

Cumplimiento con la quimioterapia intravenosa y algunos factores asociados a éste en pacientes oncológicos adultos*

Compliance with intravenous chemotherapy and some factors associated
in oncologic adult patients

Cumprimento com quimioterapia intravenosa e fatores associados
em pacientes oncológicos adultos

Mariana Díaz-Amaya**

Mónica Rodríguez-Reyes***

Natalia Trujillo-Osorio****

Ximena Palacios-Espinosa*****

Universidad del Rosario

Resumen

Según la literatura, las tasas de incumplimiento con la quimioterapia para el cáncer son altas (10-80%), lo que hace que ésta sea ineficaz, dando lugar a un aumento de la morbilidad, de la mortalidad y de los costos de la asistencia sanitaria. Sin embargo, en Colombia no hay estudios al respecto. **Objetivo:** establecer la prevalencia de cumplimiento con la quimioterapia intravenosa en pacientes oncológicos adultos que iniciaron y terminaron quimioterapia entre enero de 2011 y enero de 2012 en el Servicio de Hemato-Oncología de un hospital general de Bogotá, Colombia. Específicamente, se buscó caracterizar la muestra y conocer los factores asociados al incumplimiento. **Muestra:** 107 pacientes oncológicos que cumplieron con los criterios de inclusión. **Método:** estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, transversal exploratorio. Para el análisis estadístico se empleó

el programa SPSS, realizando análisis de las medidas de tendencia central, de la distribución de frecuencias y tablas de contingencia aplicando la prueba Chi Cuadrado (χ^2) y *F* de Fisher. **Resultados:** la prevalencia de incumplimiento con la quimioterapia fue del 68% y la de cumplimiento fue de 32%. Como factor asociado a ésta se encontró el estadio de la enfermedad. **Conclusión:** el incumplimiento tiene un alta prevalencia en la muestra estudiada, razón por la cual es pertinente la realización de investigaciones más amplias a nivel nacional que permitan conocer la prevalencia del fenómeno en el país, así como los factores asociados para generar propuestas de intervenciones adecuadas para la población colombiana, teniendo en cuenta el papel del psicólogo dentro de la elaboración e implementación de estas estrategias e intervenciones, pues no se debe olvidar que el cumplimiento es un tema comportamental.

* Este es un estudio que se desarrolló dentro del proyecto de investigación titulado: *Adherencia a la quimioterapia y a las prácticas de medicina popular en pacientes oncológicos*. El investigador principal del proyecto en mención es Ximena Palacios-Espinosa y la coinvestigadora, Laura Vargas Sterling.

** Psicóloga, Universidad del Rosario; especialista en Psicología Médica y de la Salud, Universidad El Bosque. Correo electrónico: marianadiazamaya@gmail.com

*** Psicóloga, Universidad del Rosario. Correo electrónico: moniron89@hotmail.com

**** Psicóloga, Universidad del Rosario. Correo electrónico: trujillo.natalia@urosario.edu.co

***** Psicóloga, profesora principal del Programa de Psicología de la Universidad del Rosario, correo electrónico: ximena.palacios@urosario.edu.co

Para citar este artículo: Díaz-Amaya, M., Rodríguez-Reyes, M., Trujillo-Osorio, N. & Palacios-Espinosa, X. (2013). Cumplimiento con la quimioterapia intravenosa y algunos factores asociados a éste en pacientes oncológicos adultos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31 (3), 467-482.

Palabras clave: cumplimiento, adherencia, cáncer, quimioterapia, psicología

Abstract

According to literature, the noncompliance rates in cancers chemotherapy are high (10% - 80%), which makes this treatment ineffective resulting in a raise of the morbidity, of the mortality and of the health care costs. However, in Colombia there are no studies about it. **Objective:** To establish the prevalence of compliance with intravenous chemotherapy on adult oncology patients that started and finished the treatment between January of 2011 and January of 2012 in the Hemato-Oncology service of a general hospital. Specifically, we sought to characterize the sample and recognize the associated factors of noncompliance. **Sample:** 107 cancer patients that met the inclusion criteria. **Method:** Study with a quantitative approach, non-experimental, cross exploratory. The statistical analysis was done with the program SPSS making an analysis of the central tendency measures, the frequency distribution, and contingency tables applying the chi-square (X^2) test and Fisher's test. **Results:** The prevalence of noncompliance of chemotherapy was 68% and the prevalence of compliance was 32%. Disease stage was found to be an associated factor. **Conclusion:** Noncompliance has a high prevalence in the studied sample, indicating the importance of bigger scale studies to gain nation-wide information on the prevalence of the phenomenon, as well as the associated factors, to generate proposals of appropriate interventions to the Colombian population considering the role of psychologists in the development and implementation of these strategies and interventions because it should not be forgotten that compliance is a behavioral issue.

Keywords: compliance, adherence, cancer, chemotherapy, psychology

Resumo

Segundo a literatura, as taxas de inadimplência com quimioterapia para o câncer são altas (10 -80%), tornando-se ineficaz, levando ao aumento da morbidade, mortalidade e dos custos assistência médica.. No entanto, na Colômbia, não há estudos relacionados. **Objetivo:** Estabelecer a prevalência de cumprimento com a quimioterapia intravenosa em pacientes oncológicos adultos

que iniciaram e terminaram a quimioterapia entre janeiro de 2011 e janeiro de 2012, no Serviço de Hematologia-Oncologia de um hospital geral, em Bogotá, Colômbia. Especificamente, buscou-se caracterizar a amostra e determinar os fatores associados ao não cumprimento.

Amostra: 107 pacientes com câncer que preencheram os critérios de inclusão. **Método:** estudo quantitativo, não experimental, transversal, de caráter exploratório. Para análise estatística foi utilizado SPSS fazendo análise das medidas de tendência central, da distribuição de frequências e tabelas de contingência, utilizando o teste do qui-quadrado (x^2) e *F de Fisher*. **Resultados:** A prevalência de inadimplência com a quimioterapia foi de 68% e de cumprimento foi de 32%. Como fator associado a esta encontrou-se o estágio da doença. **Conclusão:** a inadimplência tem alta prevalência na amostra estudada, razão pela qual é relevante a realização de pesquisas mais amplas nível nacional que forneçam uma visão da prevalência do fenômeno no país, além dos fatores associados para gerar propostas de intervenções apropriadas para a população colombiana, tendo em conta o papel do psicólogo no desenvolvimento e implementação dessas estratégias e intervenções, porque não deve ser esquecido que o cumprimento é uma questão comportamental. *Palavras chave:* cumprimento, adesão, quimioterapia, câncer, psicologia

El cáncer es un fenómeno multicausal que comprende un conjunto de enfermedades en las que el organismo produce un exceso de células que crecen y se dividen de forma no coordinada con los tejidos sanos, debido a una mutación que hace que éstas sean incapaces de regular su crecimiento o inducir la apoptosis (muerte celular) (American Cancer Society, 2010, 2011; Camargo, Wiesner, Díaz & Tovar, 2004; Holland, 1998). La evolución de la enfermedad se produce en diferentes fases en donde diversos factores interactúan en una compleja mezcla de secuencias, intensidades y tiempos de exposición que permiten determinar un diagnóstico (Camargo et ál., 2004; Rivero et ál., 2008).

Desde el punto de vista científico, el cáncer es considerado como una enfermedad crónico-degenerativa, cuyo origen se asocia con características biológicas de las personas y sus estilos de vida, entre otras condiciones propias del desarrollo co-

mo la edad (Ehrenzweig, 2007). La OMS (2008) prevé que a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030 (pasará de 7.9 millones a 11.5 millones), debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. Se estima que durante el mismo periodo el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11.3 millones en 2007 a 15.5 millones en 2030.

Entre otras razones, por su alta incidencia y mortalidad, el cáncer continúa siendo –aún en el siglo xxi– una de las enfermedades más temidas y estigmatizadas, lo que genera que las personas que lo desarrollan experimenten altos niveles de ansiedad, de estrés y, ocasionalmente, trastornos psicológicos. Por lo tanto, es indispensable tener en cuenta las creencias que las personas con cáncer tienen en relación con la enfermedad y el modo en que aquéllas se estructuran, para predecir su comportamiento; por ejemplo, en cuanto a la adherencia y cumplimiento con las indicaciones terapéuticas (Ehrenzweig, 2007).

Los tratamientos convencionales para el cáncer incluyen cirugía, radioterapia y quimioterapia, que pueden ser administrados individualmente o de forma conjugada, de acuerdo a las características específicas del caso clínico (Fleming et ál., 1996). En específico, la quimioterapia se basa en la administración de sustancias químicas que tienen toxicidad selectiva hacia las células tumorales más que hacia el tejido normal (American Cancer Society, 2010; Devita & Chu, 2008; Holland, 1998). Dependiendo del tipo de cáncer, del estadio de la enfermedad y de la condición general del paciente, se selecciona un esquema o régimen de terapia determinado; es decir, los medicamentos que se van utilizar, la forma de administración, el número de ciclos a cumplir y el periodo que debe transcurrir entre cada ciclo (American Cancer Society, 2010, 2011). El primer régimen o esquema de quimioterapia que recibe una persona se conoce como quimioterapia de primera línea; si ésta no da resultado, se administra una segunda línea de quimioterapia (es decir, un nuevo esquema), pudiéndose llegar a administrar hasta cuatro o cinco líneas de quimioterapia a un paciente (National Cancer Institute, s. f.).

Con frecuencia, la quimioterapia es responsable de diversidad de efectos secundarios que generan

incomodidad y malestar en el paciente y que hacen de esta experiencia terapéutica un eventovital francamente estresante. Así, náuseas, vómito, diarrea, mucositis, neutropenia, inmunosupresión, alopecia, astenia y adinamia (Fleming et ál., 1996) son algunos de los factores que, sumados a las características propias de la enfermedad, el perfil sociodemográfico del paciente y el régimen terapéutico, entre otros, pueden llevar a que el paciente no cumpla con lo indicado por el especialista (Rodríguez-Marín, 2004).

El cumplimiento terapéutico es entendido como “el grado con el cual el comportamiento de un individuo coincide con lo prescrito o aconsejado por el médico o por el equipo de salud” (Jay, Litt & Durant, 1984, p. 124). Hablando específicamente de la quimioterapia, el cumplimiento se define como la “recepción de los agentes quimioterapéuticos según lo prescrito, tanto en la dosis como en el momento adecuado” (Omoti & Agada, 2005, p. 2); por lo tanto, el no cumplimiento se ve reflejado en que el paciente no completa los ciclos esperados según el protocolo prescrito o se demora más tiempo del previsto en cumplirlos (Omoti & Agada, 2005).

Es importante resaltar que el concepto de cumplimiento se utiliza muchas veces como sinónimo de adherencia terapéutica, aunque se han discutido las diferencias entre ambos considerando que el cumplimiento implica obediencia renuente, mientras que la adherencia incluye otros factores (Brannon & Feist, 2001). Por lo anterior, se puede decir que la adherencia es un fenómeno más amplio que incluye dentro de sí al cumplimiento.

Según la OMS (2004), la baja adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud, ya que en los países desarrollados la adherencia es de aproximadamente el 50% y en los países en desarrollo las tasas son aun menores; lo que indica que la mitad, o más de la mitad de los pacientes no siguen las indicaciones médicas. En lo que respecta al cumplimiento terapéutico, se ha estimado que cerca de un 30 a 40% de los pacientes (aproximadamente dos de cada cinco) no cumplen con las recomendaciones de sus médicos (Rodríguez-Marín, 2004).

Según Derek Yach (director ejecutivo de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental de la

OMS, 2003), “el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales” (párr. 5).

Las estadísticas mundiales muestran que el incumplimiento con la quimioterapia es alto y varía desde un 10% hasta un 80%, según el lugar en donde se realiza la investigación, la población estudiada y las variables analizadas (Adisa et ál., 2008, 2010; Alam et ál., 2005; Bajpai, 2012; Borrás et ál., 2001; Butow et ál., 2010; Ell et ál., 2009; Komenaka et ál., 2010; Moynihan et ál., 2009; Nguyen et ál., 2008; Omoti & Agada, 2005).

El incumplimiento con la quimioterapia tiene un impacto negativo sobre los resultados esperados, especialmente si la intención del tratamiento es curativa, pues disminuye la efectividad del tratamiento (Bajpai et ál., 2012; Butow et ál., 2010), hecho que se ve reflejado en la progresión de la enfermedad, el empeoramiento de los síntomas, las constantes recaídas, el incremento de los costos para el sistema de salud (Adisa et ál., 2010; Bajpai et ál., 2012; Butow et ál., 2010; Ell et ál., 2009; Haynes, McDonald, Garg & Montague, 2001; Omoti & Agada, 2005; Rodríguez-Marín, 2004) y una mayor mortalidad a los doce meses (Adisa et ál., 2010; Alam et ál., 2005; Ell et ál., 2009; Omoti y Agada, 2005).

Sin embargo, y a pesar de las evidentes consecuencias negativas del incumplimiento con la quimioterapia, no existen estudios que hayan sido realizados en Colombia, por lo que se desconoce la magnitud de la problemática en el país. Justamente, esto y la complejidad comportamental del fenómeno del cumplimiento/incumplimiento terapéutico son las principales razones que motivaron la realización del presente estudio, como una forma de realizar una aproximación inicial al fenómeno en mención.

Para efectos de este estudio, se tuvieron en cuenta los siguientes factores asociados con el cumplimiento/incumplimiento con la quimioterapia: algunos aspectos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil), el tipo de cáncer, el estadio de la enfermedad

y la mortalidad. La evidencia ha mostrado que a mayor tamaño del tumor, mayor es el cumplimiento (Bajpai et ál., 2012), mientras que otros reportan lo contrario (Komenaka et ál., 2011). Así mismo, se ha notificado que entre peor sea el estado de salud como consecuencia de la enfermedad, será mayor la probabilidad de cumplimiento (Bajpai et ál., 2012), mientras que si hay presencia de metástasis hay menor probabilidad de cumplimiento (Bajpai et ál., 2012). Al igual se ha reportado la rápida progresión de la enfermedad como un factor probablemente asociado con la disminución del cumplimiento (Borrás et ál., 2001), aunque esto no lo sostienen otros autores (Adisa et ál., 2008, 2010). Si bien hay estudios que no encuentran una relación entre el sexo y el cumplimiento (Bajpai et ál., 2012), Alam et ál. (2005) encontraron que las mujeres tienen menor cumplimiento que los hombres. En lo referente a la edad, los resultados son poco concluyentes pues algunos estudios indican que los pacientes adultos mayores tienen menor probabilidad de cumplir con los tratamientos (Alam et ál., 2005; Heijmen et ál., 2012; Jonker et ál., 2011; Sharaf, Yasui, Scarfe & Winget, 2012); otros que a menor edad el cumplimiento es mayor (Chagpar et ál., 2012); otros no encuentran relación alguna (Adisa et ál., 2008, 2010; Bajpai et ál., 2012; Komenaka et ál., 2011); otros reportan que a mayor edad, mayor cumplimiento (Moynihan et ál., 2009) y otros que a menor edad menor cumplimiento (Butow et ál., 2010).

Por otra parte, entre las razones para el incumplimiento se encuentran: negativa del paciente a continuar (Alam et ál., 2005); toxicidad (Alam et ál., 2005; Gómez et ál., 2011); presencia de efectos adversos (Adisa et ál., 2008, 2010; Bajpai et ál., 2012; Gómez et ál., 2011; Nguyen et ál., 2008; Omoti & Agada, 2005); dificultades financieras (Adisa et ál., 2008, 2010; Bajpai et ál., 2012; Omoti & Agada, 2005); sensación de bienestar y de no necesitar más tratamiento (Adisa et ál., 2008, 2010); decisión de seguir una intervención alternativa, tradicional o religiosa (Adisa et ál., 2008, 2010); olvido (Adisa et ál., 2008, 2010); la edad (Heijmen et ál., 2012; Jonker et ál., 2011) y falta de acceso a entidades de salud (Sharaf et ál., 2012).

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace evidente que el éxito de un tratamiento no depende

sólo de su efectividad, sino también del modo en que el paciente lo usa, hecho que está influido por diversidad de variables pues la adherencia se produce en el proceso de adaptación a la enfermedad (Ritchie, 2004).

A pesar de que en los últimos cincuenta años se ha producido un considerable progreso en el desarrollo de tratamientos efectivos para una gran variedad de enfermedades, como el cáncer, el uso de éstos por los pacientes está lejos de ser óptimo. Por esta razón, los sistemas de salud se ven enfrentados al desafío de crear condiciones que posibiliten a las personas obtener el máximo beneficio de los tratamientos existentes (Ritchie, 2004). Esto implica la atención integral del paciente, reconociéndolo en su complejidad, en su individualidad y en su subjetividad; es decir, admitiendo que el cumplimiento de un paciente con su tratamiento es una conducta modulada por innumerables factores de tipo biológico, social, cognoscitivo, comportamental, emocional, afectivo y, por supuesto, ambiental. Por lo tanto, su cultura, sus prácticas y el significado con el que vive la enfermedad son también factores determinantes de la conducta en mención. Así, es fundamental la presencia de un equipo interdisciplinario que se ocupe y se preocupe por la vivencia que el paciente y su entorno tienen de la enfermedad; y en este equipo es ineludible la presencia y participación activa de la Psicología, por ser su objeto de estudio la conducta humana. Y más en específico de un experto en Psicooncología, por ser, según Holland (2002), una subespecialidad de la Oncología y uno de los mejores ejemplos del valor de la aplicación multidisciplinaria de las ciencias comportamentales y sociales.

De esta manera, es pertinente la realización de estudios que busquen conocer a profundidad el fenómeno del incumplimiento terapéutico, así como su prevalencia, los posibles factores asociados y las razones que lo originan, para poder desarrollar intervenciones específicas, dirigidas a aumentar el cumplimiento y aportar al alcance de una mejor calidad de vida en los pacientes oncológicos (aumentando la efectividad del tratamiento, disminuyendo la morbimortalidad como causa de la enfermedad y optimizando el uso de los recursos del sistema de salud). De hecho, al respecto Haynes et ál. (2001)

manifiestan que: “Aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos” (p. 10).

Objetivos

El objetivo general de este estudio fue establecer la prevalencia de cumplimiento e incumplimiento con la quimioterapia intravenosa en pacientes oncológicos adultos que iniciaron y terminaron quimioterapia entre enero de 2011 y enero de 2012 en un servicio de Hemato-Oncología de un hospital privado e identificar posibles factores asociados con el cumplimiento y el incumplimiento. Para ello, se caracterizó la muestra, se estableció la prevalencia del cumplimiento y del incumplimiento con la quimioterapia, según los factores sociodemográficos evaluados (sexo, edad, estado civil), el tipo de cáncer, el estadio y la mortalidad y se identificaron los factores asociados al cumplimiento y al incumplimiento con la quimioterapia de acuerdo a los reportes hallados en las historias clínicas.

Método

Tipo y diseño de investigación

El presente es un estudio transversal exploratorio de predominio cuantitativo. No se manipularon deliberadamente las variables o factores de estudio, sino que se observó el fenómeno del cumplimiento con la quimioterapia, tal y como sucede en el contexto de la Oncología y Hemato-Oncología, para posteriormente analizarlo. Es exploratorio debido a que tuvo como objetivo el acercamiento a un problema que no ha sido previamente investigado en el contexto en que se realizó y transversal porque buscó establecer la prevalencia del fenómeno estudiado en un periodo de tiempo determinado, entre enero de 2011 y enero de 2012.

Población y muestra

Población. 288 pacientes oncológicos adultos que recibieron quimioterapia en un servicio de

Hemato-Oncología de la ciudad de Bogotá D.C., en el periodo comprendido entre enero de 2011 y enero de 2012.

Muestra. La muestra de pacientes fue no probabilística y estuvo compuesta por 107 pacientes oncológicos mayores de edad que iniciaron y terminaron quimioterapia en el periodo de tiempo mencionado. Esta muestra se seleccionó teniendo en cuenta criterios de inclusión (tener diagnóstico de cáncer; haber iniciado y terminado quimioterapia entre enero de 2011 y enero de 2012; haber recibido quimioterapia intravenosa para tratar el cáncer) y de exclusión (menor de edad e historia clínica incompleta). La muestra estuvo constituida por el 100% de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Variables. El principal factor de estudio fue el cumplimiento con la quimioterapia, definido como la recepción de los agentes quimioterapéuticos de acuerdo a lo prescrito por el médico, tanto en dosis como en tiempo (Omoti & Agada, 2005). Así, el incumplimiento implica la falta de seguimiento del curso del tratamiento en términos de omisión de dosis o ciclos, de prolongación del tiempo esperado o de terminación anticipada (Nguyen et al., 2008; Omoti & Agada, 2005). En cuanto a la definición operacional, el cumplimiento se determinó con base en la relación entre el número de sesiones cumplidas respecto al número de sesiones ordenadas y el tiempo cumplido respecto al tiempo esperado.

Además, se consideraron como posibles factores asociados al cumplimiento: edad, sexo, estado civil, diagnóstico de cáncer, estadio del cáncer, línea de quimioterapia y mortalidad.

En específico, la muerte de los pacientes fue considerada un factor a tener en cuenta dentro del análisis. Si bien es claro que el paciente que fallece no abandona el tratamiento voluntariamente, también lo es que se trata de una variable presente en el escenario de la Hemato-Oncología, con una incidencia desafortunadamente alta y que, por lo tanto, puede afectar los resultados. De acuerdo con lo anterior, el análisis de los datos se realizó incluyendo y excluyendo esta variable, como puede observarse posteriormente en la sección de resultados.

Procedimiento

Inicialmente, se realizó una recolección documental de datos consultando las historias clínicas de los pacientes y la base de datos de la sala de quimioterapia con una guía previamente establecida. Tras recoger los datos iniciales, se realizó una exhaustiva revisión que permitió seleccionar a los pacientes con base en los criterios de inclusión y de exclusión mencionados. Posteriormente, se organizó la información obtenida en una base de datos de Microsoft Excel 2010, codificando numéricamente las variables de estudio.

Para caracterizar a los pacientes oncológicos que cumplieron y no cumplieron con la quimioterapia, se determinó el tipo de esquema ordenado, el número de ciclos cumplidos y el cumplimiento en el tiempo esperado. Para establecer la prevalencia de cumplimiento con la quimioterapia en pacientes oncológicos entre enero de 2011 y enero de 2012, se tuvo en cuenta el cumplimiento, tanto en tiempo como en ciclos, con las líneas de quimioterapia ordenadas. Se realizaron algunas caracterizaciones adicionales a las variables; por ejemplo, se establecieron rangos de edad así: de 18 a 40 años, de 41 a 60 años y mayores de 60 años. Se agrupó el diagnóstico de los pacientes en trece grupos, teniendo en cuenta el tipo de cáncer, y se categorizó el estadio de cáncer como específico (I, IIA-B, IIIA-B-C, IV) y general en términos de temprano (I y II) o avanzado (III y IV).

Con respecto a la prevalencia del cumplimiento con la quimioterapia según los factores sociodemográficos evaluados, el tipo de cáncer y la línea de quimioterapia recibida, se tuvieron en cuenta las variables de sexo, edad, estado civil y diagnóstico de cáncer. Se determinó el cumplimiento con los ciclos de quimioterapia ordenados en términos de sí o no y se agruparon las razones de no cumplimiento encontradas. De forma similar, se estableció un rango para determinar el cumplimiento del tiempo esperado en términos de sí y no (1-3 semanas más; 4-7 semanas más; 8-11 semanas más y 12 o más semanas más) y las razones del incumplimiento. También se estableció el cumplimiento con las líneas de quimioterapia ordenadas en términos de si: cumplimiento de ciclos y tiempo esperado, no cumplimiento de tiempo, no

cumplimiento de ciclos y no cumplimiento de ciclos ni de tiempo. Se determinó además el cumplimiento total teniendo como opciones “sí” y “no”. Finalmente, para identificar los factores asociados al no cumplimiento con la quimioterapia, se tuvieron en cuenta las razones de no cumplimiento encontradas en las historias clínicas. Esta base fue migrada a *SPSS para Windows versión 20*, programa con el cual se realizó el análisis estadístico.

La caracterización de la muestra estudiada y el establecimiento de la prevalencia de cumplimiento/incumplimiento con la quimioterapia se obtuvieron a través del análisis de medidas de tendencia central y de la distribución de frecuencias. Para identificar asociaciones entre el cumplimiento/incumplimiento con la quimioterapia y los factores estudiados, se utilizaron tablas de contingencia aplicando las pruebas Chi Cuadrado (χ^2) y *F* de Fisher.

Instrumentos

El instrumento que se utilizó en el presente estudio para recolectar la información requerida fue un formato diseñado con base en los objetivos específicos, en el que se consignó: sexo, edad, estado civil, diagnóstico, estadio específico, esquema de quimioterapia, ciclos esperados, ciclos cumplidos, tiempo esperado, tiempo cumplido y razones de no cumplimiento reportadas en la historia clínica.

Resultados

Los resultados se presentan en coherencia con los objetivos propuestos en el presente estudio así: (1) caracterización de la muestra (tabla 1);

Tabla 1
Caracterización de la muestra

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	45	42.1
Mujer	62	57.9
Edad (m = 59.53 años)		
18-40	4	3.7
41-60	49	45.8
> 60	54	50.5

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil		
Casado	50	46.7
Soltero	21	19.6
Unión libre	17	15.9
Viudo	6	5.6
Separado	4	3.7
No especificado	9	8.4
Diagnóstico		
Cáncer de vía gastrointestinal	23	21.5
Cáncer pancreático y/o hepatobiliar y/o de vías biliares	6	5.6
Cáncer de aparato reproductor masculino	4	3.7
Cáncer de aparato reproductor femenino	7	6.5
Cáncer de aparato respiratorio	14	13.1
Cáncer de piel	3	2.8
Cáncer de huesos	1	0.9
Cáncer de seno	12	11.2
Tumores de tejidos blandos	4	3.7
Tumores del Sistema Nervioso Central (SNC)	1	0.9
Mieloma múltiple	10	9.3
Linfoma	14	13.1
Leucemias	8	7.5
Estadio específico		
Estadio I	3	2.8
Estadio IIa	5	4.7
Estadio IIb	2	1.9
Estadio IIIa	4	3.7
Estadio IIIb	8	7.5
Estadio IIIc	3	2.8
Estadio IV	30	28.0
No especificado	52	48.6
Estadio general		
Estadio I	3	2.8
Estadio II	7	6.5
Estadio III	15	14.0
Estadio IV	30	28.0
No especificado	52	48.6
Estadio avanzado/temprano		
Estadio temprano (I-II)	10	9.3
Estadio avanzado (III-IV)	45	42.1
No especificado	52	48.6
Fallecidos		
Sí	44	41.1
No	63	58.9

Continúa

(2) características de los pacientes que cumplieron con la quimioterapia y prevalencia de cumplimiento (tabla 2); (3) características de los pacientes que incumplieron con la quimioterapia y prevalencia de incumplimiento (tabla 3); (4) prevalencia de cumplimiento y de incumplimiento general y en cada

línea de quimioterapia (tablas 4 y 5); (5) factores sociodemográficos, de la enfermedad y del tratamiento asociados con el cumplimiento/incumplimiento de la quimioterapia (tabla 6); y (6) razones de incumplimiento con la quimioterapia según los reportes hallados en las historias clínicas (tabla 7).

Tabla 2

Características de los pacientes que cumplieron con la quimioterapia y prevalencia de cumplimiento con ésta

Características	Línea de quimioterapia						Total (N=25)
	Primera (N=18)	%	Segunda (N=6)	%	Tercera (N=1)	%	
Sexo							
Masculino	10	55.56	0	0.00	0	0.00	10
Femenino	8	44.44	6	100.00	1	100.00	15
Rango de edad (en años)							
41-60	12	66.67	5	83.33	1	100.00	18
>60	6	33.33	1	16.67	0	0.00	7
Estado civil							
Soltero	6	33.33	4	66.67	0	0.00	10
Casado	8	44.44	1	16.67	0	0.00	9
Viudo	0	0.00	1	16.67	0	0.00	1
Unión libre	2	11.11	0	0.00	1	100.00	3
Divorciado/separado	1	5.56	0	0.00	0	0.00	1
No especificado	1	5.56	0	0.00	0	0.00	1
Diagnóstico							
Cáncer de vía gastrointestinal	3	16.67	0	0.00	0	0.00	3
Cáncer de aparato reproductor femenino	1	5.56	1	16.67	1	100.00	3
Cáncer de vías respiratorias	2	11.11	1	16.67	0	0.00	3
Cáncer de seno	3	16.67	3	50.00	0	0.00	6
Cáncer de tejidos blandos	1	5.56	0	0.00	0	0.00	1
Mieloma múltiple	1	5.56	0	0.00	0	0.00	1
Leucemias	3	16.67	0	0.00	0	0.00	3
Linfomas	4	22.22	1	16.67	0	0.00	5
Estadio del cáncer							
Temprano (I-II)	1	5.56	1	16.67	0	0.00	2
Avanzado (III-IV)	11	61.11	3	50.00	1	100.00	15
No especificado	6	33.33	2	33.33	0	0.00	8
Sobreviviente (al momento de finalizar el estudio)	15	83.33	5	83.33	1	100.00	21

Continúa

Cumplimiento con la quimioterapia intravenosa y algunos factores asociados a éste en pacientes oncológicos adultos ■

Características	Línea de quimioterapia						Total (N=25)
	Primera (N=18)	%	Segunda (N=6)	%	Tercera (N=1)	%	
Muerto (durante el periodo comprendido en el estudio o al momento de finalizar el mismo)	3	16.67	1	16.67	0	0.00	4

Nota: en esta tabla no se presenta la cuarta línea de quimioterapia, ya que ni uno solo de los pacientes que la recibieron cumplió con ella. Así mismo, no se incluyó el rango de edad de 18-40 años, ya que ninguno de los pacientes de éste cumplió con la quimioterapia.

Tabla 3

Características de los pacientes que no cumplieron con la quimioterapia y prevalencia de incumplimiento

Características	Línea de quimioterapia								Total (N=88)
	Primera (N=69)	%	Segunda (N=9)	%	Tercera (N=7)	%	Cuarta (N=3)	%	
Sexo									
Masculino	33	47.83	1	11.11	1	14.29	0	0.00	35
Femenino	36	52.17	8	88.89	6	85.71	3	100.00	53
Rango de edad (en años)									
18-40	4	5.80	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4
41-60	25	36.23	4	44.44	5	71.43	1	33.33	35
>60	40	57.97	5	55.56	2	28.57	2	66.67	49
Estado civil									
Soltero	8	11.59	2	22.22	2	28.57	2	66.67	14
Casado	35	50.72	4	44.44	3	42.86	1	33.33	43
Viudo	5	7.25	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5
Unión libre	13	18.84	0	0.00	1	14.29	0	0.00	14
Divorciado/separado	1	1.45	2	22.22	1	14.29	0	0.00	4
No especificado	7	10.14	1	11.11	0	0.00	0	0.00	8
Diagnóstico									
Cáncer de vía gastrointestinal	16	23.19	3	33.33	0	0.00	1	33.33	20
Cáncer de páncreas, hepatobiliar o de vías biliares	6	8.70	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6
Cáncer de aparato reproductor femenino	2	2.90	1	11.11	3	42.86	0	0.00	6
Cáncer de aparato reproductor masculino	4	5.80	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4
Cáncer de vías respiratorias	10	14.49	1	11.11	1	14.29	0	0.00	12
Cáncer de seno	3	4.35	2	22.22	2	28.57	0	0.00	7
Cáncer de tejidos blandos	2	2.90	1	11.11	0	0.00	0	0.00	3
Cáncer de piel	3	4.35	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3
Tumor de Sistema Nervioso Central	1	1.45	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1
Mieloma múltiple	9	13.04	1	11.11	1	14.29	0	0.00	11

Continúa

Características	Línea de quimioterapia								Total (N=88)
	Primera (N=69)	%	Segunda (N=9)	%	Tercera (N=7)	%	Cuarta (N=3)	%	
Leucemias	5	7.25	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5
Linfomas	7	10.14	0	0.00	0	0.00	2	66.67	9
Cáncer de huesos	1	1.45	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1
	Estadio del cáncer								
Temprano (I-II)	7	10.14	1	11.11	0	0.00	0	0.00	8
Avanzado (III-IV)	21	30.43	6	66.67	7	100.00	1	33.33	35
No especificado	41	59.42	2	22.22	0	0.00	2	66.67	45
Sobreviviente*	34	49.28	5	55.56	4	57.14	1	33.33	44
Muerto**	35	50.72	4	44.44	3	42.86	2	66.67	44

Nota: * Al momento de finalizar el estudio; ** durante el periodo comprendido en el estudio o al momento de finalizar éste.

Tabla 4
Prevalencia de cumplimiento y de incumplimiento según la línea de quimioterapia, incluyendo en el análisis a los pacientes que fallecieron

Línea de quimioterapia	Cumplimiento											
	N	%	Sí				No				Ni con los ciclos ni con el tiempo	%
			Sí	%	No	%	Con los ciclos	%	Con el tiempo	%		
Primera	87	100	18	20.69	69	79.31	38	55.07	22	31.88	9	13.04
Segunda	15	100	6	40.00	9	60	3	33.33	5	55.56	1	11.11
Tercera	8	100	1	12.50	7	87.5	5	71.43	1	14.29	1	14.29
Cuarta	3	100	0	0.0	3	100	0	0.00	0	0.00	3	100.00
Total	113	100	25	22.1	88	77.9	46	52.27	28	31.82	14	15.91

Nota: la muestra es de 107 pacientes. Sin embargo, seis de ellos recibieron más de una línea de quimioterapia, por lo cual el análisis se realizó con 113 casos.

Tabla 5
Prevalencia de cumplimiento y de incumplimiento según la línea de quimioterapia, excluyendo del análisis a los pacientes que fallecieron

Línea de quimioterapia	Cumplimiento											
	N	%	Sí				No				Ni con los ciclos ni con el tiempo	%
			Sí	%	No	%	Con los ciclos	%	Con el tiempo	%		
Primera	49	100	15	30.6	34	69.4	9	18.4	19	38.8	6	12.2
Segunda	10	100	5	50.0	5	50.0	2	20.0	3	30.0	0	0.0
Tercera	5	100	1	20.0	4	80.0	2	20.0	1	10.0	1	10.0
Cuarta	1	100	0	0.0	1	100	1	100	0	0.0	0	0.0
Total	65	100	21	32.3	44	67.7	14	21.5	23	35.5	7	10.7

Nota: la muestra sin los fallecidos es de 63 pacientes. Sin embargo, dos de ellos recibieron más de una línea de quimioterapia, por lo cual el análisis se realizó con 65 casos.

Tabla 6
Factores asociados con el cumplimiento/incumplimiento de la quimioterapia de acuerdo con los reportes hallados en las historia clínicas

	N = 65
	P
Sexo	0.57
Edad	0.14
Estado civil	0.24
Diagnóstico	0.24
Estadio específico	0.14
Estadio general	0.19
Estadio temprano/avanzado	.04*

Nota: * Indica que existe asociación entre factores. La prueba estadística utilizada para la primera línea fue el Chi Cuadrado y la empleada para la segunda y la tercera fue la prueba F de Fisher. El nivel de significancia fue $p \leq .05$.

Tabla 7
Razones de incumplimiento con la quimioterapia de acuerdo con los reportes hallados en las historia clínicas

	N	%
Decisión médica	4	9.1
Mala tolerancia	1	2.3
Voluntad del paciente	3	6.8
Problemas administrativos*	1	2.3
No especificado	35	79.5
Total	44	100

Nota: * Dentro de problemas administrativos están comprendidos: retrasos en la aplicación del ciclo por escasez del medicamento en el hospital; no autorización del ciclo por parte de la EPS.

Discusión

Teniendo en cuenta los resultados presentados se puede observar cómo la proporción de hombres y mujeres en la muestra fue similar; siendo ligeramente mayor el número de mujeres (58%) que de hombres (42%). Predominaron en la muestra personas mayores de sesenta años (50.5%), lo que es coherente con las estadísticas mundiales que si bien muestran un alarmante comportamiento epidemiológico de este diagnóstico (OMS, 2012), también muestran una clara tendencia a la predominancia de

éste en la población adulta mayor (Instituto Nacional de Cancerología, INC, 2011; OMS, 2012). Así mismo, éste y el estadio de la enfermedad podrían ser factores que expliquen la elevada mortalidad (41,1%) identificada dentro de la muestra. Aunque el estadio no pudo ser registrado en el 48% de los casos, pues no aparecía reportado en la historia clínica, del restante 52%, más de la mitad de los casos se encontraban en estadio IV y casi el 80% en estadios avanzados de la enfermedad. Es bien conocido que en Colombia los pacientes con cáncer consultan en estadios avanzados de la enfermedad, lo que incrementa la mortalidad debido al mal pronóstico (INC, 2011), hecho confirmado en el estudio, condición que además minimiza la posibilidad de rescate pese a la amplia disponibilidad de protocolos de quimioterapia.

En cuanto a los diagnósticos se observa que los más comunes fueron el cáncer de vía gastrointestinal, seguido de los linfomas y el cáncer del aparato respiratorio, y los menos comunes el cáncer de piel, de huesos y del SNC. La alta prevalencia de cáncer de vía gastrointestinal y de aparato respiratorio en la muestra estudiada concuerda con la prevalencia nacional, pues estos dos tipos de cáncer se encuentran entre los cinco tipos más comunes. Sin embargo, contrariamente a lo encontrado en la muestra, la prevalencia de cáncer de piel, de seno, de próstata y de cuello uterino a nivel nacional es significativamente alta (INC, 2011). Por otra parte, la baja prevalencia de cáncer del SNC es concordante con lo encontrado a nivel nacional (INC, 2011).

Se encontró que la prevalencia de cumplimiento con la quimioterapia intravenosa en este grupo poblacional es baja (32 y 22% al incluir en el análisis a los pacientes que fallecieron y a la muerte como un factor involuntario que obliga a suspender la quimioterapia), en contraposición con la de incumplimiento (68 y 78% al incluir en el análisis a los pacientes que fallecieron y a la muerte como un factor involuntario que obliga a suspender la quimioterapia), principalmente en lo que se refiere a la interrupción temprana del tratamiento (incumplimiento con la totalidad de los ciclos formulados) más que a la prolongación del tiempo esperado para cumplir los ciclos de quimioterapia prescritos, lo que concuerda con lo reportado en la literatura interna-

cional (Adisa et ál., 2010; Agada et ál., 2005; Alam et ál., 2005; Bajpai et ál., 2012; Borrás et ál., 2001; Butow et ál., 2010; Ell et ál., 2009; Komenaka et ál., 2011; Moynihan et ál., 2009; National Heart, Lung and Blood Institute, citado por Ortiz, 2007; Nguyen et ál., 2008; Omoti & Adisa, 2008).

Como se enunció en la sección de variables, la muerte es un elemento importante que obliga a suspender un tratamiento oncológico (66%), lo que corrobora el planteamiento de varios autores (Gómez et ál., 2011; Sharaf et ál., 2012; Zachariae et ál., 2007), según el cual no se puede decir que en todos los casos el no cumplimiento sea voluntario, sino que en ocasiones se debe a factores externos. De hecho, la alta mortalidad en la muestra puede tener relación con dos características que aumentan la probabilidad de morir cuando se tiene una enfermedad crónica como el cáncer: la edad avanzada y el estadio avanzado de la enfermedad.

El análisis realizado demuestra que dentro de los factores evaluados, todos reportados en las historias clínicas por el médico tratante, son pocos los que están asociados con el cumplimiento o incumplimiento de la quimioterapia en este grupo de pacientes. Sin embargo, no se puede decir que los pacientes que no cumplieron tuvieron una mayor tasa de mortalidad como consecuencia del incumplimiento, ya que una de las razones de incumplimiento fue la muerte. De tal forma que en muchos casos no fue el incumplimiento lo que generó la muerte, sino justamente ésta la que podría explicar el incumplimiento. No obstante, es necesario que se realicen investigaciones al respecto, pues hay un claro déficit en la literatura para explicar esta asociación; al momento es sólo una hipótesis y no una afirmación.

En relación con el incumplimiento, se pudo identificar únicamente un factor asociado que fue el estadio de la enfermedad ($p = .04$), lo que indica que hay una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al cumplimiento dependiendo de la etapa en que se encuentra la enfermedad, siendo probablemente menor el cumplimiento en estadios más avanzados, hecho que concuerda con ciertos estudios internacionales (Bajpai et ál., 2012; Chaggar et ál., 2012).

En general, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los factores estu-

diados (sexo, edad, estado civil) y el cumplimiento/incumplimiento con la quimioterapia intravenosa en la muestra estudiada. Esto es coherente con la evidencia teórica y empírica, según la cual no es posible establecer conclusiones generalizables en cuanto a factores asociados al cumplimiento pues hay resultados contradictorios, y lo reportado por un investigador puede no coincidir ni ser soportado por otro.

Lo encontrado en el presente estudio en cuanto al menor cumplimiento en estadios avanzados de la enfermedad concuerda con lo reportado por Bajpai et ál. (2012), hecho que posiblemente se deba a la intención del tratamiento, pues los estudios internacionales reportan que es mayor el cumplimiento si la intención del tratamiento es curativa que si es paliativa (Nguyen et ál., 2008), y en la muestra estudiada aproximadamente el 40% de los pacientes recibió quimioterapia paliativa.

Es importante tener en cuenta que este fue un estudio exploratorio, por lo cual los resultados están sujetos a limitaciones propias de este tipo de investigación, así como a factores externos a ésta; por ejemplo, los datos incompletos en las historias clínicas y el tamaño de la muestra. No obstante, fue posible aproximarse a un problema que no había sido previamente investigado en el contexto en que se realizó, conociendo así el fenómeno del cumplimiento con la quimioterapia tal y como sucede en el contexto de la Oncología y Hemato-Oncología.

El principal hallazgo del estudio es la alta prevalencia de incumplimiento con la quimioterapia (68%); resultado que está en concordancia con lo hallado en otras investigaciones internacionales en las que se reporta que éste varía entre el 10 y el 80% (Adisa et ál., 2008, 2010; Alam et ál., 2005; Bajpai et ál., 2012; Borrás et ál., 2001; Butow et ál., 2010; Ell et ál., 2009; Komenaka et ál., 2011; Moynihan et ál., 2009; Nguyen et ál., 2008; Omoti & Agada, 2005), hecho que tiene un alto impacto tanto en la salud de los pacientes, debido a las complicaciones, como en el sistema de salud por la pérdida de recursos económicos.

Por lo anterior, es importante la realización de nuevas investigaciones que permitan conocer más a fondo este fenómeno en el país y en específico en la población oncológica, tanto en lo que se re-

fiere a la prevalencia como en lo que respecta a los factores asociados con éste, para poder desarrollar intervenciones dirigidas a incrementar las tasas de cumplimiento con la quimioterapia y lograr así una mayor efectividad del tratamiento, disminuir la morbimortalidad como causa de la enfermedad y optimizar el uso de los recursos del sistema de salud.

Debido a que la salud empieza a entenderse como resultado de la interacción entre lo físico, lo ambiental y lo psíquico, y cada vez son más los profesionales que admiten el papel que las emociones y actitudes desempeñan en la curación del cáncer, ha sido posible demostrar la interconexión entre los procesos mentales y el funcionamiento del cuerpo. Es por esto que es importante plantear un tratamiento dirigido tanto a sanar el cuerpo como a mantener un equilibrio psicológico (Prieto-Fernández, 2004).

Así, todo indica que es necesario profundizar en el desarrollo de mecanismos o instrumentos que tiendan a considerar la integración de métodos directos e indirectos como las entrevistas psicológicas, las cuales son generalmente utilizadas, debido a que poseen la ventaja de presentar la propia evaluación del paciente respecto a su adherencia (Ortiz & Ortiz, 2007).

La labor profesional del psicólogo en Oncología, al hacer parte de un equipo multidisciplinar oncológico, es la de asumir dentro de este colectivo tareas de apoyo psicológico, desde el diagnóstico hasta la recuperación o muerte del paciente, sin olvidar su lugar esencial en la planeación de la educación para la salud pública en las campañas de prevención y diagnóstico precoz (Rivero et ál., 2008).

En consecuencia, el papel del psicólogo en la elaboración e implementación de estrategias e intervenciones, junto con un equipo interdisciplinario, es importante ya que “la adherencia es un tema comportamental y la Psicología es una disciplina del comportamiento” (OMS, 2004, p. 162).

De tal forma, además de participar en la realización de investigaciones y en la elaboración de propuestas de intervención interdisciplinarias, el psicólogo tiene habilidades para la evaluación del paciente (a nivel afectivo, cognoscitivo y conductual) que le permiten identificar aquellos pacientes

propensos a ser poco adherentes y en esta medida aplicar intervenciones preventivas antes de que se presente el problema (OMS, 2004). Una vez se identifica un paciente no adherente, el psicólogo debe evaluar los factores implicados así como las barreras afectivas, cognoscitivas, conductuales y de otro tipo, para definir aquellas que es de su competencia manejar y así favorecer la modificación comportamental; y adicionalmente, definir los factores que serán objeto de remisión a otros profesionales o servicios (OMS, 2004).

Así, como lo plantea la OMS (2004): “los prestadores de servicios psicológicos poseen una función integral en los equipos de salud de atención primaria que se proponen prestar una atención óptima y eficaz en función de los costos. Contribuyen al vigilar los riesgos comportamentales y psicológicos para la salud de los pacientes, al identificar y tratar los problemas psicológicos y comportamentales que amenazan la efectividad del tratamiento y optimizan el planeamiento del tratamiento al ayudar a integrar la ciencia comportamental” (p. 163).

Conclusiones

El cumplimiento terapéutico ha sido un tema estudiado en diferentes partes del mundo, debido a las implicaciones que tiene sobre la efectividad del tratamiento, la aparición de complicaciones y comorbilidades, el aumento de la mortalidad, el deterioro en la calidad de vida del paciente y las pérdidas económicas para el sistema de salud. El tratamiento quimioterapéutico para el cáncer no es la excepción, pues debido a las características tanto de la enfermedad como del mismo tratamiento, la probabilidad de incumplimiento es alta, hecho demostrado en estudios realizados a nivel mundial (Adisa et ál., 2008, 2010; Alam et ál., 2005; Bajpai et ál., 2012; Borrás et ál., 2001; Butow et ál., 2010; Ell et ál., 2009; Komenaka et ál., 2011; Moynihan et ál., 2009; National Heart, Lung and Blood Institute, citado por Ortiz, 2007; Nguyen et ál., 2008; Omoti & Agada, 2005).

Sin embargo, en Colombia no existen investigaciones al respecto, por lo cual no se conoce la magnitud del problema. En el interés por realizar un primer acercamiento a un tema no abordado en el

país, se buscó a través del presente estudio conocer la prevalencia de cumplimiento con la quimioterapia intravenosa en pacientes oncológicos adultos que iniciaron y terminaron quimioterapia entre enero de 2011 y enero de 2012. La prevalencia de incumplimiento es alta (68%) en la muestra estudiada, razón por la cual es pertinente la realización de investigaciones más amplias a nivel nacional que permitan conocer la prevalencia del fenómeno en el país, así como los factores asociados tanto al cumplimiento como al incumplimiento para generar propuestas de intervenciones adecuadas para la población colombiana.

Con base en el presente estudio se sugiere que para las nuevas investigaciones la muestra sea estratificada según algunas de sus características como el tipo de cáncer, el estadio de la enfermedad y la línea de quimioterapia que se encuentre recibiendo, entre otros. Además, se hace importante la identificación de las razones de no cumplimiento que permitirán orientar adecuadamente las intervenciones integrales para el paciente oncológico.

Referencias

- Adisa, A. O., Gukas, I. D., Lawal, O. O. & Adesunkanmi, A. R. K. (2008). Paradox of wellness and nonadherence among Nigerian women on breast cancer chemotherapy. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 4 (3), 107-110. doi: 10.4103/0973-1482.42640
- Adisa, A. O., Gukas, I. D., Lawal, O. O. & Adesunkanmi, A. R. K. (2010). Breast cancer in Nigeria: is non-adherence to chemotherapy schedules a major factor in the reported poor treatment outcome? *The Breast Journal*, 16 (2), 206-207. doi: 10.1111/j.1524-4741.2009.00883.x
- Alam, N., Shepherd, F. A., Winton, T., Graham, B., Johnson, D., Livingston, R., Rigas, J., Whitehead, M., Ding, K. & Seymour, L. (2005). Compliance with post-operative adjuvant chemotherapy in non-small cell lung cancer, An analysis of National Cancer Institute of Canada and intergroup trial JBR.10 and a review of the literature. *Lungcancer*, 47, 385-394. doi: 10.1016/j.lungcan.2004.08.016
- American Cancer Society (2010). *Principios de la quimioterapia: análisis exhaustivo de las técnicas y su papel en el tratamiento del cáncer*. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002996-pdf.pdf>
- American Cancer Society (2011). *Quimioterapia: una guía para pacientes y sus familias*. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003026-pdf.pdf>
- Bajpai, J., Puri, A., Shah, K., Susan, D., Jambhekar, N., Rekhi, B., Desai, S., Gulia, A. & Gupta, S. (2012). Chemotherapy compliance in patients with osteosarcoma. *Pediatric Blood Cancer*. Published online in Wiley Online Library. doi: 10.1002/pbc.24155
- Borras, J. M., Sánchez Hernández, A., Navarro, M., Martínez, M., Méndez, E., Pontón, J. L. L., Espinas, J. A. & Germa, J. R. (2001). Compliance, satisfaction, and quality of life of patients with colorectal cancer receiving home chemotherapy or outpatient treatment: a randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 322, 1-5. doi: 10.1136/bmj.322.7290.826
- Brannon, L. & Feist, J. (Eds.) (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Thomson.
- Butow, P., Palmer, S., Pai, A., Goodenough, B., Lockett, T. & King, M. (2010). Review of adherence-related issues in adolescents and young adults with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 28 (2), 4800-4809. doi: 10.1200/JCO.2009.22.2802
- Camargo, M. C., Wiesner, C., Díaz, M. C. & Tovar, S. L. (2004). *El cáncer: aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento*. Colombia: Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología.
- Chagpar, R., Xing, Y., Chiang, Y. J., Feig, B. W., Chang, G. J., You, Y. N. & Cormier, N. (2012). Adherence to stage-specific treatment guidelines for patients with colon cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30 (9), 972-979.
- Devita, V. & Chu, E. (2008). Principles of medical oncology. En V. T. Devita, S. Hellman & S. A. Rosenberg (Eds.), *Cancer: principles & practice of oncology*. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
- Ehrenzweig, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 7-21.

- Ell, K., Vourlekis, B., Xie, B., Nedjat-Haiem, F. R., Lee, P., Muderspach, L., Russell, C. H. & Palinkas, L.A. (2009). Cancer Treatment adherence among low-income women with breast or gynecologic cancer. *Cancer*, 115 (19). doi: 10.1002/cncr.24500
- Fleming, I. D., Braddy, L. W., Mielszkalski, G. B., Cooper, M. R. & Cooper, M. R. (1996). *Bases de los principales tratamientos actuales del cáncer*. En G.P. Murphy, W. Lawrence jr. & R. E. Lenhard, *Oncología clínica* (pp. 110-153). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS) - American Cancer Society.
- Gómez, D., Marí, A., Merino, M., Boquera, M. L. & Jiménez, N. V. (2011). Toxicity profile and adherence to the pharmacotherapeutic regimen of gemcitabine carboplatin in non-small cell lung cancer. *Farmacia Hospitalaria*, 35 (6), 298-304.
- Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A. X. & Montague, P. (2001). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-52. Art. No.: CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.
- Heijmen, L., Van Laarhoven, H., Punt, C., Van den Hurk, D., A van der Drift, M., Ottevanger, P. O. & Timmer-Bonte, J. (2012). Encouraging results in older patients receiving chemotherapy: A retrospective analysis of treatment guideline adherence in daily practice. *Geriatrics Gerontology*, 12, 80-85. doi: 10.1111/j.1447-0594.2011.00734.x
- Holland, J. C. (Ed.) (1998). *Psycho-oncology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Holland, J. C. (2002). History of Psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64 (2), 206-221.
- Instituto Nacional de Cancerología (2011). *Anuario estadístico 2009*. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología.
- Jay, S., Litt, I. F. & Durant, R. H. (1984). Compliance with therapeutic regimens. *Journal of Adolescent Health Care*, 5 (2), 124-136.
- Jonker, J. M., Hamaker, M. E., Soesan, M., Tulner, C. R. & KuperKuper, I. M. (2012). Colon cancer treatment and adherence to national guidelines: Does age still matter? *Journal of Geriatric oncology*, 131-137. doi:10.1016/j.jgo.2011.12.003
- Komenaka, I. K., Hsu, C. H., Martínez, M. A., Bouton, M. E., Low, B. G., Salganick, J. A., Nodora, J., Hibbard, M. L. & Jha, C. (2011). Preoperative chemotherapy for operable breast cancer is associated with better compliance with adjuvant therapy in matched stage II and IIIA patients. *The Oncologist*, 16, 742-751. doi: 10.1634/theoncologist.2010-0266
- Moynihan, C., Norman, A. R., Barbachano, Y., Burchell, L., Huddart, R., Dearnaley, D. P. & Horwich, A. (2009). Prospective study of factors predicting adherence to medical advice in men with testicular cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 27 (13), 2144-2150. doi: 10.1200/JCO.2008.16.1901
- National Cancer Institute (s. f.). *Terapia de primera línea*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/diccionario?CdrID=346494>
- Nguyen, M. T., Yasin, I. S., Bressler, L. R., Shord, S. S. & Villano, J. L. (2008). Analysis of adherence to chemotherapy regimens at an urban academic medical center. *Journal of Clinical Oncology-ASCO Annual Meeting Proceedings*, Abstract 17545.
- Omoti, C. E. & Agada, L. O. (2005). Compliance with chemotherapy in adult leukemia patients in Benin City, Nigeria. *Pharmacypractice*, 3 (1), 1-9.
- Organización Mundial de la Salud (Ed.) (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Pregúntele a los expertos: ¿Aumenta o disminuye los casos de cáncer en el mundo?* Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/15/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Cáncer*. Nota descriptiva N°297. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- Ortiz, M. & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652.
- Prieto-Fernández, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 107-120.
- Ritchie, P. (2004). La función de los psicólogos en la mejora de la adherencia a los tratamientos. En Organización Mundial de la Salud, (Eds.) (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: prue-*

- bas para la acción*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Rivero, R., Piqueras, J. A., Ramos, V., García L. J., Martínez, A. E. & Oblitas, L. A. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, 15 (1), 171-198.
- Rodríguez-Marín, J. (2004). Cumplimiento terapéutico del paciente y seguridad clínica. En Fundación Medicina y Humanidades médicas (Ed.), *Mono-grafías Humanitas*. Barcelona, España.
- Sharaf, N., Yasui, Y., Scarfe, A. & Winget, M. (2012). Adherence to treatment guidelines in stage II/III rectal cancer in Alberta, Canada. *Clinical Oncology*, 24, e9-e17. doi:10.1016/j.clon.2011.07.005
- Yach, D. (2003). En OMS. *Comunicado de prensa: el incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/index.html>
- Zachariae, R., Paulsen, K., Mehlsen, M., Jensen, A. B., Johansson, A. & von der Maase, H. (2007). Chemotherapy-induced nausea, vomiting, and fatigue - The role of individual differences related to sensory perception and autonomic reactivity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 376-384. doi: 10.1159/000107566.

Fecha de recepción: 22 de octubre de 2012
Fecha de aceptación: 27 de junio de 2013