



CaMBIOAT

Cáncer de **M**ama: **B**arreras e **I**ntervenciones **O**mnicanal
para un cambio en la **A**dherencia **T**erapéutica

Desarrollado por:



Declaración de interés
científico sanitario:



Promovido por:



CaMBIOAT

Cáncer de **M**ama: **B**arreras e **I**ntervenciones **O**mnicanal
para un cambio en la **A**dherencia **T**erapéutica

ÍNDICE

1 Resumen ejecutivo

2 La falta de adherencia al tratamiento en cáncer de mama: contexto clínico y social

- Importancia de la adherencia al tratamiento en cáncer de mama
- Prevalencia de incumplimiento y factores de riesgo asociados
- Consecuencias de la falta de adherencia:
 - Clínicas
 - Emocionales
 - Económicas

3 Qué es CaMBIOAT

- **Objetivo:** impulsar la mejora de la adherencia en el tratamiento en pacientes con cáncer de mama
- **Quiénes forman parte del proyecto:** FECMA, SEEO, SEOM, GEICAM, SOLTI, especialistas en onco-psicología, especialistas en farmacia hospitalaria y con la declaración de interés científico sanitario de la SEFH
- **Metodología:** cocreación multidisciplinar, revisión de evidencia científica, talleres colaborativos, reuniones de consenso

4 Barreras identificadas que dificultan la adherencia al tratamiento

5 Intervenciones para la mejora de la adherencia

6 Conclusiones

7 Bibliografía



1. Resumen ejecutivo

La adherencia terapéutica implica un proceso activo y colaborativo en el que las pacientes se involucran y forman parte de la toma de decisiones junto con su equipo médico, y no únicamente un “cumplimiento pasivo”.¹ La continuidad terapéutica no solo previene recaídas, sino que constituye un predictor de la supervivencia global.² Sin embargo, existen diversos factores de riesgo que afectan a una correcta adherencia terapéutica, clínicos, psicológicos, relacionados con los profesionales sanitarios y el sistema sanitario, características de las pacientes, sociales y económicos.

La falta de adherencia terapéutica se ha convertido en un problema de salud pública de gran magnitud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).³ Según una revisión sistemática reciente, aproximadamente hasta un tercio de las pacientes (33%) con cáncer de mama abandonan o no siguen correctamente el tratamiento endocrino tras cirugía, radioterapia o quimioterapia al cabo de 5 años. Además, se ha visto que la adherencia disminuye más de un 25% entre el primer y quinto año tras el diagnóstico.⁴

Actualmente, la adherencia terapéutica en cáncer de mama no solo representa un desafío clínico, sino también un fenómeno social y emocional que requiere una visión integral y omnicanal para su abordaje.

CaMBIOAT es un proyecto multidisciplinar y colaborativo impulsado con la participación de: FECMA, SEEO, SEOM, GEICAM, SOLTI, expertos en psicooncología y farmacia hospitalaria, con la declaración de interés científico sanitario de la SEFH y promovido por Lilly.

Objetivo

Impulsar un cambio para contribuir a mejorar la adherencia terapéutica en cáncer de mama, identificando las principales barreras que dificultan el cumplimiento del tratamiento y proponiendo soluciones innovadoras, omnicanal,

a nivel multidisciplinar y cocreadas por profesionales sanitarios y pacientes.

Metodología

Basada en cocreación y Design Thinking:

1. Revisión de evidencia científica sobre adherencia en cáncer de mama.
2. Workshop multidisciplinar para definir barreras y cocrear soluciones.
3. Priorización de intervenciones según impacto y factibilidad.
4. Elaboración de documento final con barreras e intervenciones consensuadas.

EMPATIZAR

Identificar las barreras en la adherencia al tratamiento.

DEFINIR

PROTOTIPAR

Diseñar soluciones omnicanal.



A través de la colaboración entre profesionales y pacientes, el proyecto **CaMBIOAT** ha permitido identificar 28 barreras que dificultan la adherencia terapéutica y proponer soluciones para poder superarlas y abordarlas desde un enfoque multidisciplinar.

Principales barreras que interfieren en la adherencia terapéutica



Intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento en cáncer de mama

	BARRERAS	INTERVENCIONES/SOLUCIONES
	BARRERAS DEL PACIENTE	• Materiales educativos visuales y prácticos sobre adherencia y autocuidado. • Formación en adherencia terapéutica. • App de apoyo a la adherencia. • Escuela de pacientes. • Programas de apoyo psicooncológico continuado desde el diagnóstico.
	BARRERAS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO	• Hojas de ruta visuales sobre efectos adversos y beneficios del tratamiento.
	BARRERAS SOCIO-LABORALES	• Materiales educativos para el entorno. Cómo acompañar y detectar señales de no adherencia. • Campañas de comunicación sobre la importancia de la información sanitaria veraz.
	BARRERAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS	• Formación acreditada en adherencia para todos los profesionales sanitarios. • Formación acreditada en comunicación efectiva para todos los profesionales sanitarios. • Formación acreditada específica en enfermería oncológica. • Consenso de sociedades científicas (SEOM, SEEO, GEICAM, SOLTI) sobre adherencia. • Aplicaciones de seguimiento de la adherencia. • Protocolo estandarizado de detección y respuesta ante no adherencia integrado en la historia clínica. • Programas de apoyo emocional para prevenir la fatiga profesional.
	BARRERAS DEL SISTEMA SANITARIO	• Campañas nacionales por el Día de la Adherencia (15 de noviembre). • Promoción de reuniones multidisciplinares de coordinación entre profesionales. • Reducción de la carga burocrática y homogeneización del acceso digital y asistencial entre comunidades autónomas.

El proyecto **CaMBIOAT** demuestra que la adherencia terapéutica no depende solo del paciente, sino de un **ecosistema compartido** entre profesionales, instituciones y la sociedad.



2. La falta de adherencia al tratamiento en cáncer de mama: contexto clínico y social

En 2025, se estima que en España se diagnosticarán 37.682 nuevos casos de cáncer de mama en mujeres.⁵

El cáncer de mama constituye un reto sanitario, social y emocional. Gracias a los avances diagnósticos y terapéuticos, la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama ha aumentado de forma significativa. Este progreso se consolida cuando existe una **adecuada adherencia a los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos**.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”.²

A pesar de su importancia, en diversos estudios se constata la existencia de una **falta de adherencia frecuente en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama**, motivado por múltiples barreras de tipo clínico, psicológico, social y estructural.^{1,4,6,7}

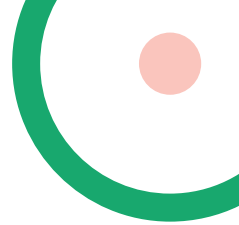
La falta de adherencia terapéutica se ha convertido en un problema de salud pública de gran magnitud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).³ Según una revisión sistemática reciente, aproximadamente hasta un tercio de las pacientes (33%) con cáncer de mama abandonan o no siguen correctamente el tratamiento endocrino tras cirugía, radioterapia o quimioterapia al cabo de 5 años. Además, se ha visto que **la adherencia disminuye más de un 25% entre el primer y quinto año tras el diagnóstico**.⁴

Además, la literatura muestra una disminución progresiva de la adherencia con el paso del tiempo. En distintos estudios, la proporción de pacientes adherentes desciende gradualmente desde valores iniciales cercanos al 93% en el primer año hasta cifras en torno al 58,5% en el quinto. En los casos más extremos, la persistencia terapéutica a cinco años puede ser tan baja como el 45,2%.⁴

Estos datos ponen de manifiesto que, más allá de iniciar el tratamiento, mantenerlo de forma continuada en el tiempo representa un reto crítico para la efectividad real de las terapias y para la supervivencia de las pacientes.

2.1. Importancia de la adherencia al tratamiento

Existe una asociación clara y directa entre la falta de adherencia al tratamiento y la obtención de peores resultados en salud. Cuando existe un incumplimiento terapéutico la diferencia entre **eficacia (resultado en condiciones ideales)** y **efectividad (resultado en vida real)** se amplía y se hace todavía más patente.²



La adherencia terapéutica implica un proceso activo y colaborativo en el que **las pacientes se involucran en la toma de decisiones junto con su equipo médico**, y no únicamente un “cumplimiento pasivo”.¹ La diferencia radica en que el “cumplimiento pasivo” describe el grado en que el paciente se ajusta a las instrucciones de los profesionales sanitarios, de una forma pasiva, sin tener en cuenta su comprensión, acuerdo o preferencias respecto a esas recomendaciones.⁸

Cuando las pacientes se sienten acompañadas e informadas, puede aumentar su motivación y mejorar la adherencia. Por ello, los programas que promueven una comunicación clara y una atención psicooncológica integrada tienen un papel estratégico. La **continuidad terapéutica** no solo previene recaídas, sino que constituye un predictor de la supervivencia global.²

2.2. Prevalencia de incumplimiento y factores de riesgo

La capacidad de las pacientes para seguir los tratamientos de una **manera óptima** con frecuencia se ve comprometida por varias barreras. Estas barreras están relacionadas con factores clínicos y psicológicos del paciente, el equipo o sistema sanitario y factores sociales y económicos. Para mejorar la adherencia de las pacientes a los tratamientos, es primordial generar soluciones relacionadas con cada uno de estos factores.⁹

Factores de riesgo:^{1-4,10}

- **Clínicos:** la aparición de eventos adversos, duración prolongada de la terapia y complejidad de las pautas terapéuticas pueden reducir la adherencia.
- **Psicológicos:** la depresión y la ansiedad disminuyen la motivación y dificultan la constancia a seguir un tratamiento.
- **Relacionados con los profesionales y el sistema sanitario:** una comunicación insuficiente con los profesionales de referencia y la baja educación en salud favorecen a decisiones de abandono.
- **Sociales y económicos:** un menor nivel educativo, dificultades para compatibilizar tratamiento y vida laboral, ausencia de redes de apoyo y problemas económicos actúan como barreras añadidas.

2.3. Consecuencias de la falta de adherencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las consecuencias de una adherencia inadecuada son diversas: fracaso terapéutico, ineficiencia del tratamiento, aparición de resistencias, empeoramiento del estado clínico del paciente, incremento de las visitas a urgencias y de las hospitalizaciones, abandonos del tratamiento, etc. En resumen, aumento del gasto sanitario y un problema de salud pública debido a las consecuencias negativas que causa.⁸

La falta de adherencia tiene un impacto a distintos niveles.^{2,8}

- **Consecuencias clínicas:** ^{2,8}

Las pacientes que no cumplen con los tratamientos prescritos presentan mayor riesgo de recurrencia, metástasis y mortalidad.

- **Consecuencias emocionales:** ^{2,8}

El abandono terapéutico puede generar sentimientos de culpa, frustración y pérdida de control. Esto incrementa los niveles de ansiedad y depresión, impactando en la calidad de vida y en la percepción de la propia enfermedad.

- **Consecuencias económicas:** ^{2,8}

El incumplimiento eleva los costes derivados de nuevas hospitalizaciones, visitas médicas adicionales y tratamientos de segunda línea más costosos. A nivel macroeconómico, se traduce en un aumento de la carga financiera sobre los sistemas de salud y en una menor eficiencia en la asignación de recursos.

La adherencia al tratamiento en cáncer de mama no solo representa un desafío clínico, sino también un fenómeno social y emocional que requiere una visión integral y omnicanal para su abordaje.



3. Qué es CaMBIOAT

El **proyecto CaMBIOAT “Cáncer de Mama: Barreras e Intervenciones Omnicanal para un cambio en la Adherencia Terapéutica”** surgió como una iniciativa orientada a impulsar la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes con **cáncer de mama**. Se fundamenta en un enfoque colaborativo y omnicanal que combina la identificación de las principales barreras en la adherencia terapéutica con la definición de intervenciones innovadoras y escalables, capaces de generar un cambio tanto en la práctica clínica como en la experiencia de las pacientes.

CaMBIOAT representa, por tanto, un **espacio de encuentro entre entidades científicas, asociaciones de pacientes y profesionales de referencia** para dar respuesta a uno de los retos más determinantes en oncología: la continuidad y efectividad de los tratamientos. Se trata de un proyecto desarrollado por las principales sociedades científicas y asociaciones de pacientes implicadas en el cáncer de mama; FECMA, SEEO, SEOM, GEICAM y SOLTI, con la declaración de interés científico sanitario de la SEFH y promovido por Lilly en colaboración con Clover.

3.1 Objetivo

El objetivo principal es **impulsar la mejora de la adherencia en el tratamiento en pacientes con cáncer de mama** a través de:

- **Identificación de barreras principales** que dificultan el cumplimiento al tratamiento.

- **Proposición de intervenciones factibles**, escalables y con impacto, que permitan un cambio real en la práctica clínica y en la experiencia de las pacientes.

3.2 Participantes

El proyecto se distingue por su carácter omnicanal, multidisciplinar e inclusivo. Integrando representantes de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y profesionales de referencia en oncología, farmacia, enfermería y psicooncología.

Entidades participantes y colaboradoras de este proyecto:

- Federación Española de Cáncer de Mama. **FECMA**
- Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama. **GEICAM**
- Sociedad Española de Enfermería Oncológica. **SEEO**
- Sociedad Española de Oncología Médica. **SEOM**
- Grupo académico de investigación clínica en cáncer de mama. **SOLTI**
- Expertos en **psicooncología**
- Expertos en **farmacia hospitalaria**

Profesionales y representantes de las entidades participantes en el grupo de trabajo multidisciplinar:

Pacientes

- **María Adela García Arroyo**. Vicepresidenta de la Asociación de Mujeres Operadas de Cáncer de Mama de Málaga (ASAMMA) y representante de FECMA.

Oncología Médica

- **Dra. Susana de la Cruz**. Oncóloga Médica, Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.
- **Dr. Rodrigo Sánchez Bayona**. Oncólogo Médico, Hospital 12 de Octubre, Madrid.
- **Dra. Blanca Cantos Sánchez de Ibarguen**. Oncóloga Médica, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Farmacia Hospitalaria

- **Eduard Fort**. Farmacéutico Hospitalario. Institut Català d'Oncologia, Barcelona.

Psicooncología

- **Marta de la Fuente**. Psicooncóloga. Directora de MFL Psicología, A Coruña.

Enfermería

- **Isabel Tuñón**. Enfermera Oncológica, Hospital 12 de Octubre, Madrid.



La participación de estos perfiles aseguró que el proyecto integrara la perspectiva omnicanal desde la práctica clínica, psicológica, farmacéutica, de enfermería y de las propias pacientes, garantizando una visión global y realista del reto de la adherencia en cáncer de mama.

3.3 Metodología

El proyecto se desarrolló mediante una metodología de **cocreación y consenso multidisciplinar**, que combinó distintos niveles:

- **Revisión de la evidencia científica** sobre adherencia al tratamiento en cáncer de mama.
- **Sesiones participativas de puesta en marcha del proyecto**, con la implicación activa de asociaciones de pacientes, sociedades científicas y profesionales sanitarios.
- **Revisión de un cuestionario previo**, diseñado para recoger la percepción inicial de los participantes sobre las de barreras.
- **Workshop de trabajo multidisciplinar**, donde se aplicó la metodología de *Design Thinking*.

El *Design Thinking*, metodología ampliamente utilizada en innovación en salud, permite diseñar soluciones centradas en las personas basándose en cinco fases: **empatizar, definir, idear, prototipar y testear**.

Durante el workshop se llevaron a cabo dinámicas de trabajo en grupos, orientadas a:

- **Identificar y clasificar las principales barreras.**
- **Idear posibles soluciones desde diferentes perspectivas** (médica, psicológica, social, institucional).
- **Priorizar las intervenciones en función de su impacto y factibilidad**

En los capítulos 4 y 5 de este documento se recogen las **principales barreras y las soluciones** cocreadas por todos los participantes, orientadas a transformar el abordaje de la adherencia terapéutica en cáncer de mama.

4. Barreras identificadas que dificultan la adherencia al tratamiento

El trabajo colaborativo entre profesionales sanitarios y representantes de asociaciones de pacientes permitió identificar un conjunto de barreras que afectan directamente a la adherencia terapéutica en cáncer de mama.

Estos hallazgos, recogidos tanto en los cuestionarios previos enviados a los participantes como en el debate durante el workshop, se organizaron en cinco grandes categorías:

- Barreras del paciente
- Barreras relacionadas con el tratamiento
- Barreras en el entorno socio-laboral
- Barreras de profesionales sanitarios
- Barreras del sistema sanitario

Estas barreras no actúan de manera aislada, se entrelazan y se potencian entre sí, configurando un escenario complejo que exige un abordaje integral y omnicanal.

4.1. Barreras del paciente

La experiencia individual de cada paciente, junto con sus **características personales y circunstancias vitales**, condiciona la adherencia al tratamiento.



Falta de comunicación adaptada al perfil del paciente

La comprensión real de la enfermedad y el tratamiento depende de que la información se **adapte al nivel educativo, cultural, idiomático, cognitivo y emocional de cada paciente**. Cuando el mensaje no se ajusta a su nivel sociocultural o características psicológicas, aumenta la probabilidad de interpretaciones erróneas del tratamiento (sobre los objetivos, la duración, manejo de toxicidades, etc.). Además, se incrementa el riesgo de no comprender realmente los beneficios de las terapias, es decir un **desconocimiento del balance beneficio-riesgo** que favorece la aparición de temores y miedos desproporcionados a los efectos adversos.

En definitiva, las pacientes necesitan conocer cuáles pueden ser los efectos adversos del tratamiento, cómo prevenirlos o paliarlos, cómo manejarlos adecuadamente y, al mismo tiempo, comprender los beneficios de la terapia. Como consecuencia de la falta de información o de una información no adecuada al tipo de paciente, se desplaza la búsqueda hacia fuentes no

fiables (redes sociales, webs no acreditadas), en vez de consultar las dudas a los profesionales sanitarios. Esto genera aún más confusión e influye directamente en la adherencia continuada.

Cuando las fuentes no validadas ocupan el lugar de referencia, prevalecen sesgos (confirmación, disponibilidad) y se consolidan creencias que pueden contradecir la pauta (p. ej. "acumulación de tóxicos", "sustitutos naturales"). El resultado son **interrupciones autónomas del tratamiento** por parte de las pacientes y **deterioro del vínculo terapéutico**.

Baja percepción de la necesidad del tratamiento

No todas las pacientes **atraviesan el mismo momento en la enfermedad**, por lo que cada una tiene un plan terapéutico personalizado y diferentes necesidades. El **tratamiento adyuvante** suele incluir tratamientos más agresivos y la paciente es conocedora de su impacto y del beneficio riesgo que implican. En muchas ocasiones son tratamientos de administración hospitalaria (quimioterapia, radioterapia, terapias dirigidas o inmunoterapia) lo que favorece el seguimiento y la adherencia.

En la **fase de mantenimiento, tras la cirugía, quimioterapia y/o radioterapia**, una vez completado el tratamiento inicial se busca disminuir el riesgo de recaída tumoral o progresión. Se trata de un tratamiento a largo plazo, en ocasiones varios años, que hace que la percepción de enfermedad y de **necesidad del tratamiento sea menor** al sentirse "libres de enfermedad". En estos pacientes en mantenimiento es especialmente importante prestar atención a la adherencia y a sus necesidades de acompañamiento, con especial atención a las características psicológicas y perfil de paciente para detectar posibles señales de esa falta de adherencia.

Dificultad de accesibilidad a los profesionales sanitarios

Las dudas relacionadas con los efectos adversos o el tratamiento surgen en cualquier momento y no siempre coinciden con citas o seguimientos por los profesionales sanitarios. Los **tiempos para obtener las respuestas en ocasiones pueden ser largos** entre las visitas programadas, la falta de un **canal único de comunicación alternativo y directo** y la dificultad de acceso para contactar o comunicarse con el equipo médico o de enfermería puede incrementar la ansiedad en las pacientes. No poder obtener respuestas en **momentos de duda o crisis**, genera **percepción de desamparo** y fomenta la toma de decisiones no informadas, reduciendo así las oportunidades de intervención precoz frente al manejo de toxicidades.

Sensación de culpa o vergüenza a la hora de reconocer dificultades

Muchas pacientes tienen miedo a **"decepcionar"** al equipo de profesionales y **temor a ser juzgadas** cuando aparecen olvidos, interrupciones no indicadas, dudas o efectos adversos mal controlados. Esta combinación de culpa y vergüenza se traduce en un silencio que **obstaculiza la comunicación médico-paciente**: pueden minimizar problemas ("solo me pasó un par de veces"), atribuirse factores externos ("estuve muy liado"), no verbalizar la falta de cumplimiento del tratamiento, etc. Este fenómeno puede intensificarse en contextos culturales que moralizan la enfermedad, en perfiles con alta autoexigencia, o antecedentes de experiencias previas negativas con los profesionales.

El impacto clínico es relevante, ya que este silencio **retrasa la detección de señales de riesgo** (olvidos repetidos, "pausas" no indicadas, ajustes de dosis por cuenta propia), y dificulta las **intervenciones tempranas para sostener la continuidad del tratamiento**.

Detectar esta barrera exige prestar atención a detalles sutiles en el comportamiento de las pacientes como respuestas excesivamente breves, justificaciones recurrentes, discrepancias, etc. Muchas pacientes **no saben reconocer que exista riesgo** por no cumplir la adherencia, **no tienen conciencia del valor del cumplimiento** por lo que hay que reforzar la educación y la comprensión de los tratamientos. Hay que tener en cuenta que, en muchos casos, el problema no es la falta de voluntad, sino las **emociones que les impiden pedir ayuda a tiempo**. El **impacto emocional influye directamente en la paciente y en su manejo diario de la enfermedad**.

Salud mental: ansiedad, depresión

Los **síntomas afectivos** interfieren en la planificación diaria y **amplifican la percepción de toxicidad de los posibles efectos adversos**. La ansiedad puede predisponer a evitar tomas. Asimismo, los efectos de los tratamientos y su duración reducen la energía y la capacidad organizativa de las pacientes para sostener rutinas de adherencia. El sufrimiento emocional sostenido deteriora la calidad de vida.

Un fenómeno más minoritario es el **miedo a interrumpir el tratamiento al llegar a la finalización de la pauta**, por **miedo a tener una recaída**, al percibir que, al dejar de ser tratadas, puede aumentar el riesgo de recaída. Esto no se considera por sí mismo una barrera, sino una señal de que se necesita reforzar la **educación anticipada y las expectativas del tratamiento** (explicar bien los beneficios dentro de un periodo recomendado y los riesgos de prolongar la pauta sin estar indicada).

Fertilidad y proyecto reproductivo

La **preocupación por la fertilidad** y el **deseo de maternidad/paternidad** condiciona el inicio, la continuidad y las adaptaciones del plan terapéutico: miedo a perder la capacidad reproductiva, incertidumbre sobre el tiempo recomendable para buscar embarazo, dudas sobre anticoncepción segura durante tratamientos, temores en torno a la lactancia o a posibles efectos teratogénicos, etc.

Muchas decisiones están **condicionadas por el tiempo** y si no se ofrece consejo reproductivo claro y temprano, aparecen retrasos de inicio o pausas no indicadas. Por **vergüenza o pudor**, muchos pacientes no preguntan sobre sexualidad, anticoncepción o deseo gestacional, por lo que corresponde al **equipo sanitario ser proactivo**: normalizar el tema, preguntar de forma sistemática ("¿tienes deseo reproductivo actual o futuro?", "¿necesitas información sobre anticoncepción/ tiempos seguros?") y **derivar con agilidad a unidades de oncofertilidad**. Un abordaje anticipatorio, respetuoso y sin juicio reduce decisiones no informadas, mejora la continuidad y alinea el plan clínico con los proyectos de vida.

4.2. Barreras relacionadas con el tratamiento



Duración prolongada de las pautas

El mantenimiento de terapias durante **tiempos prolongados** (meses, años) exige integrar hábitos sostenidos y autocuidados que pueden desembocar en "fatiga de adherencia". La "**fatiga de adherencia**" se refiere al desgaste emocional y conductual que experimentan las pacientes sometidas a tratamientos de larga duración, especialmente cuando los beneficios no son inmediatos y los efectos adversos persisten. La duración prolongada representa una carga psicológica y física que **erosiona progresivamente la motivación**. Cuando las pacientes se encuentran en fase de mantenimiento se incrementa la percepción de escaso beneficio de las terapias.

Complejidad de regímenes y cambios de fármaco

Los esquemas con múltiples vías de administración, diferentes horarios, diferentes ciclos y premedicaciones, y cambios de fármacos por toxicidad elevan la carga cognitiva y activan el temor a "**acumular**" **nuevos efectos adversos** con cada nuevo tratamiento, lo que puede generar resistencia al ajuste o cambios de dosis. Los cambios de molécula, formulación o pauta por tolerabilidad, siendo clínicamente adecuados, añaden un aprendizaje adicional y generan incertidumbre. La logística del día a día (compatibilizar tomas con comidas, sueño, trabajo, cuidado familiar y vida social) complica la ejecución precisa del plan terapéutico y cuanto mayor es la complejidad operativa, más probable resulta incurrir en errores de administración y saltos de dosis.

Polimedicación e interacciones farmacológicas

En muchas ocasiones a la pauta de tratamiento oncológico hay que añadir, la medicación previa con la que ya cuentan las pacientes, debido a **comorbilidades previas o a los tratamientos de soporte**. Esto obliga a las pacientes a manejar múltiples fármacos y aumenta la carga diaria y el riesgo de errores en la toma o administración de la medicación. Además, dificulta la comprensión

del beneficio-riesgo y la **percepción de enfermedad** haciendo que algunos fármacos se puedan considerar “prescindibles”. En estos pacientes la información detallada y el seguimiento son especialmente importantes.

El acúmulo de tratamientos puede aumentar además el riesgo de **interacciones farmacológicas**. La conciliación farmacoterapéutica y la elección de **opciones con menor potencial de interacción** cuando sea posible, son necesarias para mejorar la tolerancia de los tratamientos.

4.3. Barreras en el entorno socio-laboral

El **contexto social y laboral** condiciona en gran medida la continuidad terapéutica.

Déficit de red de apoyo

En algunas ocasiones las pacientes no cuentan con una red de apoyo familiar o comunitaria. Los profesionales sanitarios deben indagar en la situación de cada paciente ya que este aspecto es clave para el tratamiento. La falta de acompañamiento práctico y emocional incrementa la carga de organización del tratamiento y la **sensación de soledad**. En este contexto, acudir a todas las citas y sostener cambios de estilo de vida se vuelve más difícil ante la falta de apoyo y la adherencia se resiente.

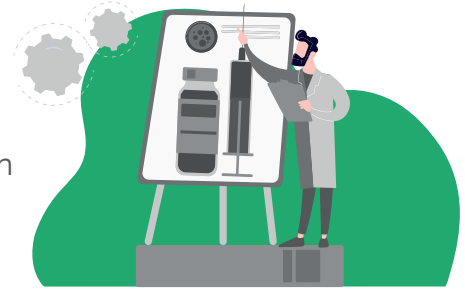
El **entorno inmediato** carece a menudo de herramientas para **motivar, acompañar y detectar señales de alerta en la falta de adherencia** (medicación sobbrante, olvidos, signos y síntomas de depresión, desmotivación). Recibir soporte o respuestas con buena intención, pero ineficaces refuerzan los miedos y desorganizan las rutinas.

Presión del entorno e información no contrastada

Las **creencias o mensajes distorsionados del entorno social** promueven alternativas de tratamiento no validadas y debilitan la continuidad. A ello se suma el contenido de las redes sociales, que pueden reforzar la inseguridad y la desconfianza hacia el tratamiento.

Sobrecarga de cuidados y roles familiares

La **acumulación de responsabilidades domésticas y de cuidado** compite con la organización del tratamiento y la asistencia a las citas. La **fatiga y la priorización de terceras personas** (hijos, padres) resta tiempo para enfocarse en sí mismo. Esta situación produce una **sobrecarga** que puede producir olvidos, dificultad en el manejo de síntomas y limitar la energía disponible para sostener las pautas de tratamiento.



Impacto laboral y dificultades socioeconómicas

El **impacto laboral y las dificultades de conciliación** (como justificar ausencias, reincorporarse tras una baja, adaptación al puesto de trabajo) constituyen obstáculos recurrentes. Los horarios asistenciales **poco flexibles**, las exigencias del puesto y las responsabilidades colisionan con la asistencia a las consultas y la organización de la agenda oncológica. Las pacientes deben justificar ausencias, gestionar reincorporaciones o solicitar adaptaciones, y a menudo no encuentran apoyos suficientes.

Los **costes indirectos** (desplazamientos, adaptaciones, productos de apoyo) y la pérdida de ingresos por ajuste laboral (bajas médicas, reducciones de jornada y los gastos asociados a la enfermedad) impactan en la capacidad de mantener la continuidad.

Se priorizan necesidades inmediatas frente a los beneficios clínicos futuros y esta situación puede asociarse a cancelaciones, aplazamientos y omisiones en el tratamiento.

Barreras idiomáticas y culturales

Las dificultades de idioma y los marcos culturales propios de cada comunidad limitan la **comprensión de los objetivos y el valor** de los tratamientos y las recomendaciones. La traducción literal sin mediación cultural y la ausencia de materiales en el idioma preferente de las pacientes derivan en asentimientos que **no reflejan entendimiento real** y menor confianza en el sistema, con adherencia inestable y conflictos evitables.

4.4. Barreras de los profesionales sanitarios

Los equipos asistenciales desempeñan un **papel central**, pero enfrentan limitaciones importantes.

Lenguaje excesivamente técnico

El uso de un **lenguaje con términos técnicos muy especializados** sin traducción funcional y frases extensas **cargadas de lenguaje sanitario** bloquean la comprensión real de las pacientes, aunque asientan por respeto o vergüenza. La falta de equivalentes cotidianos para explicar riesgos, beneficios y planes de acción convierte la consulta en un acto informativo unidireccional, no en un acuerdo. Cuando el mensaje no se entiende, la ejecución en la adherencia al tratamiento falla.



Variabilidad en la información entre profesionales

La **variabilidad de la información transmitida** por profesionales de diferentes especialidades puede provocar confusión y erosionar la confianza de las pacientes. La **falta de un protocolo común** y la **transmisión de información discordante** entre profesionales de distintas especialidades puede provocar que las pacientes reciban mensajes contradictorios. Esta incoherencia percibida puede traducirse en dudas, ansiedad y, frecuentemente, en la decisión de no seguir o abandonar el tratamiento recomendado.

Manejo proactivo de toxicidades y adaptaciones individualizadas

La intervención tardía ante eventos adversos empeora la experiencia de las pacientes y precipita las suspensiones. La falta de instrucciones claras para los primeros días de tratamiento y de un contacto temprano programado impiden cortar de raíz las molestias que puedan surgir y que **minan la adherencia**.

La **práctica proactiva incluye la profilaxis** (náuseas, ejercicio) y **adaptaciones individualizadas** (ajuste de dosis, modificaciones en la pauta, cambio dentro de familia de fármacos, coadyuvantes como analgesia, fisioterapia e intervenciones psicooncológicas), ante la falta de esta proactividad la paciente puede asociar cada síntoma con “tener que aguantar” y opta por la suspensión.

Realizar un **seguimiento y acompañamiento cercano en la toxicidad** e incluir pequeñas modificaciones promueve que las pacientes se sientan “cuidadas” y “respaldadas”. La **ausencia de protocolos preventivos**, de rutas de ajuste (dosis, horarios, cambios dentro de familia de fármacos) planificados favorece suspensiones definitivas de los tratamientos.

Mejora de la relación de confianza médico-paciente para reforzar la empatía

La **percepción de ausencia de empatía o sensibilidad** por parte del equipo médico incrementa la angustia psicológica, la ansiedad y la depresión en las pacientes. Reforzar la confianza en la relación médico-paciente y promover una atención empática, que integre la escucha activa y el reconocimiento de las necesidades emocionales, mejora los resultados clínicos y la experiencia asistencial favoreciendo que las pacientes sigan su tratamiento con mayor tranquilidad y compromiso.

Fatiga emocional de los profesionales debido a la sobrecarga asistencial, carga administrativa y burocrática

La **sobrecarga asistencial** y la **escasez de profesionales especializados**, junto con el aumento de la demanda, genera falta de tiempo para la atención personalizada. Esto se traduce en consultas que pueden sentirse más apresuradas y mensajes poco claros, disminuyendo la calidad del acompañamiento y la satisfacción de las pacientes. La falta de tiempo y recursos limita la capacidad de los equipos para abordar tanto los aspectos físicos como los emocionales, dejando necesidades sin atender.

La **acumulación de trámites** (formularios, citas no coordinadas, repetición de datos, prescripciones y renovaciones) consume **tiempo clínico y cognitivo**, resta minutos críticos a la explicación de beneficios y riesgos, y desplaza la conversación sobre adherencia. Esto tiene un impacto directo; cuando el equipo sanitario (especialmente oncología y enfermería) dispone de menos tiempo para educar y resolver dudas, las pacientes reciben las indicaciones, pero no interiorizan el “para qué” ni el “cómo” de la pauta, lo que favorece interrupciones y olvidos. En estos casos se pone en valor la figura del **gestor de casos** que permite acompañar en los trámites y liberar tiempo asistencial para la educación terapéutica.

Ausencia de apoyo en gestión emocional

El **desgaste emocional de los profesionales** y el **síndrome de burnout** son frecuentes, si no se atiende, deriva en actitudes de distanciamiento, desmotivación y menor capacidad de contención. La ausencia de apoyo y gestión emocional a los propios profesionales repercute indirectamente en la paciente.

4.5. Barreras del sistema sanitario

A nivel estructural, el **sistema de salud presenta limitaciones** que condicionan la adherencia.

Sobrecarga asistencial y tiempos limitados de consulta

La demanda supera a la capacidad del sistema, la **presión estructural** con agendas saturadas restringe la escucha activa y la personalización y reduce el tiempo disponible para cada paciente. La adherencia requiere tiempo para su educación, y compite con tareas más urgentes, lo que hace que disminuya su prioridad.

Coordinación subóptima entre niveles asistenciales

La **integración deficiente** entre oncología, enfermería, farmacia, atención primaria y psicooncología provoca pérdidas de información, duplicidad de esfuerzos y se retrasan las respuestas, con impacto directo en continuidad de cuidados. Las rutas asistenciales no consolidadas generan espacios sin dueño, donde ningún profesional detecta a tiempo la no adherencia.



Necesidad de programas estructurados de monitorización de la adherencia

Cuando la **adherencia no se mide, no se puede gestionar**, por lo que puede pasar desapercibida de forma invisible hasta que se manifiesta un evento clínico. La **falta de indicadores operativos** (posesión de medicación, persistencia, omisiones reportadas por las pacientes, llamadas de seguimiento por eventos adversos prevenibles), y de **alertas integradas en la historia clínica (HC)** impide la detección precoz y obliga a intervenir tarde, siendo más costosas las intervenciones.

Necesidad de canal unificado de comunicación

La proliferación de vías de contacto no integradas en la HC (teléfono, e-mail, WhatsApp, etc.) dificultan la trazabilidad, dispersan responsabilidades y retrasan respuestas. Sin un **canal único seguro y registrado**, las dudas se pierden, las instrucciones no quedan accesibles y registradas en la historia clínica y la continuidad se resiente por fallos de coordinación.

Acceso desigual a recursos por comunidades autónomas o gerencias.

La **disponibilidad desigual de recursos** varía de forma relevante entre territorios e incluso centros (enfermería oncológica en consulta externa, psicooncología, nutrición, fisioterapia, programas de ejercicio, consultas de farmacia para recuento y revisión de interacciones, e incluso acceso a ensayos clínicos) afecta la experiencia de las pacientes. Esta **heterogeneidad se traduce en itinerarios de tratamiento muy distintos para indicaciones equivalentes**. La geografía y la dotación presupuestaria determinan la posibilidad real de acceder y sostener los diferentes tratamientos. Donde faltan estos recursos, aumentan la gestión reactiva de toxicidades, los retrasos y las probabilidades de abandono de la adherencia. Los profesionales (oncología, enfermería, farmacia, etc.) ven limitada su capacidad de ofrecer un abordaje homogéneo y las pacientes perciben que está inequidad influye de manera negativa.

La misma indicación clínica produce resultados distintos según el entorno, ampliando brechas de equidad, lo que limita un abordaje verdaderamente integral de las necesidades de las pacientes.

Acceso desigual a recursos digitales y brecha de conectividad.

La **digitalización** facilita recordatorios, teleconsultas, mensajería segura y educación entre visitas, pero **su beneficio no es equitativo**: personas mayores, con menor alfabetización tecnológica o con conectividad limitada quedan excluidas o no distinguen fuentes fiables, lo que **dificulta trámites, acceso a resultados o renovación de medicación**. El resultado son pérdidas de citas, retrasos evitables y mayor exposición a desinformación, con impacto directo en la continuidad de los tratamientos.

Aunque la vía digital puede ser una herramienta muy útil para formar y acompañar, requiere accesibilidad real: formación básica en competencias digitales adaptada, puntos de apoyo en hospitales/asociaciones para realizar gestiones, materiales por escrito de lectura fácil y, **siempre, alternativa presencial o telefónica** para quien lo necesite. La implicación del entorno familiar como apoyo operativo ayudan a que lo digital sume, sin ampliar brechas.

Revisiones con intervalos prolongados

Intervalos prolongados entre las revisiones dejan “ventanas de riesgo” sin supervisión, lo que **retrasa la identificación de efectos adversos**. Pequeñas dificultades se transforman en motivos de suspensión antes de la siguiente consulta debido a la falta de intervenciones tempranas para paliar los inconvenientes. Sin contactos intermedios protocolizados (telefónicos o digitales) se pierden oportunidades de ajuste temprano que pueden derivar en la suspensión del tratamiento.

Tabla resumen de barreras en la adherencia al tratamiento

CATEGORÍA	BARRERAS PRINCIPALES	¿A QUIÉN AFECTA Y/O DE QUIÉN DEPENDE?
	BARRERAS DEL PACIENTE	• Falta de comunicación adaptada al perfil y nivel educativo • Baja percepción de necesidad del tratamiento y del riesgo al no cumplir el tratamiento. • Dificultad de accesibilidad a los profesionales sanitarios • Sensación de culpa o vergüenza a la hora de reconocer dificultades • Salud mental: ansiedad, depresión • Fertilidad y proyecto reproductivo
	BARRERAS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO	• Duración prolongada • Complejidad terapéutica y cambios de fármaco • Polimedicación e interacciones farmacológicas • Efectos adversos
	BARRERAS EN EL ENTORNO SOCIO-LABORAL	• Déficit de red de apoyo • Presión del entorno e información no contrastada • Sobrecarga de cuidados y roles familiares • Impacto laboral y dificultades socioeconómicas • Barreras idiomáticas y culturales
	BARRERAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS	• Lenguaje excesivamente técnico • Mejora de la relación de confianza médico-paciente para reforzar la empatía • Variabilidad en la información entre profesionales sanitarios • Necesidad de un manejo proactivo de toxicidades y de adaptaciones individualizadas • Fatiga emocional de los profesionales debido a la sobrecarga asistencial, carga administrativa y burocrática • Ausencia de apoyo en gestión emocional

CATEGORÍA

BARRERAS PRINCIPALES

¿A QUIÉN AFECTA Y/O DE QUIÉN DEPENDE?



BARRERAS DEL SISTEMA SANITARIO

- Sobrecarga asistencial y tiempo limitado por consulta
- Coordinación subóptima entre niveles asistenciales
- Necesidad de programas estructurados de monitorización de la adherencia
- Necesidad de canal unificado de comunicación
- Acceso desigual a recursos por comunidades autónomas o gerencias
- Acceso desigual a recursos digitales
- Revisiones con intervalos prolongados

Administración sanitaria, gestores hospitalarios, sociedades científicas, equipos multidisciplinares.

5. Intervenciones para la mejora de la adherencia

El valor del **proyecto CaMBIOAT** reside en la cocreación de soluciones concretas y aplicables que respondan a las barreras identificadas. Las intervenciones propuestas se han diseñado bajo principios de impacto clínico, factibilidad, escalabilidad y visión omnicanal, siempre con un enfoque centrado en la paciente y apoyado en la experiencia multidisciplinar.

Estas intervenciones se han estructurado en cinco grandes áreas siguiendo la clasificación de las barreras:

- Intervenciones dirigidas a pacientes
- Intervenciones relacionadas con el tratamiento
- Intervenciones en el entorno socio-laboral
- Intervenciones para profesionales sanitarios
- Intervenciones a nivel del sistema sanitario

5.1. Intervenciones dirigidas a pacientes

Materiales para pacientes y formación en adherencia terapéutica

Una de las prioridades es reforzar la **información, el acompañamiento y la capacitación de las pacientes**. En este sentido, se propone la creación de materiales educativos claros, visuales y prácticos. **Abordando temas como qué es la adherencia y cuáles son sus beneficios, hoja de ruta sobre los tratamientos disponibles**, materiales con pautas de afrontamiento y autocuidado emocional, etc. Todos los materiales estarán elaborados por profesionales sanitarios.

Aplicación de apoyo a la adherencia

Las herramientas digitales son un soporte de fácil acceso para la mayoría de las pacientes. Una posible intervención es la creación de una **aplicación** con recordatorios personalizados para la toma de medicación y registrar síntomas o efectos adversos, ofreciendo recomendaciones de pautas inmediatas de actuación.

Escuela de pacientes

La formación integral y continuada capacita y acompaña a las pacientes en su proceso terapéutico. Se plantea una escuela de pacientes con sesiones de **corta duración y con formato híbrido** (presencial y online). Con contenidos como la importancia de la adherencia, hábitos de vida saludables, recomendaciones nutricionales, sexualidad, gestión emocional, recursos sociales y asesoría legal en aspectos laborales y de conciliación. Con la participación de profesionales y pacientes expertos.

Programa de soporte a pacientes de apoyo emocional continuado

El diseño de **programas de soporte psicológico y de acompañamiento continuado** desde el inicio del tratamiento, son clave para asegurar la adherencia y mejorar la calidad de vida.

5.2. Intervenciones relacionadas con el tratamiento

Hoja de ruta sobre efectos adversos

Para mejorar la comprensión de los efectos adversos se propone una **hoja de ruta**. Este documento plasmaría de manera sencilla el **beneficio clínico esperado del tratamiento y los riesgos asociados**. Descripción de los efectos adversos más frecuentes y las pautas inmediatas de actuación. Esto puede favorecer un manejo más proactivo y menos alarmante de las toxicidades.

5.3. Intervenciones en el entorno socio-laboral

Materiales educativos para el entorno

Los familiares y cuidadores **necesitan soporte para acompañar activamente**, motivar y reforzar conductas de adherencia, e identificar señales tempranas de alerta (medicación sobrante, sentimientos de apatía, desgana o culpa, depresión, olvidos, etc.). Para ellos se plantean materiales en diferentes formatos —infografías, dípticos para consulta, píldoras de vídeo— con el objetivo de maximizar la accesibilidad.

Campañas de difusión con información veraz y contrastada

En las redes sociales, prensa y televisión se puede encontrar información no contrastada y bulos relacionados con el ámbito de la adherencia. Por ello es importante elaborar **campañas utilizando que ayuden a combatir la desinformación** y fomenten la confianza en los profesionales sanitarios.

5.4. Intervenciones para profesionales sanitarios

Consenso de sociedades científicas

El rol de los profesionales requiere apoyo y estandarización. Una medida clave es el **consenso de sociedades científicas** para elaborar una **guía de referencia sobre adherencia en cáncer de mama**. Este documento ofrecerá recomendaciones prácticas basadas en evidencia.

Comunicación efectiva y gestión de situaciones complejas

Los profesionales sanitarios que atienden a pacientes con cáncer de mama **necesitan mejorar sus habilidades de comunicación** para optimizar la calidad de la relación asistencial y prevenir errores por falta de comprensión.

Se plantea de formación acreditada para profesionales sanitarios en comunicación efectiva y gestión de conflictos.

Formación en adherencia terapéutica para todos los profesionales sanitarios

La mejora de la adherencia requiere la implicación de todos los profesionales sanitarios que intervienen en el proceso asistencial de las pacientes con cáncer de mama. Por ello, se propone una formación específica y multidisciplinar en adherencia terapéutica que permita reconocer las principales barreras, identificar señales de alerta y aplicar estrategias de acompañamiento personalizadas. Esta formación favorecerá una visión compartida del abordaje, reforzando la coordinación entre especialidades y promoviendo un entorno asistencial que facilite la continuidad del tratamiento.

Formación específica en enfermería oncológica

El personal de enfermería acompaña a las pacientes en todo el proceso de su enfermedad. Se detecta la necesidad, asimismo, de una formación específica en **enfermería oncológica**.

APP de seguimiento de la adherencia para profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios consideran que las herramientas digitales desempeñan un papel fundamental en el apoyo en la consulta. Por ello sería interesante disponer de una **APP** que permita personalizar las recomendaciones en función del perfil de paciente y realizar llamadas de seguimiento capaz de identificar patrones de riesgo.

Protocolo estandarizado de detección y respuesta ante la no adherencia

Protocolo de **seguimiento de la adherencia estandarizado** de los profesionales sanitarios incluido en la HC para **detectar dificultades de adherencia y señales de alerta** (implementar cuestionarios de adherencia seriados, detectar medicación sobrante o recuento discordante, comprobar retrasos en la dispensación, identificar verbalizaciones de mensajes de baja necesidad o "pausas", identificar desmotivación o ansiedad, reconocer el uso de fuentes no fiables y remedios alternativos, comprobar discordancias entre el discurso de las pacientes y los datos objetivos, etc.)

5.5. Intervenciones a nivel del sistema sanitario

Campaña de sensibilización sobre la adherencia terapéutica

En el plano institucional, se plantea la organización de una **campaña de sensibilización sobre la adherencia terapéutica, vinculada a la celebración del Día de la Adherencia (15 de noviembre)**. Esta acción, difundida a través de medios de comunicación y redes sociales, contribuirá a visibilizar el problema y a situarlo en la agenda sanitaria y social.

Promoción de reuniones multidisciplinarias de coordinación entre profesionales.

La creación de espacios estables y periódicos de encuentro (presenciales o virtuales) permitirá garantizar un mensaje homogéneo al paciente, mejorar la continuidad asistencial y compartir buenas prácticas entre equipos.

Se propone promocionar reuniones que integren a oncología médica, enfermería oncológica, farmacia hospitalaria, psicooncología, trabajo social, nutrición, fisioterapia/rehabilitación, atención primaria. El objetivo es asegurar un mensaje homogéneo y comprensible para las pacientes y garantizar la continuidad asistencial mediante decisiones consensuadas y trazables en la historia clínica electrónica.

Intervenciones/soluciones relacionadas con las barreras identificadas

BARRERAS

INTERVENCIONES/ SOLUCIONES

¿A QUIÉN AFECTA Y/O DE QUIÉN DEPENDE?



BARRERAS DEL PACIENTE

INTERVENCIONES DIRIGIDAS A PACIENTES

Dificultad de comprensión del tratamiento, miedo a efectos adversos y exposición a información no fiable.

Materiales educativos sobre adherencia, beneficios y hoja de ruta de los tratamientos.

Oncólogos, enfermería, asociaciones de pacientes (FECMA).

Olvidos de medicación y falta de seguimiento entre consultas.

App de apoyo a la adherencia con recordatorios, registro de síntomas y preparación de consultas.

Pacientes, equipos clínicos, farmacia hospitalaria.

Sensación de aislamiento, ansiedad, depresión, miedo a la recaída, sobrecarga familiar.

Programas de soporte psicológico y acompañamiento: atención individual, grupos de apoyo, recursos online.

Psicooncología, asociaciones de pacientes, atención primaria.

Falta de comprensión e información fiable adaptada al nivel educativo, cultural y emocional.

Escuela de pacientes con sesiones sobre adherencia, sexualidad, autocuidado, conciliación, asesoría legal y derechos laborales.

Profesionales sanitarios, enfermería, trabajadores sociales, asociaciones de pacientes, paciente experto.



BARRERAS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO

INTERVENCIONES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO

Escasa percepción de beneficio de los en tratamiento y miedo a los efectos adversos.

Hojas de ruta de efectos adversos y beneficio-riesgo, explicando de forma sencilla eficacia y duración.

Oncólogos, enfermería, farmacia hospitalaria.



BARRERAS EN EL ENTORNO SOCIO- LABORAL

INTERVENCIONES EN EL ENTORNO SOCIO-LABORAL

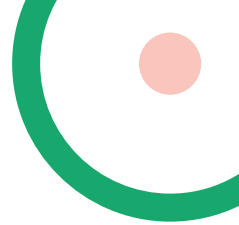
Red de apoyo insuficiente.

Materiales educativos para el entorno (cómo acompañar, motivar y detectar señales de alerta).

Oncólogos, enfermería, asociaciones de pacientes, farmacia hospitalaria, sociedades científicas, administración pública.

Influencia negativa del entorno y redes sociales.

Campañas de información veraz (RRSS, prensa, TV) para combatir bulos y reforzar mensajes fiables.



BARRERAS

INTERVENCIONES/ SOLUCIONES

¿A QUIÉN AFECTA Y/O DE QUIÉN DEPENDE?



BARRERAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Falta de formación en comunicación y resolución de conflictos.

Falta de continuidad en el seguimiento.

Falta de coordinación y consenso entre profesionales.

Desmotivación y fatiga emocional en los equipos clínicos.

INTERVENCIONES LIDERADAS POR PROFESIONALES SANITARIOS

Formación acreditada en comunicación efectiva.

Elaboración de un protocolo de seguimiento de la adherencia para detectar señales de alerta. Implementar cuestionarios de adherencia seriados y control en las dispensaciones con alertas en la HC, detectar señales de olvidos, etc.

Elaboración de un consenso de sociedades científicas sobre adherencia. Fomentar reuniones multidisciplinarias periódicas entre equipos.

Programas de apoyo emocional a profesionales con recursos de autocuidado y resiliencia.

SEOM, SEEO, SOLTI, GEICAM; oncólogos, enfermería, farmacia hospitalaria, equipos.

Servicios de salud laboral, sociedades científicas.



BARRERAS DEL SISTEMA SANITARIO

Baja sensibilización social sobre la adherencia.

INTERVENCIONES A NIVEL DEL SISTEMA SANITARIO

Campañas de difusión y día nacional de la adherencia en medios y RRSS.

Medios de comunicación, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, administración.



6. Conclusiones

El **proyecto CaMBIOAT** ha puesto de manifiesto que la adherencia terapéutica en cáncer de mama es un fenómeno complejo, influido por factores individuales, clínicos, emocionales, sociales, profesionales y estructurales del sistema sanitario.

Obtener resultados positivos en adherencia es **responsabilidad de todos los profesionales sanitarios implicados**, no solo de las pacientes.

La evidencia científica muestra que la adherencia terapéutica disminuye de forma constante a lo largo del tiempo, de modo que **al cabo de cinco años un tercio de las pacientes** con cáncer de mama **no es adherente al tratamiento**. Este hallazgo subraya la necesidad de impulsar estrategias sostenidas y coordinadas que favorezcan la continuidad terapéutica.

Todo lo recogido y trabajado en CaMBIOAT se puede **accionar y evaluar** para que se traduzca en la práctica clínica y el día a día de las pacientes.

Las próximas líneas de trabajo se deben encaminar hacia:



La medición sistemática de la adherencia. *“Lo que no se mide, se detecta tarde”*. Establecer un protocolo estandarizado de seguimiento de la adherencia e identificación de señales de alerta.



Fomentar la comunicación efectiva de los profesionales sanitarios con un lenguaje adaptado.



Asegurar estándares mínimos en todos los centros (equidad): enfermería oncológica, psicooncología, farmacia clínica y acceso (presencial/virtual) a nutrición, fisioterapia y ejercicio.



Protocolizar un manejo proactivo de los eventos adversos y personalización de los tratamientos: profilaxis, seguimiento temprano, ajustes de dosis, coadyuvantes, etc.



Integrar un canal único de comunicación y reducir la burocracia: mensajería/teleconsulta en la HC, gestor de casos, etc.



Capacitar a las pacientes mediante información clara, materiales educativos, programas formativos y recursos digitales que faciliten el autocuidado y reduzcan la exposición a información no fiable.



Involucrar al entorno: formar a familiares/cuidadores en apoyo práctico y señales de alerta.



Desplegar campañas de concienciación a la sociedad sobre la importancia de la adherencia y contra la desinformación. Mensajes coordinados con sociedades científicas y asociaciones en RRSS y medios.



Proteger la salud de los profesionales sanitarios. Implantar recursos de apoyo psicológico y prevención del burnout.





7. Bibliografía

1. Inotai A, Ágh T, Maris R, et al. Systematic review of real-world studies evaluating the impact of medication non-adherence to endocrine therapies on hard clinical endpoints in patients with non-metastatic breast cancer. *Cancer Treat Rev.* 2021;100:102264.
2. Dilla T, Valladares A, Lizán L, et al. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora [Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies]. *Aten Primaria.* 2009;41(6):342-8. Spanish.
3. Organización Mundial de la Salud. Failure to take prescribed medicine for chronic diseases is a massive, world-wide problem. 2003. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/01-07-2003-failure-to-take-prescribed-medicine-for-chronic-diseases-is-a-massive-world-wide-problem>. Último acceso noviembre 2025.
4. Yussof I, Mohd Tahir NA, Hatah E, et al. Factors influencing five-year adherence to adjuvant endocrine therapy in breast cancer patients: A systematic review. *Breast.* 2022 Apr;62:22-35.
5. SEOM. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España. 2025. Disponible en: https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DMC2025.pdf. Último acceso septiembre 2025.
6. Neugut AI, Zhong X, Wright JD, et al. Nonadherence to Medications for Chronic Conditions and Nonadherence to Adjuvant Hormonal Therapy in Women With Breast Cancer. *JAMA Oncol.* 2016 Oct 1;2(10):1326-1332.
7. Galindo O, Mendoza-Contreras AL, Penedo FJ, et al. Escala de Adherencia Terapéutica para tratamiento de Cáncer de Mama (EAT-CaMa): Una evaluación multidimensional. *Psicooncología* 2022; 19(1): 123-137
8. Ibarra Barrueta O, Morilo Vedugo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. SEFH. 2017. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf. Último acceso octubre 2025.
9. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Genève: Organización Mundial de la Salud; 2004. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41182/adherencia-largo-plazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Último acceso octubre 2025.
10. Toivonen KI, Williamson TM, Carlson LE, et al. Potentially Modifiable Factors Associated with Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy among Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *Cancers (Basel).* 2020;13(1):107.

Agradecimientos

El trabajo conjunto ha permitido una visión compartida de los retos de la adherencia terapéutica en cáncer de mama, entendida no solo como una cuestión clínica, sino como un camino que profesionales y pacientes recorren juntos. Con su colaboración han proporcionado soluciones para buscar un cambio que mejore la adherencia de forma corresponsable y a nivel omnicanal y multidisciplinar. Por eso, desde **Lilly**, queremos agradecer el trabajo de la asociación de pacientes **FECMA**, y de las sociedades científicas **SEEO**, **SEOM**, **GEICAM** y **SOLTI**, la declaración de interés científico sanitario de la **SEFH**, así como nuestro agradecimiento a la psicooncóloga Marta de la Fuente y a Eduard Fort, experto en farmacia hospitalaria, por su compromiso y dedicación para que el proyecto **CaMBIOAT** sea una realidad.

Solo trabajando de forma coordinada y con confianza mutua podremos mejorar la adherencia y, con ello, la calidad de vida de las personas con cáncer de mama.

“Fomentar la adherencia es una forma de cuidar y de cuidarse”

Desarrollado por:

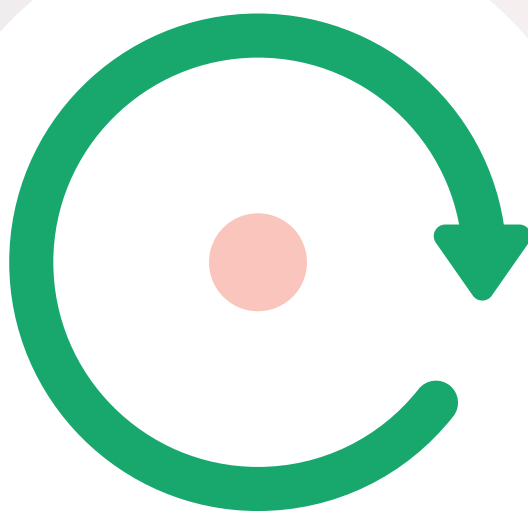


Declaración de interés científico sanitario:



Promovido por:





CaMBIOAT

Cáncer de **M**ama: **B**arreras e **I**ntervenciones **O**mnicanal
para un cambio en la **A**dherencia **T**erapéutica

Desarrollado por:



Declaración de interés
científico sanitario:



Promovido por:

