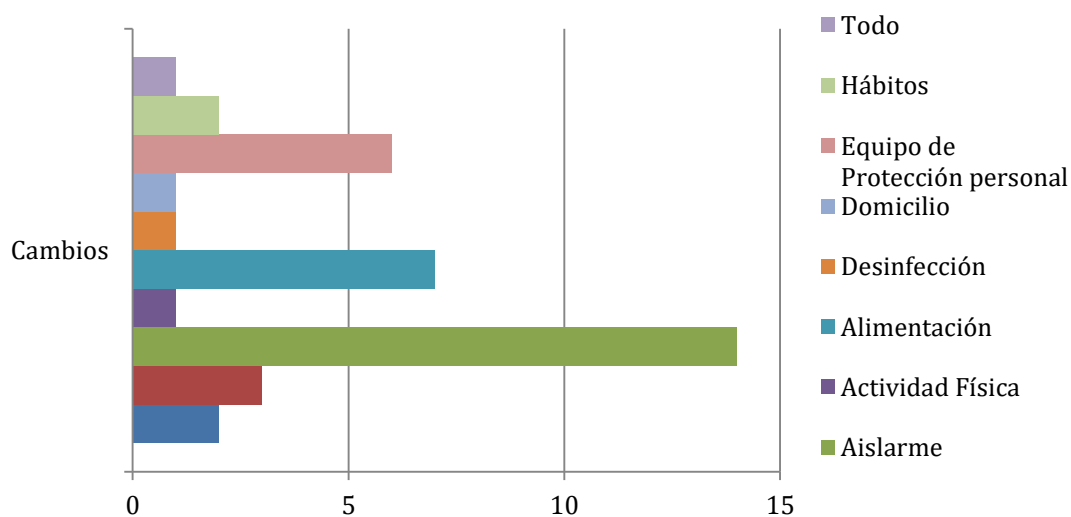
En cuanto a las *características relacionadas con la pandemia por la COVID-19*: el 45% presentó retrasos en sus tratamientos y/o consultas; a pesar de ello la mayoría puntuó como excelente el servicio de seguimiento que se les proporcionó (Gráfica 1).

**Gráfica 1**  
*Evaluación del servicio de seguimiento*



Asimismo, las participantes identificaron los siguientes cambios en sus vidas (Gráfica 2): aislamiento dadas las medidas de confinamiento (13.8%), el uso continuo de equipo de protección personal (15.8%) y cambios en su alimentación (18.4%).

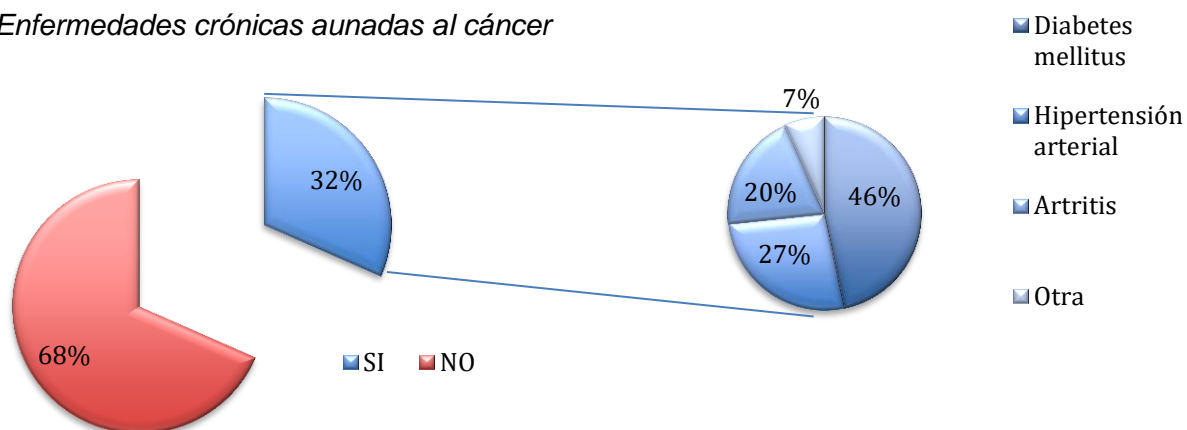
**Gráfica 2**  
*Cambios por la COVID-19.*



Mientras que entre los *factores de riesgo asociados*, se identificó que hay participantes que tienen otro padecimiento crónico (Gráfica 3).

**Gráfica 3**

*Enfermedades crónicas aunadas al cáncer*

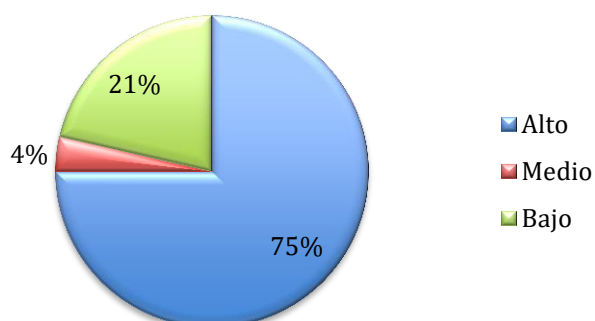


En cuanto a los instrumentos aplicados, los hallazgos se describen a continuación:

**MOS:** puntuación media de 79.47, con una *D.E.* 16.85, así como una mínima 42 y una máxima de 95 puntos. La mayoría de las participantes se encuentran por encima de la media a nivel global, es decir, tienen una percepción alta del apoyo que reciben (Gráfica 4).

**Gráfica 4**

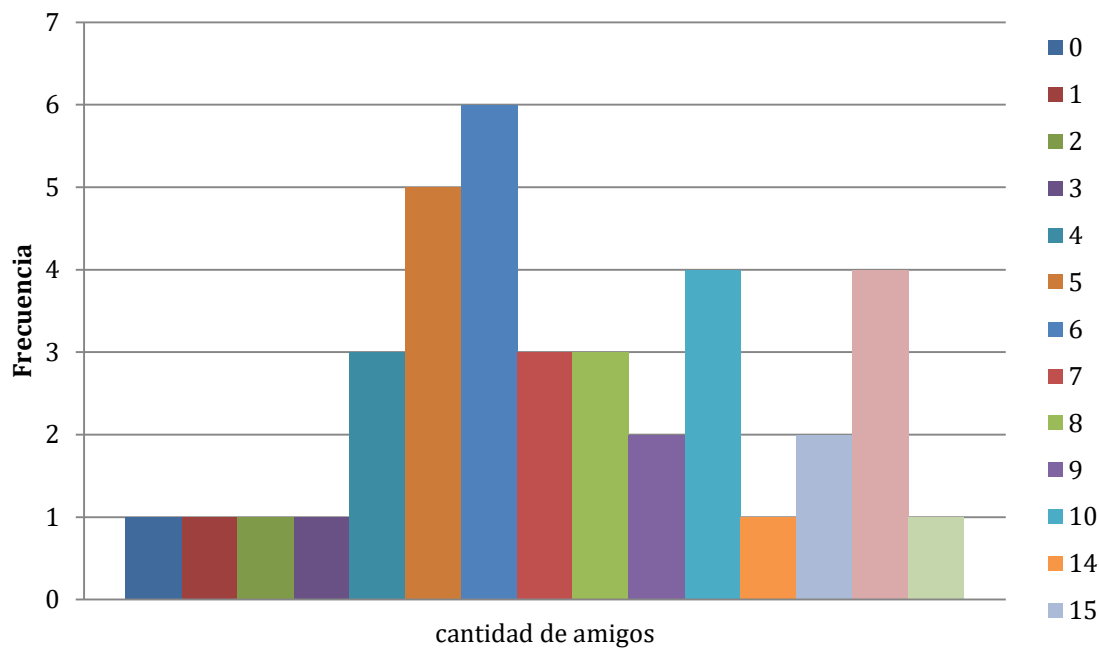
*Puntaje Apoyo Social Percibido MOS*



En cuanto a la *dimensión estructural*, que evalúa el tamaño de la red social se tuvo una media de 8.71 amigos íntimos o familiares cercanos. Esta medida permite discernir que existe una disparidad elevada entre la muestra en cuanto al tamaño de la red, ya que

algunas de las pacientes cuentan con un número elevado en su red social, mientras otras presentan números bajos (Gráfica 5).

**Gráfica 5**  
*Dimensión estructural de la Red Social*



En cuanto a la **dimensión funcional** que evalúa dos subescalas: *Apoyo Emocional/Informativo* con una media de 57.58 puntos, y *Apoyo tangible*: media de 21.89 puntos. Por lo cual, de acuerdo con las puntuaciones de la primera, las participantes se encuentran por encima de la media a nivel global, es decir, tienen una percepción alta de la información que se les da, así como de las personas en las que pueda confiar, compartir emociones, y expresiones afectivas que les permiten tener actividades recreativas y les hacen pasar un buen rato. Cabe destacar, que de las 38 participantes, 8 puntúan por debajo de la media (21%); esto es, tienen una percepción baja respecto a la información que se les está brindando, así como de las personas en quien pueden confiar, con quienes puede compartir emociones, expresiones afectivas y de las actividades recreativas que realizan.

Mientras que para las puntuaciones obtenidas en el *Apoyo tangible*, las participantes se encuentran por encima de la media a nivel global, es decir, tienen una percepción alta de la ayuda material o tangible que reciben.

**VEAT:** Se tuvo una puntuación media de 135.92, con una *D.E.* 12.54, una puntuación mínima 108 y una máxima de 176 puntos. Por lo cual, las participantes se encuentran por encima de la media a nivel global, es decir tienen una alta adherencia terapéutica, ya que cumplen con las conductas dirigidas al mantenimiento o mejora de su estado actual de salud, involucrándose en las indicaciones que reciben por parte de los profesionales de la salud.

Para la *dimensión Atención Médica*, todas las participantes están por encima de la media a nivel global, quiere decir que tienen un alto cumplimiento de las recomendaciones efectuadas por el personal sanitario.

Respecto que para la *dimensión Cambios en el Estilo de Vida*, la mayoría de las participantes se encontraron por encima de la media a nivel global, es decir, cumplen con las modificaciones de su conducta habitual para mejorar su estado de salud.

Y para la *dimensión Barreras ante la Medicación*, 95% de las participantes están por debajo de la media a nivel global, es decir tienen muchos aspectos que interfieren ante la adherencia; de manera particular, ante la administración de medicamentos.

### 5.6.1 Análisis de resultados

De acuerdo a la propuesta retomada de López et al. (2002), se llevó a cabo un análisis estadístico de las variables apoyo social percibido MOS y Adherencia terapéutica VEAT, obteniendo que no se encuentre una asociación lineal estadísticamente significativa, entre el puntaje de apoyo social percibido MOS y el de adherencia terapéutica VEAT ( $rP = 0.053$ ,  $p > 0.05$ ) (Tabla 4 y Gráfica 6). Por lo que se acepta la hipótesis nula; es decir no existe relación significativa entre el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica, en mujeres con cáncer de mama en tratamiento médico.

**Tabla 4**

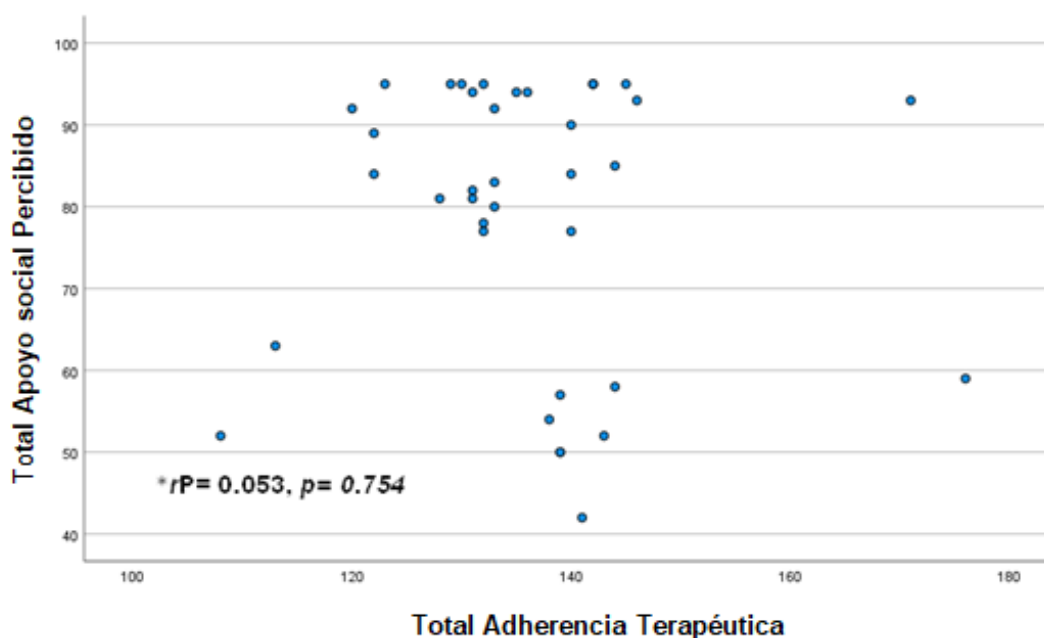
*Medias, desviaciones estandar e intercorrelaciones entre las puntuaciones de la escala Apoyo Social Percibido Y Adherencia Terapéutica*

	M(DE)	1	2
1.Total Apoyo Social Percibido	79.47(16.85)	—	-0.053
2.Total Adherencia terapéutica	135.92(12.54)	-0.053	—

Nota:\*\*  $P < 0.05$

**Grafica 10**

*Relación entre los puntajes de la escala Apoyo Social Percibido y Adherencia Terapéutica*



Mientras que al realizar una correlación de Spearman de la variable Adherencia Terapéutica (Puntaje total de VEAT), con las sub escalas de la variable Apoyo social Percibido.

Encontramos, como se puede observar en la Tabla 5 que existe una relación positiva (directamente proporcional) y de fuerza baja, que no es estadísticamente significativa entre la Adherencia Terapéutica y el Apoyo Emocional Informativo ( $r_P = 0.066$ ,  $p > 0.05$ ).

Así mismo, existe una relación positiva (directamente proporcional) y de fuerza baja, que no es estadísticamente significativa entre la Adherencia Terapéutica y el Apoyo Tangible ( $r_P = 0.062$ ,  $p > 0.05$ ). Por lo que se acepta la hipótesis nula; es decir no existe relación significativa entre el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica, en mujeres con cáncer de mama en tratamiento médico.

**Tabla 5**

*Correlación Spearman de Adherencia terapéutica y dimensiones de Apoyo social Percibido.*

	1	2	3
1.Total Adherencia Terapéutica VEAT	—	-0.066	-0.062
2.Total Apoyo Emocional Informativo	-0.066	—	,776**
3.Total Apoyo Tangible	-0.062	,776**	—

Nota:\*\*  $P < 0.05$

De igual manera, al realizar una correlación de Spearman de la variable Apoyo Social Percibido (Puntaje total de MOS), con las sub escalas de la variable Adherencia terapéutica. Encontramos, como se puede observar en la Tabla 6, que existe una relación positiva (directamente proporcional) y de fuerza baja, que no es estadísticamente significativa entre el Apoyo Social Percibido y la Atención Médica ( $r_P = 0.074$ ,  $p > 0.05$ ).

Así mismo, existe una relación positiva (directamente proporcional) y de fuerza baja, que no es estadísticamente significativa entre el Apoyo Social Percibido y Cambios en el Estilo de Vida ( $r_P = 0.068$ ,  $p > 0.05$ ).

Mientras que, existe una relación negativa (inversamente proporcional) y de fuerza baja, que no es estadísticamente significativa entre el Apoyo Social Percibido y las Barreras

ante la Medicación ( $r_P = -0.183$ ,  $p > 0.05$ ). Por lo que se acepta la hipótesis nula; es decir no existe relación significativa entre el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica, en mujeres con cáncer de mama en tratamiento médico.

**Tabla 6**

*Correlación Spearman de Apoyo social percibido y dimensiones de Adherencia terapéutica.*

	1	2	3	4
1.Total Apoyo Social Percibido MOS	—	0.074	0.068	-0.183
		0.660	0.687	0.271
2. Total Atención Médica	0.074	—	0.190	0.050
	0.660		0.252	0.765
3. Total Cambios en el Estilo de Vida	0.068	0.190	—	-0.047
	0.687	0.252		0.778
4. Total Barreras ante la Medicación	-0.183	0.050	-0.047	—
	0.271	0.765	0.778	

Nota:\*\*  $P < 0.05$

Analizando el caso específico de la participante número 1, quien en la evaluación de apoyo social percibido en su dimensión estructural, obtiene una clasificación baja al referir su red social con: 0 amigos íntimos o familiares. Encontramos que se trata de una femenina de 44 años, que vive en unión libre, su último grado de estudios es secundaria, trabaja/estudia, reside en Veracruz, viviendo actualmente con su pareja e hijos; tiene un diagnóstico de 6 meses al día de la encuesta, y desconoce su diagnóstico. Sin embargo afirma que este se encuentra en el Estadio I, y que recibió cirugía como primer tratamiento; teniendo un abordaje reciente con radioterapia y quimioterapia. De igual manera, refiere no recibir atención psicológica, ni retrasos en sus consultas o tratamiento derivados de la pandemia; por lo que calificó como bueno el seguimiento que le han proporcionado; como único cambio tras la pandemia, refiere que ha tenido que dejar de trabajar. Además de que negó tener comorbilidades y factores de riesgo asociados a l cáncer de mama.

En cuanto a las pruebas psicométricas empleadas; la participante obtuvo para la prueba Apoyo Social Percibido MOS una puntuación de 52 en su dimensión funcional, lo que hace referencia a una valoración baja por parte de la participante sobre al apoyo social con el que cree contar; mientras que para las sub escalas apoyo emocional-informativo obtuvo una puntuación de 30, lo que hace referencia a una baja percepción de la

información que recibe, las actividades recreativas que le hagan pasar un buen rato, le permitan relajarse y divertirse con alguien en quien se pueda confiar, compartir emociones y expresiones afectivas; y en apoyo tangible obtuvo una puntuación de 22, lo que hace referencia a una percepción alta del apoyo emocional que recibe, y que puede ser provista por la familia o alguna persona importante para la participante.

Mientras que para la prueba Escala de Adherencia Terapéutica VEAT obtuvo una puntuación de 143, lo que hace referencia a una valoración alta de los aspectos psicológicos de la paciente que influyen en la adherencia terapéutica; obteniendo para las sub escalas atención médica una puntuación de 96 y una puntuación de 29 en cambios en el estilo de vida; lo que hace referencia a que existe un cumplimiento en las recomendaciones efectuadas por el personal de salud, y los cambios de conducta habitual relacionados con la mejora de su estado de salud; mientras que para las barreras ante la medicación obtuvo una puntuación de 18, lo que hace referencia a la existencia de aspectos que interfieren en la adherencia, en específico a la administración de medicamentos.

Por lo cual, se puede comprobar que los resultados obtenidos en la correlación de Apoyo Social percibido MOS, y Adherencia Terapéutica VEAT en este caso, no distan de los resultados obtenidos a nivel global.

## **5.7 Discusión**

El presente estudio tuvo por objetivo determinar la relación entre apoyo social percibido y adherencia terapéutica en mujeres con cáncer de mama y en tratamiento médico en el contexto de la COVID-19.

Los principales hallazgos fueron los siguientes: 1) La muestra de mujeres que participaron en el estudio reportó una alta percepción de apoyo social; así como una alta adherencia terapéutica; 2) Mientras que el apoyo social estructural presenta una disparidad en cuanto al tamaño de la red social, esto no afectó el apoyo funcional percibido; 3) En cuanto a la adherencia terapéutica, la dimensión barreras ante la medicación reportó en un



alto porcentaje de participantes que refieren la existencia de aspectos que interfieren con la adherencia.

Si bien, los datos obtenidos rechazan la hipótesis de investigación: al demostrar que no hay una asociación lineal estadísticamente significativa entre nuestras variables apoyo social percibido y adherencia terapéutica, lo que no necesariamente significa que no tengan relación entre sí. Este estudio nos permite considerar diversos planteamientos: 1) Se debe analizar la efectividad de aplicar estos instrumentos vía online; 2) Se debe contemplar una selección más rigurosa de la población a estudiar. 3) Se debe contemplar el uso de otros instrumentos de evaluación como calidad de vida, autoeficacia, y la medición de psicopatologías comunes en la población de cáncer de mama, como son la depresión y la ansiedad. 4) Se debe contemplar la realización de una entrevista clínica y el llenado de auto registros por parte de familiares, para poder evaluar de forma más efectiva la adherencia terapéutica. 5) Se debe contemplar el tipo de apoyo brindado en relación a la adherencia, ya que las pacientes pueden recibir un apoyo alto, y percibirlo de igual manera; pero puede fomentar conductas que no permitan la adherencia al tratamiento. 6) Se debe contemplar el hecho de que según la bibliografía consultada, la pandemia generó una interrupción en la atención presencial entre profesionales de la salud mental y los usuarios; por lo que se sugiere que se contemple en líneas de investigaciones futuras.

De igual manera, nos muestra una consistencia con la literatura que hace referencia a la detección del cáncer de mama en estadios avanzados de la enfermedad; y la tendencia de los médicos a tratar de formas agresivas al principio del tratamiento; por lo que se debe de estudiar esta población. Finalmente se muestra la importancia de estudiar las barreras ante la medicación que se presentan en esta población, de modo que se pueda asegurar una correcta adherencia terapéutica; por lo que se sugiere profundizar en este variable, así como realizar intervenciones grupales que brinden psicoeducación, y permitan un intercambio de información entre las pacientes, y las estrategias que estas utilizan ante los efectos secundarios y dificultades con la medicación.

## Referencias

- Abello, R., Mandariaga, C., & Hoyos de Los Ríos, O. (1997). Redes sociales como Mecanismo de supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. *Revista Latinoamericana de Psicología* (29), 115-137.
- Abril, V. J. (1997). *Apoyo social y salud: una perspectiva comunitaria*. Promolibro.
- Acuña, L., & Bruner, C. (1999). Estructura factorial del cuestionario de Apoyo Social de Sarason, Levine; Bashm y Sarason en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(2), 267-279.
- Aduna, A. (1998). *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes Universitarios. Estudio experimental*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Almagiá, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*. (14) ,2.  
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848>
- Almanza J.J., Juárez I., Silva J., De la Huerta R. (2010). Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. *Anales médicos. Asociación Médica Centro ABC*. (55), 1, 15-23.
- Alonso L., Mesa C., Díaz D. (2020). Apoyo social a pacientes oncológicos ante la Covid19: retos y desafíos actuales. Integración Académica en Psicología. *Revista de la Asociación Latinoamericana para la Formación y enseñanza de la Psicología*. (36), 8.
- Alvarado-Aguilar, S., Ochoa-Carrillo, F., Guerra-Chávez, H., Muriera-Rojas, Y., Galindo-Vázquez, O. & Zapata-Isodoro, M. (2011). Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: (Perspectiva del Oncólogo). *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10 (3), 136-142.
- American Cancer Society ACS. (2019). *Cancer.org*. E.U. Tipos de cáncer de seno.  
Nombre de la página: <https://www.cancer.net>

- American Cancer Society ACS. (2021). *Cancer.org*. E.U. Cambios emocionales, de salud mental y de estado de ánimo. Nombre de la página: <https://www.cancer.net>
- American Society of Clinical Oncology ASCO. (2018). *Cancer.Net*. E.U. Cáncer de mama: Diagnóstico. Nombre de la página: <https://www.cancer.net>
- American Society of Clinical Oncology ASCO. (2018). *Cancer.Net*. E.U. Cáncer de mama: Estadios. Nombre de la página: <https://www.cancer.net>
- American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2018). *Cancer.Net*. E.U. Cáncer de mama: Tipos de tratamiento. Nombre de la página: <https://www.cancer.net>
- Andrés, M., Remesal, R., & Torrico, E. (2009). Apoyo social percibido en hombres operados de cáncer de laringe. *Psicooncología* 6(1), 227 - 241.
- Ashing-Giwa KT, Tejero JS, Kim J, Padilla GV, Helleman G. (2007). *Examinando modelos predictivos de CVRS en una muestra poblacional multiétnica de mujeres con carcinoma de mama*. Investigación de la calidad de vida; 16 (3): 413–428.
- Asili, N. & Julian, T. (1998). *Apoyo social y bienestar psicológico en la juventud y la vejez. La psicología social en México*, 7, 423-428.
- Barba, J. (2018). México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. *Revista Latinoamericana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*, 65(1), 4–17.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Basurto, A.E., Sánchez, S., Aguilar, E.J., y Rodriguez, V. (2014). Adaptación y validación del cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH+. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 4(2): 93-101.
- Becoña, E., Vázquez, LF & Oblitas, AL (1995) Antecedentes y Desarrollo de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología Contemporánea*, 2 (1), págs. 4-15.
- Blackwell B. (1976). Treatment adherence. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 129, 513–531.:<https://doi.org/10.1192/bjp.129.6.513>

- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S. H. (1983). *The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. American journal of epidemiology.* 117(5), 521–537. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113575>
- Campbell, N. L., Boustani, M. A., Skopelja, E. N., Gao, S., Unverzagt, F. W., & Murray, M. D. (2012). Medication adherence in older adults with cognitive impairment: a systematic evidence-based review. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, 10(3), 165–177. <https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2012.04.004>
- Campos M, Iraurgui J, Páez D, Velasco C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*; 82: 25-4.
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health*. New York. Behavioral Publications.
- Carbonell, M.M; Riquelme, A; Lechuga, M. (2007). Factores psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. *Psicología y Salud.* (17), 01, Pp.63-68.
- Casa JS, & Kahn RL. (1985). Medidas y conceptos de apoyo social. En: Cohen S, Syme SL, editores. *Apoyo social y salud*. Orlando, FL., págs. 83-108.
- Castro R, Campero L, Hernández B. (2018) La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública.* [Internet].
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud CENETEC (2009) *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama en Segundo y Tercer nivel de Atención*, México; Secretaría de Salud.
- Chávez M, y Juárez A. (2016). Reacciones psicológicas en mujeres diagnosticadas con Cáncer mamario. *Rev. Publicando* 2016; 3(9):173-95.
- Cuadra-Martínez, David, Castro-Carrasco, Pablo J., Sandoval-Díaz, José, Pérez-Zapata, Daniel, & Mora Dabancens, Diego. (2020). COVID-19 y comportamiento psicológico: revisión sistemática de los efectos psicológicos de las pandemias del siglo

- XXI. *Revista médica de Chile*, 148(8), 1139-1154. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801139>
- Chiesa, V., Antony, G., Wismar, M., & Rechel, B. (2021). COVID-19 pandemic: health impact of staying at home, social distancing and 'lockdown' measures-a systematic review of systematic reviews. *Journal of public health (Oxford, England)*, *fdab102*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab102>
- Clerkin KJ, Fried JA, Raikhelkar J. et al. (2020). *Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y enfermedad cardiovascular*. *Circulación*; 141 (20): 1648 - 1655.
- Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. *Psychosom. Med.*, 38:300-14.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. *Psychol. Bull*, 98: 310-57.
- Colegio Oficial de Psicólogos España COP. (1996). El perfil del psicólogo clínico y de la salud. *Psicología clínica, una nueva especialidad sanitaria*. Papeles del Psicólogo. *Rev. Colegio Oficial de Psicólogos*. (69).
- Correa Rodríguez, M. (2017). *Impacto psicológico frente al diagnóstico de cáncer de mama: primeras reacciones emocionales*. *Index de Enfermería*, 26(4), 299-302.
- Costa Requena, G., Salamero, M., & Gil, F. (2007). *Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer* [Validity of the questionnaire MOS-SSS of social support in neoplastic patients]. *Medicina clinica*, 128(18), 687–691. <https://doi.org/10.1157/13102357>
- Cruzado, J. A. (2003). *La formación en psicooncología*. *Psicooncología*, (1), 9 - 19.
- Cruzado, J.A., Labrador, F.J. y Muñoz, M. (1993). *Introducción a la modificación y terapia de conducta*. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (dirs), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 31-46). Madrid: Pirámide.
- CSSE & JHU (2020). COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) [Internet]. Recuperado: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

- Cuadra-Martínez, D., Castro-Carrasco, P. J., Sandoval-Díaz, J., Pérez-Zapata, D., & Mora Dabancens, D. (2020). COVID-19 y comportamiento psicológico: revisión sistemática de los efectos psicológicos de las pandemias del siglo XXI [COVID-19 and psychological behavior: a systematic review of the psychological effects of 21st century pandemics]. *Revista médica de Chile*, 148(8), 1139–1154.  
<https://doi.org/10.4067/S0034-9887202000080113>
- Die Trill, M. (2003). *Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer*. *Psicooncología*, (1), 39.
- DiMatteo M DiMatteo M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 23(2), 207–218.  
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.207>
- Domínguez, S., & Watkins, C. (2003). *Creating networks for survival and mobility: Social capital among african-american and latin american low income mothers*. *Social Problems*, 50(1), 111-135.
- Donato, L. M., Escobar E., Escobar, P., Pazmiño A. y Ulloa, A. (2007). *Mujeres indígenas, territorialidad y biodiversidad en el contexto latinoamericano*. Universidad Nacional de Colombia-Fundación Natura de Colombia-Unión Mundial para la Naturaleza-UNODC-Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Bogotá.
- Dunkel Shetter, C.A, (1984). *Social support and cáncer. Findings base don patient interviews and their implications*. *Journal of Social Issues*, 40, 4, 77-98.
- Durán E. & Garcés J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *International Journal of Social Psychology, Revista de Psicología Social*. (6), 2. Pág. 257-271.
- Engel G. (1977). *The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine*. *Science*.196:129-36.
- Espinosa Brito, A., Ordúñez, P., Espinosa Roca, A., & Morejón Giraldoni, A. (2020).

- Enfermedades crónicas no transmisibles y COVID-19: la convergencia de dos crisis globales*. *Medisur*, 18(5), 943-951.
- Fang, X., Li, S., Yu, H., Wang, P., Zhang, Y., Chen, Z., Li, Y., Cheng, L., Li, W., Jia, H., & Ma, X. (2020). *Epidemiological, comorbidity factors with severity and prognosis of COVID-19: a systematic review and meta-analysis*. *Aging*, 12(13), 12493–12503. <https://doi.org/10.18632/aging.103579>
- Feldman, E. L., Savelieff, M. G., Hayek, S. S., Pennathur, S., Kretzler, M., & Pop-Busui, R. (2020). *COVID-19 and Diabetes: A Collision and Collusion of Two Diseases*. *Diabetes*, 69(12), 2549–2565. Recuperado de: <https://doi.org/10.2337/dbi20-0032>
- Fernandez, X. & Robles, A. (2008). *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. Redes de apoyo social.
- Ferrer R. (2020). *Pandemia por COVID-19: el mayor desafío de la historia de los cuidados intensivos*. *Med Intensiva*; 44: 323–324
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Shiu, C. S., Starks, H., Chen, W. T., Simoni, J., Kim, H. J., Pearson, C., Zhao, H., & Zhang, F. (2011). "You must take the medications for you and for me": family caregivers promoting HIV medication adherence in China. *AIDS patient care and STDs*, 25(12), 735–741. <https://doi.org/10.1089/apc.2010.0261>
- García A. (2003). *El apoyo social*. *Hojas Informáticas*; 53:1-5.
- García-Conde A., Ibáñez E., Dura E. (2008). Análisis del contenido de la revista *Psycho-Oncology*. *Boletín de Psicología*. (92). pp. 81-113.
- García-López, L. J.; Piqueras, J. A.; Rivero, R., Ramos, V. & Oblotas, L. (2008). Panorama de la psicología clínica y la salud. *Revista CES Psicología y Salud*, 1(1), pp. 1-24.
- GBD 2015 Risk Factors Collaborators (2016). *Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*. *Lancet* (London, England), 388(10053), 1659–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8)

- Gilbar, O., Steiners, M. & Atad, J. (1995). *Adjustment of married couples and unmarried women to gynecological cancer*. *Psycho-Oncology*, 4. Doi:10.1002/pon2960040306
- Global Burden Disease Collaborative Network (2017). *Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud*. México.
- Gómez, A. (1999). *Cultura y civilización*. Bogotá: Fundación Sergio Arboleda.
- González A, Fonseca M, Valladares A, López L. (2017). Factores moduladores de resiliencia y sobrecarga en cuidadores principales de pacientes oncológicos avanzados. *Rev Finlay*; 7(1):26-32.
- González Ordi, H. (2008). *Un paseo por la historia de la psicología clínica y de la salud: entrevista a Helio Carpintero*. *Clínica y Salud*, 19(1), 121-12.
- González-Ramírez, L. P., Estrada-Pineda, C., Robles-García, R., Orozco-Mares, I., Meda-Lara, R. M., & Daneri-Navarro, A. (2014). Estudio exploratorio de relación entre la percepción de apoyo social instrumental y la modificación de roles familiares en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(1), 59-69.  
[https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2014.v11.n1.44917](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44917)
- González-Robledo MC, Wong R, Ornelas HA, Knaul FM. (2015). *Costs of breast cancer care in Mexico: analysis of two insurance coverage scenarios*. *Ecancermedicalscience*. 9:587.
- Gottlieb, B.H. (1983). *Social support strategies: Guidelines for Mental Health*. Practice. Beverly Hills. Sage
- Grinarte, R., y Arias, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 17(5), 502-505
- Guarino, A., Polini, C., Forte, G., Favieri, F., Boncompagni, I., & Casagrande, M. (2020). *The Effectiveness of Psychological Treatments in Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Journal of clinical medicine*, 9(1), 209.  
<https://doi.org/10.3390/jcm9010209>
- Hoffman B., Schorge J., Bradshaw K., Halvorson L, Schaffer J. & Corton M. (2017). *Williams ginecología*. McGraw-Hill Interamericana.



- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). *The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses*. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Holland Jimmie C; Bultz Barry D. (2007). *The NCCN Guideline Distress Management: A Case for Marking Distress the Sixth Vital Sign*. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* 5 (1): 3-7.
- Holland JC, Jacobsen PB, Andersen B et al. (2016) *Guías de práctica clínica de la NCCN en oncología: manejo de la angustia, v2.2016*. National Comprehensive Cancer Network, Inc.
- House JS, Robbins C, Metzner H. (1982). La asociación de las relaciones y actividades sociales con la mortalidad: evidencia prospectiva para el Estudio de salud comunitaria de Tecumseh.. *Revista Estadounidense de Epidemiología*; 116 (1): 123–140.
- INFOcáncer. (2019). *Estructura del órgano- Cáncer de Mama*. Instituto Nacional de Cancerología. Secretaría de Salud.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística INEGI (2020). *Estadísticas a propósito del Día mundial de la lucha contra el cáncer de mama 19 de octubre*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.
- Instituto Nacional del Cáncer NIH. (2021). Diccionarios del NCI: mama. Cancer.gov. Recuperado de:  
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/mama>
- International Agency for Research on Cancer, Globocan. World Health Organization (2020). Global Cancer Observatory. [gco.iarc.fr](https://gco.iarc.fr). Recuperado de: <https://gco.iarc.fr/>
- Karumbi J, Garner P. (2015). *Directly observed therapy for treating tuberculosis*. In: Karumbi J, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

- Katz, A.H. y Bender, E. I. (1976) Self- help in society-the motif of mutual aid. En A. Katz y E. Bender (Eds.), *The strenbergth in use: Self-help groups in the modern world*. New York, *New Viewpoints*.
- Katz, I. T., Ryu, A. E., Onuegbu, A. G., Psaros, C., Weiser, S. D., Bangsberg, D. R., & Tsai, A. C. (2013). *Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis*. *Journal of the International AIDS Society*, 16(3 Suppl 2), 18640. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.3.18640>
- Khan, K. A., Mazuquin, B., Canaway, A., Petrou, S., & Bruce, J. (2019). *Systematic review of economic evaluations of exercise and physiotherapy for patients treated for breast cancer*. *Breast cancer research and treatment*, 176(1), 37–52. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05235-7>
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosomatic medicine*, 64(1), 15–28. <https://doi.org/10.1097/00006842-200201000-00004>
- Knodel, J., Hak, S., Khuon, C., So, D., & McAndrew, J. (2011). *Parents and family members in the era of ART: evidence from Cambodia and Thailand*. *AIDS care*, 23(10), 1264–1273. <https://doi.org/10.1080/09540121.2011.555741>
- Kohler, L. N., Garcia, D. O., Harris, R. B., Oren, E., Roe, D. J., & Jacobs, E. T. (2016). *Adherence to Diet and Physical Activity Cancer Prevention Guidelines and Cancer: A Systematic Review*. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 25(7), 1018–1028. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-16-0121>
- Kolankiewicz, A., Souza, M., Magnago, T. & De Domenico, E. (2014). Social Support Perceived by Cancer Patients and Its Relation with Social and Demographic Characteristics. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), 31-38. Doi: 10.1590/1983-1447.2014.01.4249

- Korman, Guido P. y Garay, Cristian J. (2012). El modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (mindfulness). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI (1), 5-13.
- Lai, C. C., Liu, Y. H., Wang, C. Y., Wang, Y. H., Hsueh, S. C., Yen, M. Y., Ko, W. C., & Hsueh, P. R. (2020). *Asymptomatic carrier state, acute respiratory disease, and pneumonia due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): Facts and myths. Journal of microbiology, immunology, and infection = Wei mian yu gan ran za zhi*, 53(3), 404–412. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.02.012>
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. (1986). *Social support, life events and depresión*. New York, USA: Academia Press
- Lueboonthavatchai P. (2007). *Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients*. *Journal of the Medical Association of Thailand* 90(10), 2164–2174.
- Luna-Nemecio, J. (2020) Determinaciones socio ambientales del COVID-19 y vulnerabilidad económica, espacial y sanitario. *Institucional Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, vol. XXVI, núm. 2.
- Macacu, A., Autier, P., Boniol, M., & Boyle, P. (2015). *Active and passive smoking and risk of breast cancer: a meta-analysis*. *Breast cancer research and treatment*, 154(2), 213–224. <https://doi.org/10.1007/s10549-015-3628-4>
- Martínez Basurto, Aime Edith, y Sánchez Román, Sofía, y Aguilar Villalobos, Eduardo Javier, y Rodríguez Pérez, Víctor y Riveros Rosas, Angélica (2014). Adaptación y Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH +. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 4 (2), 93-101.
- Martinez R.M. (2018). *El estigma y la discriminación en los procesos de falta de adherencia al tratamiento antirretroviral. Un análisis en el contexto de la familia, la comunidad y los proveedores de salud en Guayaquil (Ecuador)* *Aposta-Rev. Cienc. Soc*; 78 : 33–67

- Matarazzo, J.D (1980). *Salud del comportamiento y medicina del comportamiento: fronteras para una nueva psicología de la salud*. *Psicólogo estadounidense*, 35 (9), 807-817. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- McCracken, G. (1986). *Culture and consumption: A theoretical account of the structure and movement of the cultural meaning of consumer goods*. *Journal of Consumer Research*, 13(June), 71-84
- McReynolds, P. (1987). *Lightner Witmer: fundador poco conocido de la psicología clínica*. *Psicólogo estadounidense*, 42 (9), 849–858. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.42.9.849>
- McTiernan, A., Friedenreich, C. M., Katzmarzyk, P. T., Powell, K. E., Macko, R., Buchner, D., Pescatello, L. S., Bloodgood, B., Tennant, B., Vaux-Bjerke, A., George, S. M., Troiano, R. P., Piercy, K. L., & 2018 PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE (2019). *Physical Activity in Cancer Prevention and Survival: A Systematic Review*. *Medicine and science in sports and exercise*, 51(6), 1252–1261. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001937>
- Mebarak, Moisés, & Suárez, Estefany. (2016). ¿qué es y hacia dónde se dirige la psicología de la salud?. *Psicología desde el Caribe*, 33(2), 1-2.: <https://doi.org/10.14482/psdc.33.2.8894>
- Mohar, A; Reynoso, N; Villareal-Garza, C; Bargalló-Rocha, JE; Arce-Salinas, C. & Lara, M. (2015). Cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología. Experiencia del Seguro Popular 2007-2013. *Rev. Mexicana Mastol*;5(1):6-11.
- Murphy, C. C., Bartholomew, L. K., Carpentier, M. Y., Bluethmann, S. M., & Vernon, S. W. (2012). *Adherence to adjuvant hormonal therapy among breast cancer survivors in clinical practice: a systematic review*. *Breast cancer research and treatment*, 134(2), 459–478. <https://doi.org/10.1007/s10549-012-2114-5>
- Neira, C., Godinho, R., Rincón, F., Mardones, R., & Pedroso, J. (2021). Consequences of the COVID-19 Syndemic for Nutritional Health: A Systematic Review. *Nutrients*, 13(4), 1168. <https://doi.org/10.3390/nu13041168>

- Organización Mundial de la Salud OMS. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2020). Preliminary results: rapid assessment of service delivery for noncommunicable diseases during the COVID-19 pandemic. 29 May 2020. *Who.int*. Recuperado de: <https://www.who.int/who-documents-detail/rapidassessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic> 44
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2021) Cáncer de mama. Nota descriptiva. Detail. *Who.int*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2018). Cáncer. Temas. *Paho.org*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2020). Rapid Assessment of COVID-19 Impact on NCD Programs in the Region of the Americas. *Paho.org*. Recuperado de: <https://www.paho.org/en/documents/rapid-assessment-service-delivery-ncdsduring-covid-19-pandemic-americas-4-june-2020>
- Ornelas-Mejorada, Rosa Elena y Tufiño Tufiño, Mónica Anahí y Sánchez-Sosa, Juan José (2011). *Ansiedad y Depresión en Mujeres con Cáncer de Mama en Radioterapia: Prevalencia y Factores Asociados*. Acta de Investigación Psicológica - Registros de Investigación Psicológica, 1 (3), 401-415.
- Orozco-Gómez, Á. M. & Castiblanco-Orozco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217
- Ortega CJJ, Sánchez HD, Rodríguez MÓA, et al. (2018). *Adherencia terapéutica: un problema de atención médica*. Acta Med. 2018; 16 (3): 226-232
- Orueta, R, Toledano, P., Gómez-Calcerrada, R.M. (2008). *Actualización en Medicina de Familia: Cumplimiento terapéutico*. Up-date in Family Medicine: Therapeutic compliance (34), 5. Páginas 235-243

- Pagès-Puigdemont, Neus, & Valverde-Merino, M. Isabel. (2018). *Métodos para medir la adherencia terapéutica*. *Ars Pharmaceutica* (Internet), 59(3), 163-172.
- Páramo Morales, Dagoberto (2017). *Cultura y comportamiento humano*. *Pensamiento & Gestión*, (42), vii-xi | ISSN: 1657-6276.
- Pedraza, G., Vega, C. & Nava, C. (2018). Versión actualizada de la escala de adherencia terapéutica. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 4(2), 214-232.
- Peralta ML, Carbajal Pruneda P. (2008). Adherencia al tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua*; 17 (3): 84-8
- Priede, A., Andreu, Y., Martínez, P., Conchado, A., Ruiz-Torres, M., & González-Blanch, C. (2018). *The factor structure of the Medical Outcomes Study-Social Support Survey: A comparison of different models in a sample of recently diagnosed cancer patients*. *Journal of psychosomatic research*, 108, 32–38.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.008>
- Priede, A; Martínez López, P; Andreu Vaillo, Y; Ruiz Torres, M; Hernández de Hita, F.; Hoyuela, F; y González-Blanch, C. (2016). *VALIDACIÓN DE LA ESCALA MOS-SSS DE APOYO SOCIAL EN UNA MUESTRA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS RECIÉN DIAGNOSTICADOS*. *Psicooncología*, supl. Supplement 1; Madrid Tomo 13, 40. <http://www.aepc.es/PsClinicaXI/6.pdf>
- Riquelme, A. (1997). *Depresión en residencias geriátricas: Un estudio empírico*. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Rodríguez, M. (1998). *Psicología de la salud y psicología clínica. Psicología clínica, una nueva especialidad sanitaria*. *Papeles del Psicólogo. Rev. Colegio Oficial de Psicólogos* (69).
- Rodríguez P, Pino J. (2016). *Cáncer de mama y sexualidad: ¿una discapacidad emergente?* *Rev. Chil Salud Pública*; 20(2):122-30.
- Rodríguez, S. (2011). *Adaptación a Niños del cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido*. *Revista Liberabit*, 17, 17-128

- Rodríguez-Cuevas, S., Macías, C. G., Franceschi, D., & Labastida, S. (2001). *Breast carcinoma presents a decade earlier in Mexican women than in women in the United States or European countries*. *Cancer*, 91(4), 863–868.
- Sanfilippo, J. & Moreno M.I. (2008) *Cáncer de mama. Seminario: El ejercicio actual de la medicina*. Facultad de Medicina UNAM.
- Sarason, I. G., Pierce, G. R. & Sarason, B. R. (1990). *Social support and interactional processes: A triadic hypothesis*. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 495-506.
- Schaefer, C., Coyne, J. C. & Lazarus, R. S. (1981). *The Health Related Functions of Social Support*. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Schneider Hermel, Júlia, Pizzinato, Adolfo, & Calderón Uribe, Magaly. (2015). *Mujeres concáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido*. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 439-467.
- Sherbourne, C. D., y Stewart, A. L. (1991). *The MOS social support survey*. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705-714.
- Smith, S. G., Sestak, I., Forster, A., Partridge, A., Side, L., Wolf, M. S., Horne, R., Wardle, J., & Cuzick, J. (2016). *Factors affecting uptake and adherence to breast cancer chemoprevention: a systematic review and meta-analysis*. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 27(4), 575–590. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv590>.
- Stone, G. C. (1979). *Psychology and health system*. En G. C. Stone, F. Cohen & N. E. Adler (Eds.), *Health Psychology* (pp. 47-75).
- Suarez Cuba, Miguel Ángel. (2011). *Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal*. *Revista Médica La Paz*, 17(1), 60-67.

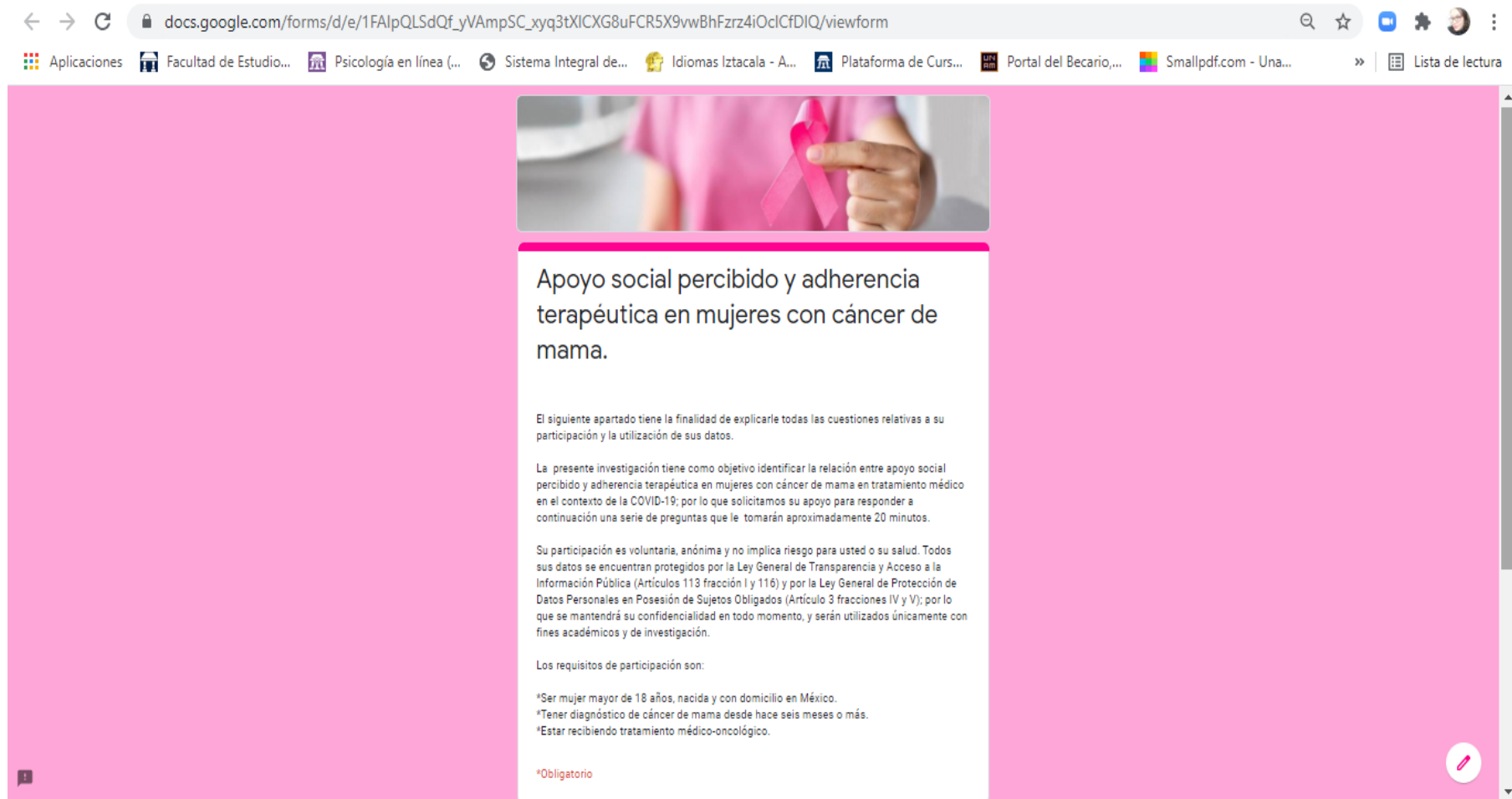
- Syrowatka, A., Motulsky, A., Kurteva, S., Hanley, J. A., Dixon, W. G., Meguerditchian, A. N., & Tamblyn, R. (2017). Predictors of distress in female breast cancer survivors: a systematic review. *Breast cancer research and treatment*, 165(2), 229–245.  
<https://doi.org/10.1007/s10549-017-4290-9>
- Tapia D. (2020). *Estrategias de afrontamiento y apoyo social ante la emergencia sanitaria COVID-19 y su relación con variables sociodemográficas y laborales en funcionarios de la matriz de la corporación eléctrica del Ecuador periodo mayo- noviembre 2020*. (Informes de Investigación). Universidad Politécnica Salesiana. Ecuador.
- Thoits P. (1995). Procesos de estrés, afrontamiento y apoyo social: ¿Dónde estamos? ¿Qué sigue? *Revista de salud y comportamiento social*; 35 (54): 53–79.
- Trianes, M.V. (2000). *Violencia en contextos escolares*. Málaga: Aljibe.
- Tsai, W., Nusrath, S., & Zhu, R. (2020). *Systematic review of depressive, anxiety and post-traumatic stress symptoms among Asian American breast cancer survivors*. *BMJ open*, 10(9), e037078. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037078>.
- Uchino, BN, Cacioppo, JT y Kiecolt-Glaser, JK (1996). *La relación entre el apoyo social y los procesos fisiológicos: una revisión con énfasis en los mecanismos subyacentes y las implicaciones para la salud*. *Psychological Bulletin*, 119 (3), 488–531.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.3.488>
- Vaux, A. (1985). *Variations in social support associated with gender ethnicity, and age*. *Journal of Social Issues*, 41, 1, 89-110.
- Velásquez-De Charry, Ligia Constanza, Carrasquilla, Gabriel, & Roca-Garavito, Sandra. (2009). *Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia*. *Salud Pública de México*, 51(Supl. 2), s246-s253.
- Vergara S, Barra E.(2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*; 24(2): 167-173.
- Vilaplana Pérez C, González Javier F, Ordoñana Martin JR. (2012). Adherencia al tratamiento. *Una revisión desde la perspectiva farmacéutica*. *Pharm Care Esp*. 14(6):229-55.



- Villarreal-Garza, C., Aguila, C., Magallanes-Hoyos, M. C., Mohar, A., Bargalló, E., Meneses, A., Cazap, E., Gomez, H., López-Carrillo, L., Chávarri-Guerra, Y., Murillo, R., & Barrios, C. (2013). *Breast cancer in young women in Latin America: an unmet, growing burden*. *The oncologist*, 18(12), 1298–1306.  
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0321>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). *Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review*. *BMC psychiatry*, 18(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Ware, N. C., Idoko, J., Kaaya, S., Biraro, I. A., Wyatt, M. A., Agbaji, O., Chalamilla, G., & Bangsberg, D. R. (2009). *Explaining adherence success in sub-Saharan Africa: an ethnographic study*. *PLoS medicine*, 6(1), e11.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000011>
- Waters, EA, Liu, Y., Schootman, M. y Jeffe, DB (2013). *Preocupación por la progresión del cáncer y el escaso apoyo social percibido: implicaciones para la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama en etapa inicial*. *Annals of Behavioral Medicine*, 45 (1), 57–68. <https://doi.org/10.1007/s12160-012-9406-1>
- Weiss, R.S. (1974) *The provisions of social relationships*. En Z. Rubbin (Ed.). *Doing Unto Others* Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall.
- Witmer, L. (1992) *A Holistic Model for Wellness and Prevention Over the Life Span*. *Journal of Counseling & Development*. Recuperado de:  
<https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1992.tb02189.x>
- Wöckel, A., Albert, U. S., Janni, W., Scharl, A., Kreienberg, R., & Stüber, T. (2018). *The Screening, Diagnosis, Treatment, and Follow-Up of Breast Cancer*. *Deutsches Arzteblatt international*, 115(18), 316–323. Recuperado de:  
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0316>
- Yonte F, Urión Z, Martín M, Montero R. (2010). Sobrecarga del cuidador principal. *Rev Enferm CL [revista en Internet]*. 2(1).


Zuñiga, M. (Ed.). (2007). *Redes sociales y salud pública: el apoyo social como una estrategia para enfrentar los problemas de salud, el divorcio, y la violencia conyugal*. Monterrey: Universidad Nacional Autónoma de Nuevo León.

## APENDICE A



docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdQf\_yVAmpSC\_xyq3tXICXG8uFCR5X9vwBhFzrz4iOclCfDIQ/viewform

Aplicaciones Facultad de Estudio... Psicología en línea (... Sistema Integral de de... Idiomas Iztacala - A... Plataforma de Curs... Portal del Becario, Smallpdf.com - Una... Lista de lectura



## Apoyo social percibido y adherencia terapéutica en mujeres con cáncer de mama.

El siguiente apartado tiene la finalidad de explicarle todas las cuestiones relativas a su participación y la utilización de sus datos.

La presente investigación tiene como objetivo identificar la relación entre apoyo social percibido y adherencia terapéutica en mujeres con cáncer de mama en tratamiento médico en el contexto de la COVID-19; por lo que solicitamos su apoyo para responder a continuación una serie de preguntas que le tomarán aproximadamente 20 minutos.

Su participación es voluntaria, anónima y no implica riesgo para usted o su salud. Todos sus datos se encuentran protegidos por la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública (Artículos 113 fracción I y 116) y por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (Artículo 3 fracciones IV y V); por lo que se mantendrá su confidencialidad en todo momento, y serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación.


Los requisitos de participación son:

- \*Ser mujer mayor de 18 años, nacida y con domicilio en México.
- \*Tener diagnóstico de cáncer de mama desde hace seis meses o más.
- \*Estar recibiendo tratamiento médico-oncológico.

\*Obligatorio


## APENDICE B

Enlace de instrumento: [https://docs.google.com/forms/d/1XLgTJYoxz7zQ8MUXPG2s7NjFLiCxOp3\\_IHQs6f-BKM/prefill](https://docs.google.com/forms/d/1XLgTJYoxz7zQ8MUXPG2s7NjFLiCxOp3_IHQs6f-BKM/prefill)



← → ↻ docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdQf\_yVAmpSC\_xyq3tXICXG8uFCR5X9vwBhFzrz4iOclCfDIQ/formResponse 🔍 ☆ 🗨️ ⚙️ 👤 ⋮

📱 Aplicaciones 🏠 Facultad de Estudio... 🎓 Psicología en línea (... 🔄 Sistema Integral de... 🗣️ Idiomas Iztacala - A... 🎓 Plataforma de Curs... 📄 Portal del Becario,... 📄 Smallpdf.com - Una... » 📖 Lista de lectura



### Apoyo social percibido y adherencia terapéutica en mujeres con cáncer de mama.

\*Obligatorio

#### Datos Generales.

En esta sección le solicitamos información sociodemográfica y referente a su diagnóstico y tratamiento médico.


Edad \*

Tu respuesta

Estado civil \*

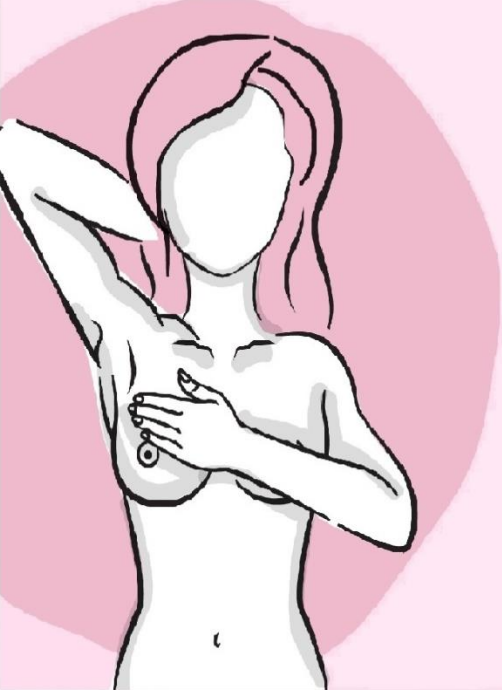
Soltera


Casada




APENDICE C

Para cualquier duda o mayor información, comunicarse al correo: [akire\\_mtz@live.com.mx](mailto:akire_mtz@live.com.mx)





## ¿TIENES O CONOCES A ALGUIEN CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA?



Te invitamos a colaborar en nuestra investigación; cuyo objetivo es identificar la relación entre apoyo social percibido y adherencia terapéutica en mujeres con cáncer de mama en tratamiento médico en el contexto de la COVID-19.

La participación es voluntaria, anónima; y consiste en contestar un cuestionario online.

**Requisitos:**

- Ser mujer mayor de 18 años, nacida y con domicilio en México.
- Tener diagnóstico de cáncer de mama desde hace seis meses o más.
- Estar recibiendo tratamiento médico-oncológico.
- Tener conexión a internet y un dispositivo electrónico.