

Factores socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento médico por pacientes pediátricos con leucemia aguda

Socioeconomic factors for abandoning medical treatment by pediatric patients with acute leukemia

Gabriela Isaac Otero, Martha Flores Rojo, José Méndez Venegas, Ignacio Mora Magaña y Carlos Leal Leal¹

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue describir la frecuencia de abandono del tratamiento médico por leucemia aguda por pacientes pediátricos sobre la base de características psicosociales y estadio de la enfermedad. Para ello, se revisaron 134 expedientes clínicos de aquellos pacientes atendidos a lo largo de cinco años. Los resultados muestran un índice de abandono de casi una cuarta parte. El nivel socioeconómico resultó significativo para dicho abandono del tratamiento, siendo la pobreza el principal factor. Sin embargo, se constató que una considerable mayoría de los pacientes en pobreza extrema recibían algún tipo de apoyo económico, lo que sugiere que el abandono del tratamiento médico se debe a procesos cognitivos y emocionales que los propios pacientes y sus familias experimentan ante la enfermedad. Se destaca la importancia de la intervención psicológica, así como la necesidad de llevar a cabo investigaciones adicionales que analicen dichos procesos.

Palabras clave: Abandono del tratamiento; Leucemia aguda; Pacientes pediátricos.

ABSTRACT

The aim of the present study was to describe the potential influence of both, psycho-social and disease-related characteristics associated with the abandonment of acute leukemia treatment. A non experimental, retrospective and cross-sectional study examined the clinical files of 134 patient attended along five years. The results showed an abandonment index of 23%. The socioeconomic level was significant factor associated with such abandonment. However, it was observed that the majority of the patients that were in a situation of extreme poverty received economic support, suggesting that the abandonment could result from cognitive and emotional processes by the patients and their families. The role of psychological interventions is underlined, as well the need to carry additional research aimed at examining these processes.

Key words: Treatment abandonment; Acute leukemia; Pediatric patients.

¹ Instituto Nacional de Pediatría, Av. Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes-Ciucuilco, Del. Coyoacán, 04530 México D.F., México, correo electrónico: psic_gabrielaisaac@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 4 de abril y aceptado el 25 de octubre de 2011.

ANTECEDENTES

Actualmente, el cáncer infantil representa 5% de todas las neoplasias malignas en México y ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad en la población escolar de entre 4 y 15 años de edad. De los padecimientos malignos en pediatría, la leucemia aguda es la enfermedad más frecuente, pues constituye entre 30 y 35% de todos los diagnósticos oncológicos (Rivera, 2007). En las últimas décadas se han desarrollado tratamientos más efectivos contra este padecimiento, permitiendo la curación de aproximadamente 70% de los niños que lo sufren (Kennard, Stewart, Olvera y cols., 2004; Mostert, Sitaesmi, Gundy y Veerman, 2006; Rivera, 2007). Sin embargo, existe la necesidad de detectar los factores que contribuyen al fracaso en el tratamiento médico a pesar de tales avances. Algunos autores señalan que la falta de adhesión al tratamiento médico y el abandono del mismo suponen uno de los principales obstáculos (Kennard y cols., 2004; Vermeire, Hearnshaw, Van Royen y Denekens, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) considera como abandono “el incumplimiento por el paciente del régimen farmacoterapéutico por un período mayor de dos meses”. El problema con dicha definición es que no toma en cuenta las enfermedades que exigen un tratamiento con una duración menor de dos meses o que tienen esquemas de tratamiento con diferente temporalidad según la evolución de la enfermedad.

Otras definiciones consideran como abandono a la interrupción total y voluntaria del tratamiento médico antes del tiempo acordado entre el paciente y el médico tratante, dejando así que la enfermedad siga su curso natural, incluso hasta llegar a la muerte (Puente, 1985; Soza, Pereira y Barreto, 2005; Vermeire y cols., 2001).

En México, se ha hecho un esfuerzo importante para que la población cuente con la atención médica adecuada y esté a disposición de la mayoría; aun así, el abandono del tratamiento médico tiene como efecto considerables pérdidas biopsicosociales (OMS, 2004).

Desde el punto de vista biológico, el abandono del tratamiento lleva a que el paciente pueda presentar complicaciones en el cuadro clínico, recaídas intensas, tolerancia a los medicamentos,

aumento de la toxicidad por la utilización de medicamentos más agresivos, secuelas irreversibles y progresivas, limitaciones funcionales y muerte. En lo que se refiere a lo psicológico, la desorganización en la dinámica familiar, el descuido de otros miembros de la familia, los sentimientos de culpa, el mayor índice de ansiedad, el temor exacerbado, la depresión e incluso la indefensión aprendida, son algunas de sus consecuencias más evidentes. En lo social, resulta un enorme costo para las instituciones de salud malgastar los recursos de atención médica, pues ese hecho mengua su capacidad para alcanzar las metas de curación al prolongarse los tratamientos, aumenta el número de readmisiones y limita la prestación del servicio a otros pacientes (Carrobbles, Hernández y Landero, 2005; OMS, 2004; Puente, 1985).

La investigación realizada al respecto ha reportado resultados que el porcentaje de pacientes con leucemia aguda linfoblástica que abandonan el tratamiento médico varía considerablemente; en el año 2005, Hernández encontró en una muestra de 150 niños enfermos que 9% de ellos abandonaron el tratamiento. No obstante, Mostert y cols. (2006) reportaron una tasa de 35% en 164 pacientes de 0 a 15 años de edad, y Omoti y Ome (2005) encontraron que de 120 pacientes de entre 18 y 72 años de edad, hasta 66% no llegó a completar el número requerido de ciclos citotóxicos debido al abandono.

Entendido así, el abandono en una conducta que se manifiesta cuando hay incumplimiento en la toma de medicamentos, cuando el paciente no asiste a las consultas programadas, cuando falta a sesiones de procedimientos que son parte del tratamiento, y cuando abandona parcialmente el tratamiento y regresa meses o años después (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo (2006). En consecuencia, el abandono es una conducta proveniente del repertorio global de las conductas de no adherencia y de las conductas que se presentan ante una enfermedad (LLor, Abad, García y Nieto, 1995).

La conducta de enfermar hace referencia a la respuesta global del paciente en que se involucran procesos comportamentales, cognoscitivos y emocionales que desempeñan un papel decisivo en el modo en que el enfermo define su situación (LLor y cols., 1995; La Torre, 1994). En enferme-

dades crónicas como el cáncer, los tratamientos requieren de importantes modificaciones en el modo de vida. El paciente necesita reorganizar sus actividades cotidianas, soportar restricciones, vivir duelos constantemente y tolerar el ambiente hospitalario. Así, la presencia o ausencia de ciertos comportamientos en el repertorio habitual de las personas son indispensables para propiciar el control o el agravamiento de la enfermedad. Es decir, si no se comprende claramente la enfermedad, si se carece de una cultura de tratamiento y si no se emprenden las modificaciones necesarias, el abandono del tratamiento médico tendrá lugar sin duda alguna.

Factores de riesgo para el abandono

Las principales razones que las personas han referido para no llevar a cabo el tratamiento médico son la falta de recursos económicos y el miedo a los efectos secundarios que produce aquel (Kennard y cols., 2004; Mostert y cols., 2006; Omoti y Ome, 2005). Sin embargo, como se ha mencionado con anterioridad, el abandono es una conducta de gran complejidad que está determinada por múltiples factores y su diversa interacción.

Algunos de estos factores se relacionan directamente con el paciente y su familia, entre los que se hallan los siguientes:

Psicológicos. De manera activa y personal, el paciente toma la decisión de continuar o no con el tratamiento médico. Algunos investigadores han encontrado que las creencias, la autoeficacia, los niveles de ansiedad o depresión, la capacidad de autocontrol, la autoestima, el estrés, la percepción de apoyo social, la relación médico-paciente, la credibilidad en la eficacia del tratamiento, el análisis de riesgo y beneficio, la motivación y la actitud, entre otras, influyen en la adherencia (Carrolles y cols., 2005; Fernández, López, Comas, García y Cueto, 2003; Gordillo, Del Amo, Soriano y González, 1999; Granados, Roales, Moreno e Ybarra, 2007; Kennard y cols., 2004; Kyngäs, 2000; Manne, Miller, Meyers y cols., 2000).

Físicos. El deterioro físico, la limitación para desplazarse o la pérdida de destreza pueden conducir a que el paciente se halle imposibilitado para realizar apropiadamente las instrucciones medicas;

en consecuencia, será vulnerable a renunciar al tratamiento médico (Silva, Galeano y Correa, 2005).

Socioeconómicos. La disponibilidad o la escasez de recursos económicos puede poner a los pacientes en posición de elegir entre diversas prioridades; la mayoría de estos pacientes posterga e incluso deja de atenderse por el alto costo del tratamiento, y usan el limitado patrimonio del que disponen para satisfacer sus necesidades básicas, como alimentación, vestido y otras. De acuerdo con Mostert y cols. (2006) y Omoti y Ome (2005), las dificultades económicas para solventar o continuar el tratamiento médico son la principal causa del abandono.

Nivel educativo. Entre mejor preparada esté una persona, tendrá mejores recursos cognitivos para comprender la enfermedad y su tratamiento. Esto se comprueba en varios estudios en los que se ha observado que las conductas de falta de adherencia son características de las personas con un reducido nivel de estudios (Gordillo y cols., 1999; Mostert y cols., 2006; Omoti y Ome, 2005).

Ocupación. Contar con un trabajo y percibir ingresos suficientes para cubrir las necesidades básicas se relaciona directamente con el nivel socioeconómico; así, las personas que tienen un buen empleo pueden solventar mejor el gasto que trae consigo la enfermedad y, por lo mismo, adherirse mejor al tratamiento médico (Gordillo y cols., 1999; Omoti y Ome, 2005).

Lugar de residencia. De acuerdo con Soza y cols. (2005), los pacientes que viven alejados de los centros de salud, que no disponen de una residencia estable o que viven en la calle son más propensos a abandonar el tratamiento médico, e incluso nunca acceder a él.

Edad. Se ha reportado que la edad influye sobre la adherencia, pero de manera irregular. En algunas investigaciones se ha reportado que los pacientes con menos edad se adhieren en menor medida (Gordillo y cols., 1999), pero en otras se ha hallado lo contrario (Kyngäs, 2000). Obviamente, la adherencia de los lactantes y niños más pequeños es determinada por la capacidad de los padres para comprender y seguir el tratamiento, pero a medida que la edad aumenta, los menores pasan menos tiempo en el hogar, son influidos por sus compañeros y su ambiente social y adquieren

la capacidad cognoscitiva para llevar a cabo algunas conductas relacionadas con el tratamiento médico; aun así, siguen necesitando la supervisión de los padres (OMS, 2004).

Algunos otros factores se derivan de características propias de la enfermedad, como la complejidad y el costo del tratamiento, la polifarmacia, los efectos secundarios y la prolongada duración (Carrobbles y cols., 2005; Omoti y Ome, 2005; Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003; Silva y cols., 2005).

Por último, existen factores relacionados a las condiciones de los servicios de salud, como instalaciones inadecuadas e incapacitadas para la hospitalización, tiempos muy cortos de consulta, relación médico-paciente deficiente, volumen excesivo de consultas, escasez de medicamentos, dificultad de acceso a los servicios de salud por lejanía o por trámites burocráticos o carencias del proceso administrativo para la prestación de los servicios (Omoti y Ome, 2005; OMS, 2004; Ortigosa y cols., 2003; Soza y cols., 2005).

Recapitulando, en la medida que avanza la medicina y se propicia el desarrollo de tratamientos más efectivos contra la leucemia, se ha puesto en evidencia la necesidad de detectar los factores no médicos que contribuyen al fracaso en el tratamiento médico pese a tales avances. La falta de adhesión al tratamiento y el abandono del mismo suponen uno de los principales obstáculos (Kennard y cols., 2004; Vermeire y cols., 2001). El problema del abandono se ha analizado en grupos específicos de pacientes, y cada uno de estos grupos muestra particularidades inherentes a las características de la enfermedad y del tratamiento; sin embargo, en el área de la pediatría oncológica este fenómeno ha sido escasamente analizado.

Por tanto, para la psicología de la salud resulta apremiante analizar los factores que se involucran en dicha conducta a fin de descartar o afirmar algunos factores de índole no psicológica para establecer parámetros adecuados de tratamiento.

Partiendo de la base de que existen factores socioeconómicos (género, edad, origen, tipo de población del paciente, escolaridad, ocupación y estado civil de los padres, nivel socioeconómico y acceso a servicios de apoyo económico) y propios del tratamiento que están asociados a su abandono en pacientes con leucemia aguda, el objetivo

de este estudio comparativo, transversal y retrospectivo, donde se realizó el muestreo por conveniencia, fue describir la incidencia de este fenómeno en pacientes con leucemia aguda linfoblástica del Instituto Nacional de Pediatría tratados a lo largo de cinco años, a partir de las características psicosociales de los pacientes y de la enfermedad. Para este propósito, se consideró como sujetos a quienes, después de no haber asistido a su última consulta programada, no volvieron a programarla hasta el momento de la recolección de los datos.

MÉTODOS

Sujetos

Para obtener dicha información, se revisaron 275 expedientes, incluyendo solo los de aquellos pacientes con diagnóstico de leucemia aguda atendidos por el Departamento de Oncología del Instituto Nacional de Pediatría de México en el curso de un lustro, quedando al final los correspondientes a 134 pacientes. Se excluyeron los de quienes fueron atendidos por el Servicio de Hematología y que no contaban con la información mínima suficiente para su análisis.

Procedimiento

Se diseñó una hoja de recolección de datos *ex profeso* para el presente estudio en la que se incluyeron las siguientes variables: género (masculino, femenino); edad al momento del diagnóstico; origen (foráneo o residente en la ciudad de México); tipo de población (rural, urbana); escolaridad (analfabeto, educación básica, nivel medio superior (licenciatura); ocupación (jornalero, hogar, otros); estado civil de los padres (casados, unión libre, separados); clasificación socioeconómica (pobreza extrema, pobreza, situación favorable); acceso a servicios de apoyo económico; fase de tratamiento médico en la que se encontraba el paciente en la fecha de revisión; momento específico del tratamiento (inducción, consolidación, mantenimiento, vigilancia, recaída, fuera de tratamiento oncológico [FTO]); condición a la fecha de revisión (activo, fallecido o se desconoce), y estado en el que se encontraba el paciente (abandono o activo).

Análisis de datos

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS, versión 11.0, y se obtuvieron las estadísticas descriptivas a través de un análisis univariado. Posteriormente, para determinar si había o no diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que abandonaron el tratamiento y los que lo continuaron de acuerdo a las variables estudio, se aplicó una prueba χ^2 para variables dicotómicas. Cuando los valores esperados resultaron

menores a 0.05, se utilizó la prueba exacta de Fisher para incrementar la sensibilidad del resultado. En el caso de las variables continuas, se utilizó una prueba t de Student para muestras independientes.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de la muestra total se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas de la muestra.

Variable	Muestra total	
	N	%
Género (n = 134)		
Femenino	61	42.0
Masculino	73	58.0
Edad	Rango de 0-16 años (m = 6 años).	
Zona de residencia (n = 134)		
Foráneo	76	57.0
Distrito Federal	58	43.0
Tipo de población (n = 134)		
Rural	47	35.0
Urbano	87	65.0
Escolaridad del padre (n = 67)		
Analfabeto	3	.4
Básica	39	58.0
Nivel medio superior	11	16.0
Licenciatura	8	12.0
Se desconoce	6	10.0
Escolaridad de la madre (n = 67)		
Analfabeta	4	.5
Básica	41	62.0
Nivel medio superior	11	16.0
Licenciatura	6	.9
Se desconoce	5	.8
Ocupación del padre (n = 67)		
Jornalero	48	72.0
Otra	19	28.0
Ocupación de la madre (n = 67)		
Hogar	54	80.0
Otra	13	20.0
Estado civil		
Casado	75	56.0
Unión libre	25	19.0
Separado	34	25.0
Clasificación socioeconómica (n = 134)		
Pobreza extrema	84	63.0
Pobreza	38	28.0
Favorable (media)	12	.9

Continúa...

Acceso a servicios de apoyo económico (n = 134)		
Sí	96	72.0
No	38	28.0
Fase de tratamiento (n = 134)		
Inducción	15	11.0
Consolidación	9	7.0
Mantenimiento	26	19.0
Vigilancia	48	36.0
Recaída	17	13.0
FTO	19	14.0
Condición a la fecha de revisión (n = 134)		
Vivo	58	43.0
Fallecido	47	22.0
Se desconoce	29	22.0
Estado en el que se encontraba el paciente (n = 134)		
Abandono	31	23.0
Permanece	103	77.0

Casos de abandono respecto a las características sociodemográficas de los pacientes

Hubo abandono en 31 casos. Al evaluar la relación entre el abandono, las características socioeconómicas y las de la enfermedad de los pacientes, solo

el nivel socioeconómico resultó significativo para determinar el abandono ($p = .010$ de dos colas), mostrando una relación negativa en la que a mayor pobreza, más casos de abandono.

Tabla 2. Diferencias estadísticas entre los pacientes que abandonaron el tratamiento y los que lo continuaron.

Variable	Valor de χ^2	gl	Significancia (dos colas)	Prueba de Fisher (dos colas)	t de Student
Género	.721	1	.708	.831	
Edad	--	--	--	--	.239
Residencia	.428	1	.513	.514	
Estado civil	2.910	4	.573	--	
Escolaridad de la madre	5.170	5	.395	--	
Ocupación de la madre	6.510	3	.089	--	
Escolaridad del padre	4.310	5	.506	--	
Ocupación del padre	6.560	3	.087	--	
Población	.140	1	.708	.831	
Apoyo económico	.511	1	.475	.647	
Nivel socioeconómico	7.670	1	.010*	--	--

Así, 16 casos (52%) se encontraban en una situación de extrema pobreza y 8 (26%) en situación de pobreza, arrojando un total de 25 casos (78%) en situación económica desfavorable; solo 7 casos (23%) se hallaban en una situación favorable.

Se consideró conveniente examinar la relación entre el nivel socioeconómico y los casos de

abandono que ocurren al recibir apoyo económico como una forma de solucionar la situación económica. Aunque los resultados no mostraron una relación estadísticamente significativa ($p = 0.2$), descriptivamente se puede decir que 77% ($n = 24$ casos) de los pacientes que abandonaron recibía algún tipo de apoyo económico.

Por otra parte, en la Tabla 3 se muestran los porcentajes del estatus del paciente a la fecha de revisión. De los 31 casos de abandono, solamente uno falleció, y de los otros 30 casos (97%), se desconoce su condición; de los pacientes que perma-

necieron en tratamiento (n = 103), fallecieron 46 pacientes (45%) a lo largo del mismo, quedando solamente 55% (n = 57) con probabilidad de recibir tratamiento curativo.

Tabla 3. Status de la muestra total (n = 134).

	Abandonaron		Permanecen	
	%	n	%	n
Se desconoce	97.0	30.0	0.0	0.0
Fallecidos	.3	1.0	45.0	46.0
Vivos	0.0	0.0	55.0	57.0
Total	100.0	31.0	100.0	103.0

Respecto a las demás variables valoradas, no se encontró una relación estadísticamente significativa;

sin embargo, las de de la población que abandonó se reportan de manera descriptiva en la Tabla 4.

Tabla 4. Características sociodemográficas de pacientes que abandonan el tratamiento médico.

Variable	Muestra total (n=31)	
	N	%
Género (n=31)		
Femenino	16	52.0
Masculino	15	48.0
Zona de residencia (n = 31)		
Foráneo	17	52.0
Distrito Federal	14	48.0
Tipo de población (n = 31)		
Rural	10	33.0
Urbana	21	67.0
Escolaridad del padre (n = 15)		
Analfabeto	1	7.0
Básica	9	60.0
Nivel medio superior	3	19.0
Licenciatura	1	7.0
Se desconoce	1	7.0
Escolaridad de la madre (n = 16)		
Analfabeta	1	6.0
Básica	8	50.0
Nivel medio superior	4	25.0
Licenciatura	2	13.0
Se desconoce	1	6.0
Ocupación del padre (n = 15)		
Jornalero	11	73.0
Otra	4	27.0
Ocupación de la madre (n = 16)		
Hogar	12	75.0
Otra	4	25.0
Estado civil (n = 31)		
Casado	25	80.0
Unión libre	5	15.0
Separado	1	5.0

Continúa...

Clasificación socioeconómica (n = 31)		
Pobreza extrema		52.0
Pobreza		26.0
Favorable (media)		23.0
Acceso a servicios de apoyo económico (n = 31)		
Sí	24	77.0
No	3	3.0
Fase de tratamiento (n = 31)		
Inducción	0	0.0
Consolidación	5	16.0
Mantenimiento	11	35.0
Vigilancia	8	26.0
Recaída	1	07.0
FTO	6	19.0
Condición a la fecha de revisión (n = 31)		
Se desconoce	30	97.0
Muerto	1	3.00

DISCUSIÓN

El tema de abandono ha cobrado una considerable importancia en los últimos años; los estudios ya no se enfocan exclusivamente en conocer la cantidad de pacientes que abandonan, sino en profundizar en los factores implicados en dicha conducta.

En este estudio se encontró un índice de 23% (n = 31) de abandono radical. Esto coincide con estudios previos en los que los índices de tal abandono oscilan entre 9 y hasta 66% de los pacientes (Hernández, 2005; Omoti y Ome, 2005); sin embargo, dicho dato resulta alarmante ya que por cada 3.4 niños que fueron diagnosticados con leucemia e ingresaron a tratamiento en el Instituto Nacional de Pediatría, uno abandona.

Se ha descrito en la bibliografía que factores tales como las características sociodemográficas de los pacientes y sus familias, así como aspectos de la enfermedad y el tratamiento, intervienen directamente en la conducta de abandono. De las variables analizadas en el presente estudio, solamente el nivel socioeconómico resultó significativo para el abandono. Aquellos pacientes con menos recursos económicos mostraron mayores tasas de abandono, lo que coincide con investigaciones previas en las que se halla que una de las principales causas de abandono es el alto costo de los medicamentos y las dificultades financieras (Mostert y cols., 2006; Omoti y Ome, 2005).

La pobreza extrema impacta severamente en las condiciones de vida; así, cuando los gastos que

produce la enfermedad (tratamiento, estudios, traslados e incluso cambio de residencia) sobrepasan la capacidad económica del paciente, continuar el tratamiento no resulta primordial ante la necesidad de satisfacer las necesidades básicas de los demás miembros de la familia, más aún cuando el tratamiento es de larga duración.

La precaria condición de vida, la escasa educación o la falta de empleo de las familias de los pacientes de la mencionada institución se traducen en un acceso limitado a los servicios de salud, búsqueda tardía de asistencia médica ante los primeros síntomas y poca comprensión de la gravedad de la enfermedad, por lo que abandonan el tratamiento con mayor facilidad. Ante esto, se esperaría que otorgamiento de apoyos económicos por parte del Estado (Seguro Popular) o de organizaciones no gubernamentales favorecieran la adherencia, pero no es así; de hecho, 77% de los pacientes que abandonaron recibían algún tipo de apoyo económico. El hallarse en un nivel socioeconómico desfavorable y recibir apoyo económico no disminuye, por consiguiente, el índice de abandono, lo que puede significar que, si bien es necesario proporcionar apoyo económico para cubrir los costos del tratamiento, tal apoyo no basta para garantizar la permanencia de los pacientes en el mismo.

Por otra parte, se pudo observar que no había registros de la situación de 97% (n = 30) de los pacientes que abandonaron ni de sus razones para

hacerlo. No han sido monitoreados y tampoco se les ha hecho un seguimiento.

Respecto a los pacientes que permanecieron en tratamiento, 45% (n = 46) falleció en el transcurso del mismo. La literatura oncológica señala que de 70 a 80% de los pacientes con leucemia se curan (Bernabeu, Cañete, Fournier y cols., 2003; Mostert y cols., 2006; Rivera, 2007); no obstante, considerando el porcentaje de pacientes que abandonan más los que fallecen, el resultado es negativo en más de la mitad de los casos de la muestra estudiada. Dicho fracaso puede deberse a que la administración de fármacos antineoplásicos requiere de excelentes condiciones biológicas para ser efectivos y tolerados; al tener pocos recursos económicos, la mayoría de la población no cuenta con condiciones favorables de alimentación o de higiene, lo que la hace vulnerable al tratamiento y a sus efectos secundarios. Este problema, aunado a la falta de variables sociodemográficas que expliquen el fenómeno, hace necesario considerar ciertos factores cognoscitivos y emocionales de la familia y del propio paciente que expliquen la conducta de abandono.

Cuando una persona enferma, necesita atribuir su padecimiento a causas concretas con el fin de disminuir su incertidumbre, aumentar la sensación de control y fomentar su adaptación; así, desarrolla creencias sobre su enfermedad de un modo acorde a sus experiencias físicas, psicológicas y sociofamiliares. De dichas creencias dependen las

reacciones emocionales y conductuales que manifiesta. En consecuencia, el comportamiento no depende de la situación en sí sino de la interpretación que se hace de ella. La representación mental que cada paciente hace acerca de su padecimiento, las respuestas emocionales que experimenta y el uso de estrategias de afrontamiento influirán de manera determinante en la conducta final ante el proceso de enfermar, sea tanto de adherencia como de abandono (Ellis y Abrahms, 1989).

Se ha puesto en evidencia también que estados alterados de ánimo conllevan el abandono del tratamiento (Carrobles y cols., 2005; Fernández y cols., 2003; Silva y cols., 2005), y en la mayoría de las ocasiones los altos niveles de estrés, ansiedad o depresión influyen negativamente en las decisiones de los pacientes. En el caso del paciente con cáncer y su familia, tales estados son frecuentes, y aun así deben realizar diferentes actividades que cognoscitiva y emocionalmente sobrepasan sus capacidades y exponen a aquel al abandono, como recordar citas o dosis, ingerir medicamentos, administrar cuidados en el hogar, entender el lenguaje médico, afrontar gastos onerosos, cambiar estilos de vida y demás.

Así, en futuras investigaciones es importante considerar estas otras características a fin de comprobar que el aspecto cognoscitivo y emocional es de gran relevancia para comprender las razones que llevan a los familiares a dejar que sus seres queridos abandonen los tratamientos.

REFERENCIAS

- Bernabeu, J., Cañete, A., Fournier, C., López, B., Barahona, T., Grau, C., Tórtola, A., Badal, M., Álvarez, J., Suárez, J. y Castel, V. (2003). Evaluación y rehabilitación neuropsicológica en oncología pediátrica. *Psicooncología*, 1, 117-134.
- Carrobles, J.A., Hernández, S. y Landero, L. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17(4), 575-581.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J.C., Gutiérrez, C. y Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5(3), 487-499.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (1989). *Terapia racional emotiva, mejor salud y superación personal*. México: Pax México.
- Fernández, S., López, M.L., Comas, A., García, E. y Cueto E. (2003). Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema*, 15(1), 82-87.
- Gordillo, V., Del Amo, J., Soriano, V. y González, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763-1769.
- Granados, G., Roales, J.G., Moreno, E. e Ybarra, J.L. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 697-707.
- Hernández, E. (2005). *Psicología de la salud: Fundamentos y aplicaciones*. México: Pirámide.

- Kennard, B.D., Stewart, S.M., Olvera, R., Bawdon, R.E., O'Hailin, A., Lewies, C.P y Winick, N.J. (2004). Nonadherence in adolescent oncology patients: Preliminary data on psychological risk factors and relationship to outcome. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 11(1), 31-39.
- Kyngäs, H. (2000). Compliance of adolescents with chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 549-556.
- La Torre, J. (1994). *Psicología de la salud*. Buenos Aires: Lumen.
- LLor, B., Abad, M.A., García, M. y Nieto, J. (1995). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
- Manne, S.L., Miller, D.L., Meyers, P., Wollner, N., Steinherz, P. y Redd, W.H. (2000). Difficulties completing treatment tasks among newly diagnosed children with cancer. *Children's Health Care*, 28(3), 225-276.
- Mostert, S., Sitaresmi, M., Gundy, C. y Veerman, S. (2006). Influence of socioeconomic status on childhood acute lymphoblastic leukemia treatment in Indonesia. *Pediatrics*, 118(6), 1600-1606.
- Omoti, C. y Ome, L. (2005). Compliance with chemotherapy in adult leukemia patients in Benin City, Nigeria. *Pharmacy Practice*, 3(1), 1-9.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Disponible en línea: adherence@who.int.
- Ortigosa, J.M., Quiles, M.J. y Méndez, F. (2003). *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.
- Puente, S. (1985). *Adherencia terapéutica*. México: McGraw-Hill.
- Rivera, R. (2007). *El niño con cáncer: Los padecimientos más comunes para el médico no especialista*. México: Teva.
- Silva, E., Galeano, E. y Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273.
- Soza, N., Pereira, S. y Barreto, M.L. (2005). Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Revista Panamericana Salud Publica*, 17(4), 271-278.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. y Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.