

FALTA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON  
CANCER DE MAMA Y SU RELACIÓN CON LAS DIFERENTES  
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

**Tesis**

Que como parte de los requisitos  
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

DRA. SARAHI JUDITH HERNANDEZ REYES

Dirigido por:

DRA. LILIA SUSANA GALLARDO VIDAL

Querétaro, Qro. a agosto 2024

La presente obra está bajo la licencia:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

### Usted es libre de:

**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

### Bajo los siguientes términos:



**Atribución** — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



**NoComercial** — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



**SinDerivadas** — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

**No hay restricciones adicionales** — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

### Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina  
Especialidad en Medicina Familiar

“FALTA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON CANCER DE  
MAMA Y SU RELACIÓN CON LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS DE  
AFRONTAMIENTO”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Sarahi Judith Hernández Reyes

Dirigido por:

Dra. Lilia Susana Gallardo Vidal

Mtra. Lilia Susana Gallardo Vidal  
Presidente

Mtro Omar Rangel Villicaña  
Secretario

Mtra. Ma Azucena Bello Sánchez  
Vocal

Med. Esp. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz  
Suplente

Med. Esp. Ericka Esther Cadena Moreno  
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.  
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario (2024).  
México. México.

## Resumen

**Título:** Falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y su relación con las diferentes estrategias de afrontamiento.

**Antecedentes:** Querétaro ocupa el lugar número 29 a nivel nacional en casos de cáncer de mama, según estudios del INEGI, El tratamiento del cáncer mamario y manejo interdisciplinario utilizan diversos tipos de tratamientos: combinados con la terapia alternativa, esto puede tener una ventaja o desventaja para su pronóstico, ya que muchos de estos tratamientos alternativos causan diferentes interacciones con los medicamentos utilizados para el cáncer de mama, mucho de este tiene que ver con la manera que la paciente afronta la enfermedad y esto puede verse afectado en la falta de adherencia al tratamiento prescrito por el oncólogo.

**Objetivo:** Determinar la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y su relación con las diferentes estrategias de afrontamiento

**Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal, analítico de asociación en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama de cualquier edad que acudieron a la unidad del oncológica del Hospital Regional de Zona No. 1 de Querétaro en un periodo de un año, se incluyeron a un total de 40 pacientes para cada grupo, en muestreo por conveniencia. Se incluyeron a pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que aceptaron participar en el estudio, cualquier edad, etapas tempranas de la enfermedad. Se excluyeron a pacientes embarazadas, con deterioro cognitivo, con algún tipo de depresión previo al cáncer y se eliminaron los que tenían hojas de recolección incompletas.

**Análisis estadístico:** Los resultados se analizaron a través de frecuencias, porcentajes, desviación estándar e intervalos de confianza y para el análisis de variables Chi cuadrada.

**Resultados.** Se estudiaron a mujeres en su mayoría casadas con una edad promedio de  $51.5 \pm 9.08$  años de edad. El tipo de técnica de afrontamiento mayormente asociado a adherencia fue resolución de problemas con un porcentaje del 76.3%, seguido de apoyo social con un 55.3%. La relación entre las estrategias de afrontamiento y adherencia terapéutica se encontró en resolución de problemas, apoyo social, reestructuración cognitiva, expresión emocional, evitación de problemas, retirada social pensamiento desiderativo y autocrítica.

**Conclusiones.** Existe relación con las estrategias de afrontamiento (resolución de problemas, apoyo social, reestructuración cognitiva, expresión emocional, evitación de problemas, retirada social pensamiento desiderativo y autocrítica) y la adherencia terapéutica durante la enfermedad.

**(Palabras clave:** Cáncer de mama, Adherencia, Afrontamiento, Mujeres)

## Summary

**Title:** Lack of therapeutic adherence in patients with breast cancer and its relationship with the different coping strategies.

**Background:** Querétaro occupies the 29th place nationwide in cases of breast cancer, according to INEGI studies, the treatment of breast cancer and interdisciplinary management uses various types of treatments: combined with alternative therapy, this may have an advantage or disadvantage for its prognosis, since many of these alternative treatments cause different interactions with the drugs used for breast cancer, much of this has to do with the way the patient deals with the disease and this can be affected by the lack of adherence to the treatment prescribed by the oncologist.

**Objective:** To determine the lack of therapeutic adherence in patients with breast cancer and its relationship with the different coping strategies.

**Materials and methods:** A cross-sectional, analytical study of association was carried out in women with a diagnosis of breast cancer of any age who attended the oncology unit of the Regional Hospital of Zone No. 1 of Querétaro in a period of one year. A total of 40 patients were included for each group, in convenience sampling. Patients diagnosed with breast cancer who agreed to participate in the study, any age, early stages of the disease were included. Pregnant patients, patients with cognitive impairment, patients with some type of depression prior to cancer were excluded, and those with incomplete collection sheets were eliminated.

**Statistical analysis:** The results were analyzed through frequencies, percentages, standard deviation and confidence intervals and for the analysis of Chi square variables.

**Results:** Mostly married women with an average age of  $51.5 \pm 9.08$  years of age were studied. The type of coping technique most associated with adherence was problem solving with a percentage of 76.3%, followed by social support with 55.3%. The relationship between coping strategies and therapeutic adherence was found in problem solving, social support, cognitive restructuring, emotional expression, problem avoidance, social withdrawal wishful thinking and self-criticism.

**Conclusions.** There is a relationship with coping strategies (problem solving, social support, cognitive restructuring, emotional expression, problem avoidance, social withdrawal, wishful thinking and self-criticism) and therapeutic adherence during the disease.

**(Key words:** Breast cancer, Adherence, Coping, Women)

## **Dedicatorias**

Este proyecto va dedicado a mis padres, quienes han sido el ejemplo a seguir, además de ser mi sustento para llevar a cabo este logro en mi vida y poder formarme como una profesional, por lo cual les estoy eternamente agradecida.

## **Agradecimientos**

La gratitud es la emoción humana más saludable de todas y yo agradezco a mis padres por haberme proporcionado la mejor educación y lecciones de vida.

En especial a mi padre, por haberme enseñado que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue, y que en esta vida nadie regala nada.

En especial a mi madre, por cada día hacerme ver la vida de una forma diferente y confiar en mis decisiones.

A mi directora de tesis, Dra. Susana Gallardo, que sin su ayuda y conocimientos no hubiese sido posible realizar este proyecto.

A mis compañeros de clase, con los que he compartido grandes momentos.

A mis amigos, por estar siempre a mi lado.

A todos aquellos que siguen estando cerca de mí y que le regalan a mi vida algo de ellos.

## Índice

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Resumen</b>	I
<b>Summary</b>	II
<b>Dedicatorias</b>	III
<b>Agradecimientos</b>	IV
<b>Índice</b>	V
<b>Índice de cuadros</b>	VI
<b>Abreviaturas y siglas</b>	VII
<b>I. Introducción</b>	1
<b>II. Antecedentes</b>	4
<b>III. Fundamentación teórica</b>	6
III. a. Cáncer de mama	6
III. b. Epidemiología	6
III. c. Tipos de cáncer de mama.	8
III. d. Manifestaciones Clínicas y diagnóstico.	9
i. Pruebas diagnosticas	9
1. Mastografía	9
2. Ultrasonido.	11
III. e. Estadificación.	12
III. f. Tratamiento de cáncer mamario y manejo interdisciplinario.	13
1. Quimioterapia.	14
2. Radioterapia	15
3. Tratamiento hormonal.	15
4. Tratamientos biológicos.	16
III. g. Adherencia al tratamiento.	16
1. Falta de adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer de mama	19
III. h. Afrontamiento.	21

<b>IV. Hipótesis o supuestos</b>	27
<b>V. Objetivos</b>	30
V.1 General	30
V.2 Específicos	30
<b>VI. Material y métodos</b>	31
VI.a Diseño de la investigación	31
VI.b Definición de la población	31
VI.c Muestra y tipo de muestreo	31
VI.d Criterios de selección	32
VI. e Variables estudiadas	33
VI. f Técnicas e instrumentos	33
VI. g. Procedimientos	35
VI. h. Análisis estadístico	35
VI. i. Consideraciones éticas.	36
<b>VII. Resultados</b>	38
<b>VIII. Discusión</b>	44
<b>IX. Conclusiones</b>	47
<b>X. Propuestas</b>	48
<b>XI. Bibliografía</b>	49
<b>XII. Anexos</b>	52

### Índice de cuadros y figuras

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
VII.1 Características Demográficas estado Civil	40
VII.2 Características Demográficas escolaridad	40
VII.3 Características Demográficas Ocupación	40
VII.4 Características Demográficas Religión	41
VII. 5 Asociación entre la adherencia terapéutica y	42

	estrategias adaptativas.	
VII. 6	Asociación entre la adherencia terapéutica y estrategias no adaptativas	42

### **Grafico**

VII.1	Porcentaje de acuerdo a terapeutica empleada	41
-------	--	----

### **Abreviaturas y siglas**

DCIS: carcinoma ductal in situ

DNA: ácido desoxirribonucleico

ENADID: Encuesta Nacional de Dinámica poblacional

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

MAQ: Medication Adherence Questionnaire

MMAS-4: 4-item Morisky Medication Adherence Scale

OMS: Organización mundial de la salud.

RT: radioterapia

## I. Introducción

El cáncer de mama es una de las neoplasias más comunes tanto en el mundo como en nuestra región, con mayor frecuencia en pacientes de sexo femenino, ocupa el primer sitio entre los tumores más comunes con nuevos casos (2,26 millones de casos). Afectando en su mayoría al grupo mayor de 40 años de edad. 1. WHO. (2023)

En general se considera al cáncer un desorden multifactorial provocado tanto por componentes genéticos como ambientales, se estima que es debido al acúmulo de fallas en la transcripción de genes que ofrecen sitio a la activación de proto-oncogenes y la inactivación de los genes supresores de tumores, conduciendo a la proliferación celular incontrolada, así como un descontrol de la apoptosis o muerte celular programada. 1. WHO. (2023)

En el año 2020, se registraron 2, 3 millones de casos nuevos de cáncer de mama en todo el mundo y 685 000 fallecieron por esa enfermedad. 1. WHO. (2023)

En México, en 2020, el cáncer de mama fue la enfermedad más frecuente (15.3 %) y la primera causa de muerte en mujeres, con un estimado de 29 mil 929 nuevos casos y siete mil 931 muertes con una tasa de incidencia de 40.5 y de mortalidad de 10.6 por 100 mil. 2. IMSS (2022)

Por entidad federativa, para 2022, las tasas más altas de defunciones por cáncer de mama para mujeres de 20 años y más se observaron en Ciudad de México (29.42), Nuevo León (24.72) y Chihuahua (24.00). Por su parte, Chiapas (10.27), Tlaxcala (10.95) y Guerrero (11.02) fueron las entidades con las tasas de defunciones más bajas en el país por esta enfermedad, mientras que 19 estados reportaron tasas inferiores al valor nacional entre ellos Querétaro (15.14). 3. INEGI (2023).

Querétaro ocupa el sitio número 29 a grado nacional en casos de cáncer de mama, según estudios del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), con una tasa de 199.61 por cada 100 mil mujeres, detectados en instituciones públicas de salud. En tanto, la tasa de letalidad hospitalaria es de 6.7 de cada 100 casos, por encima del promedio nacional, que es de 4.4. 3. INEGI (2023).

A pesar de los avances científicos que se han dado en relación al cáncer de mama y que esto ha incrementado la esperanza de vida de las mujeres que lo padecen, es una realidad que aún sigue siendo muy estigmatizado este diagnóstico y en muchas de las ocasiones las pacientes abandonan el manejo, esta falta de adherencia terapéutica conlleva a un avance de la enfermedad con afección en el pronóstico e incremento en la mortalidad. 4. Krasne, M., Ruddy, K. J., Poorvu, P. D., et. al (2022).

Agregado a esto la mujer con cáncer de mamá se ve aquejada por una gran carga emocional, así como sufrimientos o trastornos además los procedimientos del cáncer de mama necesitan, en casi la integridad de los casos, de una mediación quirúrgica muchas veces mutilante, en estas mujeres puede existir una distorsión de su imagen corporal y una determinada imposibilidad de aceptar y/o relacionarse con su medio social. 4. Krasne, M., Ruddy, K. J., Poorvu, P. D., et. al (2022).

Es por esto que en este tipo de padecimientos que tienen una gran carga psicoemocional y gran afectación al entorno social, las formas de afrontamiento participan en la presencia de una mayor adherencia al tratamiento médico. Se vuelve importante evaluar al paciente en un contexto individualizado para identificar la reacción ante su enfermedad y analizar diferentes niveles o formas de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento han sido estudiadas en diferentes áreas y condiciones médicas. Krasne, M. (2022) intentaron describir las estrategias de afrontamiento en jóvenes sobrevivientes de cáncer de mama y evaluar la relación

entre la utilización de estrategias de afrontamiento específicas y la ansiedad en la supervivencia. 4. Krasne, M., Ruddy, K. J., Poorvu, P. D., et al (2022). Ośmiałowska, E. (2021) evaluaron el impacto de las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama. 5. Ośmiałowska, E., Misiąg, W., Chabowski, M., & Jankowska-Polańska, B. (2021)

Por otra parte, la Psicóloga María Fernanda Enríquez Villota (2010) llevo a cabo un estudio con el propósito de entender el proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer e identificar las estrategias de afrontamiento más empleadas por un grupo de pacientes con cáncer de mama. Realizo un estudio descriptivo, la población fue de 24 mujeres a las cuales se les aplico la escala de estrategias de afrontamiento modificada, encontrando de esta manera las más frecuentes. En sus resultados destaca que los mecanismos de afrontamiento son variados e influyen en el modo que la paciente sigue su tratamiento y para su recuperación. 6. Villota, M. F. E. (2010).

Chatoo, A., & Lee, S. (2022) realizaron una revisión sistemática de un total de 15 estudios sus hallazgos sugieren que las estrategias de afrontamiento pueden ser útiles para ayudar a las personas con enfermedades crónicas a mejorar su adherencia a la medicación. 7. Chatoo, A., & Lee, S. (2022)

Por lo tanto el presente estudio pretende identificar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia terapéutica en el cáncer de mama, conocer las características de los pacientes, así como conocer el tipo de afrontamiento que predomina para sobrellevar su enfermedad nos ayudara a que en el futuro se pueda orientar a estas pacientes con estrategias e información para fortalecer las estrategias de afrontamiento favorecedoras al proceso de recuperación de las pacientes y que a extenso plazo tengan un mejor pronóstico

en esta enfermedad obteniendo un mayor beneficio para el apego adecuado al tratamiento común médico.

## **II. Antecedentes**

El cáncer de mama es una de las neoplasias más frecuentes en la mujer. Se reconoce que la sospecha de padecer cáncer mamario es una alarma, atribuible a su asociación con la amenaza a la vida y a la integridad corporal, así como la incertidumbre que origina. 8. Karla Guzmán-Santos, et. al. (2012)

El diagnóstico de cáncer de mama es considerado un evento de sumo estrés pues es visto como una enfermedad con un pronóstico desfavorable, mutilante, costoso y que daña a diferentes niveles, como biológico, psicológico y social, a quien lo padece. 8. Karla Guzmán-Santos, et. al. (2012)

Reconocer los mecanismos adaptativos juegan un papel importante en la manera en que la paciente siga las recomendaciones del médico y consiga un adecuado apego al tratamiento ya que se requieren de estos mecanismos de reconstrucción psíquica para organizar una respuesta a los retos que crea esta enfermedad. 9 Ángel Herrera Gómez, M. G. G. (2013)

Los mecanismos adaptativos que utilicen estas pacientes afectaran tanto su evolución como su apego a los tratamientos y por consiguiente su pronóstico y supervivencia. Al respecto, R. Olivera-Fernández y colaboradores realizaron un estudio con el fin de conocer la adherencia real en pacientes con antineoplásicos orales para analizar la influencia de las características del paciente y del tratamiento e identificar motivos de no adherencia. Realizaron un estudio prospectivo observacional de cuatro meses de duración, en los pacientes con tratamiento antineoplásico oral dispensado desde la consulta de farmacia oncológica en el complejo hospitalario universitario de Vigo, Galicia, España. Para la recogida de datos se utilizaron: orden médica, historia clínica y visita con

entrevistas al paciente. 10 R. Olivera-Fernandez, F. Fernandez-Ribeiro, G. Piñeiro-Corrales, C. Crespo-Diz. (2014)

Refieren que encontraron 45% de sus pacientes no se adhieren al tratamiento en relación con el cáncer mamario, sin embargo, la adherencia al tratamiento antineoplásico oral oscila entre 16 y 100%, dependiendo del tratamiento y del método empleado en la medida, el principal motivo de no adherencia se debía a efectos adversos, así como olvido de las instrucciones. 10. R. Olivera-Fernandez, F. Fernandez-Ribeiro, G. Piñeiro-Corrales, C. Crespo-Diz. (2014)

En el curso y evolución de esta enfermedad resulta imprescindible considerar los factores que intervienen para que una mujer afronte el padecimiento, de acuerdo a de Haro y colaboradores, ellos realizaron un estudio descriptivo transversal, de correlación en pacientes con cáncer de mama del Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México, en el 2011. Se estudiaron 98 pacientes con el diagnóstico referido, entre seis y doce meses de evolución, de cualquier edad. Se estudiaron variables socio-demográficas, tipo de familia, tratamiento recibido, la capacidad y estrategias de afrontamiento utilizadas, encontrando como resultados que el tipo de familia, de tratamiento recibido la edad y la escolaridad se encuentran estrechamente relacionados con el estilo de estrategias de afrontamiento que presentan las pacientes con cáncer de mama. 11. De Haro-Rodríguez et. al. (2014).

La falta de adherencia al tratamiento y su relación con los tipos de afrontamiento se convierte así en un reto para los sistemas de salud, ya que puede llegar a afectar y empeorar el estado de salud de los pacientes.

### III. Fundamentación Teórica

#### a. Cáncer

El cáncer es un término genérico que se le da a un conjunto de enfermedades relacionadas. El cáncer es una anomalía que puede tratarse de formas diferentes. Es considerado un desorden multifactorial cuya característica común es el crecimiento sin control de células anormales, estas células anormales se deben a una alteración en el DNA (ácido desoxirribonucleico). Cuando en una célula el DNA se altera esta lo repara o muere. Sin embargo, en las células cancerosas este proceso se ve alterado y la célula no muere, sino que persiste y prolifera dando origen a nuevas células con el mismo DNA alterado y se les denominan clon.<sup>8</sup> Karla Guzmán-Santos, et. al. (2012)

Este trastorno es causado tanto por factores genéticos como no genéticos, y puede seguirse hasta un acúmulo de daños genéticos que dan lugar a la activación de oncogenes, la inactivación de los genes supresores de tumores y productos que controlan la diferenciación y proliferación celular. <sup>9</sup> Ángel Herrera Gómez, M. G. G. (2013)

#### Cáncer de mama

El cáncer de mama es una enfermedad en la cual las células de la mama se multiplican sin control. Existen distintos tipos de cáncer de mama. El tipo de cáncer de mama depende de qué células de la mama se vuelven cancerosas. <sup>9</sup>

Ángel Herrera Gómez, M. G. G. (2013)

Las mamas constan de tres partes principales: lobulillos, conductos y tejido conectivo. Los lobulillos son las glándulas que producen leche. Los conductos son los tubos que transportan la leche al pezón. El tejido conectivo (formado por tejido fibroso y adiposo) rodea y sostiene todas las partes de la mama. La mayoría de los cánceres de mama comienzan en los conductos o en los lobulillos. <sup>9</sup> Ángel Herrera Gómez, M. G. G. (2013)

#### b. Epidemiología

El cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuente en la población mundial con 2 296 840 nuevos casos en 2022, y la cuarta causa más frecuente de mortalidad con una prevalencia de 666 103 muertes. <sup>12</sup> Globocan. (2022)

El cáncer de mama es la primera neoplasia más común de América Latina, con una incidencia de 220 124 casos anuales. La mortalidad en la región es de 59 876 defunciones. Lo que representa el 9.0% de las defunciones anuales por esta causa. <sup>13</sup> Globocan. (2022B)

En México, las defunciones por tumores malignos ocupan la tercera causa de muerte en ambos sexos. Las entidades federativas que presentan las mayores tasas por residencia habitual por cada 100 000 habitantes son Ciudad de México con 95.8, Sonora con 82.8 y Veracruz 78.7, Querétaro cuenta con 61.4 mientras que las más bajas corresponden a Quintana Roo con 49.4, Guerrero con 55.1 y Tlaxcala con 58.8. <sup>14</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023)

Entre las defunciones provocadas por tumores malignos, las cuales totalizaron 90 018 casos, sobresalen los de órganos digestivos con 29 492 casos (32%), seguidos de los de los órganos genitourinarios con 21768 casos (24.2%) y los de los huesos, de los cartílagos articulares, del tejido conjuntivo, de la piel y de la mama con 12455 casos (13.8%). <sup>14</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023)

De manera general, en México las tasas de mortalidad observadas por tumor maligno de mama han tenido una tendencia al alza en las mujeres hay una mayor concentración de muertes por esta causa en comparación con los varones. Las tasas de mortalidad por esta enfermedad entre los varones son muy bajas; sin embargo, estos datos evidencian la presencia de este padecimiento también en ellos. <sup>15</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023)

De acuerdo a la Secretaría de Salud, en Querétaro, la tasa de mortalidad en 2015 fue de 14.1 por ciento y en 2017 bajó a 11.7 por ciento por cada 100 mil mujeres de 20 y más años de edad. <sup>16</sup> Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2016)

La Encuesta Nacional de Dinámica poblacional (ENADID) realizada por el INEGI, coloca a Querétaro en el lugar 10 a nivel nacional por defunciones ocasionadas por esta enfermedad. 16 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2016)

Querétaro ocupa el lugar número 29 a nivel nacional en casos de cáncer de mama, según estudios del INEGI, con una tasa de 199.61 por cada 100 mil mujeres, detectados en instituciones públicas de salud. En tanto, la tasa de letalidad hospitalaria es de 6.7 de cada 100 casos, por arriba del promedio nacional, que es de 4.4. 16 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2016)

### c. Tipos de cáncer de mama

Las tumoraciones malignas de mama surgen de elementos epiteliales y son categorizados en carcinomas. La gran mayoría de estos son carcinomas invasivos en el tejido ductal (65-85% porcentaje) y el resto son carcinomas invasivos en el tejido lobulillar (aproximadamente 10%). 17 Crawford S, A. R. (2022)

Los carcinomas In Situ son ductales (también conocidos como carcinoma intraductal) o lobulillar.

El término carcinoma ductal in situ (DCIS) abarca un grupo heterogéneo de lesiones que difieren en su presentación clínica, apariencia histológica y potencial biológico. El CDIS se caracteriza por la proliferación de células epiteliales presuntamente malignas dentro del sistema ductal mamario, sin evidencia de invasión en el estroma circundante en el examen de rutina con microscopio óptico. 18 Allred D. C. (2010).

Los carcinomas invasivos consisten en numerosos subtipos. 12 Crawford S, A. R. (2022)

- 
- Carcinoma ductal infiltrante 76 por ciento
- 
- Carcinoma lobulillar invasivo 8 por ciento
- 
- Ductal/lobular – 7 por ciento
- 
- Mucinoso (colloide) – 2.4 por ciento
-

- 
- Tubular – 1.5 por ciento
  - Medular – 1.2 por ciento
  - Papilar – 1 por ciento
- 

El carcinoma ductal infiltrante es el tipo más común de cáncer de mama invasivo y representa del 70 al 80 por ciento de las lesiones invasivas. También se denomina carcinoma infiltrante de tipo no especial o carcinoma infiltrante no especificado de otra manera. <sup>18</sup> Allred D. C. (2010)

#### d. Manifestaciones clínicas y diagnóstico

Las manifestaciones clínicas son variables y oscilan desde la enfermedad subclínica hasta la enfermedad avanzada. Por lo tanto, el examen clínico mamario por el personal médico debe iniciarse con un interrogatorio exhaustivo, una inspección mamaria. <sup>19</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011)

La detección de los casos se realiza en programas de cribado, por detección casual o por autoexploración.

#### Diagnóstico temprano recomendaciones generales.

1. Edad recomendable para inicio de examen médico mamario rutinario es a partir de los 19 años. <sup>19</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011)

2. En pacientes con antecedentes de BRCA1 y BRCA2 deben iniciar la exploración médica mamaria entre los 18 a 21 años de edad. <sup>19</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011)

#### Pruebas diagnósticas:

- Mastografía

Es el método de elección para la detección oportuna del cáncer de mama. Disminuye la mortalidad por cáncer de mama en un 21%; en países con ingresos altos, un tamizaje adecuado puede llegar a reducir la mortalidad en cifras superiores al 30%.<sup>20</sup> Alejandro Mohar, et. al. (2015)

La mastografía se divide en mastografía de tamizaje o escrutinio para las pacientes asintomáticas, y mastografía diagnóstica, en pacientes que presentan sintomatología como lesión palpable, cambios en la coloración, temperatura o

textura de la piel, historia reciente de cáncer mamario o mastografía de tamizaje anormal. 20 Alejandro Mohar, et. al. (2015)

La mastografía deberá ser interpretada y la conclusión emitida en sistema BIRADS 21 Jesús Cárdenas Sánchez, et. al. (Ed.). (2023)

CATEGORÍA	PATRÓN MAMARIO	RECOMENDACIONES
<b>0</b>	Insuficiente para diagnóstico. Existe 13% de posibilidad de malignidad.	Se requiere evaluación con imágenes masto gráficas adicionales u otros estudios (ultrasonido y Resonancia Magnética), así como la comparación con estudios previos.
<b>1</b>	Negativo, ningún hallazgo que reportar.	Mastografía anual en mujeres a partir de los 40 años
<b>2</b>	Hallazgos Benignos	Mastografía anual en mujeres a partir de los 40 años
<b>3</b>	Hallazgos probablemente benignos. Menos del 2% de probabilidad de malignidad.	Requiere seguimiento por imagen, unilateral del lado con hallazgos dudosos a los 6 meses y posteriormente anual bilateral por 2 años, esta categoría solo se recomienda en mastografía diagnóstica.
<b>4</b>	Hallazgos de sospecha de Malignidad. Se subdivide en: 4a - Baja sospecha de malignidad 4b – Sospecha intermedia de malignidad 4c - Hallazgos moderados de sospecha de malignidad, pero no clásicos	4(>2 -<95%) 4a (>2 - ≤ 10%) 4b (>10 - ≤ 50%) 4c (>50%- ≤95)
<b>5</b>	Clásicamente maligno	Requiere Biopsia

		VPP >95%
6	Con diagnóstico histopatológico de malignidad	En espera de tratamiento definitivo o valoración de respuesta a tratamiento.

Indicaciones específicas de mastografía: 22 World Health Organization. (2014)

- Realizarse anualmente o cada 2 años, a las mujeres de 40 a 49 años con 2 o más factores de riesgo, y en forma anual a toda mujer de 50 años o más.
- Mujer joven cuando exista sospecha clínica de cáncer mamario, independientemente de su edad.
- Mujer mayor de 40 años programada para cirugía estética de la glándula mamaria.
- Antes del inicio de terapia hormonal de reemplazo.
- Familiar de primer grado con diagnóstico de cáncer mamario, mastografía anual iniciando a los 30 años, o 10 años antes de la edad del familiar más joven con cáncer, nunca antes de los 25 años.
- Riesgo elevado para cáncer de mama (antecedentes familiares en línea directa, BRCA1, BRCA2).
- Antecedentes de biopsia mamaria y reportes histológicos de neoplasia lobular in situ, hiperplasia lobular o ductal con atipia, carcinoma ductal in situ o cáncer de ovario. 22 World Health Organization. (2014)

### Ultrasonido

Con mamas densas la sensibilidad de la mastografía puede llegar a disminuir hasta un 33%. Es por esto que han sido propuestos otros métodos diagnósticos para aumentar la especificidad diagnóstica. El ultrasonido mamario ha demostrado ser el método de imagen complementario por excelencia en la evaluación de la glándula mamaria.

Indicaciones de ultrasonido:

- Menores de 35 años con signos o síntomas de patología mamaria (dolor, nódulo palpable, secreción por el pezón, retracción de la piel o el pezón, enrojecimiento de la piel).
- Mujeres menores de 35 años y aquellas con sospecha de cáncer que cursen con embarazo o lactancia (método de imagen inicial de estudio).
- Mama densa por mastografía, ya que disminuye la sensibilidad radiográfica.
- Caracterización de una tumoración visible en la mastografía y determinación de su naturaleza, sólida o líquida.
- Implantes mamarios y sus complicaciones.
- Valoración de lesiones palpables no visibles en la mastografía.
- Procesos infecciosos (mastitis, abscesos, etc.) y su seguimiento.
- Lesiones sospechosas en la mastografía, o bien en caso de primario conocido, para descartar lesiones multifocales, metacéntricas o bilaterales.

20 Alejandro Mohar, et. al. (2015)

#### e. Estadificación

Estadificar proporcionara información respecto al pronóstico y al tratamiento al seguir.

Clasificación TNM de cáncer de mama. *23 estadificación del cáncer. (2022)*

#### 1. Tumor primario (T)

TX El tumor primario no puede ser evaluado

T0 No hay evidencia de tumor primario

Tis Carcinoma in situ (cáncer inicial que no se ha diseminado a tejidos vecinos)

T1, T2, T3, T4 Tamaño y/o extensión del tumor primario

#### 2. Ganglios linfáticos regionales (N)

NX No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales

N0 No existe complicación de ganglios linfáticos regionales (no se encontró cáncer allí)

N1, N2, N3 Complicación de ganglios linfáticos regionales (número y/o extensión de diseminación)

### 3. Metástasis distante (M)

MX No es posible evaluar una metástasis distante

M0 No existe metástasis distante (el cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo)

M1 Metástasis distante (el cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo)

El cáncer de mama no metastásico se considera en general en dos categorías:

- Etapa inicial: esto incluye a pacientes en etapa I, IIA o un subconjunto de la enfermedad en etapa IIB (T2N1).
- Localmente avanzado: incluye un subconjunto de pacientes con enfermedad en estadio IIB (T3N0) y pacientes con enfermedad en estadio IIIA a IIIC.

#### f. Tratamiento del cáncer mamario y manejo interdisciplinario

El cáncer de mama involucra un grupo multidisciplinario que incluye, cirujanos oncológicos, radiooncólogos, oncológicos médicos, cirujanos plásticos y reconstructores, imagenólogos, psico oncológicos, patólogos y grupos de apoyo.

La decisión terapéutica dependerá de la etapa clínica en la que se encuentre el paciente y se divide en enfermedad temprana, localmente avanzada y metastásica.

Las pacientes que se encuentran en estadios temprano se someten a cirugía primaria (tumorectomía o mastectomía) en la mama y los ganglios regionales con radioterapia (RT) o sin esta. Y posterior a la cirugía se puede

ofrecer tratamiento con terapia sistemática adyuvante según las características del tumor primario. 17 Crawford S, A. R. (2022)

La terapia sistémica deberá iniciarse tan pronto como sea posible, de preferencia entre la segunda y sexta semanas después del tratamiento quirúrgico. No se recomienda la utilización simultánea de radioterapia y quimioterapia debido al incremento de la toxicidad. Cuando ambas están indicadas, se iniciará con quimioterapia y al término de ésta se aplicará la radioterapia. Tampoco se sugiere la quimioterapia y la hormonoterapia en forma conjunta; esta última debe comenzar hasta el término de la primera. 24 Marissa C van Maaren, L. de M. (2016)

Para la mayoría de los pacientes con enfermedad con receptores hormonales positivos, se recomienda la quimioterapia en el entorno neo adyuvante en lugar de la terapia endocrina neo adyuvante. La quimioterapia se asocia con tasas de respuesta más altas en un período de tiempo más corto. Para pacientes seleccionados con enfermedad hormonal positiva, la terapia endocrina neo adyuvante puede ser una opción adecuada si existen comorbilidades graves u otros factores que requieran esa estrategia.

- Quimioterapia

Es la administración de fármacos (habitualmente por vía intravenosa) para destruir las células cancerosas que han podido dispersarse por el organismo, a las que ni la cirugía ni la radioterapia pueden alcanzar. 21 Jesús Cárdenas Sánchez, et. al. (Ed.). (2023)

En ocasiones, la quimioterapia se utiliza para reducir el tamaño del tumor antes de la intervención quirúrgica (esto se llama quimioterapia neo adyuvante).

La quimioterapia adyuvante puede durar de 3 a 6 meses, dependiendo del número de ciclos y de los fármacos necesarios en cada caso. Cada ciclo tiene una duración media de 3 o 4 semanas. El tratamiento con quimioterapia suele acompañarse de una serie de efectos secundarios entre los que destacan náuseas y vómitos, molestias musculares, cansancio, trastornos intestinales,

disminución de hematíes, leucocitos y plaquetas y caída temporal del cabello, esto varía en función del tipo de fármaco utilizado. <sup>21</sup> Jesús Cárdenas Sánchez, et. al. (Ed.). (2023)

- Radioterapia

Se utiliza como tratamiento complementario a la cirugía conservadora, cuando hay ganglios positivos y en algunos casos tras mastectomía.

Consiste en la aplicación de radiaciones ionizantes en la mama o en la pared torácica y en ocasiones en las cadenas ganglionares a las que drena (axila y cadenas supraclaviculares) para destruir las posibles células cancerosas que pudieran haber quedado tras la operación. <sup>24</sup> Marissa C van Maaren, L. de M. (2016)

El tratamiento estándar de radioterapia se administra durante unas 5 a 7 semanas, con una duración diaria de pocos minutos. Sin embargo, en la actualidad existen nuevos esquemas de tratamiento que permiten, en un subgrupo de mujeres, reducir el tiempo total de la radioterapia a 3-4 semanas (hipofraccionamiento).

Antes de iniciar el tratamiento es necesario realizar una planificación del mismo donde el especialista determinará la zona del tratamiento y la técnica para administrar la radiación. <sup>22</sup> World Health Organization. (2014)

- Tratamiento hormonal

Las células de la mama poseen la característica de ser estimuladas por las hormonas sexuales femeninas, fundamentalmente los estrógenos y la progesterona. Cuando las células tumorales conservan dicha característica, medida por la presencia de receptores hormonales en las mismas, es posible administrar un tratamiento hormonal adyuvante o complementario, que ha demostrado tener una elevada eficacia en reducir el riesgo de recaída del tumor y mejorar la supervivencia. <sup>22</sup> World Health Organization. (2014)

El tipo de fármaco que se utiliza dependerá también de la situación hormonal de la paciente, por lo que se valorará si se trata de una mujer menopáusica o no.

La terapia hormonal es un tratamiento sencillo que generalmente se administra por vía oral, con pocos efectos secundarios. La duración del tratamiento hormonal adyuvante debe ser prolongada, como mínimo durante 5 años.

- Tratamientos biológicos

Las células malignas son capaces de sintetizar más cantidad de sustancias normales o sustancias muy diferentes a las que producen las células normales. Una de las sustancias, que en algunos casos se encuentra aumentada en el cáncer de mama (20-30% de las pacientes) es la proteína HER2 neu. <sup>21</sup> Jesús

Cárdenas Sánchez, et. al. (Ed.). (2023)

Actualmente, se dispone de un anticuerpo monoclonal que actúa sobre las células tumorales capaces de producir la proteína HER2 en exceso, disminuyendo o deteniendo su crecimiento.

Este fármaco (Trastuzumab) tiene la característica de actuar destruyendo solamente las células tumorales sin actuar sobre las células sanas. Se puede administrar como único tratamiento o en combinación con quimioterapia u hormonoterapia en pacientes con enfermedad avanzada. <sup>25</sup> Matus-Santos JA, et.al. (2015).

#### g. Adherencia

La adherencia terapéutica se define como el grado en el que un paciente actúa según el intervalo y la dosis prescrita en el régimen de dosificación de un medicamento, así como las consecuencias del compromiso del paciente con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. <sup>26</sup> Francisca Fernández-Ribeiro, R.

O.-F. A. C. C.-D. (2017)

La no adherencia se define como el evitar, olvidar o dejar de tomar los medicamentos o la tendencia de alterar o ajustar las dosis recomendadas por el

médico, y el incumplimiento es suficiente para interferir considerablemente con la consecución del objetivo terapéutico <sup>27</sup> Lars Osterberg, M.D., and Terrence Blaschke. (2018)

El fracaso terapéutico conlleva a progresión de la enfermedad y un mal pronóstico, de ahí la importancia de conocer el grado de adherencia terapéutica. Cuando hay fracaso terapéutico, debe considerarse siempre la falta de adherencia al tratamiento antes de recurrir a la intensificación de tratamientos alternativos o pruebas innecesarias que pueden poner en riesgo al paciente. <sup>28</sup> Joyce A. Cramer, et.al. (2008)

Se calcula que 1 de cada 10 pacientes abandona la primera prescripción de la quimioterapia oral, y en el caso de las terapias por vía oral la tasa de adherencia varía del 16 al 100% en pacientes con cáncer de mama <sup>27</sup> Lars Osterberg, M.D., and Terrence Blaschke. (2018)

En cuanto a los métodos para medir la adherencia al tratamiento farmacológico pueden ser objetivos, y subjetivos, que van desde la observación directa, concentraciones de fármacos, marcadores biológicos en sangre, evaluación de la respuesta clínica, diario, recuento de píldoras, registro de reposición de prescripciones, dispositivos microelectrónicos de supervisión y cuestionarios <sup>29</sup> Ximena Palacios-Espinosa, L. P. V.-S. (2011), <sup>30</sup> Levenson, J. L. (2005)

Tabla métodos disponibles para supervisar la adherencia obtenida de la revista nursing en el artículo “mejorar la adherencia al tratamiento antineoplásico oral” autora Mónica p davey. <sup>31</sup> Yach D, S. E. et al. (2004) <sup>27</sup>. Davey, M. P. (2014)

<b>MÉTODOS</b>	<b>VENTAJAS</b>	<b>INCONVENIENTES</b>
Observación directa del tratamiento.	Aparentemente más precisa.	Los pacientes pueden esconder las píldoras en su boca y deshacerse más tarde de ellas; poco

		práctico para su uso habitual.
Medición de la concentración de fármacos (o metabolitos) en sangre.	Objetivas	Sujeto a variaciones del metabolismo; caro; indica solo la adherencia reciente.
Medición de un marcador biológico en sangre.	Objetivas	Caro; requiere recolección de muestras.
Evaluación de la respuesta clínica.	Simple de realizar.	Afectado por factores diferentes a la adherencia
Medición de los marcadores fisiológicos.	Normalmente fácil de realizar.	Afectado por factores diferentes a la adherencia (como el metabolismo).
Cuestionarios/autoinformes	Simple y barato	Sujeto a errores o distorsión a medida que aumente el tiempo entre visitas.
Diarios	Pueden prevenir las cuestiones de “mala memoria” halladas en los cuestionarios	Pueden ser incompletos o alterados por los pacientes, y por tanto imprecisos.
Recuento de píldoras	Objetivo, cuantificable, y simple.	Puede ser alterado por los pacientes (Por ejemplo, desechando las píldoras)
Registros de reposición de prescripciones.	Objetivo; los datos son fáciles de obtener.	La reposición no es equivalente a la ingestión de la medicación; requiere acceso al sistema de farmacia.
Dispositivos microelectrónicos de supervisión.	Preciso y cuantificable; permite rastrear la ingestión de píldoras.	Caro; la eliminación documentada de píldoras por el dispositivo puede no ser equivalente a la ingesta de la medicación por el paciente.

La medición de la adherencia terapéutica brinda información útil que el control de resultados solo, no puede proporcionar, pero sólo continúa siendo un cálculo del comportamiento real del paciente. Lo que es más importante, las estrategias empleadas deben cumplir con las normas psicométricas básicas de fiabilidad y validez aceptables. Ninguna estrategia de medición única se ha considerado óptima. Un enfoque multi-métodos que combina medidas objetivas razonables y de auto notificación factibles constituye la medición más avanzada del comportamiento de adherencia terapéutica <sup>31</sup> Yach D, S. E. et al. (2004).

Uno de los cuestionarios más conocidos y utilizados tanto en la práctica clínica como en investigación es el cuestionario de Morisky-Green. En la literatura, este test también se denomina Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4). Ha sido validado en una gran variedad de patologías crónicas y poblaciones como: hipertensión, diabetes, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y en pacientes mayores con patologías crónicas, así mismo en pacientes con cáncer <sup>32</sup> Francisca Fernández-Ribeiro, R. O.-F. A. C. C.-D. (2017).

El cuestionario modificado consta de 8 preguntas de forma dicotómica sí o no, las 4 primeras sobre sus actitudes ante la medicación de forma entremezclada durante la entrevista clínica, y 4 adicionales que hacen referencia al comportamiento relativo a la toma de medicación, especialmente a la infrautilización.<sup>33</sup> Miguel Ángel Rodríguez Chamorro, et.al. (2008)

#### g.1 Falta de adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer de mama

En lo que respecta al tipo de cáncer, el más prevalente en falta de adherencia terapéutica es el cáncer de mama, y dentro del tratamiento médico con menor adherencia se encuentra al antineoplásico oral seguido de la quimioterapia,

cirugía y tratamiento combinado de quimioterapia y radioterapia 33 Miguel Ángel Rodríguez Chamorro, et.al. (2008)

Asimismo, la etapa clínica de la enfermedad juega un papel importante con la falta de adherencia terapéutica y se ha visto que en etapas más avanzadas la adherencia se disminuye. 33 Miguel Ángel Rodríguez Chamorro, et.al. (2008)

El beneficio terapéutico de los antineoplásicos depende ampliamente del mantenimiento del régimen terapéutico por parte del paciente, especialmente en aquellos que tienen enfermedad metastásica como manera de prevención de la progresión de la enfermedad. 32 Francisca Fernández-Ribeiro, R. O.-F. A. C. C.-D. (2017)

A pesar estos beneficios, es una realidad que la falta de adherencia al tratamiento antineoplásico oral es muy frecuente 33. Miguel Ángel Rodríguez Chamorro, et.al. (2008)

Cuando los pacientes con cáncer son tratados con antineoplásicos vía parenteral, el personal de salud puede supervisar constantemente la respuesta de este, así como sus efectos adversos durante el ciclo del tratamiento, no así en el manejo por vía oral.

Se ha demostrado que la falta de adherencia al tratamiento farmacológico antineoplásico oral afecta la eficacia del tratamiento. La OMS define como adherencia a la extensión en el comportamiento en que una medicación se corresponde con las indicaciones del médico tratante y los factores que han encontrado con la falta de adherencia terapéutica son: 28 Joyce A. Cramer, et.al. (2008)

- a) Factores propios del paciente
- b) Los relacionados con el tratamiento
- c) Relacionados a los profesionales sanitarios
- d) Relativos al entorno

Dichos factores van desde la interpretación errónea o mala comprensión sobre la enfermedad, el no tener síntomas sobre la enfermedad, la falta de

creencia sobre los beneficios del tratamiento, la renuencia a los cambios en el comportamiento, las personas más jóvenes se apegan menos al tratamiento, y las enfermedades mentales como la depresión, ansiedad, deterioro cognitivo. 31 Yach D, S. E. et al. (2004)

El cáncer de mama es visto por la población como una patología de pronóstico sombrío, mutilante, costoso, dolorosa a nivel de pareja, compleja a nivel familiar, y una amenaza permanente. 34 Urzúa M. A, Marmolejo C. A, Barr D. C. (2011)

La frecuencia de los trastornos psiquiátricos en la adaptación al diagnóstico de cáncer de mama, varía entre un 40 y 50%. Existen múltiples factores que intervienen y modifican la respuesta adaptativa de estas pacientes como es la manera de afrontar la enfermedad. 35 Neus Pagès-Puigdemont, M. I. V.-M. (2018), 29 Rojas-May., G. (2006)

#### h. Afrontamiento.

El término se ha utilizado durante más de 40 años, alcanzando su punto máximo entre 1940 y 1950. Se entiende por afrontamiento los esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para afrontar una situación particular o estresante y hacer frente a las demandas internas y externas. Además del conflicto entre ambos. Eso lleva a la felicidad de esa persona. Según Lazarus y Folkman, el afrontamiento se define como la cantidad de recursos y esfuerzo cognitivos y conductuales destinados a resolver un problema, reducir, modificar o eliminar una respuesta emocional a una situación.36. Cano-García, Francisco & Rodríguez-Franco, Luis & Garcia-Martínez, Jesús. (2007)

Lazarus y Folkman (como se citó en Miracco et al., 2010) señalan dos tipos de estrategias de afrontamiento. Por una parte, aquellas estrategias dirigidas a la emoción que parte de la evaluación en la que el individuo nota que no puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes del entorno, por lo que recurre a un grupo de procesos cognitivos para intentar disminuir la alteración emocional, como son la evitación, minimización, el distanciamiento, atención

selectiva, comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los sucesos negativos. Por otra, aquellas dirigidas al problema son las estrategias que buscan identificar el problema y dar solución al mismo considerando diferentes alternativas, es decir, este afrontamiento se manifiesta cuando las condiciones que se le presentan al individuo resultan evaluadas como susceptibles de cambio. <sup>37</sup>

Miracco, M. C. (2010)

El afrontamiento es un proceso cambiante; ya que es activo, además de que es diferente y único para cada persona. Inicia con una evaluación cognitiva que da significado a la enfermedad y que determina las tareas de adaptación, metas u objetivos que se deberán alcanzar. <sup>38</sup>

Bellver A, Sánchez-cánovas J, Santaballa A, Munárriz B, Pérez-fidalgo JA, Montalar J. (2009)

Cano et al (2007) adaptaron esta tipología de Lazarus y Folkman y la dividieron en estrategias adaptativas y no adaptativas.

Las estrategias adaptativas son el resultado de ajustes positivos y positivos, tanto cognitivos como conductuales, mientras que las estrategias desadaptativas están asociadas con una desvinculación conductual de situaciones estresantes y sentimientos de pérdida de control. Por tanto, responden con más fuerza a la adaptación negativa. Estas estrategias se agrupan en ocho elementos y se detallan a continuación.<sup>36</sup>

Cano, F., Rodríguez, L. y García, J. (2007).

Las ocho escalas primarias son, brevemente:

1. Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
2. Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
3. Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional

4. Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.
5. Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante
6. Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante
7. Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante
8. Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias:

- Manejo adecuado centrado en el problema: incluye las subescalas Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema.
- Manejo adecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Apoyo social y Expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante.
- Manejo inadecuado centrado en el problema: incluye las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.
- Manejo inadecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Retirada social y Autocrítica, reflejando un afrontamiento desadaptativo

centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación. <sup>36</sup> Cano, F., Rodríguez, L. y García, J. (2007).

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias:

- Manejo adecuado: incluye las subescalas Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante.
- Manejo inadecuado: incluye las subescalas Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

<sup>36</sup> Cano, F., Rodríguez, L. y García, J. (2007).

La prueba que es utilizada en esta investigación es el inventario de estrategias de afrontamiento. Esta prueba es creada a partir de la escala de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman y de diferentes autores. El inventario se divide en dos partes: la primera consiste en describir detalladamente una situación estresante vivida recientemente y la segunda está formada por 40 ítems, tipo Likert de cinco puntos, que miden el grado de utilización de las ocho estrategias de afrontamiento en la situación relatada anteriormente (0 = en absoluto, 1 = un poco, 2 = bastante, 3 = mucho, 4 = totalmente). <sup>36</sup> Cano, F., Rodríguez, L. y García, J. (2007).

Según Cano et al. (2007), el inventario CSI es breve, sencillo de aplicar, versátil en el análisis de situaciones estresantes, posibilita la utilización combinada de información cualitativa y cuantitativa y, además, tiene buenas propiedades psicométricas. Estos autores hallaron coeficientes de fiabilidad de alfa de Cronbach muy adecuados en cada una de las ocho estrategias de afrontamiento: resolución de problemas (.86), autocrítica (.89), expresión emocional (.84), pensamiento desiderativo (.78), apoyo social (.80), reestructuración cognitiva (.80),

evitación de problemas (.63) y retirada social (.65). 36 Cano, F., Rodríguez, L. y García, J. (2007).

35. González W. et. al. (2017)

El diagnóstico de cáncer es considerado un evento estresante. En particular el cáncer de mama, ya que es visto por la población como una enfermedad de pronóstico oscuro, mutilante, costoso, que daña a nivel personal, familiar, de pareja, laboral y social, al ser considerado como una amenaza persistente; que causa efectos en la mayoría de las ocasiones negativos en los aspectos biológico, psicológico y social. 36 Darío Martín Llull, et.al (2003).

Existen otros factores que intervienen en la manera de afrontar dicho evento, entre los que se tiene, a la patología y el tipo de tratamiento otorgado, a las características propias del paciente (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico), los relacionados con el ambiente del paciente (tipo de familia, apoyo social, relación satisfactoria con su cónyuge, funcionamiento familiar, satisfacción marital). 39 Darío Martín Llull, et.al (2003).

Hay varias razones por las que existe interés en estudiar las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Entre ellas se incluyen cifras alarmantes en cuanto a la incidencia de este tipo de cáncer. Por otro lado, también incluye la necesidad de abordar los aspectos psicológicos de enfermedades como el cáncer, que tienen un impacto dramático en el estilo de vida y están poco estudiados en este tipo de pacientes. Las expectativas y sueños de las personas que padecen una enfermedad, especialmente la adaptación al diagnóstico, la adherencia al tratamiento y las estrategias de afrontamiento, aspectos que juegan un papel en el proceso de rehabilitación de las consecuencias de la enfermedad.

40. Paula Pérez, et. al. (2017)

En los últimos años la psicología oncológica ha adquirido gran relevancia, en donde los pacientes con cáncer necesitan adaptarse a su nueva situación, y las estrategias de afrontamiento predicen una mayor adaptación a la situación actual

del paciente con cáncer y con eso favorecer la adherencia al tratamiento. 6. Villota, M.

F. E. (2010)

A pesar de esto, dentro del estado del arte de la investigación, no hay suficiente información de como las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer se relacionan directamente con la falta de adherencia terapéutica.

#### IV. Hipótesis

**Ho:** No existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y la resolución de problemas como estrategia de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

**Ha:** Existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y la resolución de problemas como estrategia de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

**Ho:** No existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y el apoyo social como estrategias de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

**Ha:** Existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y el apoyo social como estrategias de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

**Ho:** No existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y reestructuración cognitiva como estrategia de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

**Ha:** Existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y reestructuración cognitiva como estrategia de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

**Ho:** No existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y la expresión emocional como estrategia de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

**Ha:** Existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y la expresión emocional como estrategia de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

**Ho:** No existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y evitación de problemas como estrategia de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

**Ha:** Existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y evitación de problemas como estrategia de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

**Ho:** No existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y retirada social como estrategia de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

**Ha:** Existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y retirada social como estrategia de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

**Ho:** No existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y pensamiento desiderativo como estrategia de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

**Ha:** Existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y pensamiento desiderativo como estrategia de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

**Ho:** No existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y autocrítica como estrategia de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

**Ha:** Existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y autocrítica como estrategia de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$

## **V. Objetivo**

### **V.1 Objetivo general**

Determinar la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y su relación con las diferentes estrategias de afrontamiento.

### **V.2 Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas de las mujeres con Cáncer de mama respecto a su edad, estado civil, escolaridad, ocupación y religión.
- Identificar el estadio del cáncer clasificado, la terapéutica empleada y su asociación con de adherencia al tratamiento.
- Determinar la relación entre la adherencia terapéutica y la resolución de problemas.
- Determinar la relación entre la adherencia terapéutica y el apoyo social.
- Determinar la relación entre la adherencia terapéutica y reestructuración cognitiva.
- Determinar la relación entre la adherencia terapéutica y expresión emocional.
- Determinar la relación entre la adherencia terapéutica y evitación de problemas.
- Determinar la relación entre la adherencia terapéutica y retirada social.
- Determinar la relación entre la adherencia terapéutica y pensamiento desiderativo.
- Determinar la relación entre la adherencia terapéutica y autocrítica.

## VI. Material y métodos

- a. **Diseño de la investigación:** Se llevó a cabo un estudio transversal analítico de asociación para determinar la relación entre la falta de adherencia terapéutica y los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento.
- b. **Definición de la población:** Se estudiaron mujeres con diagnóstico de cáncer de mama de cualquier edad que acudieron al servicio de Oncología del HGR1, delegación Querétaro.
- c. **Muestra y tipo de muestreo**  
Se calculó la muestra de acuerdo a la fórmula de Proporciones para 2 poblaciones o más:

$$n: \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (p_1 q_1 + p_0 q_0)}{(p_1 - p_0)^2}$$

En donde:

$Z_{\alpha}$ : Nivel de confianza del 95% que corresponde a 1.64

$Z_{\beta}$ : Poder de prueba del 80% que corresponde a 0.842

$p_1$ : .61

$q_1$ :  $1 - .61 = 0.39$

$p_0$ : 0.34

$q_0$ :  $1 - 0.34 = 0.66$

$$n = \frac{(1.64 + 0.842)^2 [(0.61)(0.39) + (0.34)(0.66)]}{(0.61 - 0.34)^2}$$

$$n = \frac{(2.482)^2 [0.2379 + 0.2244]}{(0.27)^2}$$

$$n = \frac{(2.482)^2 (0.4623)}{0.0729}$$

$$n = \frac{(6.160324) (0.4623)}{0.0729}$$

$$n = \frac{2,8479177852}{0.0729}$$

$$n = 39.06$$

Se redondea a 40 pacientes por grupo para determinar la relación de la adherencia al tratamiento y las estrategias de afrontamiento.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia en dos grupos: pacientes con cáncer de mama con adherencia al tratamiento y pacientes con cáncer de mama sin adherencia al tratamiento.

#### **d. Criterios de selección**

Se incluyeron todas las mujeres de cualquier edad con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama de reciente diagnóstico (máximo 1 año) que desearan participar en el estudio con derecho habiencia del IMSS. Se excluyeron pacientes que padezcan otras enfermedades crónicas (Diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, otros tipos de cáncer, dislipidemias, enfermedades reumatológicas). Excepto aquellas derivadas de las complicaciones propias del cáncer de mama o del tratamiento utilizado para el cáncer de mama. Además, se excluyeron pacientes que contaran con diagnóstico de depresión, trastorno de ansiedad, o enfermedades psiquiátricas previo al diagnóstico principal, con déficit

cognitivo y embarazadas. Se eliminaron aquellas hojas de recolección de datos incompletas.

#### **e. Variables estudiadas**

Las variables sociodemográficas estudiadas fueron edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión.

La variable de comportamiento estudiada fue la adherencia terapéutica, la cual fue valorada por el test de Morisky Green. Y las variables de afrontamiento resolución de problemas, apoyo social, reestructuración cognitiva, expresión emocional, evitación de problemas, retirada social, pensamiento desiderativo y autocrítica, las cuales fueron valoradas por el test inventario de estrategias de afrontamiento.

#### **f. Técnicas e instrumentos**

Se utilizó un cuestionario de variables sociodemográficas para saber las características generales de la población a estudiar; y se aplicó el inventario de estrategias de afrontamiento para medir los diferentes estilos de afrontamiento que utilizan las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

La escala utilizada es el “Inventario de Estrategias de Afrontamiento” cuya versión en inglés es de Tobbin, Holroyd, Reynolds y Wigal (1989) de 72 ítems, adaptado al castellano por Cano y cols. (2007) quedando de 40 ítems, y validado en México en la UNAM por Nava y cols; con los 40 ítems. Con Alfas de Cronbach superiores a 0.7 en cada dimensión evaluada.

Este inventario de estrategias de afrontamiento valora 8 dimensiones de estilos de afrontamientos, en este la persona inicia por describir de forma detallada el estresor, posteriormente contesta cada enunciado del inventario con una escala de Likert de cinco puntos en: 0) En absoluto, 1) Un poco, 2) Bastante, 3) Mucho, y

4) Totalmente; que define la frecuencia de realización de lo descrito en el enunciado durante la situación que describe, que en este caso es lo sintió, pensó, y pasó al saberse con cáncer de mama y el tratamiento que se le ofrecía. Al final se contesta un ítem adicional acerca de la Autoeficacia percibida del afrontamiento.

Los ítems se agrupan de la siguiente manera:

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO	ABREVIACION	ITEMS	$\alpha$
Resolución de problemas	REP	1, 9, 17, 25, 33	0.80
Autocrítica	AUT	2, 10, 18, 26, 34	0.86
Expresión emocional	EEM	3, 11, 19, 27, 35	0.86
Pensamiento desiderativo	PSD	4, 12, 20, 28, 36	0.84
Apoyo social	APS	5, 13, 21, 29, 37	0.84
Reestructuración cognitiva	REC	6, 14, 22, 30, 38	0.82
Evitación de problemas	EVP	7, 15, 23, 31, 39	0.70
Retirada social	RES	8, 16, 24, 32, 40	0.78

Cada estrategia se evalúa por separado teniendo un mínimo de 0 y un máximo de 20, entre más alta la calificación es el estilo que utiliza la paciente al afrontar la notificación de la patología. Una paciente puede utilizar varias estrategias a la vez, ya que no son excluyentes entre sí.

Para evaluar la adherencia terapéutica se utilizó el test de 8-item Morisky Medication Adherence Scale o MMAS8. La primera versión consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no para valorar las barreras para una correcta adherencia terapéutica. Los cuatro ítems adicionales hacen referencia al comportamiento relativo a la toma de medicación, especialmente, a la infrautilización.

Ha sido validado en una gran variedad de patologías crónicas y poblaciones como: hipertensión, diabetes, dislipidemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y en pacientes mayores con patologías crónicas, cáncer.

Este cuestionario consiste en realizar al paciente cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no sobre sus actitudes ante la medicación de forma entremezclada durante la entrevista clínica. Si las actitudes no son correctas, se asume que el paciente no es adherente al tratamiento. Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas.

#### **g. Procedimientos**

Una vez autorizado el protocolo de investigación por el Comité Local para la realización del estudio, adjunto con el número de registro ante SIRELCIS, con permiso del HGR #1, se acudió en horario matutino y vespertino a la Unidad oncológica de HGR1 Delegación 23 de Querétaro IMSS.

Se localizó a las pacientes presentes en la unidad siguiendo un muestreo aleatorio simple y se les invito a participar en el protocolo de investigación, se realizó una reseña breve del objetivo y de los beneficios al participar en el mismo.

Una vez aceptado verbalmente, se le entregó el consentimiento informado para que lo firme, posteriormente se aplicó la hoja de recolección de datos en conjunto con los instrumentos, así como revisión de expediente electrónico por parte del investigador para complementar la información.

En cualquier momento que la paciente presentó dudas se aclararon por el investigador principal.

#### **h. Análisis estadístico**

El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva, para las variables cualitativas en frecuencias y porcentajes, para las cuantitativas con promedios y desviación estándar. Para el análisis de variables se empleó Chi cuadrada mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 27.

#### **i. Consideraciones éticas.**

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Declaración de Helsinki 2013 se respeta el principio 9 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”. Así como el principio 24 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Por las características del estudio se considera que no implica riesgo para los pacientes. Se explicó los beneficios que puede otorgar el conocer si depende de las estrategias de afrontamiento, el grado de adherencia a la terapia convencional y sus posibles complicaciones y efectos adversos sobre el tratamiento.

Aquellas pacientes en las que se encontraron tipos de afrontamiento negativos que al momento de la aplicación del instrumento se encontraban en alguna situación de estrés o ansiedad o aquellas con falta de adherencia, se derivaron al servicio de psicología y trabajo social para un apoyo integral de estas situaciones.

Este proyecto de investigación requirió carta de consentimiento informado, se aplicó un instrumento de recolección de datos a cada paciente. La información recabada se manejó con confidencialidad y se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio, por lo que se encriptaron en las bases de datos toda información que ponga en riesgo la confidencialidad como es el nombre o afiliación de los pacientes no fueron incluidas, garantizando así la confiabilidad y seguridad de la información de las pacientes.

## VII. Resultados.

Fueron incluidos 80 mujeres que cumplieron criterios de selección; 40 calificadas con adherencia terapéutica y 40 sin Adherencia terapéutica; con un promedio de edad de  $55 \pm 11.8$  años, mínimo de 30 años y máximo de 81 años.

Respecto a las características demográficas de las incluidas, se resumen en la tabla 1; se aprecia como más frecuente que: el estado civil es casada en 67.5% del grupo de adherencia terapéutica y de 60% en el grupo sin adherencia ( $X^2=5.0$ ,  $p=0.28$ ); escolaridad predomina secundaria en ambos grupos y acumulan el 30% en el grupo con adherencia y 25% en el grupo sin adherencia ( $X^2=2.95$ ,  $p=0.707$ ) Ver tabla 2; ocupación ama de casa en 55% del grupo con adherencia y 47.5% en el grupo sin adherencia ( $X^2=9.2$ ,  $p=0.56$ ) Ver tabla 3 y religión católica en 87.5% en grupo con adherencia y 60% en el grupo sin adherencia ( $X^2=8.6$ ,  $p=0.125$ ). Ver tabla 1.

Sin demostrar asociación estadísticamente significativa ( $p>0.05$ ) entre las características demográficas y su adherencia al mismo. Es decir, no influyen en la adherencia al tratamiento. Ver tablas 1 a 4.

El 100% de los casos tenían un estadio del cáncer clasificado como inicial (I, IIA, IIB (T2N1). De las cuales en ambos grupos predomino el tratamiento de quimioterapia en un 90% del grupo con adherencia y 82.5% del grupo sin adherencia. ( $X^2=1.273$ ,  $p=0.529$ ) Ver gráfico 1.

Sin demostrar asociación estadísticamente significativa ( $p>0.05$ ) entre los 3 tipos de manejo terapéutico y su adherencia al mismo. Es decir que el tipo de tratamiento no influye en la adherencia al mismo. Ver gráfico 1.

En las estrategias adaptativas la resolución de problemas presento la mayor frecuencia en el rango de "muy alto" en uso de esta estrategia en el grupo con adherencia terapéutica, siendo en el grupo de sin adherencia terapéutica el

mayor valor de frecuencia en el uso “medio” de esta estrategia ( $\chi^2= 24.703$  P= 0.00). En apoyo social la mayor frecuencia esta en uso “muy alto” de esta estrategia en el grupo con adherencia terapéutica y encontramos la mayor frecuencia en el uso “medio” del grupo sin adherencia. ( $\chi^2= 25.234$  P= 0.00). Reestructuración cognitiva presento la mayor frecuencia (19) en el valor de “alto” para adherencia terapéutica y la mayor en “medio” (17) en el grupo sin adherencia terapéutica. ( $\chi^2= 11.972$  P= 0.07). Expresión emocional tuvo una frecuencia de 20 en uso “alto” para el grupo con adherencia terapéutica y en el grupo sin adherencia hubo una frecuencia de 16 tanto para el uso “medio” y “alto” de esta estrategia. ( $\chi^2= 12.033$  P= 0.07).

Tanto para resolución de problemas como para apoyo social hubo una p significativa de 0.0, por lo que podemos decir que hay una relación entre la adherencia terapéutica y dichas estrategias de afrontamiento, siendo diferente para reestructuración cognitiva y expresión emocional donde encontramos una p 0.07 no significativa por lo tanto deducimos que no hay una relación entre la adherencia y estas estrategias de afrontamiento. Ver tabla 5.

En las estrategias no adaptativas la evitación de problemas presento una frecuencia de 18 en el rango de “medio” en uso de esta estrategia en el grupo con adherencia terapéutica, y para el grupo de sin adherencia terapéutica el mayor valor de frecuencia 21, en el uso “medio” de esta estrategia ( $\chi^2= 9.231$  P= 0.02). En retirada social la frecuencia en el uso “medio” de esta estrategia fue 19 en el grupo con adherencia terapéutica y encontramos la mayor frecuencia en el uso “alto” del grupo sin adherencia con 16. ( $\chi^2= 12.233$  P= 0.07). Pensamiento desiderativo presento la mayor frecuencia (11) en el valor “medio” y en “muy alto” para adherencia terapéutica y la mayor en “muy alto” (15) en el grupo sin adherencia terapéutica. ( $\chi^2= 6.285$  P= 0.09). Autocritica tuvo una frecuencia de 24 en uso “bajo” para el grupo con adherencia terapéutica y en el grupo sin adherencia hubo una frecuencia de 17 para el uso “medio” de esta estrategia. ( $\chi^2= 18.462$  P= 0.00).

En las estrategias no adaptativas encontramos una *p* significativa tanto en el grupo de evitación de problemas y en el de autocrítica por lo que se establece que hay relación entre estos tipos de afrontamiento y en la adherencia terapéutica, sin embargo, para retirada social y pensamiento desiderativo no hubo relación. Ver tabla 6.

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS-ESTADO CIVIL

<b>Estado civil</b>	Con adherencia terapéutica		Sin adherencia terapéutica	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Soltera	1	2.5%	5	12.5%
Casada	27	67.5%	24	60%
Divorciada	3	7.5%	2	5%
Unión libre	6	15%	3	7.5%
Viuda	3	7.5%	6	15%

Chi<sup>2</sup>: 5,043 P: .283 |

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS-ESCOLARIDAD

<b>Escolaridad</b>	Con adherencia terapéutica		Sin adherencia terapéutica	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sin estudios	0	0%	1	2.5%
Primaria	6	15.0%	9	22.5%
Secundaria	12	30%	10	25%
Bachillerato	4	10%	5	12.5%
Técnico	8	20%	9	22.5%
Profesional	10	25%	6	15%

Chi<sup>2</sup>: 2,952 P: .707 |

TABLA 3: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS-OCUPACIÓN

<b>Ocupación</b>	Con adherencia terapéutica		Sin adherencia terapéutica	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Ama de casa	22	55%	19	47.5%

Obrera	4	10%	6	15%
Empleado	2	5%	10	25%
Comerciante	1	2.5%	1	2.5%
Profesionista	11	27.5%	4	10%

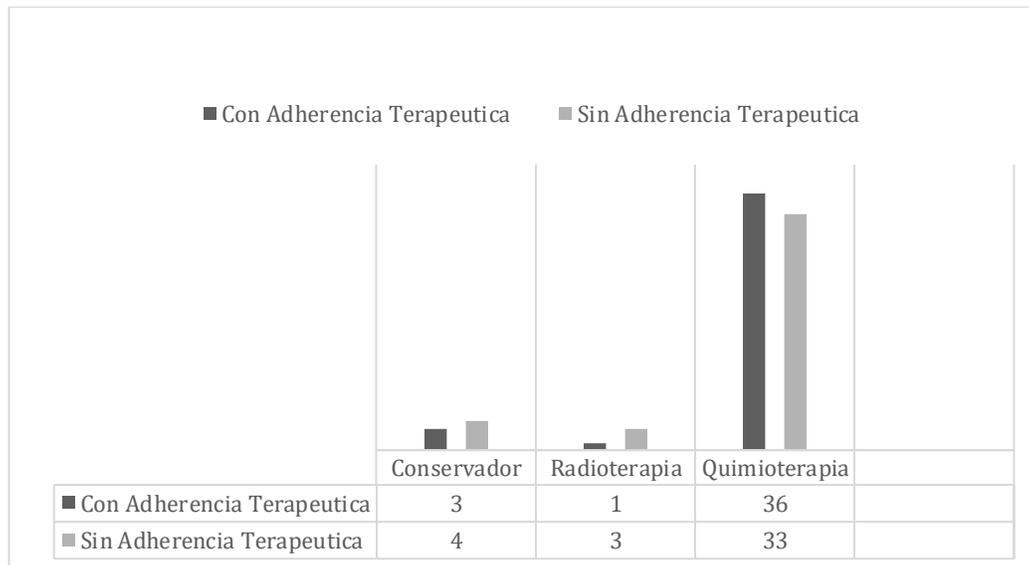
Chi<sup>2</sup>: 9,220 P: 0.56

TABLA 4: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS-RELIGIÓN

Religión	Con adherencia terapéutica		Sin adherencia terapéutica	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Católica	35	87.5%	24	60%
Mormón	0	0%	1	2.5%
Cristiano	4	10%	10	25%
Testigo de Jehová	0	0%	1	2.5%
Otras	0	0%	1	2.5%
Ninguno	1	2.5%	3	7.5%

Chi<sup>2</sup>: 8.622 P: 0.125

GRÁFICO 1: PORCENTAJE DE ACUERDO A TERAPÉUTICA EMPLEADA



Chi<sup>2</sup>: 1,273 P: 0.52

TABLA 5: ASOCIACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS

Estrategias adaptativas	Con adherencia terapéutica		Sin adherencia terapéutica		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Resolución de Problemas	Bajo	0	0 %	3	7.5 %
	Medio	3	7.5 %	19	47.5 %
	Alto	7	17.5%	8	20%
	Muy Alto	30	75 %	10	25%
<b>Chi<sup>2</sup>: 24.703 P: 0.00</b>					
Apoyo Social	Bajo	1	2.5%	4	10%
	Medio	2	5.0%	17	42.5%
	Alto	16	40%	15	37.5%
	Muy alto	21	52.5%	4	10%
<b>Chi<sup>2</sup>: 25.234 P: 0.00</b>					
Reestructuración Cognitiva	Bajo	0	0 %	3	7.5%
	Medio	6	15 %	17	42.5%
	Alto	19	47.5%	12	30%
	Muy Alto	15	37.5%	8	20%
<b>Chi<sup>2</sup>: 11.972 P: 0.07</b>					
Expresión Emocional	Bajo	1	2.5%	5	12.5%
	Medio	7	17.5%	16	40 %
	Alto	20	50%	16	40 %
	Muy Alto	12	30%	3	7.5%
<b>Chi<sup>2</sup>: 12 033 P: 0.07</b>					

TABLA 6: ASOCIACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y ESTRATEGIAS NO ADAPTATIVAS

Estrategias no adaptativas	Con adherencia terapéutica		Sin adherencia terapéutica		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Evitación de problemas	Bajo	6	15 %	0	0 %
	Medio	18	45 %	21	52.5 %
	Alto	12	30 %	9	22.5 %
	Muy Alto	4	10 %	10	25%
<b>Chi<sup>2</sup>: 9 231 P: 0.02</b>					
Retirada Social	Bajo	14	35 %	5	12.5%
	Medio	19	47.5 %	14	35 %
	Alto	6	15 %	16	40 %
	Muy alto	1	2.5 %	5	12.5%
<b>Chi<sup>2</sup>: 12 233 P: 0.07</b>					
Pensamiento desiderativo	Bajo	8	20 %	1	2.5%
	Medio	11	27.5 %	12	30%
	Alto	10	25 %	12	30%
	Muy Alto	11	27.5 %	15	37.5%
<b>Chi<sup>2</sup>: 6285 P: 0.09</b>					

Autocritica	<i>Bajo</i>	24	60%	8	20%
	<i>Medio</i>	9	22.5%	17	42.5%
	<i>Alto</i>	7	17.5%	7	17.5%
	<i>Muy Alto</i>	0	0%	8	20%
					<b>Chi<sup>2</sup>: 18462 P: 0.00</b>

## **VIII. Discusión.**

El objetivo de la presente investigación ha sido obtener información básica sobre cómo afrontan las pacientes de cáncer de mama su enfermedad y si esto influye en su adherencia a los tratamientos. Se optó por una escala Inventario de Estrategias de Afrontamiento, los resultados obtenidos sugieren que las pacientes utilizan varias estrategias simultáneamente y que difícilmente las estrategias son excluyentes.

En cuanto a los resultados no se encontró asociación significativa entre los 3 tipos de manejo terapéutico y su adherencia al mismo, es decir que el tipo de tratamiento no influyó en la adherencia al mismo. En el artículo de Haro y Cols. 2014 se encontró que en su mayoría las pacientes que se detectaron en estadios más avanzados optaron por un tratamiento quirúrgico más radical, por lo que además de este utilizaron combinaciones de tratamientos siendo este un factor de no adherencia, sin embargo este estudio siendo enfocado en población en estadios tempranos y al inicio de diagnóstico no encontramos combinaciones al momento de realizar las encuestas, algunas pacientes comentaron que iniciarían tratamientos de quimioterapia para continuar con radioterapia posterior a la evaluación de oncología. Por lo tanto, en su mayoría las pacientes usaban monoterapia.

Es importante mencionar que no se logró identificar una relación entre la adherencia y el estadio clínico, pues que la muestra que se obtuvo esta dentro de estadios tempranos en su totalidad. Esto es probablemente consecuencia del sitio donde se recolectó la muestra ya que en la unidad oncológica se ven gran parte de las pacientes de quimioterapia, quizá si hubiéramos recolectado en área de consulta quirúrgica habríamos encontrado más variedad de estadios.

El cáncer de mama en las mujeres representa un problema en su abordaje psicosocial con la interacción de factores y la manera en que se afrontan

a la patología siendo esto determinante para una mayor o menor adherencia respecto a esto Haro y colaboradores en su estudio de 2011 estudiaron diferentes variables desde socio-demográficas, tipo de familiar, tipo de tratamiento encontrando que estos factores estaban relacionados estrechamente al tipo de afrontamiento. En el presente estudio no se hizo una correlación de estas variables con el afrontamiento pues el objetivo fue la adherencia terapéutica, sin embargo, si destaca el promedio de edad de la población estudiada fue de 55 años, siendo en su mayoría casadas, con escolaridad primaria-secundaria, religión católica en un 73% y para fines del estudio en su mayoría en estadios tempranos de cáncer.

Respecto a la evidencia encontrada se pudo observar que los tipos de afrontamiento con manejo adecuado están relacionados a una mayor adherencia las cuales serían resolución de problemas que se enfoca al problema y apoyo social que se enfoca a la emoción. Esto pudiera ser secundario al hecho de que las pacientes encuestadas fueron elegidas en estadios tempranos del cáncer de mama y con diagnóstico de menos de 6 meses, por lo que considero que la esperanza y actitud positiva es alta, sería interesante evaluar si en estadios más avanzados o con más tiempo de evolución, esto sigue siendo de la misma manera.

Por otra parte, las variables con menos apego a tratamiento fueron las estrategias de afrontamiento no adaptativas con significancia estadística para evitación de problemas y autocrítica, las cuales van centradas al problema y a la emoción respectivamente, por lo que se les considera un tipo de afrontamiento negativo, aunque estas estrategias no son incorrectas, debido a que equivalen a una reevaluación de la situación esto pueda traer confusión y negación o poca aceptación al diagnóstico por lo que estas pacientes, tardarían en adherirse adecuadamente al tratamiento, evitar el problema o autocriticarse puede provocar que la paciente fantasee con la enfermedad y pueda estar en una etapa de

negación, lo que conllevaría a una paciente que no cree tener la enfermedad por lo tanto difícil que se adhiera adecuadamente a un tratamiento.

Otro punto a considerar es la falta de insumos en el instituto, algunas de las pacientes mencionaron que la falta de la toma del tratamiento no fue exclusivamente por decisión de ellas, en algunas ocasiones faltaban dosis de tratamiento por lo que no se les aplicaron, también comentaron que por servicios saturados en ocasiones se reagendaron citas retrasando muchas veces el diagnóstico, el inicio del tratamiento, y en ocasiones faltando así a dosis de tratamiento.

De acuerdo a lo encontrado en este trabajo y lo reportado en la literatura es de suma importancia indagar más sobre los aspectos que influyen en la paciente la percepción que tiene la paciente en relación a la capacidad que tiene para poder afrontar su situación, muestra claramente que esta percepción es fundamental para que siga indicaciones médicas y se adhiera a tratamiento.

## **IX. Conclusiones.**

Respecto a la edad la mayoría de las incluidas en edad pre o postmenopáusicas y socio-culturalmente homogéneas; con promedio de edad de  $55 \pm 11.8$  años, casadas en 63.7%; escolaridad con técnico 21.3% y secundaria en el 27.5%; ocupación ama de casa en 51.3% y religión católica en 73.8%.

Existe gran homogeneidad ya que en el estadio de cáncer tenían clasificación como inicial (I, IIA, IIB (T2N1)). Y en su mayoría (69 casos) recibieron tratamiento con quimioterapia, Sin demostrar asociación estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ) entre los 3 tipos de manejo terapéutico y su adherencia al mismo. Al ser estadios tempranos en su totalidad no se logró determinar una asociación con la adherencia.

Con los resultados obtenidos podemos concluir que para nuestras hipótesis se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que dice: "Existe una relación entre la falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y las diferentes estrategias de afrontamiento estadísticamente significativa de  $p < 0.05$ ", esto únicamente para las siguientes estrategias: Resolución de problemas, apoyo social, evitación de problemas y autocrítica.

## **X. Propuestas.**

Como médico familiar sería conveniente identificar en estas pacientes el tipo de afrontamiento y sus redes de apoyo, posiblemente usar el inventario utilizado en este protocolo no sería conveniente por el tiempo requerido, pero ciertamente existen otros que son de más rápida aplicación.

Crear estrategias educativas para que logremos concientizar al paciente y a su familia acerca de su enfermedad. Que pueden ser desde darles tribuna libre en la consulta para que se sientan escuchadas y libres de preguntar sus dudas.

En primer nivel es nuestro deber favorecer la resolución de problemas, redimensionar la enfermedad y disminuir el aislamiento en las pacientes con cáncer de mama, por lo que es relevante pensar en estrategias o intervenciones que favorezcan la inteligencia emocional, idealmente deberíamos apoyarnos de servicios como trabajo social, psicología o psiquiatría sin embargo en la práctica se vuelve difícil por la alta demanda de estos servicios.

Considero que realizar este estudio en pacientes en estadios más avanzados y con mayor tiempo de evolución nos permitiría valorar si las estrategias que predominaron en este estudio aplican de la misma manera o si el tiempo de evolución y estadio modifica nuestros resultados.

En cuanto al área administrativa poco podría influenciar como médico familiar, para gestionar los gastos que se establecen para esta enfermedad.

## XI. Bibliografía

1. World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO. (2023, 12 julio). Cáncer de mama. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. Instituto Mexicano Del Seguro Social, IMSS (2022) Epidemiología del cáncer de mama. <https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-de-mama-318014>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2023). Estadísticas a propósito del... día mundial contra el cáncer.
4. Krasne, M., Ruddy, K. J., Poorvu, P. D., et al (2022). Coping strategies and anxiety in young breast cancer survivors. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(11), 9109–9116. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07325-7>
5. Ośmiałowska, E., Misiąg, W., Chabowski, M., & Jankowska-Polańska, B. (2021). Coping Strategies, Pain, and Quality of Life in Patients with Breast Cancer. *Journal of clinical medicine*, 10(19), 4469. <https://doi.org/10.3390/jcm10194469>
6. Villota, M. F. E. (2010). Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno. *Revista Centro de Estudios En Salud*, 1(12), 7–19.
7. Chatoo, A., & Lee, S. (2022). Association of Coping Strategies and Medication Adherence: A Systematic Review. *Innovations in pharmacy*, 13(3), 10.24926/iip.v13i3.4991. <https://doi.org/10.24926/iip.v13i3.4991>
8. Karla Guzmán-Santos, et al. (2012). Carcinoma ductal infiltrante, el tipo de cáncer de mama más común.
9. Ángel Herrera Gómez, M. G. G. (2013). *Manual de oncología. Procedimientos médico quirúrgicos*. McGraw-Hill.
10. R. Olivera-Fernandez, F. Fernandez-Ribeiro, G. Piñeiro-Corrales, C. Crespo-Diz. (2014). Adherencia a tratamientos antineoplásicos orales. *Farm Hosp.*, 475–481.

11. De Haro-Rodríguez Lilia Susana Gallardo-Vidal Martha Leticia Martínez-Martínez Nicolás Camacho-Calderón Jorge Velázquez-Tlapanco Y Eduardo Paredes Hernández., M. A. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, 87–99.
12. Globocan. (2022). Breast Cancer. World Health Organization. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/22-Breast-fact-sheet.pdf>
13. Globocan. (2022B). WHO Americas region (PAHO). World Health Organization. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/992-who-americas-region-paho-fact-sheets.pdf>
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). Características de las defunciones registradas en México durante 2022.
15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). Estadísticas a propósito del... día mundial contra el cáncer.
16. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2016). Información Estadística Cáncer de Mama. Programa de Acción.
17. Crawford S, A. R. (2022). Breast cancer. In Anubhav Agarwal, M. D. Mount Sinai South Nassau, Michael A. Buratovich, Ph. D. Spring Arbor University, Paul Moglia, Ph. D. Mount Sinai South Nassau, John N. Morley, M. D. NYS Department of Health (Ed.), *Magill's Medical Guide* (p. 428). Salem Health.
18. Allred D. C. (2010). Ductal carcinoma in situ: terminology, classification, and natural history. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 2010(41), 134–138. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgq035>
19. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011). Diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria benigna en primer y segundo nivel de atención. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/240GER.pdf>
20. Alejandro Mohar, Nancy Reynoso, Cynthia Villarreal-Garza, Juan Enrique Bargalló-Rocha, Claudia Arce-Salinas, Fernando Lara-Medina. (2015). Cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología. Experiencia del Seguro Popular 2007-2013. *Revista Mexicana de Mastología*, 6–11.

21. Jesús Cárdenas Sánchez, Dr. Juan Enrique Bargalló Rocha, Dra. Guadalupe Cervantes Sánchez et. al. (Ed.). (2023). Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario (Decima Reunion).
22. World Health Organization. (2014). WHO position paper on mammography screening.
23. Estadificación del cáncer. (2022). Instituto Nacional Del Cancer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion#:~:text=En%20el%20sistema%20TNM%2C%20las,linf%C3%A1ticos%20ceranos%20que%20son%20cancerosos>
24. Marissa C van Maaren, L. de M. (2016). 10 year survival after breast-conserving surgery plus radiotherapy compared with mastectomy in early breast cancer in the Netherlands: a population-based study. *The Lancet Oncology*, P1158-1170.
25. Matus-Santos JA, Arce-Salinas C, Flores-Díaz D, Reynoso-Noverón N, Villarreal-Garza C, Alvarado-Miranda A, Lara-Medina F, Mohar-Betancourt A. (2015). Actualidades del tratamiento del cáncer de mama metastásico HER2-positivo. *Revista Mexicana de Mastología*, 18–22.
26. Francisca Fernández-Ribeiro, R. O.-F. A. C. C.-D. (2017). Estudio de adherencia y seguridad en pacientes a tratamiento con capecitabina. *Farm Hosp*, 204–221.
27. Lars Osterberg, M.D., and Terrence Blaschke. (2018). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(18), 487–497.
28. Joyce A. Cramer, Anuja Roy, Anita Burrell, Carol J. Fairchild, Mahesh J. Fuldeore, Daniel A. Ollendorf, Peter K. Wong. (2008). Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. *Value in Health*, 11(1), 44–47.
29. Ximena Palacios-Espinosa, L. P. V.-S. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Psicoonco*, 8(2–3), 423–440.
30. Levenson, J. L. (2005). *Textbook of Psychosomatic Medicine*. American Psychiatric Publishing, Inc.

31. Yach D, S. E. et al. (2004). Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo de la OMS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41182/adherencia-largo-plazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Fernández-Ribeiro, Francisca, Olivera-Fernández, Rosario, & Crespo-Diz, Carlos. (2017). Adherence and safety study in patients on treatment with capecitabine. *Farmacia Hospitalaria*, 41(2), 204-221. <https://dx.doi.org/10.7399/fh.2017.41.2.10596>
33. Miguel Ángel Rodríguez Chamorro, Emilio García-Jiménez, Pedro Amarilesc, Alfonso Rodríguez Chamorro, María José Fause. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*, 40(8), 413–417.
34. Urzúa M. A, Marmolejo C. A, Barr D. C. (2011). Validación de una escala para evaluar factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos. *Universitas Psychologica*; 11(2)587–598.
35. Neus Pagès-Puigdemont, M. I. V.-M. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica*, 59(3), 163-72.
36. Cano-García, Francisco & Rodríguez-Franco, Luis & Garcia-Martínez, Jesús. (2007). Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas españolas de psiquiatría*. 35. 29-39.
37. Miracco, M. C., Rutzstein, G., Lievendag, L., Arana, F. G., Scappatura, M. L., Elizathe, L., & Keegan, E. (2010). Estrategias de afrontamiento en mujeres maltratadas: la percepción del proceso por parte de las mujeres. *Anuario de Investigaciones*, XVII( ), 59-67.
38. Bellver A, Sánchez-cánovas J, Santaballa A, Munárriz B, Pérez-fidalgo JA, Montalar J. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicoon*, 6(1), 139–154.
39. Darío Martín Llull, Justo Zanier, Fernando García. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8(2), 175–182.

40. Paula Pérez, Andrea González, Ismael Mieles, Ana Fernanda Uribe. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Psicoon*, 15(2), 41–54.
41. Davey, M. P. (2014). Mejorar la adherencia al tratamiento antineoplásico oral. *Nursing*, 31(3), 53–57.

## XII. Anexos

 <b>Hoja de recolección de datos</b>  				
Falta de Adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y su relación con las diferentes estrategias de afrontamiento en el HGRN°1 IMSS				
nombre _____			Folio _____	
Edad	Estadio Civil	Escolaridad	Ocupación	Religión
_____	1) soltera 2) casada 3) divorciada 4) unión libre 5) viuda	1) Sin estudios 2) primaria 3) secundaria 4) bachillerato 5) técnico 6) profesional	1) Ama de casa 2) obrera 3) empleado 4) comerciante 5) profesional	1) católica 2) mormón 3) cristiano 4) testigo de Jehová 5) otras 6) ninguna
Adherencia terapéutica				
1) si 2) no				
Estrategias de afrontamiento				
Resolución de problemas	Apoyo Social	Reestructuración cognitiva	Expresión emocional	
1) si 2) no	1) si 2) no	1) si 2) no	1) Si 2) no	
Evitación de problemas	Retirada social	Pensamiento desiderativo	Autocrítica	
1) si 2) no	1) si 2) no	1) si 2) no	1) si 2) no	

## Instrumentos

Marca con una cruz el número correcto:

### Test de Morisky Green

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	NO	SI
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	NO	SI
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	NO	SI
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	NO	SI
El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.		

### Inventario de Estrategias de Afrontamiento

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y como estas se enfrentan a estos problemas. Describa ¿cómo se sintió al dársele el diagnóstico de cáncer de mama, que ocurrió? No se preocupe por si está peor o mejor escrito o mejor o peor organizado, solo escríbala tal y como se le ocurra.

De nuevo piense en la situación anterior, responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejo usted esa situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación redactada anteriormente marcando el número que corresponda.

0= en absoluto                      1= un poco    2=Bastante    3=Mucho    4=Totalmente

Este seguro de que responde a todas las frases y de que marca solo un numero en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

1	Luche para resolver el problema	0	1	2	3	4
2	Me culpe a mi mismo	0	1	2	3	4
3	Deje salir el sentimiento para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4	Desee que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5	Encontre a alguien que escucho mi problema	0	1	2	3	4
6	Repase el problema una y otra vez	0	1	2	3	4
7	No deje que me afectara; evite pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8	Pase algun tiempo solo	0	1	2	3	4
9	Me esfuerce para resolver los problemas de la situacion	0	1	2	3	4
10	Me di cuenta que era personalmente de mis dificultades y me lo reproche	0	1	2	3	4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12	Desee que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13	Hable con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14	Cambie la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15	Trate de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16	Evite estar con gente	0	1	2	3	

17	Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18	Me critique por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje ir	0	1	2	3	4
20	Deseo no encontrarme nunca mas en esa situacion	0	1	2	3	4
21	Deje que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23	Quite importancia a la situación y no quise preocuparme mas	0	1	2	3	4
24	Oculte lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25	Supe lo que había que hacer, así que doble mis esfuerzos y trate con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26	Me recrimine por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27	Deje desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28	Deseo poder cambiar lo que había ocurrido	0	1	2	3	4
29	Pase algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30	Me pregunte que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31	Me comporte como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32	No deje que nadie sintiera como me sentía	0	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luche por lo que quería	0	1	2	3	4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36	Me imagine que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4

37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38	Me fije en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39	Evite pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40	Trate de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
41	Me considere capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE  
SALUD**

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE  
INVESTIGACIÓN

**Nombre del estudio:**

***Falta de adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama y su relación con las diferentes estrategias de afrontamiento en el HGR1 del instituto mexicano del seguro social Querétaro.***

**Patrocinador externo (si aplica):**

No aplica

**Lugar y fecha:**

Santiago de Querétaro, a

**Justificación y objetivo del estudio**

El cáncer de mama constituye un problema de salud a nivel mundial. Esta enfermedad se caracteriza por ser un padecimiento crónico que afecta directamente la calidad de vida de las pacientes y de sus familias, teniendo así implicaciones biológicas, sociales, económicas y emocionales. El conocer la probabilidad que tiene un paciente de adherirse al tratamiento es fundamental ya que de esto depende el éxito del tratamiento médico. Entonces se vuelve importante evaluar al paciente en un contexto individualizado para identificar la reacción ante su enfermedad y analizar diferentes niveles o formas de afrontamiento. Obtener información de la adherencia real de las pacientes e identificar su relación con las diversas formas de afrontamiento puede ser una oportunidad de mejora en la

	atención.
<b>Procedimientos:</b>	Se le entregarán 2 cuestionarios. Uno de ellos contiene 4 preguntas de cómo sigue su tratamiento actual donde deberá responder con sí o no, mientras que el otro cuestionario consiste en una serie de afirmaciones en las que deberá determinar el grado en el que se sintió como la oración plantea, calificando de en absoluto, un poco, bastante, mucho o totalmente. El tiempo estimado para responder las preguntas es de 10 a 15 minutos aproximadamente
<b>Posibles riesgos y molestias:</b>	Incomodidad al responder preguntas en cuyo caso tiene toda la libertad de dejar de responder el cuestionario y retirarse del estudio. No está obligada a responder las preguntas si la están incomodando.
<b>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</b>	El mayor beneficio es esta investigación es que podrá conocer si existe alguna medida de afrontamiento negativa que le esté impidiendo apegarse a su tratamiento y en caso de requerir manejo especializado se derivará al servicio de psicología y trabajo social, lo que le ayudara a afrontar más fácilmente su enfermedad.
<b>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</b>	Se le informará sobre los resultados obtenidos de lo que respondió y en caso necesario se derivará al servicio especializado
<b>Participación o retiro:</b>	El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto. Pueden retirarse de dicho estudio cuando usted lo decida.
<b>Privacidad y confidencialidad:</b>	El uso de la información será anónimo y confidencial, se garantizará la confidencialidad de lo que nos proporcione por lo que su nombre, afiliación y clínica de adscripción no se incluirán en los resultados ni se compartirán con otras personas fuera del investigador.
<b>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):</b>	No aplica
<b>Beneficios al</b>	Informar sobre los resultados obtenidos.

**término del estudio**

**En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:**

Dra. Lilia Susana Gallardo Vidal

Especialista en Medicina Familiar UMF 13

Directora clínica de tesis

Celular: 442 446 9796

Correo electrónico:

[susana.gallardo@imss.gob.mx](mailto:susana.gallardo@imss.gob.mx) / [susi2947@gmail.com](mailto:susi2947@gmail.com)

Dra. Sarahi Judith Hernández Reyes

Residente de Medicina Familiar de Segundo Año

Unidad Sede: UMF 09

Matricula: 99239880

Celular: 4442569347

Correo Electrónico: [sara\\_hdz22@outlook.com](mailto:sara_hdz22@outlook.com)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de ética en investigación localizado en la coordinación clínica de educación e investigación en salud del hospital general regional no. 1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 08 a 16 horas, al teléfono de 442 211 2337 en el mismo horario al correo electrónico: [comiteitcainvestigacionhgr1qro@gmail.com](mailto:comiteitcainvestigacionhgr1qro@gmail.com)

Nombre y firma de la Paciente:

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testigo:

\_\_\_\_\_

**Clave:**