

Adherencia al tratamiento en mujeres con cáncer desde el “Modelo Creencias en Salud”

*Adherence to treatment in women with cancer from the
"Health Beliefs Model"*

Guadalupe Camarillo-Guzmán ^a | Carlos Flores-Pérez ^b
Sandra Vázquez-Hernández ^c | Luis Antonio Botello-Mendoza ^d
Gloria López Mora ^e | Blanca Estela Totomol-Yoval ^f

Recibido: 25 de enero de 2022.

Aceptado: 30 de junio de 2022.

^a Maestría en Salud Pública. Universidad Veracruzana, Facultad de enfermería, Xalapa, México. Contacto: gcamarillo@uv.mx | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9667-6456> *Autor para correspondencia.

^b Doctorado en Educación. Universidad Veracruzana, Facultad de enfermería, Xalapa, México. Contacto: carlflores@uv.mx

^c Doctorado en Educación. Universidad Veracruzana, Facultad de enfermería, Xalapa, México. Contacto: sanvazquez@uv.mx

^d Doctorado en Educación. Universidad Veracruzana, Facultad de enfermería, Xalapa, México. Contacto: lbotello@uv.mx

^e Doctorado en Educación. Universidad Veracruzana, Facultad de enfermería, Veracruz, México. Contacto: glmora@uv.mx

^f Doctorado en Educación. Universidad Veracruzana, Facultad de enfermería, Xalapa, México. Contacto: btotomol@uv.mx

Resumen: Objetivo: Explorar las barreras que conducen a las mujeres con cáncer cervicouterino la no adherencia al tratamiento desde el Modelo de Creencias en Salud (MCS). Metodología. Estudio cualitativo dirigido a mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino, se realizó una entrevista semi-estructurada con ejes de análisis y categorías conceptuales delimitados. Resultados. La idea de muerte inminente, el desgaste físico y psicológico del tratamiento, el enojo hacia la enfermedad y la situación económica son los argumentos recuperados de las entrevistas, causales de que la adherencia al tratamiento se vea comprometida. Conclusiones. La mecanicidad percibida de la idea de un obediencia hacia el médico, la severidad/gravedad de la enfermedad y las ideas en torno al costo-beneficio del tratamiento son elementos que dificultan la adherencia del mismo.

Palabras clave: Cáncer; adherencia; tratamiento; creencias; salud.

Abstract: Objective: To explore the barriers that lead women with cervical cancer to non-adherence to treatment from the Health Beliefs Model. Methodology. Qualitative study aimed at women diagnosed with cervical cancer, a semi-structured interview was conducted with delimited axes of analysis and conceptual categories. Results. The idea of imminent death, the physical and psychological exhaustion of the treatment, the anger towards the disease and the economic situation are the arguments recovered from the interviews, causing adherence to treatment to be compromised. Conclusions. The perceived mechanicalness of the idea of obeying the doctor, the severity/seriousness of the disease and ideas about the cost-benefit of the treatment are elements that make it impossible to adhere to it.

Keywords: Cancer; adherence; treatment; beliefs; health.

Introducción

En el ámbito mundial, el cáncer cervicouterino es la séptima neoplasia más frecuente en mujeres; el 85% de los casos se detectan en países en vías de desarrollo y es causante de 266,000 defunciones anuales, estas el 87% ocurren en países subdesarrollados (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008). En América Latina, el cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia más común, la incidencia registrada señala a 21.2 casos por cada 100,000 mujeres. De las 28,565 defunciones anuales en mujeres, el 75% se debe a esta causa, siendo Brasil, México y Colombia los países donde se recarga la mayor concentración de casos (Secretaría de Salud [SSA], 2015a).

En el caso de México, esta es la segunda causa de muerte de la mujer, la incidencia oscila en 23.3 casos por cada 100,000 mujeres. Las entidades con mayor registro de casos son: Morelos (18.6), Chiapas (17.2) y Veracruz (16.4) (SSA, 2015b).

Son diversas las líneas de acción propuestas para la prevención y control del cáncer, cervicouterino tanto de manera general como específica, siendo esta parte la panacea a la que se le apuesta el éxito en la disminución del mismo. Sin embargo, el oportuno diagnóstico y el tratamiento inmediato no siempre representan un aseguramiento a la preservación de la vida de la mujer que padece esta enfermedad. El Modelo de Creencias en Salud (MCS) afirma que una persona con enfermedad crónica como cáncer necesita creer en una serie de afirmaciones: Primero, susceptibilidad y severidad percibida; dicho de otra manera, la enfermedad puede afectar de forma

importante su vida. Segundo, el llevar a cabo determinadas acciones (adherencia al tratamiento) puede reducir la amenaza percibida y, a su vez, proporcionar apoyo para superar las barreras identificadas (Murillo-M. y Alarcón-Prada, 2006).

Este modelo trata de conceptualizar que la conducta de los pacientes obedece siempre a estas tres variables y que en mayor o menor medida se tenga conciencia de las mismas, las consecuencias serán directamente proporcionales en cuanto a la progresión de la enfermedad.

Algunos autores afirman que el diagnóstico de cáncer es un evento de crisis que mueve estructuras psíquicas y morales ya que constituye un hecho catastrófico y asociado directamente con sufrimiento y muerte, lo que el Modelo de Creencias en Salud denomina severidad percibida (Murillo-M. y Alarcón-Prada, 2006). De igual manera se han planteado algunos puntos fundamentales ante el tratamiento contra el cáncer entre los que destacan: ser consciente de que el diagnóstico de cáncer no significa sentencia de muerte, no culparse cuando el curso de la enfermedad no evoluciona como se desea, seguir los consejos dados por el médico y el equipo asistencial, ser consciente de lo que puede o no se puede hacer, no percibir la enfermedad como un desafío, intentar visualizar la recuperación, y mantener una postura de esperanza (Prieto, 2004).

Para la mayoría de los pacientes la fase del tratamiento médico representa la esperanza hacia la curación de la enfermedad; pero esta esperanza es, aparentemente, difícil de alcanzar cuando el resultado no es mediato, aunado a que los efectos secundarios del tratamiento se presentan con tal intensidad que señalan los pacientes lo comparan con la muerte.

Las barreras percibidas indican el camino para la acción, barreras que tienen que ver con las creencias sobre el tratamiento, la accesibilidad al mismo y los propios beneficios.

La presente investigación permitió identificar las barreras bajo las cuales las pacientes se escudan para no adherirse por completo al tratamiento, un tratamiento que requiere de compromiso, soporte y una buena creencia, que sería lo que se denomina perspectiva de la enfermedad (Derogatis *et al.*, 1983).

1. Discusión

1.1. Cáncer cervicouterino

El cáncer es una enfermedad de etimología multicausal con factores predisponentes externos como los elementos ambientales, comportamentales, estilos de vida de determinada cultura y sociedad y/o causas internas, como la predisposición genética. Predominantemente, las causas están interrelacionadas. Así, la formación de tumores y neoplasias malignas depende de la combinación de un sinnúmero de factores (Schneider-Hermel, Pizzinato y Calderón-Uribe, 2015).

Como ya se mencionó, el cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia más frecuente en América latina, en específico en México. El diagnóstico oportuno sigue siendo la línea prioritaria de acción dentro de las políticas públicas en salud; sin embargo, la evidencia científica ha demostrado que la adherencia al tratamiento representa un foco rojo en el cual se debe poner atención pues un resultado favorable, o desfavorable, tiene que ver con las conceptualizaciones internas que las pacientes hacen respecto a su enfermedad.

1.2. Tratamiento

Se han planteado algunos puntos fundamentales ante el tratamiento contra el cáncer entre los que destacan: el diagnóstico de cáncer no significa una sentencia segura de muerte, evitar en la medida de lo posible culparse cuando el curso de la enfermedad no evoluciona como se desea ya que es algo difícil de predecir y controlar, dar seguimiento y continuación a los consejos del personal médico; evadir pensamientos que representen a la enfermedad como un desafío, visualizar la recuperación y mantener una postura de esperanza (Prieto, 2004).

Los tratamientos oncológicos producen una serie de efectos secundarios, los cuales pueden, incluso, llevar al paciente a abandonar el tratamiento; entre ellos: fatiga, náusea, vómito, alopecia, problemas de la piel, del apetito, del olfato, estreñimiento o diarreas; todas estas reacciones generan en el paciente cambios en la forma de percibir su condición de vivirse enfermo, cambios emocionales y de la conducta. La magnitud de la adherencia al tratamiento se relaciona con la duración del mismo, la complejidad, los efectos adversos, los costos y los beneficios; componentes del MCS (Salvador, 2011).

1.3. Modelo de creencias en salud [MCS]

El MCS es el marco teórico más utilizado por la psicología para explicar los comportamientos de salud que adoptan las personas, en este caso, la adherencia al tratamiento prescrito. Inicialmente este modelo se propuso para conocer el comportamiento preventivo, considerando a este como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas poseen (Becker, 1974).

Posteriormente, su aplicación se extendió a las respuestas de las personas a los síntomas y a su comportamiento en respuesta a enfermedades, con énfasis en la adhesión al tratamiento. El MCS afirma que una persona con enfermedad crónica como cáncer necesita creer en una serie de afirmaciones: susceptibilidad y severidad percibida; dicho de otra manera, que la enfermedad puede afectar de forma importante su vida. Segundo, que el llevar a cabo determinadas acciones (adherencia al tratamiento) puede reducir la amenaza percibida y a su vez, proporcionar apoyo para superar las barreras identificadas (SSA, 2015a).

La palabra cáncer por si sola provoca incertidumbre, ansiedad y temor, causando un nivel de sufrimiento psicológico-emocional. Datos previos afirman que los pacientes con diagnóstico de cáncer presentan de 30 a 50% de alteraciones psicológicas (Derogatis *et al.*, 1983). Algunos comportamientos como la ansiedad, represión reactiva y tendencia al aislamiento participan de forma activa para la no adherencia al tratamiento. La proyección de vida de estos pacientes siempre es limitada con una predisposición al sufrimiento y a la muerte, dando por hecho que el tratamiento, lejos de ayudar, perjudica y alarga más el momento de su muerte.

2. Material y Métodos

Estudio de carácter cualitativo con enfoque fenomenológico descrito como el estudio de los fenómenos o experiencias tal como se presentan (Trejo, 2012).

Previamente seleccionadas las pacientes, se les realizó entrevistas a mujeres diagnosticadas con cáncer cérvico-uterino y que cumplieran con los criterios esenciales establecidos, esto con la

finalidad de identificar, desde el modelo de creencias en salud, cuáles son las barreras que participan para la no adherencia al tratamiento.

- a) *Selección de Informantes.* Los atributos de las participantes fueron característicos del propio fenómeno investigado. Se hizo la selección de pacientes representativos de la muestra identificada, se seleccionaron con base en los atributos y su disposición para participar en la investigación. El punto de saturación determinó el número de las participantes, el cual fue de 9.
- b) *Perfil del participante.* Deben reunir las características de interés relacionadas con el objeto de estudio. Se asume que todos los sujetos son representativos de su población y que poseen los atributos que los caracterizan. En este caso: mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino e identificadas por no estar adheridas completamente al tratamiento médico.
- c) *Técnica para la obtención de información.* Con base en los ejes de análisis y categorías conceptuales, se elaboró una guía para la realización de la entrevista semi estructurada, la cual es utilizada comúnmente para conocer la opinión o ideas que las personas tienen con respecto a algún evento o fenómeno, en este caso de salud. Esta entrevista no necesariamente sigue una secuencia previamente establecida, ya que está condicionada a las respuestas que vaya aportando la paciente. La escasa rigidez de esta técnica permite que el investigador propicie un flujo discursivo bastante amplio (Montañés, 2001).
- d) *Instrumento para la obtención de información.* Guía temática para entrevista semi estructurada. Esta guía se construye a partir de los ejes y categorías previamente señalados y que reflejan aspectos del problema que se investiga.
- e) *Plan para el procesamiento y análisis de la información.* El trabajo analítico consistió en proponer vínculos entre los datos. Lo que le dio soporte a la investigación fue la manera en cómo se usaron los códigos. Se codificó y analizó partiendo de grandes ejes y categorías que se fueron afinando durante el análisis, esto con la finalidad de encontrar el verdadero significado de los argumentos proporcionados por las pacientes.
- f) *Método para el análisis.* Una vez finalizada la etapa de recolección de discurso mediante la entrevista, se transcribió en Word los audios, haciendo así la primera lectura. La codificación se hizo de manera axial para cada una de las temáticas o ejes abordados, previamente se identificaron las categorías y se les asignaron etiquetas o membretes a los datos.

Los ejes de análisis contienen las categorías que se analizan durante y dentro del cuerpo del discurso recuperado, ver **Tabla 1**.

Tabla 1*Categorías de análisis*

Ejes de análisis	Categorías conceptuales
Cáncer cervicouterino	Susceptibilidad-percepción amenaza Diagnóstico Severidad Expectativa de vida Expectativa de la enfermedad Idea de muerte
Adherencia al tratamiento	Tratamiento farmacológico Tratamiento no farmacológico Beneficios-motivación Barreras Sanación-no sanación

Nota: En las categorías de análisis se consideran los aspectos esenciales del MCS. Las entrevistas semi estructuradas se llevaron a cabo durante el último trimestre del 2019 buscando el estricto perfil en las participantes. Fuente: Elaboración propia.

3. Resultados

Respecto a la susceptibilidad y la amenaza percibida al contraer esta enfermedad, como se menciona en las premisas del modelo, en este punto se incluye la aceptación del diagnóstico, por lo regular la percepción que se tenga sobre el diagnóstico esta permeada de optimismo o pesimismo, casi siempre va de la mano con la imagen de una persona cercana a su círculo social que ha padecido la misma enfermedad y que su desenlace repercute en la actitud que se tome frente a la lucha contrala patología. Para tal caso, se retoma el testimonio de ellas:

3.1. Susceptibilidad-amenaza

...Uno [sic] como mujer no piensa en eso, o sea, no lo vemos como amenaza, y eso está mal. Ya con ser mujer estamos propensas a tantas enfermedades, y yo creo que por eso dejamos de hacernos el Papanicolaou, lo vemos tan imposible, aunque el miedo siempre está ahí, en la cabeza de uno [sic]...

3.2. Diagnóstico

Cuando me dijeron que estaba enferma *ummmmm*, no sé, no lo creía; me costó aceptarlo y es *queeeee*, pues lo que a mí me decían sobre el cáncer, yo pensaba que nunca me podía dar, lo vi muy lejano. Tomo mucho los consejos de mi grupo de ayuda, me siento mejor que con lo que me dice el médico, yo espero durar unos mesecitos más..."

... ¡uy no! Cuando me enteré de que estaba enferma, yo me quise morir ahí, no aceptaba el diagnostico. Mi mamá se murió de esto, y *orita* yo. Dicen que todavía me lo detectaron a tiempo, pero *pus* también a mi mama y mírala, ahí está, bajo tierra ya hace 8 años, mejor no me gusta pensar en eso.

3.3. Severidad

El MCS señala la división de esta categoría en dos subcategorías: la severidad de la propia enfermedad y la severidad de los efectos que ocasiona el tratamiento farmacológico. En este punto,

la premisa señala que la severidad se enfatiza más en aquellos pacientes que perciben su estabilidad física amenazada por la severidad de los síntomas y, en sí, por la presencia de los mismos.

Hay patologías que no manifiestan su existencia en una etapa temprana, pasan desapercibidas, como si la existencia de estas estuviera condicionada a la sensación y percepción de las mismas de una forma objetiva, que pueda ser medible y comprobable. Cuando estos elementos se manifiestan en reacciones adversas que son visibles, entonces la severidad se hace presente, potencializada en la medida que merma la capacidad física de los pacientes.

...pues no sé si me duele el cuerpo de la enfermedad o de todo lo que me meten, *ora* sí que no sé ni *pa* dónde voltear, yo *nomás* me dejo hacer lo que me dicen las enfermeras, ya casi ni me gusta venir por lo mismo, pero tengo que vivir unos añitos más, eso me mantiene de pie...

...yo no tuve ningún síntoma, me preguntaban que si orinaba bien, que si mi regla era abundante, que si me dolía mi parte y pues no, me canso de decir que no, antes de saber de mi enfermedad no me dolía nada, *ora* me duele todo...

3.4. Expectativa de vida y enfermedad

Con respecto a la positividad y negatividad que se tiene en referencia al trayecto y desenlace de la patología, el MCS menciona que las investigaciones en el área de la sociología médica tienen como implicaciones principales la prevención de enfermedades y el mantenimiento de la calidad de vida de las personas, tratando de entender los patrones de comportamiento que de una circunstancia grave pueden emerger.

Se pensaría que deben ser preventivos, pero la realidad es diferente o, al menos, la intención dista mucho de lo que se desea percibir, tal y como se retoma del discurso de las siguientes pacientes:

...yo me [sic] cuido en [sic] mi alimentación, aunque ni hambre me da, yo voy a mis sesiones, me tomo cuanta cosa, no sabe usted; a mí me dicen lo que tengo que hacer, y con gusto y fe lo hago; yo me cuido porque no me quiero morir, ¿quién se quiere morir?, *pus* nadie, y si me voy a morir, *pus* que mi familia no me vea acabada, ¿verdad?, que me vean enterita, así como me ve usted ahorita...

...mira, yo sé que me voy a ir de este mundo haga lo que haga, yo me voy a ir; pero no quiero que mi familia sufra, pero [sic] yo ya me canso de sufrir: no me da hambre, todo vomito. Mira mi cuerpo, estoy una [sic] calaquita y me deprimó de pensar en mi futuro (risas) aunque yo no tengo futuro, pues qué le puede uno hacer...

En las noches me deprimó mucho; me subo a la azotea de mi casa y me quedo viendo las estrellas. Allá voy a estar, me digo a mí misma; ya no voy a saber nada, ni de nadie, ni de dinero, ni de mis hijos, ni del que fue mi marido. Allá no sabe uno nada, y eso ha de ser bien bonito... ya para qué me procuro, ni caso tiene ¡vaya!

3.5. Tratamiento farmacológico y no farmacológico

Con relación a este punto, la severidad e intensidad de la patología derivan en una decisión importante para la paciente, según el testimonio de ellas, la adherencia al tratamiento es influenciada por el costo-beneficio del mismo.

Los resultados son a largo plazo, la incertidumbre las invade y el no obtener resultados que representen una esperanza de vida tienden a mecanizar su actuar en todos los ámbitos y el pronóstico se vuelve aún más desalentador. Se ha determinado, también, que tratamientos

complementarios representan un plus en sus padecimientos, sobre todo en la severidad de los síntomas y las consecuencias de los tratamientos sumamente agresivos para ellas.

...a mí me duele todo el tiempo el cuerpo, antes de que me dijeran no me dolía nada, *ora, nomás* de que me enteré, todo me duele, todo me molesta; dicen que la mente trabaja más rápido, y yo creo que sí, porque cuando yo no sabía nada de la enfermedad me la llevaba tranquila; pero ahora, las quimioterapias me acaban, ojalá no me hubieran detectado nada, yo ya no quiero ir, pero mis hijas me insisten y por ellas estoy haciendo el esfuerzo de curarme.

Me vendieron un producto naturista, dicen que tiene aleta de tiburón, son unas cápsulas y vieras que después de la quimioterapia me las tomo y se me quita el malestar, *nomás* un ratito, pero algo es algo, esas sí me gustan, no que la medicina que me dan tomada, y las radio, *noombre...* me secan y ya ni caminar puedo a veces. Yo le ruego mucho a mi Dios que me ayude, y si él me va a llamar, *pus ya pa* qué voy al hospital, ya no tiene caso, pero todo a su tiempo.

...ya no tenemos dinerito ahorrado, ya se lo gastaron en mí, en medicinas, [en] remedios naturistas, cremas para mi piel, suplementos de comida, y eso me mortifica mucho. Les estoy dando harta lata, yo no quería que fuera así, yo pensé que me iba a morir rápido y ya, pero aquí sigo, dando lata, mi hija trabaja todo el día en una fondita, y mi nieta me cuida, ya no me da hambre de nada, y mira que era yo de buen comer, pero de ver los problemas que ocasiono ya me da harta pena con mi hija y mi yerno. A mí me sirve mucho platicar de mi enfermedad, como ahorita contigo, siento que me duele menos el alma y el cuerpo.

3.6. Barreras

Los aspectos negativos de una acción en particular pueden resultar en impedimento para adoptar una actitud recomendada.

Las pacientes argumentan que si ellas están dando algo, deben recibir algo a cambio y que esto repercute de manera directa e importante en su estado de salud. Por lo general esperan que sea algo bueno e incluso hay quien señala que es posible la sanación pese a que el cáncer sea avanzado.

...mira, yo le hago caso al doctor, él me da mis indicaciones y yo lo obedezco, al pie de la letra, porque, efectivamente, espero que duela menos, espero poder curarme y en verdad pienso que será así. Hay veces que me quiero rendir, porque los malestares son *teeeeerribleees*, pero mi recompensa será mayor...¿cómo te diré?, el doctor me puede quitar la enfermedad, pero eso depende de la voluntad de Dios... si me curo o no, no me motiva el doctor, el que me motiva es mi Dios; dice su palabra que el que cree en él, vivirá, y yo creo ciegamente en su bondad infinita, por eso hago caso de lo que me dice el doctor y con la mano de Dios en él, pronto voy a salir de esto.

...el dinero hace falta, no podemos dejar de trabajar; bueno, mis hijos le echan ganas por mí, ¡vieras que yo era bien trabajadora!, pero el tratamiento me debilita, ¿sabes? Estoy acostada, sentada, nada me está, no sé si me entiendes, y me siento peor, no mejora mi salud. Yo digo que es castigo de Dios. Ya quiero que me lleve, pero nada. Y mientras, aquí me tienes; ya ni me dan ganas de ver a mi doctora, es bien buena ella, pero el cáncer es el cáncer y ante eso nada se puede hacer.

3.7. Sanación-no sanación

Las creencias en particular de las pacientes se hicieron notorias en casi toda la entrevista. Desde discursos permeados de una clara realidad hacia su desenlace hasta aquellas que procuran un aire de esperanza y fe, para minimizar en la medida de lo posible su expectativa.

Claramente es posible identificar las causas, motivos y razones por las cuales se cree que puede haber un desenlace feliz, alcanzando un estado de bienestar espiritual, mismo que las puede conducir a un proceso más armonioso entre ellas y su padecimiento.

...si me curo, que... bueno... yo creo que sí, ¿sabes? He sido buena, soy muy responsable con mi salud, de hecho me costó asimilar la noticia porque siempre fui precavida; pero ya no pienso en eso, ahora pienso en todas las posibilidades que tengo para curarme y lo voy a lograr. Creo que mi disciplina me ha ayudado, es mi trébol de buena suerte y si no fuera el caso ya viví y gocé en [sic] cuanto pude.

...yo me encomiendo a mi virgencita de Guadalupe. Ella va a venir por mí, si es que me muero, y si no pues la voy a ir a ver a la basílica porque, aunque yo haga lo que diga el doctor y la enfermera, la última palabra la tiene ella, la fe mueve montañas, *mija*.

...la quimio ya no me hace efecto positivo, me enoja estar enferma; no me lo merezco, muchacha. A mí me dice el doctor que sí me puedo curar, pero yo lo veo en su mirada, yo ya estoy más *pa'* allá que *pa'* acá y no me da miedo morir, me da miedo sufrir dolor en el lecho de mi muerte; pero sé que es algo por lo que tengo que pasar. Tarde que temprano, yo espero solo cerrar mis ojitos. No sufrir, pues. No quiero estar consiente, pero solo Dios sabe cómo voy a acabar; eso sí, aquí en mi casa, con mis santitos, mi altar, en mi cama. No quiero ir al hospital, eso sí lo tengo bien claro.

4. Discusión

Se han documentado diversos estudios en donde el comportamiento de los pacientes, con respecto de su enfermedad, depende de la percepción que las personas tienen como amenaza de una enfermedad, en especial de las crónicas.

La adquisición de buenas conductas y el compromiso hacia las mismas está determinada por la viabilidad y eficacia percibida de dicha acción, dado lo anterior, las creencias que se construyen subjetivamente están supeditadas a la mejoría esperada por el tratamiento, ya sea el convencional o uno complementario, no es lo ideal, sin embargo, es un factor común en las entrevistadas (Herrera, 2019).

Hablar claramente con las pacientes y darles a conocer de manera detallada los efectos secundarios que aparecen después de iniciarse el tratamiento contra el cáncer puede ser de gran ayuda y aunado a eso se debe procurar la disposición para despejar cada una de las interrogantes emergentes antes y durante el tratamiento, sea curativo o paliativo. Esto puede proporcionar certeza en cuanto al pronóstico de la enfermedad y la expectativa de la misma, respetando la idea que se ha creado en torno a la patología e inclusive a la muerte (Chávez-Martínez *et al.*, 2010).

En cuanto a la adherencia al tratamiento, se ha documentado que existe *menor* probabilidad de cumplimiento cuando se ve involucrado un cambio importante en el estilo de vida o cuando los efectos secundarios superan los beneficios percibidos. Mismo argumento resalta en la investigación realizada en donde el cambio en patrones conductuales se vieron afectados de manera significativa, lo que hace que lo prescrito por el médico se vea aún más complicado de llevar a cabo (Palacios-Espinosa y Pérez-Acosta, 2017).

El modelo de creencias en salud ha sido el más utilizado para explicar el comportamiento y grado de compromiso que adquieren los pacientes con respecto a la enfermedad, en específico a la adherencia al tratamiento, sin embargo, se reconoce también que se han identificado vacíos que no se abordan de manera objetiva, en lo particular; la comunicación y una conducta preventiva o prácticas de autocuidado representarían premisas que convendría sean abordadas desde otro modelo, dejando de estigmatizar a la enfermedad como el eje central donde recae una proyección

negativa a priori por parte del paciente así como del profesional de la salud, sea médico o del área de enfermería (Ehrenzweig, 2007).

Se reconoce una compleja interacción entre la ideología y patrones culturales sociales arraigados en las mujeres entrevistadas. La conversión de un estado de salud aparentemente sano a uno enfermo conlleva también a la relación que se crea con los profesionales de salud, siendo aquellos quienes están de manera constante, y quienes poseen los conocimientos necesarios para dar orientación a las mujeres y el sin número de interrogantes que las empiezan a rodear. Dado lo anterior, la atención para la salud debe ser capaz de conocer y aceptar la estructura y los procesos sociales derivados de la interpretación y aceptación que tienen las personas y construyen en referencia a su enfermedad (Castellano- Bentancur, Heinzen y Nión-Celio, 2012).

5. Conclusiones

La adherencia al tratamiento en pacientes con alguna enfermedad crónica, en este caso el cáncer, es uno de los principales elementos que se han abordado, pues se ha documentado que la falta del mismo repercute de manera directa en el estado de salud de las personas y en el trayecto de su enfermedad así como en el desenlace de la misma. La complejidad de una rigurosidad obligada al tomar los medicamentos prescritos, el costo económico de los mismos y el desgaste físico marcado son realidades que han sido señaladas como las principales barreras para llevar a cabo dichas prácticas.

Diversos estudios se han encargado de indagar cuáles son los principales motivos que conducen a la falta de adherencia al tratamiento, pues se supondría que una vez identificados se podría pensar en una estrategia que de manera general coadyuve a que éste pueda estar presente más recurrentemente en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Uno de los modelos que han sido utilizados para dar explicación al respecto es el Modelo de Creencias en Salud, el cual señala que la adherencia al tratamiento dependerá de premisas establecidas como lo son la amenaza percibida y la severidad percibida del tratamiento, entendido como costo beneficio del mismo. Sin embargo se han identificado otros argumentos rescatados de la voz de los pacientes que han padecido dicha enfermedad, independientemente del desenlace, y que no están siendo considerados al momento de hacer análisis de los discursos y que sin duda marcarían la pauta para poder establecer acciones más específicas en pro de la salud de los pacientes.

Las pacientes entrevistadas abordan una característica importante con respecto a la adherencia al tratamiento y tiene más que ver con la comunicación efectiva que se tiene con el prestador de servicios de salud, sea el médico o el personal de enfermería ya que señalan que el diálogo debería ser claro para poder comprender instrucciones, esto permitirá que sea más sencillo la adopción de estilos de vida saludables los cuales no significan la curación de su enfermedad, pero si representan el mejoramiento de su calidad de vida durante el trayecto y la culminación de la misma, sea cual fuere la circunstancia en que termine.

Se requiere de mayores esfuerzos conjuntos para seguir indagando sobre este elemento en el ámbito médico, respetando el bagaje cultural y social arraigado en los pacientes con enfermedades crónicas terminales o no. La mecanicidad biologicista de la postura médica tradicional ha imposibilitado la apertura para poner atención al discurso de los informantes, dado por entendido que el médico es quien tiene la razón y todo lo demás no significa beneficio alguno.

Las ciencias del comportamiento cada día van adecuando sus teoremas y modelos a la realidad de los pacientes. Han procurado que sus posturas puedan explicar de algunas conductas de manera clara, mismas que deben seguirse considerando para continuar creando marcos teóricos que tomen en cuenta las diversas circunstancias sociales arraigadas y que con frecuencia han sido invisibilizadas.

Referencias

- Becker**, M.H. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. *Health Education Monographs*. 2(4), 409-419. <https://doi.org/10.1177%2F109019817400200407>
- Organización Mundial de la Salud OMS**. (2008). Boletín epidemiológico regional. *Plan de acción para la prevención y el control de cáncer cervicouterino 2008*. <https://bit.ly/3RdO7FA>
- Castellano-Bentancur**, G.S., Heinzen, J., y Nión-Celio, M. S. (2014). Creencias populares en salud materna. *Revista De Salud Pública*, 16(3), 9–20. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v16.n3.6955>
- Chávez-Martínez**, F.J., Romero-Pérez, T., González-Marinello, S., Lence-Anta, J., Santos-Martínez, T. (1997). Riesgo de Morir por Cáncer en Cuba. *Revista cubana de oncología*. 13(1), 5-11. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cum-16180>
- Derogatis**, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M., Carnicke, C.L. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *National Library of Medicine*. 249(6), 751-763. doi: 10.1001/jama.249.6.751. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6823028/>
- Ehrenzweig-Sánchez**, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 25(1), 7-21. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/554>
- Herrera**, K. y Nión-Celio, M.S. (2019). El cáncer cervicouterino según las creencias de las mujeres de Jinotega, Estelí y Chinandega, Nicaragua. *Psicología Actual, la modernización de la ciencia*. 6(1). 8-20. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=539557206022>
- Montañés**, M. (2001) Dinámica, funcionamiento y contenido de las entrevistas individuales y grupales. *Practicas locales de creatividad social*. 18(6) 115-134. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=838434>
- Murillo**, M. y Alarcón-Prada, P. (2006). Tratamientos psicossomáticos en el paciente con cáncer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 35(1), 99-111. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35s1/v35s1a07.pdf>
- Palacios-Espinosa**, X. y Pérez-Acosta, A. (2017). Evolución del concepto de psicología de la salud. [Tesis de maestría, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Colombia]. <https://bit.ly/3nL3iIU>
- Prieto A.** (2004) Psicología oncológica. *Revista profesional española de terapia cognitivo-conductual* 2(2).107-120.
- Salvador**, A., Ochoa-Carrillo, F.J., Guerra-Chávez, H.G., Mulier-Rojas, Y.A., Galindo-Vázquez, O. y Zapata-Isidoro, M.R. (2011). Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores. (perspectiva del Oncólogo). *Gaceta Mexicana de Oncología*. 10(3), 136-142. <https://bit.ly/3yQza4Y>
- Schneider-Hermel**, J., Pizzinato, A., y Calderón-Uribe, M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista De Psicología*, 33(2), 439-467. <https://doi.org/10.18800/psico.201502.008>

- Secretaría de Salud [SSA].** (2015). “Panorama mundial y nacional” en Programa de acción específico: Prevención y control del cáncer cérvico de la mujer 2013-2018. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-cuello-uterino>
- Secretaría de Salud [SSA].** (2015). “Información estadística” en Programa de acción específico Prevención y Control del cáncer de la mujer 2013- 2018. información estadística. México. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>
- Trejo, F.** (2012) Fenomenología como método de investigación: una opción para el profesional de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*. 11 (2). 98-101. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122h.pdf>