

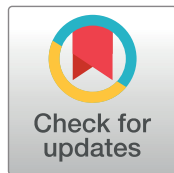
ARTÍCULO ORIGINAL



Versión español



English version



CrossMark



ACCESO ABIERTO

Citación: Puerta AK, Lema CC, Lema MM, Villa GP. **Adherencia a la terapia hormonal en mujeres con cáncer de mama: un estudio transversal en Medellín, Colombia.** Colomb Méd (Cali), 2025; 56(2):e2026613 <http://doi.org/10.25100/cm.v56i2.6613>

Recibido: 11 dic 2024

Revisado: 24 mar 2025

Aceptado: 05 jun 2025

Publicado: 16 jun 2025

Palabras clave

Adherencia; cumplimiento del tratamiento; adherencia a la medicación; Neoplasias de Mama; Tamoxifeno; Efectos Secundarios; Reacciones Adversas a los Medicamentos.

Keywords

Treatment adherence and compliance; medication adherence; breast neoplasms; tamoxifen; drug-related side effects; adverse reactions

Copyright: © 2025 Universidad del Valle



Adherencia a la terapia hormonal en mujeres con cáncer de mama: un estudio transversal en Medellín, Colombia

Adherence with hormonal therapy in women with breast cancer: a cross-sectional study in Medellin, Colombia

Katerin Puerta Alzate,¹ Camila Lema Calidonio,¹ Mauricio Lema Medina,¹ Paula Villa García²

1 Clínica de Oncología Astorga, Medellín, Colombia, 2 Universidad CES, Medellín, Colombia.

Resumen

Antecedentes:

La terapia hormonal es clave para tratar el cáncer de mama, pero se reporta baja adherencia terapéutica y existe poca evidencia sobre los predictores que contribuyen a mejorar esta adherencia terapéutica en esta población.

Objetivo:

Identificar factores asociados a la adherencia a la terapia hormonal en mujeres con cáncer de mama, en una Clínica Oncológica de Medellín-Colombia.

Métodos:

Estudio transversal analítico. Se incluyeron mujeres >18 años con cáncer de mama con receptores hormonales positivos, en tratamiento con terapia hormonal. Se aplicó la escala MMAS-8 para medir y clasificar a las mujeres en baja, mediana y alta adherencia terapéutica. Los datos fueron analizados mediante regresión logística multinomial.

Resultados:

Se incluyeron 178 pacientes, con edad mediana de 64.0. El 50.0% estaba siendo tratado con tamoxifeno. La prevalencia de adherencia incompleta fue de 48.9%. El 70.2 % presentó efectos adversos por la terapia hormonal y el olvido fue el principal motivo por el que las pacientes dejaban de tomar el medicamento (76.2%). La edad se asoció con la adherencia terapéutica, siendo las mujeres mayores las más adherentes (83.5%). Las mujeres que presentaron efectos adversos, que pertenecían a estadios III-IV, a niveles socioeconómicos y educativos bajos y no contaban con red de apoyo mostraron tener menor adherencia terapéutica.

Conclusión:

Se evidencia elevada prevalencia de mediana y baja adherencia terapéutica en las mujeres más jóvenes, de estratos socioeconómicos y niveles educativos más bajos. Se requieren estrategias preventivas que mitiguen factores que impactan negativamente en la adherencia terapéutica.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

Autor de correspondencia

Katerin Puerta Alzate. Clínica de Oncología Astorga, Medellín, Colombia. Phone: +56229786513. E-mail: kpuertaal@gmail.com

Abstract**Background:**

Although hormone therapy is a cornerstone in the treatment of breast cancer, low therapeutic adherence is commonly reported, and there is limited evidence on the predictors that contribute to improving adherence in this population.

Objective:

To identify factors associated with adherence to hormone therapy in women with breast cancer, in an oncology clinic in Medellín-Colombia (2019- 2023).

Methods:

Cross-sectional analytical study. Women >18 years old with hormone receptor-positive breast cancer who were undergoing hormone therapy were included. The MMAS-8 scale was used to measure and classify therapeutic adherence into three levels: low, medium, and high. Data was analyzed by multinomial logistic regression.

Results:

One hundred seventy-eight patients with a median age of 64.0 years were included. 50.0% were treated with tamoxifen. The prevalence of non-adherence was 48.9%. 70.2% had adverse effects of hormone therapy, and forgetfulness was the main reason for discontinuation (76.19%). Age was associated with therapeutic adherence, with older women being the most adherent (83.5%). Women with adverse effects, stage III-IV, low socioeconomic and educational level, and a lack of support network had lower therapeutic adherence.

Conclusions:

A high prevalence of moderate and low therapeutic adherence is demonstrated in younger women from lower socioeconomic and educational backgrounds. Preventive strategies are needed to mitigate factors that negatively influence therapeutic adherence.

Contribución del estudio**1) ¿Por qué se realizó este estudio?**

Este estudio se realizó partiendo de una inquietud entre el personal clínico de la institución, al observar que las pacientes, principalmente las más jóvenes con plan de salud de medicina prepagada, no se adherían a la terapia hormonal pese a los beneficios que este tipo de tratamiento les ofrecía. Al indagar en la literatura, vimos el vacío de conocimiento en cuanto a esta población, tanto en la caracterización sociodemográfica como clínica.

2) ¿Cuales fueron los resultados mas relevantes del estudio?

Con nuestro estudio encontramos una alta prevalencia en presentación de efectos adversos del tratamiento, principalmente en los grupos de baja y mediana adherencia terapéutica. También observamos que las pacientes con condiciones sociodemográficas más favorecedoras mostraron una mejor adherencia terapéutica. También pudo confirmarse que el olvido es la principal causa por la cual las pacientes dejan de tomar el medicamento.

3) ¿Que aportan estos resultados?

Estos hallazgos brindan información clínica y sociodemográfica valiosa sobre esta población, así como evidencia relevante sobre comportamientos y barreras que impactan en su adherencia terapéutica. Este conocimiento resulta fundamental para orientar el diseño e implementación de estrategias, intervenciones o programas enfocados en mejorar la adherencia al tratamiento.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud destaca que la adherencia implica la participación y la colaboración del paciente en el proceso de tratamiento. La adherencia puede ser definida como el grado en el que el paciente sigue el tratamiento según las indicaciones. También menciona que la adherencia es un fenómeno dinámico que es influenciado por “cinco dimensiones interactuantes” desmintiendo así la creencia común de que el paciente es el único responsable y que debe ocuparse por sí mismo de tomar su medicina, cuando en realidad muchos otros factores influyen en el comportamiento de las personas y la capacidad de adherirse al tratamiento. Estas dimensiones anteriormente mencionadas son: factores socioeconómicos; factores relacionados con el equipo de asistencia; factores relacionados con la enfermedad; factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente ¹.

Por décadas se han demostrado los beneficios de la terapia hormonal en la lucha contra el cáncer de mama debido a su eficacia para detener significativamente la propagación de células malignas. Sin embargo, según revela la literatura especializada, se ha observado una alarmante falta de adherencia a este tipo de tratamiento y esto se relaciona directamente con un aumento en las tasas de recaída, progresión de la enfermedad y mortalidad a largo plazo ². Una revisión sistemática demostró que las mujeres con cáncer de mama que se adhieren a la terapia hormonal tienen una supervivencia a 5 años del 93.2%, mientras que para las mujeres que no se adhieren al tratamiento oscila entre el 75.9% y el 83.4% ⁴.

En cuanto al abandono de la terapia hormonal en esta población, se ha documentado que entre 31% al 73% abandonan antes de los 5 años ³ lo cual impacta directamente en las cifras de mortalidad que, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, para el año 2022 en Colombia se registró un total de 4.725 decesos por esta causa, ubicándose como la principal causa de muerte entre las mujeres en el país ⁴. No obstante, y aunque es de conocimiento que existe una variabilidad de factores que pueden impactar en la adherencia terapéutica, en el país no se han elaborado medidas que aborden esta problemática y poca información existe en la literatura que caracterice y explique los determinantes, comportamientos o barreras que afectan la adherencia terapéutica de esta población. El objetivo de este estudio es identificar los factores sociodemográficos, clínicos y farmacológicos que se asocian con la adherencia terapéutica, con el fin de generar evidencia científica que sirva como base para nuevas investigaciones, y estrategias enfocadas a mejorar la adherencia terapéutica y, consecuentemente, las tasas de supervivencia.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio transversal con disponibilidad del dato retrospectivo. Se incluyeron mujeres mayores de 18 años, vivas y diagnosticadas con cáncer de mama entre los años 2019 y 2023, con receptores hormonales positivos, con prescripción de tratamiento hormonal con al menos tres meses previos al aceptar participar en el estudio, y que estuviera o hubieran sido tratadas en la clínica de Oncología Astorga en Medellín, Colombia. Se excluyeron a las pacientes con un segundo tumor primario activo y aquellas que hubiesen iniciado tratamiento en otra institución. Se calculó un tamaño de muestra de 178 pacientes, con la fórmula de proporción de población única, con una adherencia esperada del 73.0% de acuerdo con la literatura ³. Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple con ayuda del paquete estadístico Epidat 4.2 y el programa Microsoft Excel de Office 4.

La variable de interés (dependiente) fue la adherencia terapéutica. Para medir la adherencia terapéutica, se aplicó la escala de adherencia de Morisky Green (MMAS-8) por medio telefónico, con el fin de detectar los comportamientos o las barreras que interfirieron con la adherencia a la terapia hormonal de cada participante; tras completar el diligenciamiento de la escala, de acuerdo con el puntaje, las pacientes se clasificaron en los niveles de alta, mediana y baja adherencia ⁵. Para el presente estudio, estos niveles se definieron de la siguiente forma:

Alta adherencia: las pacientes en esta categoría se consideraron adherentes al tratamiento, es decir que cumplieron adecuadamente con las indicaciones médicas y su tratamiento, sin comportamientos que pudieran afectar negativamente la adherencia terapéutica.

Mediana adherencia: estas pacientes, aunque en general cumplen con las indicaciones médicas y su tratamiento, tienen comportamientos de manera ocasional que afectan negativamente su adherencia terapéutica.

Baja adherencia: las pacientes en esta categoría se consideran no adherentes al tratamiento. Estas pacientes muestran una tendencia a no seguir las indicaciones médicas ni el tratamiento de manera consistente, es decir, tienen una adherencia mínima o parcial al tratamiento.

Las variables que se recolectaron fueron: sociodemográficas (edad, nivel educativo, estrato socioeconómico, tipo de afiliación al régimen de salud, estado civil, etc.), clínicas (estadio, histología, etc.) y farmacológicas (medicamento, efectos adversos, etc.). Debe tenerse en cuenta que el estrato socioeconómico en Colombia se cataloga oficialmente en niveles del 1 al 6 para identificar las condiciones socioeconómicas de los hogares, siendo 1 el más bajo y 6 el más alto. Para fines analíticos, se agrupó y catalogó los estratos 1 y 2 como bajo, estratos 3 y 4 como medio y estratos 5 y 6 como alto. El tipo de afiliación al régimen de salud se clasifica de acuerdo con la modalidad mediante la cual la población accede al sistema de salud en el país, siendo contributivo para quienes tienen capacidad para hacer pagos y subsidiado para quienes no tienen la misma capacidad y son cubiertos por el Estado; asimismo, se encuentra la población con póliza o medicina prepagada, que son quienes hacen aportes extra para tener un acceso con mayores beneficios en este sistema de salud, considerándose esquemas privados voluntarios, y finalmente, los del régimen especial, los cuales pertenecen a grupos poblacionales que tienen un esquema de salud autónomo, como la policía o ciertas universidades.

Adicionalmente, se aplicó una encuesta diseñada por los investigadores, que contenía 13 ítems, para recolectar información sociodemográfica de las pacientes faltante en la historia clínica. Se hizo una revisión de las historias clínicas para recolectar el resto de la información de las participantes. Las variables cualitativas se resumieron mediante frecuencias relativas y prevalencias representadas con tablas de frecuencias y gráficos de barras. Previo supuesto de normalidad, las variables cuantitativas se resumieron mediante medianas y rango intercuartílico. Para medir las asociaciones entre las variables se utilizó Chi cuadrado y ANOVA con el estadístico de Kruskal-Wallis, se consideraron las relaciones estadísticamente significativas con una $p < 0.05$.

Finalmente, se realizó una regresión logística multinomial para el cual se eligió un modelo teniendo como principal criterio de inclusión la plausibilidad clínica y, en segundo lugar, el criterio estadístico con las variables que tuvieron significancia estadística. Como medida de asociación epidemiológica para ambas regresiones se utilizó la Razón de Odds (crudas y ajustadas).

Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad CES y por la Clínica de Oncología Astorga y fue catalogado como un estudio sin riesgo por lo cual no fue requerido consentimiento informado por escrito. Todas las participantes tenían previa autorización al acceso a sus datos e historia clínica por parte de la unidad de investigación de la institución, a través del Habeas Data institucional. Adicionalmente, fueron debidamente notificadas en el momento de la llamada con el objetivo de las encuestas y el propósito del estudio, dando su autorización verbal y explícita en el momento. Este estudio se desarrolló bajo las buenas prácticas clínicas, la normativa nacional y en función de los principios éticos para investigación con seres humanos.

Resultados

Se incluyó un total de 178 mujeres (Figura 1), las cuales tenían entre 33 y 92 años con una mediana de edad de 64 años (RIQ: 64.0-74.0). Más de la mitad de las mujeres se dedicaba a las labores del hogar. El 56.7% tenía un nivel educativo igual o inferior a bachiller y el 72.5% vivía

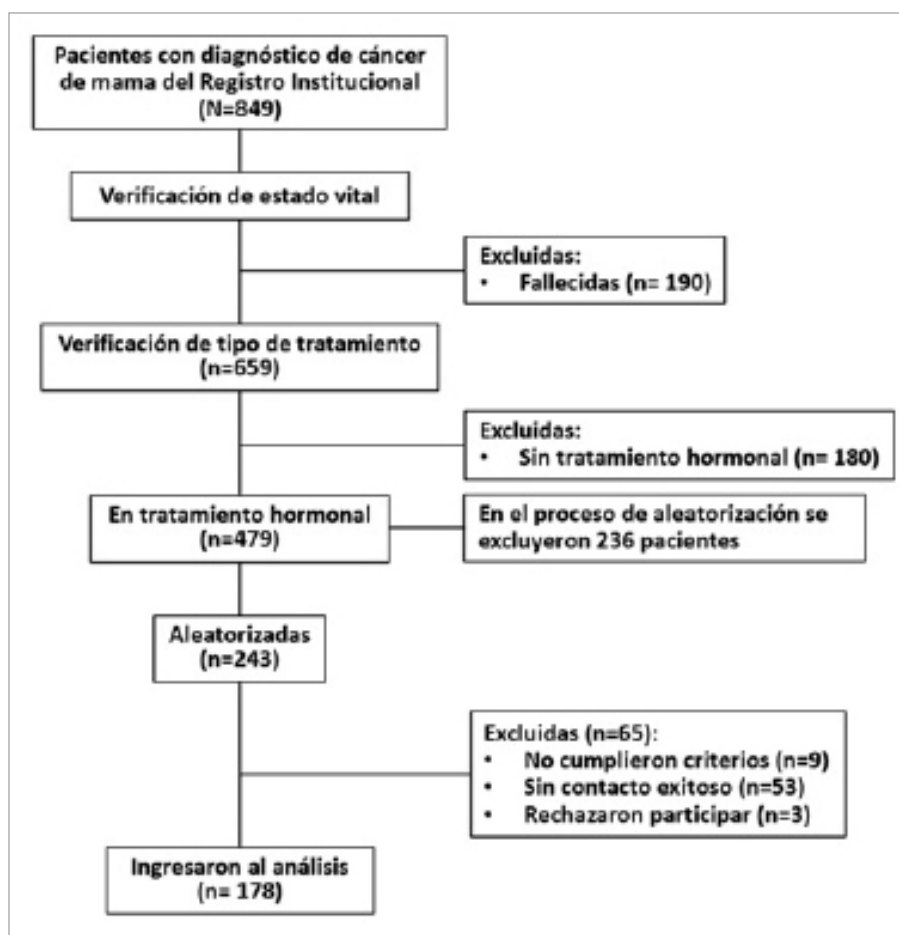


Figura 1. Flujograma de selección de pacientes

en el Valle de Aburrá, siendo el 41.6% habitantes del municipio de Medellín. El 49.4% estaban casadas o en unión libre y la mayoría de las mujeres se concentraba en los estratos 2 y 3. El 48.3% de las mujeres convivía con su pareja e hijos o sólo con su pareja mientras que el 11.2% vivían solas. La mayoría de las mujeres pertenecía al régimen contributivo (70.2%). El 6.7% manifestó no contar con una red de apoyo y el 92.1% restante manifestó contar con una red de apoyo conformada principalmente por sus familiares y amigos (Tabla 1).

El 78.7% de las mujeres tenía diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante y el 77.5% se encontraban en estadio I y II. Un total de 168 mujeres (94.4%) tenían prescrito un plan de tratamiento con intención curativa; el 50.0% estaban formuladas con tamoxifeno y casi la mitad restante (47.8%) con letrozol y anastrozol. El 50.0% de las mujeres se tardaron 117 días (RIQ 61-175) o menos en comenzar el tratamiento después de ser diagnosticadas. Del total de las mujeres, 139 presentaban entre 1 y 6 comorbilidades (mediana de 2.0), entre las cuales destacaron el sobrepeso y obesidad con un 81.3%, seguido de la hipertensión arterial con un 64.8% y la dislipidemia con un 33.1%; para todas estas categorías se tomó como n el total de las mujeres que presentaron comorbilidades (n= 139) (Tabla 2).

Más del 75,00 % de la población que manifestó dejar de tomar el medicamento en al menos una vez, reportó que fue a causa del olvido (Tabla 3).

En cuanto a los efectos adversos al tratamiento, 126 mujeres manifestaron experimentar algún tipo de efecto secundario luego de iniciar la terapia hormonal (Tabla 4). Los sofocos fueron el síntoma de mayor prevalencia, seguido de la fatiga. Asimismo, un total de 61 mujeres manifestaron presentar síntomas como dolor, mareos y resequedad en la piel.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y en terapia hormonal atendidas en la Clínica de Oncología Astorga de Medellín.

Variable		n= 178	%
Edad al momento de la encuesta - Me (RIQ)	64.0 años (55.0-74.0)		
Ocupación	Ama de casa	95	53.4
	Empleada/Independiente	45	25.3
	Pensionada	38	21.4
Nivel educativo	Bachiller o menor	101	56.7
	Técnico/Tecnólogo	25	14.0
	Universitario/Postgrado	52	29.2
Municipio de residencia	Valle de Aburrá	129	72.5
	Otro*	49	27.5
Estrato socioeconómico	Bajo	66	37.1
	Medio	77	42.1
	Alto	35	19.7
Régimen	Subsidiado	5	2.8
	Contributivo	122	68.5
	Especial	2	1.1
	Prepagada	49	27.5
Sector de residencia	Rural	15	8.4
	Urbano	163	91.6
Personas con quien vive	Vive sola	20	11.2
	Pareja con o sin hijos y/o otro familiar	86	48.3
	Hijos y/o otro(s)	47	26.4
	Hermanos; Otros familiares; Otro†	25	14.0
Estado civil	Soltera	42	23.6
	Unión Libre/Casada	88	49.4
	Divorciada	19	10.7
	Viuda	29	16.3
Tipo de red de apoyo	Sin red de apoyo	12	6.7
	Red de apoyo formal	2	1.1
	Red de apoyo informal	164	92.1

*Otros municipios de residencia fuera del Valle de Aburrá como Apartadó, Carmen de Viboral, Puerto Berrio, Rionegro, Chocó, Venecia, entre otros.

†Otro se compone por familiares de tercer y cuarto grado de consanguinidad o ningún vínculo familiar.

*La n está representada por el total de mujeres que manifestaron presentar síntomas, por lo cual la sumatoria de las frecuencias no refleja dicho total dado que todas presentaron diferente número de síntomas. †Otros trastornos (incluye: trastornos respiratorios, torácicos y mediastinos, trastornos psiquiátricos, exploraciones complementarias, trastornos del metabolismo y nutrición, trastornos del aparato reproductor y de las mamas, trastornos oculares).

Se encontró que la prevalencia para alta adherencia terapéutica fue del 51.1% (IC 95%: 43.5-58.7), para mediana adherencia fue del 34.3% (IC 95%: 27.0-51.5) y del 14.6% para baja adherencia (IC 95%: 9.1-20.1).

Al evaluar la asociación entre la adherencia y las variables independientes, se encontró que la única relación estadísticamente significativa fue con la edad ($p=0.034$) (Anexo A).

En el modelo explicativo, se evidenció que las mujeres mayores de 56 años presentaron una adherencia significativamente mayor -4.9 veces más-, en comparación con las menores de 44 años (IC 95%: 1.08-31.55) (Tabla 5). También se observó que las mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos medio y alto tienden a tener una mejor adherencia al tratamiento (AT) que aquellas de estrato bajo, aunque esta diferencia no alcanzó significancia estadística.

Respecto a los síntomas secundarios al tratamiento, las mujeres que no los presentaron mostraron una mejor adherencia que aquellas que sí experimentaron efectos adversos; sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (OR= 1.22; IC 95%: 0.38-3.90; $p=0.73$). Por último, las mujeres que contaban con una red de apoyo tuvieron entre un 20.0% y 30.0% más probabilidad de presentar una mayor adherencia al tratamiento, en comparación con quienes no disponían de dicho respaldo (Tabla 5).

Tabla 2. Características clínicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y en terapia hormonal atendidas en la Clínica de Oncología Astorga de Medellín.

Variable		n=178	%
Histología	Ductal	140	78.7
	Lobular	20	11.2
	Mixto	2	1.1
	NOS	8	4.5
	Otro	6	3.4
	Desconocido	2	1.1
Intención	Curativo	168	94.4
	Paliativo	10	5.6
Estadio	I	70	39.3
	II	68	38.2
	III	34	19.1
	IV	5	2.8
	Desconocido	1	0.6
Comorbilidades	Sí	139	78.1
	No	38	21.4
	Desconocido	1	0.6
		n=139*	%
	Hipertensión arterial	90	64.8
	Dislipidemia	46	33.1
	Diabetes/Prediabetes	29	20.9
	Alteraciones de la glándula tiroides	38	27.3
	Sobrepeso	71	51.1
	Obesidad I, II, III	42	30.2
No. de comorbilidades - Me (RIQ)		2.00 (1.00-3.00)	
Tiempo (días) desde el diagnóstico al inicio el tratamiento - Me (RIQ)		117 (61.00-175.90)	
Medicamento	Tamoxifeno	89	50.0
	Letrozol	51	28.7
	Anastrozol	34	19.1
	Otro†	4	2.3
Tiempo (años) con la enfermedad - Me (RIQ)		4.0 (3.0-5.0)	
Tiempo (años) en tratamiento - Me (RIQ)		4.0 (3.0-5.0)	

*Las pacientes reportaron tener entre 1 y 6 comorbilidades, por lo cual cada una puede o no aportar en las diferentes categorías de esta variable.

†Fulvestrant y Exemestano.

Discusión

El estudio permitió identificar posibles factores sociodemográficos, clínicos y farmacológicos que mostraron tendencias relacionadas con la adherencia terapéutica, en esta muestra de mujeres con cáncer de mama y en tratamiento con terapia hormonal, en la Clínica de Oncología Astorga, Medellín, Colombia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la adherencia terapéutica es un fenómeno dinámico que no depende exclusivamente del paciente y que puede estar permeado por diferentes factores relacionados con dimensiones como la socioeconómica, del equipo asistencial, de la enfermedad, del tratamiento y del paciente como tal ¹. Este estudio pudo corroborar lo anteriormente mencionado, al encontrar asociación de la adherencia terapéutica con la edad. Otros factores asociados a una mayor adherencia terapéutica, que no alcanzaron la significancia estadística, incluyeron: alto nivel socioeconómico, alto nivel educativo y ausencia de efectos adversos por el tratamiento. Se permite entrever factores que benefician o que tienen un impacto negativo en la adherencia terapéutica.

El tamaño de muestra de este estudio es similar a la de otros estudios afines realizados en la China y México ^{6,7}. En estos estudios, se incluyeron pacientes más jóvenes que las de este estudio. No se encontraron características sociodemográficas de la población de este estudio en Colombia.

La adherencia terapéutica del presente estudio presenta diferencias contrastada con estudios previos, en los que cerca del 60.0% y 80.0% de las mujeres mostraron alta adherencia mientras que en el presente estudio se obtuvo una adherencia completa de poco más del 50% ⁸⁻¹¹. Cuando se estratifica por los tres niveles de adherencia de la escala de Morisky, otros estudios encontraron prevalencias similares de adherencia terapéutica ^{6,7,12}.

Tabla 3. Motivos por los que dejan de tomar el medicamento las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y en terapia hormonal atendidas en la Clínica de Oncología Astorga de Medellín

Variable	n=178	%
Ha dejado de tomar el medicamento al menos una vez		
No	94	52.8
Sí	84	47.2
Motivos	n= 84*	%
Olvido	64	76.2
Indicación/Evento médico	9	10.7
Retraso en la entrega/Problemas administrativos	21	25.0
Otro	9	10.7
Desconocido	1	1.2

*El total de motivos no representa la n (84) dado que hubo pacientes que reportaron varios motivos por los cuales dejan de tomar el medicamento.

Tabla 4. Efectos adversos con frecuencias > 5 reportados por las pacientes.

Variable	n=178	%
Presenta efectos adversos por el tratamiento		
No	52	29.2
Sí	126	70.8
Categoría	n=126*	%
Trastornos gastrointestinales		
Náuseas	18	14.3
Vómito	7	5.5
Otro	5	4.0
Trastornos del sistema nervioso		
Cefalea	6	4.8
Mareos	9	7.1
Otro	10	7.9
Trastornos musculoesqueléticos		
Dolor	14	11.1
Otro	5	4.0
Trastornos de la piel del tejido subcutáneo		
Resequedad en piel	11	8.7
Otro	3	2.4
Trastornos generales		
Fatiga	50	39.7
Malestar general	5	4.0
Trastornos vasculares		
Sofocos	82	65.1
Empeoramiento de várices	1	0.8
Otros trastornos†		
Alteraciones emocionales	4	3.2
Cambios en peso y apetito	5	4.0
Cambios oculares o de la visión	5	4.0
Tos	4	3.2
Resequedad vaginal	1	0.8
Número de efectos adversos específicos - Me (RIQ)	2 (0.0-3.0)	

*La n está representada por el total de mujeres que manifestaron presentar síntomas, por lo cual la sumatoria de las frecuencias no refleja dicho total dado que todas presentaron diferente número de síntomas. †Otros trastornos (incluye: trastornos respiratorios, torácicos y mediastinos, trastornos psiquiátricos, exploraciones complementarias, trastornos del metabolismo y nutrición, trastornos del aparato reproductor y de las mamas, trastornos oculares)

Asimismo, el grupo con mediana adherencia fue el segundo con mayor prevalencia de adherencia terapéutica y se caracterizó por la alta frecuencia de factores como la experimentación de efectos adversos por el tratamiento, pertenecer a bajos niveles socioeconómicos y educativos, además de evidenciarse el olvido como el principal motivo por el que este grupo dejaba de tomar el medicamento. Lo anterior, se asemeja con lo hallado para el grupo de baja adherencia terapéutica, lo cual sirve como una alerta para identificar a las mujeres que cumplen con características potenciales de riesgo de no adherencia a la terapia hormonal.

Con respecto a la edad, esta se asoció con la adherencia terapéutica y, al igual que lo encontrado en un estudio llevado a cabo por Brito et al.⁽¹⁰⁾, las mujeres mayores de 56 años fueron las que mejor adherencia mostraron contrastadas con las más jóvenes. En este mismo sentido, y en relación con la experimentación de efectos adversos del tratamiento, Villareal et al.¹³, en su estudio, encontró que los efectos adversos se asociaron con un cumplimiento incompleto de la terapia endocrina, lo cual podría confirmar la alta prevalencia de efectos adversos encontrada en los grupos de baja y mediana adherencia terapéutica de este estudio. Asimismo, las mujeres más jóvenes reportaron la mayor prevalencia para la presencia de efectos adversos, lo cual podría argumentar la baja adherencia de estas, y esto puede deberse a la aparición de síntomas menopáusicos los cuales pueden ser más difíciles de gestionar en esta etapa de la vida, llevando a un incumplimiento del tratamiento¹⁴. Esto podría sugerir que la

Tabla 5. Análisis multivariado (regresión multinomial) con variables asociadas por plausibilidad clínica y significancia estadística ($p < 0,05$). *Valor de referencia

Nivel de adherencia	Predictor	p	Razón de Odds (crudas)	Razón de Odds (ajustadas)	Intervalo de Confianza 95 %	
					Inferior	Superior
Mediana - Baja	Edad					
	Entre 45-55 vs. $\leq 44^*$	0.90	1.06	0.91	0.19	4.37
	≥ 56 vs. $\leq 44^*$	0.98	1.56	1.02	0.23	4.53
	Nivel educativo					
	Técnico/Tecnólogo vs. Bachiller o menor*	0.55	1.56	1.70	0.30	9.66
	Universitario/Postgrado vs. Bachiller o menor*	0.98	1.00	1.02	0.26	4.06
	Estrato socioeconómico					
	Medio vs. Bajo*	0.47	1.44	1.52	0.48	4.76
	Alto vs. Bajo*	0.87	0.96	1.15	0.21	6.18
	Red de apoyo Cod.:					
Alta - Baja	Sí - No*	0.74	1.86	1.32	0.25	6.94
	Síntomas desde que comenzó el tratamiento					
	No - Sí*	0.09	2.72	2.77	0.86	8.97
	Edad al momento de la encuesta					
	Entre 45-55 vs. $\leq 44^*$	0.45	2.28	2.02	0.33	12.25
	≥ 56 vs. $\leq 44^*$	0.04	6.75	5.84	1.08	31.55
	Nivel educativo					
	Técnico/Tecnólogo vs. Bachiller o menor*	0.24	2.61	2.73	0.51	14.48
	Universitario/Postgrado vs. Bachiller o menor*	0.84	1.06	0.87	0.23	3.34
	Estrato socioeconómico					
	Medio vs. Bajo*	0.18	2.49	2.14	0.71	6.46
	Alto vs. Bajo*	0.29	1.85	2.38	0.48	11.91
	Red de apoyo Cod.:					
	Sí vs No*	0.83	2.24	1.20	0.23	6.18
	Síntomas desde que comenzó el tratamiento					
	No vs Sí*	0.73	1.42	1.22	0.38	3.90

*Valor de referencia. ≥ 56 Mayor o igual de 56 años. ≤ 44 Menor o igual a 44 años.

presencia de estos efectos adversos de la terapia hormonal constituye una barrera importante para la adherencia terapéutica, lo cual apoya los hallazgos de otros estudios que asocian a estos con una adherencia terapéutica incompleta ^{12,15}.

Por otro lado, las mujeres que presentaban alguna comorbilidad mostraron una mayor prevalencia de alta adherencia (53.0%), lo cual va en línea con lo descrito por Liu, quien concluyó en su estudio que la coexistencia de al menos una comorbilidad aumenta la probabilidad de una mejor adherencia a la terapia hormonal ¹⁶. Esto podría deberse a que los pacientes con varias comorbilidades tienen un mayor nivel de conciencia respecto a las enfermedades que presentan y las consecuencias que trae el no adherirse al tratamiento ¹⁷.

Sobre el estrato socioeconómico, pudo observarse una tendencia de mayor adherencia terapéutica en los estratos medio y alto, lo cual se alinea con lo planteado por otros autores, que afirman que pertenecer a un estrato socioeconómico bajo se relaciona directamente con una baja adherencia terapéutica y esto, a su vez, a resultados negativos del tratamiento ^{11,18}. Asimismo, el nivel educativo, por ejemplo, también tuvo un comportamiento similar, mostrando mejor adherencia terapéutica en quienes tenían grados superiores al bachiller, pudiéndose explicar esto como una oportunidad para comprender mejor el tratamiento y la enfermedad. Sin embargo, y considerando todo lo que albergan los determinantes sociales, se puede deducir que existen otros factores interactuantes, como la oportunidad de ingresos, la carga del hogar de la mujer, las barreras, entre otros factores que están por fuera del alcance de este estudio y que pueden impactar indirectamente la adherencia terapéutica de estos grupos específicos.

Además, los resultados de este estudio indican que contar con una red de apoyo puede tener un impacto positivo en la adherencia terapéutica, estudios previos afirman que la falta de redes de apoyo aumenta la probabilidad de tener una menor adherencia terapéutica y la presencia de estas se asocia con el cumplimiento del tratamiento ^{12,15,19}. Se conjetura que esto podría deberse a que las redes de apoyo pueden servir como soporte emocional, pueden facilitar herramientas de resiliencia y pueden contribuir en una mejor comprensión de la enfermedad, de las indicaciones del tratamiento y así contribuir positivamente en la adherencia como tal.

Otro hallazgo importante es que tanto en el grupo de baja como en el de mediana adherencia terapéutica, el olvido fue el principal motivo por el que las pacientes dejaban de tomar el medicamento, lo cual se alinea con lo concluido en otros estudios ^{7,8}. En estos, se concluye que el olvido es la principal causa de una adherencia incompleta, lo cual también contrastó en el grupo de pacientes de alta adherencia terapéutica, dado que en este no se reportó este motivo como causante para dejar de tomar el medicamento.

Entre las principales limitaciones de este estudio se encuentra el tamaño de la muestra, que, si bien permitió evidenciar la homogeneidad de la población en estudio, dificultó la identificación de asociaciones estadísticamente significativas, especialmente en subgrupos con frecuencias marcadamente dispares. No obstante, fue posible identificar factores que influyen en la adherencia terapéutica en esta población. Por otra parte, el diseño del estudio, basado en una única medición de la adherencia, impide captar cambios prospectivos a lo largo del tiempo. Asimismo, la aplicación del cuestionario por vía telefónica y, en particular, el uso de un único instrumento de medición de la adherencia terapéutica pudo haber conllevado una sobreestimación o subestimación del grado real de adherencia por parte de las pacientes. Adicionalmente, es importante señalar que no se incluyó una proporción representativa de pacientes del régimen subsidiado, por lo que los hallazgos del estudio no son generalizables a esa población. A pesar de estas limitaciones, el estudio proporciona información valiosa y confiable sobre factores que afectan la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama, los cuales no habían sido previamente descritos en nuestro contexto.

Conclusión

Este estudio aporta información de prevalencia desconocida a nivel nacional, que permite identificar factores potencialmente tratables que, eventualmente, podrían impactar de manera positiva la adherencia terapéutica. Asimismo, se muestra que las pacientes jóvenes tienen menor adherencia terapéutica a la terapia endocrina. Otros factores como el estatus socioeconómico bajo, el bajo nivel educativo, la ausencia de redes de apoyo, la presencia de síntomas relacionados con la enfermedad y el olvido, que, si bien no alcanzaron la significancia estadística, se evidenció la alta prevalencia en el grupo que tenía baja adherencia terapéutica.

Se propone explorar en futuros estudios estrategias para mejorar la adherencia terapéutica a las pacientes jóvenes, establecer un seguimiento estrecho de su tratamiento con un contacto más directo o cercano con los equipos encargados de la farmacovigilancia y se deben establecer mecanismos para mitigar el olvido como el diseño de alarmas para los teléfonos móviles, el uso de pastilleros y otras estrategias de reconocida eficacia.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. OMS; 2004. Citado: 27 de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
2. Spencer JC, Reeve BB, Troester MA, Wheeler SB. Factors associated with endocrine therapy non-adherence in breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2020; 29(4): 647-54. Doi: 10.1002/pon.5289
3. Murphy CC, Bartholomew LK, Carpentier MY, Bluethmann SM, Vernon SW. Adherence to adjuvant hormonal therapy among breast cancer survivors in clinical practice: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat*. 2012; 134(2): 459-78. Doi: 10.1007/s10549-012-2114-5
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Detección temprana del cáncer de mama. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de Prensa No 499; 2022. Citado: 30 de enero de 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Deteccion-temprana-del-cancer-de-mama.aspx>

5. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens*. 2008; 10(5): 348-354. Doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
6. Martinez-Cannon BA, Castro-Sanchez A, Barragan-Carrillo R, de la Rosa PS, Platas A, Fonseca A, et al. Adherence to adjuvant tamoxifen in mexican young women with breast cancer. *Patient Prefer Adherence*. 2021; 15: 1039-49. Doi: 10.2147/PPA.S296747
7. Ali EE, Cheung KL, Lee CP, Leow JL, Yap KY, Chew L. Prevalence and determinants of adherence to oral adjuvant endocrine therapy among breast cancer patients in Singapore. *Asia-Pac J Oncol Nurs*. 2017; 4(4): 283-9. Doi: 10.4103/2347-5625.212864
8. Elshafie S, Trivedi R, Villa-Zapata LA, Tackett RL, Zaghloul IY, Young HN. Adherence, clinical benefits, and adverse effects of endocrine therapies among women with nonmetastatic breast cancer in developing countries: A systematic review and meta-analysis. *Cancer*. 2025; 131(1):e35550. Doi: 10.1002/cncr.35550
9. Brito C, Portela MC, Vasconcellos MTL de. Factors associated to persistence with hormonal therapy in women with breast cancer. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(2): 284-95. doi: 10.1590/s0034-8910.2014048004799.
10. Brito C, Portela MC, de Vasconcellos MTL. Adherence to hormone therapy among women with breast cancer. *BMC Cancer*. 2014; 14(1): 397. Doi: 10.1186/1471-2407-14-397
11. Kimmick G, Anderson R, Camacho F, Bhosle M, Hwang W, Balkrishnan R. Adjuvant hormonal therapy use among insured, low-income women with breast cancer. *J Clin Oncol*. 2009; 27(21): 3445-51. Doi: 10.1200/JCO.2008.19.2419
12. Xu H, Jin F, Zhang XJ, Wang DQ, Yu SF, Wang AP. Adherence status to adjuvant endocrine therapy in Chinese women with early breast cancer and its influencing factors: A cross-sectional survey. *Cancer Med*. 2020; 9(11): 3703-13. Doi: 10.1002/cam4.3017
13. Villarreal-Garza C, Mesa-Chavez F, Ferrigno AS, De la Garza-Ramos C, Fonseca A, Villanueva-Tamez K, et al. Adjuvant endocrine therapy for premenopausal women with breast cancer: Patient adherence and physician prescribing practices in Mexico. *Breast*. 2021; 59: 8-15. Doi: 10.1016/j.breast.2021.05.013
14. Sella T, Poorvu PD, Ruddy KJ, Gelber SI, Tamimi RM, Peppercom JM, et al. Impact of fertility concerns on endocrine therapy decisions in young breast cancer survivors. *Cancer*. 2021; 127(16): 2888-94. Doi: 10.1002/cncr.33596
15. Cluze C, Rey D, Huiart L, BenDiane MK, Bouhnik AD, Berenger C, et al. Adjuvant endocrine therapy with tamoxifen in young women with breast cancer: determinants of interruptions vary over time. *Ann Oncol*. 2012; 23(4): 882-90. Doi: 10.1093/annonc/mdr330
16. Liu Y, Malin JL, Diamant AL, Thind A, Maly RC. Adherence to adjuvant hormone therapy in low-income women with breast cancer: the role of provider-patient communication. *Breast Cancer Res Treat*. 2013; 137(3): 829-36. Doi: 10.1007/s10549-012-2387-8
17. Koni AA, Suwan BA, Nazzal MA, Sleem A, Daifallah A, Allah MH, et al. Adherence to oral anticancer hormonal therapy in breast cancer patients and its relationship with treatment satisfaction: an important insight from a developing country. *BMC Womens Health*. 2023; 23(1): 1-12. Doi: 10.1186/s12905-023-02276-5
18. Morisky DE. Morisky Scale. Adherence; 2023. Citado 10 de diciembre de 2024. Disponible en: <http://www.moriskyscale.com/2/archives/05-2023>
19. Castaño AL, Chabur KJ, Hernández MG, Herreño MF. La red de apoyo social como soporte efectivo en la adherencia y finalización del tratamiento oncológico. Trabajo de grado. Enfermería, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud: Bogotá; 2017. Disponible en: <https://repositorio.fucsalud.edu.co/handle/001/2630>

Anexo A

Análisis bivariado para encontrar asociaciones entre los diferentes factores y la adherencia terapéutica.

Variable		Nivel de adherencia						Total		p	
		Baja		Mediana		Alta					
		(n= 26)	%	(n= 61)	%	(n= 91)	%	(n= 178)	%		
Factores sociodemográficos											
Edad al momento de la encuesta	<44	4	15.38	7	11.48	3	3.30	14	7.87	0.034†	
	45-55	7	26.92	13	21.31	12	13.19	32	17.98		
	>56	15	57.69	41	67.21	76	83.52	132	74.16		
Ocupación	Ama de casa	14	53.85	33	54.10	48	52.75	95	53.37	0.896	
	Labora	7	26.92	17	27.87	21	23.08	45	25.28		
	Pensionada	5	19.23	11	18.03	22	24.18	38	21.35		
Estado civil	Soltera	6	23.08	14	22.95	26	28.57	42	23.60	0.156	
	Casada/Unión libre	17	65.38	28	45.90	43	47.25	88	49.44		
	Divorciada	1	3.85	11	18.03	7	7.69	19	10.67		
	Viuda	2	7.69	8	13.11	19	20.88	29	16.29		
Nivel educativo	Bachiller o menor	16	61.54	36	59.02	49	53.85	101	56.74	0.703	
	Técnico/Tecnólogo	2	7.69	7	11.48	16	17.58	25	14.04		
	Universitario/Postgrado	8	30.77	18	29.51	26	28.57	52	29.21		
Régimen	Contributivo	17	65.38	43	70.49	62	68.13	122	68.54	0.809	
	Prepagada	8	30.77	17	27.87	24	26.37	49	27.53		
	Otro	1	3.85	1	1.64	5	5.49	7	3.93		
Municipio de residencia	Valle de Aburrá	20	76.92	41	67.21	68	74.73	129	72.47	0.513	
	Otro	6	23.08	20	32.79	23	25.27	49	27.53		
Estrato socioeconómico	Bajo	13	50.00	27	44.26	28	30.77	66	37.08	0.297	
	Medio	8	30.77	24	39.34	43	47.25	75	42.13		
	Alto	5	19.23	10	16.39	20	21.98	35	19.66		
Sector de residencia	Rural	1	3.85	6	9.84	8	8.79	15	8.43	0.644	
	Urbano	25	96.15	55	90.16	83	91.21	163	91.57		
Personas con quien vive	Vive sola	3	11.54	4	6.56	13	14.29	20	11.24	0.276	
	Pareja; Pareja e hijos/as; Pareja e hijos/otro familiar*	16	61.54	26	42.62	44	48.35	86	48.31		
	Hijos/as; Hijos/as y otro(s)	5	19.23	22	36.07	20	21.98	47	26.40		
	Hermanos/as; Otros familiares; Otro	2	7.69	9	14.75	14	15.38	25	14.04		
Red de apoyo	Sí	23	88.46	57	93.44	86	94.51	166	93.26	0.554	
	No	3	11.54	4	6.56	5	5.49	12	6.74		
Factores farmacológicos											
Presenta efectos adversos por el tratamiento	No	5	19.23	24	39.34	23	25.27	52	29.21	0.084	
	Sí	21	80.77	37	60.66	68	74.73	126	70.79		
efectos adversos		(n=21)	%	(n=37)	%	(n=68)	%	(n=126)	%		
	Sofocos	14	66.67	26	70.27	42	61.76	82	65.08	0.630	
	Fatiga	14	66.67	11	29.73	30	44.12	50	39.68	0.097	
	Náuseas	3	14.29	6	16.22	9	13.24	18	14.29	0.966	
	Ressequedad en piel	3	14.29	2	5.41	6	8.82	11	8.73	0.333	
	Dolor	1	4.76	6	16.22	10	14.71	17	13.49	0.097	
		1	4.76	6	16.22	10	14.71	17	13.49		
Antes de comenzar el tratamiento, presentaba alguno de esos síntomas?	Nunca antes presentó estos síntomas	5	20.83	24	39.34	23	24.73	52	29.21	0.051	
	No	18	75.00	36	59.02	56	60.22	110	61.80		
Sí	Sí	3	12.50	1	1.64	12	12.90	16	8.99		
	Síntomas previos	(n=3)	%	(n=1)	%	(n=12)	%	(n= 16)	%		
Trastornos vasculares	Trastornos vasculares	2	66.67	0	0.00	7	58.33	9	56.25	0.210	
	Trastornos del sistema nervioso	0	0.00	1	100.00	1	8.33	2	12.50		
	Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	0	0.00	0	0.00	1	8.33	1	6.25		
	Trastornos generales	1	33.33	0	0.00	0	0.00	1	6.25		
	Trastornos oculares	0	0.00	0	0.00	1	8.33	1	6.25		
	No. de efectos adversos específicos presentados - Me (RIQ)					2.00 (0.00-3.00)					0.130
	Tiempo (años) en tratamiento - Me (RIQ)					4.00 (3.00-5.00)					0.829
Factores clínicos											
Comorbilidades	Desconocido	0	0.00	0	0.00	1	1.10	1	0.56	0.540	
	No	8	30.77	14	22.95	16	17.58	38	21.35		
	Sí	18	69.23	47	77.05	74	81.32	139	78.09		
Factores clínicos											
Comorbilidades		(n= 18)	%	(n= 47)	%	(n= 74)	%	(n= 139)	%		
	Hipertensión arterial	9	50.00	27	57.45	54	72.97	90	64.75	0.100	
	Dislipidemia	4	22.22	15	31.91	27	36.49	46	33.09	0.509	
	Diabetes/Prediabetes	5	27.78	11	23.40	13	17.57	29	20.86	0.830	
	Alteraciones de la glándula tiroides	6	33.33	13	27.66	19	25.68	38	27.34	0.908	
	Sobrepeso/Obesidad	14	77.78	41	87.23	58	78.38	113	81.29	0.742	
Número de comorbilidades - Me (RIQ)											
Estadio											
I	I	5	19.23	26	42.62	39	42.86	70	39.33	0.326	
II	15	57.69	21	34.43	32	35.16	68	38.20			
III	6	23.08	11	18.03	17	18.68	34	19.10			
IV	0	0.00	2	3.28	3	3.30	5	2.81			
Desconocido	0	0.00	1	1.64	0	0.00	1	0.56			
Histología	Ductal	22	84.62	50	81.97	68	74.73	140	78.65	0.429	

	Lobular	3	11.54	6	9.84	11	12.09	20	11.24	
	Mixto	0	0.00	0	0.00	2	2.20	2	1.12	
	NOS	0	0.00	2	3.28	6	6.59	8	4.49	
	Otro	1	3.85	1	1.64	4	4.40	6	3.37	
	Desconocido	0	0.00	2	3.28	0	0.00	2	1.12	
Intención	Curativo	25	96.15	58	95.08	85	93.41	168	94.38	0.830
	Paliativo	1	3.85	3	4.92	6	6.59	10	5.62	
Otros factores identificados										
Tiempo (días) desde el diagnóstico al inicio el tratamiento - Me (RIQ)					117 (61.0-175.9)					0.153
Retrasos en la entrega de medicamentos	Sí	10	38.46	13	21.31	22	24.18	45	25.28	0.332
	No	16	61.54	48	78.69	69	75.82	133	74.72	

<44: menores de 44 años. >56: Mayores de 56 años.

*Otro se compone por familiares de tercer y cuarto grado de consanguinidad o ningún vínculo familiar.

†Valores de p <0.05. Pruebas de χ^2 .

** Me= Mediana. RIQ= Rango intercuartílico.