

Botado/396/200

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA.
PROGRAMA DE PSIQUIATRIA ONCOLOGICA

INTERVENCION TERAPEUTICA GRUPAL DE APOYO Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CANCER DE SENO EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE CANCEROLOGIA

DIRECTORA:

Dra. MARIA DEL ROSARIO MOLINA

CO-DIRECTOR:

Dr. HERNANDO MURILLO

ESPECIALISTAS EN ENTRENAMIENTO:

Dra. MARIA LILIANA ROSAS ✓

Dra. CARMEN LILIANARUIZ ✓

Bogotá, Noviembre de 2000.

INTERVENCION TERAPEUTICA GRUPAL DE APOYO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CANCER DE SENO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de seno, según la distribución de casos nuevos de cáncer, ocupa el segundo lugar con 635 casos nuevos después del cáncer de cervix en el Instituto Nacional de Cancerología en 1998(1).

La adherencia al tratamiento es definida comúnmente como hasta qué punto el cambio en el comportamiento de una persona en términos de uso de medicaciones, cumplimiento de citas o cambios en el estilo de vida, es coincidente con las recomendaciones médicas. Sin embargo no existe hasta el momento un acuerdo unificado y objetivo para diferenciar entre adherencia y no adherencia; se habla de adherencia si un determinado porcentaje de la medicación prescrita es recibida, por ejemplo del 70% o más.

En general para cualquier tipo de enfermedad se estima que la no adherencia al tratamiento es del 50% (2). En lo referente al cáncer, diversos estudios muestran que la adherencia al tratamiento en estos pacientes es baja, tal vez debido al impacto que causa el diagnóstico en el paciente, sin embargo este problema ha recibido poca atención (2)

La adherencia a cualquier tratamiento se ve influida por las características de cada individuo, los antecedentes familiares, los rasgos de personalidad y sobretodo por la manera como se maneje la situación por parte del médico o grupo tratante, la información que se de acerca del diagnóstico, tratamiento, efectos secundarios de éste y pronóstico de la enfermedad.

La no adherencia al tratamiento, conlleva un aumento en la morbi-mortalidad asociada a cualquier enfermedad y por tanto en el cáncer de seno, donde la participación activa del paciente en su tratamiento es un elemento clave en su pronóstico. Las cifras de adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer de seno se desconoce en el Instituto Nacional de Cancerología.

La literatura muestra que los niveles de estrés, depresión y ansiedad están sustancialmente elevados en las pacientes con cáncer de seno y esto a su vez afecta la adherencia al tratamiento. Algunos estudios muestran que si se realiza una intervención de carácter psicoterapéutico se logra mejorar la adherencia (2). Esto nos lleva a pensar si una intervención de este tipo mejoraría la adherencia al tratamiento una vez realizado el diagnóstico de cáncer de seno.

Nuestro trabajo pretende entonces establecer si una intervención específica como la psicoterapia grupal de apoyo, podría mejorar la adherencia al tratamiento en mujeres a quienes se les hace diagnóstico de cáncer de seno y a la vez

→ SICO TERAPIA INDIVIDUAL ?
SICO TERAPIA FAMILIAR ?

determinar cuales son las cifras de adherencia al tratamiento en las pacientes a quienes se les realiza diagnóstico en la consulta de seno en el Instituto Nacional de Cancerología.

La utilidad del trabajo se relaciona con la ausencia de datos precisos en el Instituto Nacional de Cancerología sobre la adherencia al tratamiento una vez realizado el diagnóstico de cáncer de seno. Además los datos obtenidos permitirán establecer el efecto de una intervención como la psicoterapia grupal de apoyo en nuestro medio.

II. MARCO TEORICO

Desde la antigüedad, se tienen referencias del cáncer de seno; hay un papiro encontrado por E. Smith, del año 3000 a. de C. que reporta 8 casos de cáncer de seno.

El cáncer de seno es la neoplasia más frecuente diagnosticada en las mujeres de Estados Unidos, y constituye la segunda causa de muerte por cáncer. En las últimas décadas se ha observado un aumento en la incidencia de la enfermedad. Los datos obtenidos entre 1988 y 1990 indican que el riesgo a lo largo de la vida de cualquier mujer de desarrollar cáncer de seno es del 12,2% o de 1 por cada 8 mujeres. La historia natural del cáncer se caracteriza por ser larga y heterogénea y el riesgo de morir por su causa a lo largo de la vida es del 3,6%. Esta mortalidad es relativamente constante a pesar del aparente incremento de la incidencia, lo cual puede ser el resultado de la detección temprana y de los avances en el tratamiento (3).

En Colombia el cáncer de seno es una de las neoplasias más comunes en mujeres, con 635 nuevos casos reportados en el Instituto Nacional de Cancerología en 1998 (1). La distribución del cáncer de seno según estadios en 1997 fue: 2,5% *in situ*; 2,1% estadio I; 8,2% estadio IIa; 5,7% estadio IIb; 5,9% estadio IIIa; 43,4% estadio IIIb; 20,6% estadio IV.

El tratamiento del cáncer de seno depende del estadio en el que se encuentre al momento del diagnóstico. En el Instituto Nacional de Cancerología se aplican las siguientes pautas de manejo (4):

- Estado 0:
- 1ª CAUSA DE ENF. NEOPLASICA EN LA MUJER EN EL MUNDO
EN COLOMBIA LA 3ª CAUSA Y 1 DE C/25 MUJERES
COLOMBIANAS PADECERAN CA SENSO
DURANTE SU VIDA*

Para algunas mujeres el cáncer de seno es una enfermedad local sin diseminación a distancia. Este estado temprano usualmente es diagnosticado por mamografía y en un alto porcentaje el tratamiento es local. En el enfoque de tratamiento para el cáncer de seno estado 0 se tiene en cuenta en primer lugar el tipo histológico. En la mayoría de los casos es de tipo ductal infiltrante y si desde el punto de vista técnico lo permite se preferirá el tratamiento conservador de la glándula seguido de radioterapia. En caso contrario la conducta quirúrgica será mastectomía simple y se podrá plantear la reconstrucción. En este estado el objetivo de tratamiento es la curación, lográndose una sobrevida libre de enfermedad a 5 años del 98%. En aquellas pacientes con tumor de tipo histológico lobulillar, es necesario tener en cuenta que dado el mayor riesgo de bilateralidad y multicentricidad, se preferirá un tratamiento quirúrgico más radical ya que el riesgo de recaída en casos en los cuales se le practica sólo tumorectomía (excisión amplia del tumor con conservación del seno) es hasta del 30%.

*NO II) DESDE OBSERVACION
LOBULILLAR } HASTA MRM
IN SITU } BILATERAL*

Cirugía:

Carcinoma intraductal (*In situ*)

Extirpación amplia del tumor. El vaciamiento axilar no está indicado.

La mastectomía con o sin reconstrucción es una alternativa, especialmente en pacientes con tumores muy extensos o con carcinoma multicéntrico, o en la circunstancia de no lograrse márgenes negativos. La ampliación de la extirpación puede ser otra alternativa cuando los bordes han sido previamente demarcados y se conoce el margen que se debe ampliar.

Radioterapia:

Está indicada en el manejo postoperatorio de este estado.

Quimioterapia:

No está indicada en este estado.

Hormonoterapia:

Estaría indicada como prevención en pacientes con receptores hormonales positivos.

Carcinoma lobular (*In situ*)

Extirpación amplia cuando existe tumor.

La disección axilar no es necesaria.

La mastectomía bilateral es una alternativa con o sin reconstrucción inmediata o diferida.

Hormonoterapia:

Estaría indicada solo como prevención en pacientes con receptores hormonales positivos.

- Estados I y II

La probabilidad de recurrencia es alta para las mujeres con ganglios axilares positivos y se incrementa en proporción al número de ganglios comprometidos. Para las pacientes en estos estadios el tratamiento inicial generalmente es

quirúrgico y se definirá el beneficio de tratamiento adyuvante con quimioterapia de acuerdo con el número de ganglios axilares comprometidos, el tamaño tumoral (mayor a 1 cm), factores histológicos como el porcentaje de células en fase S, aneuploidia, infiltración vascular. La presencia de receptores hormonales positivos ayuda a definir el uso de antiestrógenos.

Biopsia:

El diagnóstico se establecerá mediante alguno de los siguientes procedimientos: Biopsia por punción, incisional o excisional (dirigidas o no dirigidas) de acuerdo a cada caso en especial y se solicita estudios de receptores hormonales.

Tumorectomía:

Este procedimiento implica obtener un margen de tejido libre de tumor alrededor del tumor. No se contraindica cirugía conservadora en caso de tumores con localización central.

Radioterapia:

Se indica tratamiento con radioterapia sobre el tejido mamario remanente.

Quimioterapia:

Se dará este tratamiento a pacientes con compromiso ganglionar tumoral, o a pacientes con factores pronósticos adversos (edad, estado de receptores hormonales, génicos, biológicos, etc.). Se debe iniciar 4 a 6 semanas después del tratamiento quirúrgico.

Terapia hormonal:

Está indicada en todas las pacientes con receptores hormonales positivos y se iniciará tan pronto se conozca el diagnóstico de malignidad y de receptores hormonales.

Se podrá suministrar simultáneamente con la quimioterapia en pacientes postmenopáusicas en caso de que no exista resistencia cruzada entre los medicamentos.

▪ Estado III

La quimioterapia es usualmente administrada después de la cirugía en mujeres con cáncer de seno operable, sin embargo para las mujeres con grandes tumores operables, la quimioterapia preoperatoria puede tener algunas ventajas. Varios reportes han indicado que cerca del 90% de los tumores operables de entrada

disminuyen de tamaño en más del 50% con la quimioterapia preoperatoria; por tanto se puede practicar cirugía menos radical en pacientes que de otra forma hubieran requerido mastectomía. Las combinaciones más frecuentemente usadas son: ciclofosfamida, metotrexate, fluoracilo (CMF); adriamicina, ciclofosfamida (AC); fluoracilo, adriamicina y ciclofosfamida (FAC); fluoracilo, epirrubicina, ciclofosfamida (FEC). Estas combinaciones se administran intermitentemente y a intervalos de 3 a 4 semanas.

Cirugía:

IIIA: La mastectomía radical modificada es el tratamiento quirúrgico más indicado. Rara vez se hará tratamiento conservador; sin embargo en los casos de tumores sometidos a quimioterapia de inducción y que luego de 3 o 4 ciclos alcancen una reducción importante en su tamaño, podrán ser sometidos a cirugía conservadora, con vaciamiento axilar de los 3 niveles. Algunos casos en especial serán discutidos en forma interdisciplinaria, si los bordes de extirpación quedasen comprometidos por tumor y se considera que no se pueden ampliar se practicará mastectomía complementaria.

IIIB: La cirugía inicialmente está limitada a la biopsia mediante sus diferentes modalidades con el propósito de obtener tejido para establecer diagnóstico y realizar estudios especiales en el mismo.

A la biopsia seguirá tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia y si la respuesta es favorable se realizará cirugía para remover el tumor residual (mastectomía radical modificada y en casos escogidos cirugía conservadora). La reconstrucción en este estado es una opción para casos seleccionados.

Radioterapia

IIIA: La radiación externa seguirá a la mastectomía radical o radical modificada, de acuerdo a los factores pronósticos que aporta el estudio de anatomía patológica.

IIIB: La radiación externa seguirá a la quimioterapia de inducción cuando no hay respuesta o esta respuesta es parcial y el tumor no se considera quirúrgico en ese momento.

También recibirán este tratamiento en forma complementaria a la mastectomía los casos con factores de mal pronóstico señalados por los estudios de anatomía patológica.

Quimioterapia

IIIA: La quimioterapia previa a la cirugía será el tratamiento de elección con el propósito de reducir o eliminar el tumor. Se dará tratamiento postoperatorio si existen factores pronósticos adversos que la indiquen.

SIEMPRE ✓

III B: La quimioterapia seguirá al diagnóstico. La buena respuesta al tratamiento puede ser seguida por cirugía para remover el tumor residual. ⁷ PRE Y P.O.P.

Hormonoterapia

Pacientes posmenopáusicas con receptores hormonales positivos recibirán antiestrógenos por un periodo de 5 años. También recibirán este medicamento por el mismo tiempo los casos con receptores hormonales desconocidos.

▪ Estado IV

El curso clínico del cáncer de seno metastásico es variable, debido a los grandes cambios en la velocidad de crecimiento tumoral y en la respuesta al tratamiento sistémico. La quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia y cirugía se han usado en el tratamiento de las mujeres con cáncer de seno metastásico. La intención del tratamiento en estos casos es paliativa y la conducta está definida por el estado funcional de la paciente. En aquellos casos donde el compromiso metastásico sea óseo y las lesiones sean consideradas críticas, como metástasis en caderas con inminencia de fracturas, compromiso espinal alto o síndrome de compresión epidural y lesiones en sistema nervioso central, el tratamiento inicial es con radioterapia. La hormonoterapia está indicada en casos en los cuales el compromiso metastásico a hueso no sea crítico o en pacientes con pobre estado funcional. Los bifosfonatos pueden agregarse a la quimioterapia o a la terapia hormonal, reduciendo el dolor y prolongando la sobrevida libre de eventos relacionados al hueso.

En aquellas pacientes jóvenes con buen estado funcional o en las pacientes que progresan luego de tratamiento con hormonoterapia o cuyo compromiso metastásico sea visceral está indicada la quimioterapia. Es importante usar todos los tratamientos disponibles para obtener el máximo control de los síntomas y prevenir complicaciones serias de tal manera que se pueda prolongar la vida con un mínimo deterioro en la calidad de ésta.

Cirugía

La cirugía tendrá un papel paliativo y está limitada a la biopsia del tumor primario o de las metástasis para determinar el diagnóstico, a la ablación ovárica, a la extirpación de metástasis que comprometan la vida y cuya extirpación mejore la calidad de vida de las pacientes.

El tumor primario puede ser removido en circunstancias especiales (tumores sangrantes, ulcerados, etc.) o cuando el grupo interdisciplinario lo considere conveniente en casos seleccionados.

Radioterapia

Está indicada en el control del tumor primario. Es especialmente útil para el

control de metástasis óseas dolorosas o para control de metástasis en el encéfalo y en partes blandas.

Hormonoterapia

Pacientes con receptores hormonales positivos o desconocidos recibirán antiestrógenos como manipulación hormonal de primera línea hasta tanto exista respuesta. En caso de progresión recibirán inhibidores selectivos de aromatasas, acetato de megestrol u otro tipo de manejo hormonal que el grupo interdisciplinario considere conveniente.

Protocolos de tratamiento de quimioterapia

Tratamiento neoadyuvante

Para las pacientes con estadios localmente avanzados IIIA, IIIB o estados más tempranos en los cuales por consideraciones técnicas o médicas no pueda realizarse de entrada tratamiento quirúrgico, y para administrar previo a la cirugía.

Mujeres premenopáusicas o posmenopáusicas con fracción de eyección ventricular mayor a 50%:

AC

- Doxorrubicina 60 mg/m² día 1 de tratamiento
- Ciclofosfamida 600 mg/m² día 1 de tratamiento

Cada 3 semanas por 3 ó 4 ciclos

Mujeres premenopáusicas o posmenopáusicas con fracción de eyección ventricular menor a 50%:

CMF

- Ciclofosfamida 600 mg/m² día 1 y 8 de tratamiento
- Metrotexate 40 mg/m² día 1 y 8 de tratamiento
- 5 fluoracilo 600 mg/m² día 1 y 8 de tratamiento

Cada 4 semanas por 3 ó 4 ciclos

Tratamiento adyuvante o posoperatorio

La elección del esquema de tratamiento para aquellos estados avanzados se basará en la respuesta obtenida al esquema inicial. Si la respuesta evaluada desde el punto de vista clínico, imagenológico o patológico es superior al 50% el tratamiento adyuvante puede realizarse con el mismo esquema administrado previo a la cirugía durante 3 ó 4 ciclos, excepto en aquellos casos en que exista contraindicación médica para el uso de alguno de los medicamentos. En caso de

no obtenerse una respuesta, definida como una disminución del tamaño de la enfermedad medible inferior al 50% se emplearán tratamientos de segunda línea. Para pacientes en quienes el informe de patología demuestre compromiso ganglionar masivo (más de 6 ganglios axilares comprometidos) se administrarán 4 ciclos de Taxol adicionales al esquema adyuvante así:

- Taxol 175mg/m²
Cada 3 semanas por 4 ciclos.

Tratamiento de quimioterapia de segunda línea

Para aquellas pacientes en quienes no se obtenga respuesta al tratamiento inicial o progresen durante la administración del esquema de primera línea de quimioterapia se tratarán con:

Navelbine – 5 fluoracilo

- Navelbine 35 mg/m² día 1 y 8 de tratamiento
 - 5 fluoracilo 500 mg/m² día 1 y 8 de tratamiento
- Cada 4 semanas hasta 6 ciclos en esquema adyuvante o mientras se tenga respuesta en enfermedad metastásica.

Docetaxel (Taxotere) 100 mg/m²

Cada 3 semanas hasta 6 ciclos en aquellas pacientes que no respondieron a esquema inicial con base en adriamicina

ASPECTOS PSICOLOGICOS EN LAS MUJERES CON CANCER DE SENO (2)

La mayoría de las mujeres a quienes se les diagnostica cáncer de seno actualmente, pueden tener la expectativa de curarse o de vivir por largos periodos de tiempo con su enfermedad. Sin embargo a diferencia del tratamiento para otras enfermedades crónicas, el tratamiento para el cáncer es más tóxico e intensivo; por tanto resulta en una mayor demanda tanto de las reservas físicas como psicológicas para sobrevivir y manejar la enfermedad.

El cáncer de seno constituye un estresante mayor para cualquier mujer, sin embargo, existe una gran variabilidad en la respuesta psicológica.

Factores que afectan el impacto psicológico

Tres grupos de factores contribuyen a la respuesta psicológica: El contexto sociocultural en el cual son ofrecidas las opciones de tratamiento, los factores psicológicos y psicosociales que la mujer y su contexto traen a la situación, y los factores médicos o físicos que la mujer debe confrontar en términos del estadio de la enfermedad, tratamiento, respuesta, y curso clínico.

En el curso del cuidado inicial, las mujeres enfrentan decisiones mayores tales como el momento del descubrimiento inicial de un nódulo. La rapidez con que una mujer tome la decisión de buscar la evaluación de la aparición de un nódulo depende de múltiples variables incluida el estado sociodemográfico, el conocimiento, actitudes y creencias acerca del cáncer, la personalidad y estrategias de adaptación y la naturaleza de la relación médico paciente. Cuando ha ocurrido retraso en la evaluación de la lesión, la respuesta de la mujer incluye sentimientos de culpa por su responsabilidad en el retraso, ira hacia el papel del médico o ambos, lo cual puede interferir en su habilidad para adaptarse al tratamiento.

La edad o el momento durante el ciclo vital en el cual aparece el cáncer de seno son de importancia fundamental. La amenaza al sentido de feminidad y a la autoestima ocurre en todas las mujeres, pero esto puede ser más difícil para las mujeres jóvenes cuyo atractivo y fertilidad son muy importantes, especialmente para aquellas que son solteras y que aún no tienen pareja. Por otro lado el diagnóstico de cáncer de seno en mujeres por encima de los 65 años puede ser agravado por la presencia de otras pérdidas mayores.

En cuanto a la personalidad se ha observado que las mujeres que tienen un comportamiento activo frente a la resolución de sus problemas muestran un menor distrés emocional y una mejor adaptación. Las mujeres a riesgo de una pobre adaptación son aquellas que se muestran pasivas, con sentimiento de abandono, desesperanza, con actitud pesimista y muestran un patrón rígido en sus estrategias de adaptación, además tienden a ser socialmente aisladas o rechazan la ayuda cuando se les ofrece.

La experiencia previa con un familiar o amigo cercano que haya muerto de cáncer de seno, hace que el diagnóstico parezca ominoso y esto resulte en mayor distrés psicológico durante y después del tratamiento. Las mujeres con un gran investimento de su cuerpo pueden no tolerar la idea de la pérdida o el daño de sus senos. Dichas mujeres están a riesgo de consultar tardíamente, de tener problemas para la adaptación y adherencia al tratamiento particularmente si no se logra una buena preservación cosmética. El ajuste también depende de la respuesta de las personas significativas especialmente de la pareja.

ADHERENCIA

Definición

La adherencia es definida comúnmente como el cambio en el comportamiento de una persona en términos de uso de medicaciones, seguimiento de dietas o

cambios en el estilo de vida, coincidente con las recomendaciones médicas. No existe un acuerdo unificado para diferenciar entre adherencia y no adherencia. Con frecuencia se habla de adherencia si un determinado porcentaje de la medicación prescrita es recibida, por ejemplo el 70% o más.

El 25 a 50% de los pacientes fallan en el cumplimiento de las recomendaciones médicas incluida la prescripción de las medicaciones, el cumplimiento de citas y cambios en los hábitos. En general en cualquier tipo de enfermedad se estima que la no adherencia al tratamiento es del 50%. (2)

Factores que intervienen en la adherencia

- Duración del tratamiento

Existe un acuerdo general de que la adherencia a terapias farmacológicas para enfermedades agudas es mejor que para enfermedades crónicas, sin embargo los datos sugieren que la no adherencia es un problema prevalente incluso en terapias cortas. Varios estudios han encontrado que la adherencia a tratamientos a largo plazo es inferior que la adherencia en tratamientos a corto plazo y ésta disminuye dramáticamente cuando el paciente tiene mejoría sintomática (5).

- Soporte familiar

Los pacientes que perciben sus familias o amigos como un apoyo, se adhieren más al tratamiento (2).

- Información sobre la enfermedad

Aunque el conocimiento acerca de la enfermedad y el tratamiento son necesarios, este conocimiento no es un factor suficiente para la adherencia. Sin embargo en pacientes con cáncer que tienen poca adherencia al tratamiento se ha observado que tienen conceptos pobres respecto a las causas y pronóstico de la enfermedad y tienen además altos niveles de negación. Las estrategias educacionales incluyen instrucciones verbales y escritas y generalmente son efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento (2).

- Relación médico-paciente

Se ha sugerido que la calidad de la relación médico-paciente puede influenciar la adherencia al tratamiento. Los pacientes que siempre son tratados por el mismo médico muestran una mejor adherencia, que aquellos pacientes que son tratados por médicos diferentes en cada ocasión. Las investigaciones indican que factores dentro de la relación médico paciente tales como la forma de comunicación, el tono afectivo en la interacción y los comportamientos de refuerzo son mediadores importantes en el comportamiento de adherencia del paciente (2).

- Complejidad del esquema de tratamiento

Algunos estudios muestran que los pacientes que reciben dos medicaciones tuvieron una mayor probabilidad de no adherirse al tratamiento comparados con aquellos que recibían un solo medicamento (6).

- Efectos secundarios

Las reacciones adversas ocasionadas por los tratamientos pueden influenciar la adherencia, sin embargo algunos estudios realizados, no han encontrado

correlación entre efectos secundarios y adherencia. (7)

Factores predictores de no adherencia

En el trabajo de Lebovits y cols (6) se describe un estudio que evalúa la contribución de factores del paciente para la no adherencia a la quimioterapia oral para el cáncer de seno. En este estudio se describen como predictores de no adherencia: las malas condiciones generales antes del inicio del tratamiento, el estado socioeconómico bajo y los síntomas depresivos. Lo anterior probablemente refleja menos destrezas y mayor vulnerabilidad del paciente. También se ha observado que tomar medicaciones para condiciones asintomáticas o para la prevención de enfermedades tiende a ser más difícil.

Múltiples grados de no adherencia se han documentado en la literatura debido a que la determinación de su tasa depende del método de evaluación y los criterios usados para definir una adherencia aceptable, el régimen prescrito y el lugar donde la adherencia es evaluada (5).

La no adherencia puede comprometer la eficacia de los regímenes médicos llevando a una falla para alcanzar la meta de tratamiento deseada. Las decisiones médicas pueden ser afectadas adversamente llevando a cambios inapropiados de los regímenes de tratamiento y llevando a su vez a investigación innecesaria (5).

La evaluación de la adherencia es un componente crítico para la investigación de una nueva droga o un nuevo protocolo de tratamiento, ya que la falta de respuesta puede ser incorrectamente atribuida a una aparente falta de eficacia de la medicación cuando en realidad la medicación o el tratamiento no han sido recibidos (error de tipo 2 o Beta).

A pesar de la importancia de la medición de la adherencia en los estudios de tratamiento, ésta no es comúnmente evaluada. Una evaluación objetiva de la adherencia fue realizada en solamente el 19% de 324 ensayos clínicos publicados en el British Medical Journal y The Lancet entre enero de 1969 a diciembre de 1972. Los estudios de adherencia han tomado relevancia y se estima que aproximadamente se realizan 200 publicaciones por año. Las limitaciones metodológicas como la carencia de predictores de pobre adherencia y la carencia de métodos verdaderamente objetivos para medir la adherencia con frecuencia complica una evaluación acertada de la adherencia en los ensayos clínicos (5).

Dado el papel crítico de la adherencia en la práctica clínica y en la investigación, la evaluación de la adherencia es una tarea esencial. La identificación de la no adherencia es importante en la determinación de la causa de un tratamiento fallido, en la identificación de individuos para intervenciones intensivas y la selección de estrategias apropiadas que mejoren la adherencia. Desafortunadamente la medición de la adherencia, no es siempre fácil debido a la falta de un patrón de oro probado. A pesar de la gran cantidad de métodos que se

han utilizado, la búsqueda de una metodología ideal continua. El patrón ideal debería ser fácil de llevar a cabo, objetivo y práctico. La medición en un momento aislado, o en un corto periodo de tiempo, no refleja con validez un patrón de comportamiento (5).

Por otro lado la estimación de la adherencia por parte de los médicos ha mostrado ser inapropiada debido a que el médico tiende a sobrestimarla. (8)

La no adherencia al tratamiento se ha asociado a mayores tasas de hospitalización, estancias más prolongadas e incremento en las visitas médicas (5).

Bonadonna y Valagusa demostraron que una buena adherencia a los protocolos de quimioterapia endovenosa en el tratamiento de cáncer de seno, se asoció a una mejoría dramática en el pronóstico (2).

Las estrategias educacionales incluyen instrucciones verbales y escritas y generalmente son efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento (2).

En un estudio realizado por Levine (9) sobre adherencia al tratamiento en pacientes con neoplasias hematológicas, donde se compararon los grados de adherencia después de realizar tres tipos de intervenciones (educativa, soporte psicológico y entrenamiento en toma de medicamentos) se encontró en lo referente al cumplimiento de citas, que el cumplimiento fue del 66,4% en el grupo control, mientras que en el grupo intervenido fue del 84% al 93%.

Por otro lado Berger (1998) mostró que el 75% de las pacientes con cáncer de mama, completaron un ensayo de tratamiento multimodal, consistente en la secuencia de quimioterapia, cirugía y radioterapia y quimioterapia alternantes. La adherencia para el cumplimiento de citas fue del 92%, y fue del 89% en cuanto a las drogas recibidas. La duración del tratamiento fue el único factor con el cual se encontró correlación con la adherencia: entre más prolongado el tratamiento menos pacientes completaron el ensayo (2).

TERAPIA DE GRUPO (2)

La psicoterapia de grupo específicamente diseñada para personas con cáncer puede ser la intervención psicosocial disponible más importante para la gran mayoría de pacientes. La terapia de grupo puede abarcar los aspectos más importantes que enfrentan las personas con cáncer de una manera tal que los miembros pueden obtener el soporte emocional de personas con experiencias similares y utilizar las experiencias de los otros para amortiguar el temor de las dudas futuras. Además de su efectividad, la terapia de grupo es además tiempo-eficiente y costo-eficiente.

Los beneficios de la terapia de grupo para personas con cáncer

Los formatos de grupo son costo-efectivos para el paciente y tiempo-efectivos para el terapeuta.

La terapia de grupo es muy efectiva en términos de asistencia ya que ofrece mejoría en la calidad de vida y probablemente mejoría en la salud física.

Se sabe que a las personas a quienes se les diagnostica cáncer sufren cambios importantes en el estado de ánimo, en el funcionamiento psicosocial y en los aspectos existenciales de su vida. La manera como el paciente enfrenta su enfermedad influye su estado emocional y su capacidad de ajustarse para vivir con la enfermedad. Además es también posible que los factores psicosociales puedan tener influencia sobre el curso de la enfermedad.

La psicoterapia de grupo puede mejorar la expresión de emociones, disminuir la negación, disminuir los sentimientos de impotencia o pasividad y el aislamiento social. Mejorar estos factores es el intento de la mayoría de los estudios que investigan el impacto del soporte psicosocial grupal en los pacientes con cáncer.

En los años setenta la investigación demostró los beneficios de la terapia de grupo para mejorar la calidad de vida en los pacientes con cáncer y el incremento de la familiaridad de los pacientes con la enfermedad y el tratamiento.

Los estudios reportados de terapia de grupo han sido a corto plazo (menos de 12 sesiones) y la mayoría siguieron un formato cognoscitivo comportamental combinando información educacional, habilidades o destrezas de adaptación y soporte emocional y social.

Los grupos psicoeducacionales tienen también un valor significativo especialmente para pacientes con un diagnóstico reciente o para aquellos a riesgo de desarrollar la enfermedad. Se ha observado que son más beneficiosos los grupos que cuentan con un guía u orientador especializado que aquellos grupos no estructurados.

Un metaanálisis fue realizado en 1995 para todos los estudios prospectivos aleatorios que examinaban los efectos de las intervenciones educacionales, comportamentales y de consejería para pacientes con cáncer. Los abordajes informativos-educacionales fueron más efectivos para mejorar el conocimiento médico y la adherencia así como el ajuste funcional, el abordaje comportamental fue más efectivo en el manejo de síntomas específicos y la terapia de consejería no comportamental fue superior para ayudar en el ajuste emocional. Los grupos de soporte que carecieron de intervenciones psicoterapéuticas no mostraron beneficio (10)

La terapia de grupo puede considerarse como el tratamiento de elección para la mayoría de pacientes con cáncer. La terapia de grupo para personas con cáncer hace énfasis en que el individuo viva a plenitud cada momento y que aprenda de las experiencias de los otros en cuanto al manejo del estrés que se genera por el hecho de ser un paciente con cáncer. Los temas más comunes discutidos en los grupos de pacientes con cáncer incluyen la comunicación con los médicos, la

relación con la familia los amigos y los compañeros de trabajo, hacer frente al tratamiento médico y a los efectos de la enfermedad, el ajustarse a vivir con diagnóstico de cáncer, aspectos existenciales como la posibilidad de morir, evaluación de prioridades y cambios en la autoimagen. Uno de los beneficios de la terapia de grupo es que permite que el paciente exprese las emociones relacionadas con su condición y además permite dar y recibir soporte o apoyo dentro de una comunidad de personas cuyas experiencias son similares a las suyas.

El estilo terapéutico utilizado para ayudar a los pacientes con cáncer depende del tipo de población, las necesidades de los pacientes, el tamaño del grupo y el tiempo disponible para la terapia.

Existen tres estructuras básicas para la terapia de grupo: Informativa-educativa, entrenamiento en habilidades para enfrentar el problema y soporte emocional y social, también existe combinación de los anteriores.

En cuanto a la estructura informativo-educativa, estos grupos son útiles en aspectos preventivos del cáncer y este enfoque también es comúnmente utilizado para aquellos pacientes recientemente diagnosticados y que desean tener mayor información acerca de su enfermedad, opciones de tratamiento, rehabilitación y medidas preventivas para el futuro.

El entrenamiento en habilidades para enfrentar el problema es la estructura más utilizada en pacientes con cáncer para enseñar de manera activa estrategias para aliviar las preocupaciones específicas e inmediatas de los pacientes. Los aspectos a tener en cuenta incluyen estresores identificables y reacciones de estrés, aspectos de la comunicación, prácticas de comportamientos saludables y técnicas para reducir el dolor y las náuseas.

Las personas con una enfermedad avanzada o que tienen dificultad para el ajuste al diagnóstico de cáncer pueden beneficiarse de una terapia con énfasis en el soporte emocional y social, son terapias a largo plazo. Estos grupos tratan aspectos tanto de manera de enfrentar el estrés por la enfermedad, así como consideraciones existenciales en cuanto al cambio de prioridades, autoimagen y aspectos sobre la muerte.

No es infrecuente la utilización de dos o más abordajes por ejemplo puede darse una conferencia, posteriormente practicar una estrategia y después facilitar una discusión entre los participantes.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la efectividad de una intervención psicoterapéutica grupal de apoyo en la adherencia al tratamiento, en mujeres con diagnóstico de cáncer de seno en el Instituto Nacional de Cancerología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los factores determinantes de adherencia al tratamiento en el grupo intervenido y en el grupo control.
2. Comparar la adherencia al tratamiento entre la población de estudio y el grupo control.
3. Determinar grados de adherencia en la población de estudio.
4. Relacionar los grados de adherencia con posibles factores asociados.

IV. HIPOTESIS

HIPOTESIS ALTERNA

Una intervención psicoterapéutica grupal de apoyo en pacientes con diagnóstico de cáncer de seno mejora la adherencia al tratamiento en un 18% comparada con las pacientes que no reciben dicha intervención (9).

HIPOTESIS NULA

No hay diferencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de cáncer de seno que reciban intervención psicoterapéutica grupal de apoyo comparadas con las que no reciben dicha intervención.

V. VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	TIPO	NIVEL OPERATIVO
Edad	Años cumplidos al diagnóstico	Numérica	Años
Estado civil	Estado civil en el momento de la entrevista	Nominal	1. Soltera 2. Casada/U libre 3. Separada/Divorciada 4. Viuda
Escolaridad	Nivel de estudios de la paciente en el momento de la entrevista	Ordinal	1. Analfabeta 2. Lee y escribe 3. Primaria 4. Bachillerato 5. Técnicos 6. Universitarios
Procedencia	Residencia habitual en el momento de la entrevista	Nominal	1. Urbana 2. Rural
Tipo de seguridad	Tipo de seguridad social en el momento del diagnóstico	Nominal	1. Vinculado 2. Subsidiado 3. Contributivo
Índice de Karnofsky	Estado funcional del paciente en el momento del diagnóstico	Numérica	1. 80-100 Actividad normal y capacidad para trabajar 2. 50-70 Incapacidad para trabajar, vida normal en casa 3. 0-40 Incapacidad para realizar funciones de autocuidado
Escala de Beck para depresión	Medición cuantitativa de la depresión en el momento del diagnóstico	Numérica	1. 0-10 sin depresión 2. 11-20 depresión leve 3. 21-30 depresión moderada 4. 31 o más depresión severa
Antecedente familiar de cáncer de seno	Antecedente de cáncer de seno en algún familiar en el momento de la entrevista.	Nominal	1. Si 2. No
Estadio del cáncer de seno	Estadio clínico del cáncer de seno al momento del diagnóstico en el INC según la clasificación TNM	Ordinal	1.0 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IIIb homologado 8. IV

Pautas de tratamiento	Tipo de tratamiento propuesto en el momento del diagnóstico.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quimioterapia 2. Tumorectomía 3. Mastectomía simple 4. Mastectomía simple con reconstrucción 5. Mastectomía radical modificada 6. Mastectomía radical modificada con reconstrucción 7. Radioterapia 8. Terapia hormonal
Intervención psiquiátrica	Psicoterapia grupal de apoyo como se describe en los procedimientos.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Cumplimiento de citas consulta de seno	Cumplimiento de las citas programadas a la consulta de seno.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Cumplimiento de citas consulta de oncología	Cumplimiento de las citas programadas a la consulta de oncología	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Cumplimiento de citas consulta de radioterapia	Cumplimiento de las citas programadas a la consulta de radioterapia	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Cumplimiento de citas en otras consultas	Cumplimiento de las citas programadas en otras consultas	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

VI. TIPO DE ESTUDIO.

Ensayo clínico fase III.

VII. POBLACION Y MUESTRA

La población de referencia son las mujeres con cáncer de seno diagnosticadas y manejadas en el Instituto Nacional de Cancerología. La muestra se extraerá de las pacientes que asisten a consulta de primera vez a la clínica de seno

El ingreso de las pacientes se hará de manera aleatoria, utilizando una tabla de números aleatorios emitida por computador (programa Epidat 2.1)

Cálculo del tamaño de la muestra

Confianza 95%

Poder 80%

p1= 66% (porcentaje esperado de adherencia en pacientes que no reciben intervención)

p2= 84% (porcentaje esperado de adherencia en pacientes que reciben intervención)

Margen de seguridad 20%

$$n = \frac{[p1(100-p1)] + [p2(100-p2)]}{(p1 - p2)^2} \times 7.85$$

$$n = \frac{[66(100-66)] + [84(100-84)]}{(66-84)^2} \times 7.85$$

n= 87 en cada grupo.

Total de pacientes 174.

Margen de seguridad (20%)= 36 pacientes

Total: 210 pacientes. (105 pacientes en cada grupo)

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes de sexo femenino.
- Diagnóstico confirmado de cáncer de seno en cualquier estadio clínico y que vayan a iniciar tratamiento en el INC.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con antecedente de esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, retardo mental, demencia.
- Pacientes a quienes se les haya dado tratamiento en otra institución.
- Pacientes con metástasis a sistema nervioso central.

VIII. INSTRUMENTOS

1. Consentimiento informado (Anexo 1)
2. Cuestionario de recolección de datos (Anexo 2)
3. Índice de Karnofsky (Anexo 3)
4. Escala de Beck para Depresión (Anexo 4)

IX. PROCEDIMIENTO

Profesionales del Grupo de Psiquiatría y Psicología del Instituto Nacional de Cancerología, asistirá a la consulta de Clínica de Seno, los días lunes y martes, dichos días se citan las pacientes de primera vez de ésta consulta.

Las pacientes de primera vez que cumplan con los criterios de inclusión serán remitidas por el docente de cirugía de seno y seleccionadas de manera aleatoria (por medio de una tabla de números aleatorios), para ser incluidas en el grupo que recibirá la intervención psicoterapéutica grupal de apoyo o en el grupo control.

El trabajo del profesional del Grupo de Psiquiatría y Psicología con las pacientes en la consulta se efectuará en la oficina del coordinador de la Clínica de Seno (contigua a los consultorios), en el lapso transcurrido entre la salida de la paciente del consultorio de seno y la entrega de las órdenes médicas y del carné.

A todas las pacientes se les solicitará consentimiento por escrito de su participación en el estudio y se les aplicará el cuestionario de recolección de datos.

Aquellas pacientes seleccionadas de manera aleatoria para ser incluidas en el grupo intervenido, se citarán a la consulta de psiquiatría donde se les aplicará la escala de Beck para depresión y la escala de Karnofsky y se realizará la intervención psicoterapéutica grupal de apoyo 1 vez por semana durante 4 semanas. Si la escalas de Beck puntúa para trastorno depresivo, las pacientes serán además remitidas a la consulta de psiquiatría.

La intervención psicoterapéutica grupal de apoyo consta de las siguientes etapas:

a. Intervención informativa-educativa (20 minutos)

Sesión 1: Qué es el cáncer de seno

Sesión 2: Factores de riesgo para el cáncer de seno

Síntomas del cáncer de seno

Sesión 3: Tratamiento: Cirugía, Radioterapia, Quimioterapia, Terapia Hormonal

Sesión 4: Efectos secundarios del tratamiento

b. Sesión de grupo (40 minutos)

Sesión 1:

- Introducción: Impacto del cáncer sobre aspectos emocionales

- Encuadre: lugar, hora, duración de las sesiones, confidencialidad, estarán presentes un terapeuta y un co-terapeuta quien se encargará de observar como

está funcionando el grupo, tomará apuntes y grabará la sesión

Sesiones 2,3,4:

- Catarsis y a través de ésta identificación de estresores y reacciones de estrés.
- Identificación de destrezas para enfrentar el problema, estrategias para aliviar preocupaciones específicas e inmediatas.

En cuanto al grupo control, las pacientes no recibirán la intervención psicoterapéutica grupal de apoyo y recibirán las explicaciones de rutina, suministradas por el equipo médico y la trabajadora social del grupo de cirugía de seno, al igual que de los equipos médicos y de trabajo social de los servicios de Oncología Clínica y de Radioterapia.

La adherencia se determinará revisando las historias clínicas de las pacientes que se incluyan en el estudio, en estas historias se verificará el cumplimiento de la asistencia a las citas programadas en las diferentes consultas. Esta revisión de historias se realizará cada mes durante seis meses.

X. ERRORES Y SESGOS.

Una dificultad radica en que los pacientes de una misma institución, discuten entre sí, no sólo lo referente al plan de tratamiento, sino también lo referente a cualquier otro tipo de intervención que hayan recibido, por tanto es difícil mantener el grupo control libre de contaminación. Consideramos que podemos mitigar esta dificultad aplicando el instrumento de recolección de datos y la escala Beck para depresión y la escala de Karnofsky a todas las pacientes que asistan a la consulta de seno de primera vez en el Instituto Nacional de Cancerología y remitiéndolas a las reuniones de rutina de los servicios tratantes.

La intervención psicoterapéutica grupal de apoyo siempre será realizada por los dos psiquiatras especialistas en entrenamiento, con esto se trata de evitar un sesgo de información, ya que la dinámica de las reuniones será siempre la misma.

XI. PLAN DE ANALISIS.

Se establecerán frecuencias absolutas y relativas, así como promedios y medidas de dispersión para las variables que podrían influir en los resultados: edad, procedencia, Karnofsky, Escala de Beck para depresión, estadio clínico, etc.

Se compararán el grupo de estudio y el grupo control para estas variables, usando χ^2 o t student según su tipo y calculando el valor de P con niveles de significancia menor al 5%.

Se calcularán riesgos relativos con su respectivo intervalo de confianza (95%) para establecer la relación entre la intervención y la adherencia al tratamiento.

Adicionalmente se estratificará el análisis por estadio clínico y otras variables que resulten de interés.

XII. CONSIDERACIONES ETICAS.

Una situación a tener en consideración es por qué se realiza una terapia grupal de apoyo a un grupo de pacientes seleccionadas de manera aleatoria y no a todo el grupo de pacientes que asisten por primera vez a la Consulta de Seno del Instituto Nacional de Cancerología y mejor aún, que la intervención no se haga extensiva a las pacientes que asisten a control.

Esta es una situación que ha sido identificada por otros autores que han realizado estudios sobre el tema de la adherencia y se ha constituido en un dilema y en una dificultad para la investigación en el tema de la adherencia, ya que como es mencionado por Jimmie Holland (2), los médicos o las enfermeras que han sido entrenados para realizar algún tipo de intervención son reacios a negarla a algún paciente; sin embargo la ausencia de un grupo control no permite evaluar con objetividad el verdadero impacto de una intervención. Además la ausencia de esta intervención no está estipulada como claramente dañina para los pacientes.

Otro aspecto a tener en consideración es el uso de consentimiento informado; según lo descrito por Matsui (11) muy pocos pacientes objetan que la adherencia a los tratamientos sea medida o evaluada, si el procedimiento es explicado con claridad. Debido a que por lo general se asume que si los pacientes tienen conocimiento de que su adherencia al tratamiento está siendo vigilada podrían alterar su adherencia, los estudios sobre adherencia son con frecuencia llevados a cabo sin que el paciente tenga conocimiento de que su adherencia al tratamiento está siendo evaluada. Esta situación conlleva a cuestionarse respecto a una vigilancia oculta del comportamiento del paciente. Una posición intermedia respecto a este dilema es argüir que los pacientes no tienen que ser informados de todos los aspectos del estudio en el momento del ingreso a éste, pero si deberían o no ser informados de los detalles en una fecha posterior como se hará en este caso.

XIII. FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO.

El presente estudio será realizado dentro del Instituto Nacional de Cancerología, en la Consulta de Seno, con la autorización y colaboración del coordinador del Grupo de Seno y de los demás integrantes de dicho grupo.

Las entrevistas y la intervención terapéutica grupal de apoyo serán realizadas por las dos psiquiatras, especialistas en entrenamiento (quienes propusieron el estudio), igualmente el seguimiento y la evaluación de la adherencia.

El diseño del estudio y el análisis posterior de los datos se hará con la asesoría del Grupo de Epidemiología del Instituto Nacional de Cancerología.

XIV. BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de Cancerología Registro institucional de cáncer 1998, página 14.
2. HOLLAND, Jimmie. *Psycho-oncology*. 1998.
3. DEVITA, *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, 5th Edition
4. Guías para el manejo del carcinoma mamario en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. Clínica de seno y cirugía general Junio 1999.
5. Fotheringham MJ, Sawyer MG: *J Paediatr Child Health* 31: 72, 1995
6. LEBOVITS AH. Patient noncompliance with self administered chemotherapy. *Cancer*. 1990; 65: 17-22
7. TEBBI CK. Compliance of pediatric and adolescent cancer patients. *Cancer*. 1986; 58: 1179-1184.
8. WANG y Cols, *Antimicrobial Therapy in Infants and Children*. New York, Marcel Dekker, 1998, p 105).
9. LEVINE AM. Compliance with oral drug therapy in patients with hematologic malignancy. *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 5, No 9, 1987: pp 1469-1476
10. MEYER J, MARK MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol*. 1995; 14(2):101-108.
11. MATSUI. *Pediatric Clinics of North America*, Vol 44, Feb 1997.

ANEXO No. 1

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, E.S.E.

INTERVENCION TERAPEUTICA GRUPAL DE APOYO Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CANCER DE SENO EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE CANCEROLOGIA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las médicas psiquiatras especialistas en entrenamiento pertenecientes al Grupo de Psiquiatría del Instituto Nacional de Cancerología, se encuentran realizando el estudio "Intervención terapéutica grupal de apoyo y adherencia al tratamiento en pacientes con cancer de seno en el Instituto Nacional de Cancerología"; el estar incluida en este estudio implica que se me solicitarán algunos datos personales para llenar un formulario, realizarán algunas preguntas para saber cómo estoy anímicamente y luego me darán unas citas para que asista a actividades del Servicio de Psiquiatría como son la consulta y reuniones de grupo.

El grupo investigador garantiza que toda la información recolectada se mantendrá en absoluta reserva y que el estar en este estudio no implica ningún riesgo para la salud, además de ningún costo.

Por medio del presente formulario autorizo a las médicas especialistas en psiquiatría quienes hacen parte del grupo de psiquiatría del Instituto Nacional de Cancerología, donde estoy recibiendo atención médica, para que me incluyan en el grupo de pacientes del estudio.

He leído o se me ha explicado, comprendo la información anterior y firmo voluntariamente este formulario de consentimiento.

Fecha /___ /___ /___ /
Día Mes Año

Firma o impresión dactilar

Firma del Investigador

C.C._____
C.C.

Testigo 1

Testigo 2

C.C._____
C.C.

ANEXO No. 2**CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS**

- Número Consecutivo Interno _____
- Fecha de elaboración del cuestionario / ___ / ___ / ___ /
Día Mes Año
- Elaboró el cuestionario. _____

- Identificación del paciente

- Nombres _____
 - Apellidos _____
 - # Historia Clínica _____
 - Edad (años) _____
 - Dirección _____
 - Teléfono _____

- Procedencia: Municipio _____ Departamento _____
 (1) Urbana (2) Rural

- Estado civil: (1). Soltera (2). Casada/ U. libre
 (3). Separada/ Divorciada (4). Viuda

- Escolaridad: (1) Analfabeta (2). Lee y escribe (3) Primaria
 (4) Bachillerato (5) Técnicos (6)

Universitarios

- Tipo de seguridad:

1. Vinculado _____
 2. Subsidiado _____ Especificar _____
 3. Contributivo _____

- Índice de Karnofsky _____

- Escala de Beck para depresión _____

- Intervención psicoterapéutica grupal de apoyo : 1. SI _____ 2. NO _____

- Antecedentes patológicos

- Antecedente familiar de cáncer de seno (1) SI (2) NO

- Información respecto al cáncer de seno

- Estadío del cáncer de seno: (1) 0 (2) I (3) IIa (4) IIb (5) IIIa
(6) IIIb (7) IIIb homologado (8) IV

- Pautas de tratamiento propuesto en el momento del diagnóstico:

(1) Quimioterapia (2) Tumorectomía
(3) Mastectomía simple (4) Mastectomía simple con reconstrucción
(5) Mastectomía radical modificada
(6) Mastectomía radical modificada con reconstrucción
(7) Radioterapia (8) Terapia hormonal

- Cumplimiento de citas

Consulta programada de Seno	Fecha de Cita	Cumplimiento	
		SI	NO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Consulta programada de Oncología	Fecha de Cita	Cumplimiento	
		SI	NO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Consulta programada de Radioterapia	Fecha de Cita	Cumplimiento	
		SI	NO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Consulta programada de otros servicios	Fecha de Cita	Cumplimiento	
		SI	NO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

ANEXO No. 3

Tabla 2.1. INDICE DE KARNOFSKY

DEFINICION	% DE INCAPACIDAD	COMENTARIOS
• En capacidad de tener una actividad normal y trabajar.	100	• Sin evidencia de enfermedad.
	90	• No requiere ningún tipo de asistencia.
	80	• Signos mínimos de enfermedad
	70	• Síntomas mínimos
• Incapacidad para trabajar. Puede tener una vida normal en casa	50	• Signos y síntomas de enfermedad.
	40	• Actividad normal con esfuerzo
	30	• Capacidad para realizar su auto-cuidado.
• Incapacidad para realizar funciones de autocuidado	20	• Requiere algún grado de asistencia ambulatoria.
	10	• Requiere un grado considerable de asistencia y cuidados especializados.
	0	• Requiere asistencia especializada
		• Severamente incapacitado, puede requerir manejo hospitalario o asistencia ambulatoria especializada
		• Enfermedad severa, requiere medidas de soporte activas
		• Paciente moribundo, con Enfermedad rapidamente progresiva.
		• Muerte



BECK DEPRESSION INVENTORY - II (BDI-II)

INFORMATION NOT OBTAINED

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione **una frase** en cada grupo que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante **la última semana, incluyendo el día de hoy**. Escriba una equis en el cuadro al lado de cada frase que usted escoja. Si hay varias frases dentro de un grupo que parecen aplicarse a su situación con la misma relevancia, escriba una equis en el cuadro al lado de la frase con el número más alto de este grupo. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, incluyendo el número 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) o el número 18 (Cambios de Apetito).

1. Tristeza

- ₀ No me siento triste.
- ₁ Me siento triste la mayor parte del tiempo.
- ₂ Estoy triste todo el tiempo.
- ₃ Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- ₀ No me siento desanimado(a) acerca del futuro.
- ₁ Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.
- ₂ No espero que las cosas me salgan bien.
- ₃ Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.

3. Fracaso

- ₀ No me siento como un fracaso.
- ₁ He fracasado más de lo que debería.
- ₂ Mirando a mi pasado, veo muchos fracasos.
- ₃ Siento que como persona, soy un fracaso total.

4. Falta de Placer

- ₀ Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.
- ₁ No disfruto de las cosas tanto como antes.
- ₂ Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- ₃ No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de Culpa

- ₀ No me siento particularmente culpable.
- ₁ Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería haber hecho y no las hice.
- ₂ Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- ₃ Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- ₀ No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.
- ₁ Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.
- ₂ Espero ser castigado(a) por la vida.
- ₃ Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.

7. Auto-Desprecio

- ₀ Me siento igual que siempre acerca de mi persona.
- ₁ He perdido la confianza en mi mismo(a).
- ₂ Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).
- ₃ No me gusta quien soy.

8. Auto-Critica

- ₀ No me critico o me culpo a mi mismo(a) más que de costumbre.
- ₁ Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.
- ₂ Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.
- ₃ Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que sucede.



BECK DEPRESSION INVENTORY - II (BDI-II)

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- ₀ No tengo ningún pensamiento de matarme.
- ₁ He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- ₂ Quisiera matarme.
- ₃ Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. Llanto

- ₀ No lloro más de lo que solía llorar.
- ₁ Lloro más de lo que solía llorar.
- ₂ Lloro por cualquier cosa.
- ₃ Siento que aunque quiero llorar, no puedo.

11. Agitación

- ₀ No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- ₁ Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- ₂ Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- ₃ Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

12. Falta de Interés

- ₀ No he perdido el interés en otras personas o actividades.
- ₁ Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
- ₂ He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
- ₃ Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

13. Indecisión

- ₀ Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- ₁ Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
- ₂ Ahora tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- ₃ Tengo dificultad en tomar cualquier decisión.

14. Falta de Valor Personal

- ₀ No siento que soy inservible.
- ₁ No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
- ₂ Me siento inservible en comparación con otras personas.
- ₃ Me siento completamente inservible.

15. Falta de Energía

- ₀ Tengo tanta energía como siempre.
- ₁ Tengo menos energía de la que solía tener.
- ₂ No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- ₃ No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño

- ₀ No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

-
- _{1a} Duermo algo más que de costumbre.
 - _{1b} Duermo algo menos que de costumbre.

-
- _{2a} Duermo mucho más que de costumbre.

- _{2b} Duermo mucho menos que de costumbre.

-
- _{3a} Duermo todo el día.

- _{3b} Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.



BECK DEPRESSION INVENTORY - II (BDI-II)

17. Irritabilidad

- ₀ No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- ₁ Estoy más irritado(a) que de costumbre.
- ₂ Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
- ₃ Estoy irritado(a) todo el tiempo.

18. Cambios de Apetito

- ₀ No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

- _{1a} Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
- _{1b} Tengo un poco más de apetito que de costumbre.

- _{2a} Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
- _{2b} Tengo mucho más apetito que de costumbre.

- _{3a} No tengo nada de apetito.
- _{3b} Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

19. Dificultades de Concentración

- ₀ Me puedo concentrar tan bien como siempre.
- ₁ No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
- ₂ Es difícil mantener mi mente en algo por mucho tiempo.
- ₃ Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- ₀ No me canso o fatigo más que de costumbre.
- ₁ Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- ₂ Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer muchas de las cosas que antes hacía.
- ₃ Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

21. Falta de Interés en el Sexo

- ₀ Recientemente no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
- ₁ Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
- ₂ Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.
- ₃ He perdido el interés en el sexo por completo.

Beck Depression Inventory: Second Edition. ©1996 by Aaron T. Beck. Spanish translation copyright ©1996 by the Psychological Corporation. Reproduced by permission of the publisher, The Psychological Corporation, A Harcourt Assessment Company. All rights reserved.

Instituto Nacional de Cancerología



INC002701