

## VERSIÓN PERUANA DE UN CUESTIONARIO QUE MIDE VARIABLES PSICOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA ADHESIÓN (VPAD) EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

### PERUAN VERSION OF A QUESTIONNAIRE MEASURING PSYCHOLOGICAL VARIABLES RELATED TO ADHERENCE (PVRA) AMONG BREAST CANCER WOMEN

Richard Mejía Velarde<sup>1</sup>, Julio Alfonso Piña López<sup>2</sup>, José Méndez Venegas<sup>3</sup>, y Jesús Francisco Laborín Álvarez<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad Nacional "Federico Villarreal", Lima, Perú

<sup>2</sup> Investigador Independiente, Hermosillo, México

<sup>3</sup> Departamento de Psicooncología, Instituto Nacional de Pediatría, México, Distrito Federal

<sup>4</sup> Departamento de Desarrollo Humano y Bienestar Social, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. Hermosillo, México

#### Resumen

**Objetivo:** Adaptar y validar un instrumento que mide variables psicológicas relacionadas con conductas de adhesión (VPAD) en un grupo de mujeres con cáncer de mama.

**Método:** Estudio transversal que contó con la participación de 110 mujeres con cáncer de mama que eran atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en Lima, Perú. Para el tratamiento de los datos se utilizaron tres procedimientos estadísticos en forma consecutiva: un análisis factorial exploratorio, el coeficiente alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach y el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ).

**Resultados:** Se formaron tres factores con valores propios superiores a 1, que explican 45,6% de la varianza. Asimismo, se obtuvo una  $\alpha$  de Cronbach = 0,70. Finalmente, se encontraron correlaciones diferenciadas y significativas a  $p < 0,01$  y  $p < 0,05$  entre las conductas de adhesión ("Asistir a Consulta con el Especialista", "Asistir a Sesiones para Recibir Tratamiento en la Institución", "Seguir una Dieta", "Realizar Ejercicios para Rehabilitación" y "Cuidar las Zonas de Cuerpo a la Exposición de Calor") con los tres factores del instrumento ("Competencias Pasadas", "Moti-

#### Abstract

**Objective:** To adapt and to validate a self-administered questionnaire measuring psychological variables related to adherence behaviors (PVAB) among women with breast cancer.

**Method:** A cross-sectional study was performed with 110 women who were being treated at the National Institute of Neoplastic Diseases, in Lima, Peru. For data treatment three consecutive statistics procedures were applied: an exploratory factorial analysis; the Cronbach's alpha ( $\alpha$ ) coefficient, as well as the Pearson's correlation coefficient ( $r$ ).

**Results:** A three-factor structure was found with values above 1 that, taken as a whole, explain 45,6% of the variance. Also, an overall Chronbach's  $\alpha$  coefficient = 0,70 was obtained. Significant and differential correlations at  $p < 0.01$  y  $p < 0.05$  values were found between behaviors ("Accomplishment Appointments with the Specialist", "Accomplishment Appointments to Receive Treatment at Health-Care Institution", "Following a Diet", "Making Exercises for Rehabilitation", and "Caring Body Parts from Heat Exposition") with the three factors of the instrument ("Past Behavioral

---

#### Correspondencia:

Guillermo Prieto

No. 18. Colonia Constitución.

Hermosillo, Sonora, C.P. 83150 (México).

E-mail: ja.pina@yahoo.com.mx.

vos y Competencias para la Salud”, así como “Competencias Relacionadas con la Enfermedad, los Tratamientos y el Ajuste Social”).

**Conclusión:** El instrumento posee óptimas propiedades psicométricas de confiabilidad, validez de constructo y concurrente, lo que garantiza su uso en mujeres con cáncer de mama del Perú.

**Palabras Clave:** Cáncer de mama, Perú, confiabilidad, validez, conductas de adherencia, variables psicológicas.

Competences”, “Motives and Health-Related Competences”, as well as “Disease and Treatment-Related Competences and Social Adjustment”).

**Conclusion:** According to the results obtained, the instrument has optimal reliability, construct validity as well as concurrent validity, which allow us their future use among women with breast cancer from Peru.

**Key Words:** Breast Cancer, Peru, reliability, validity, Adherence Behaviors, psychological variables.

## INTRODUCCIÓN

Hacia finales de la pasada década, la tasa cruda de mortalidad para el cáncer de mama (CM) en América Latina y el Caribe era en la Argentina la más alta, con 18 defunciones por cada 100 mil mujeres; para el resto de países oscilaba entre 12 y 15 defunciones, con excepción de Colombia, Ecuador y México, cuyas tasas se ubicaban por debajo de las 10 defunciones, con base en el mismo indicador<sup>(1)</sup>. Hoy día el CM se ha constituido en la principal causa de mortalidad en mujeres de 25 ó más años<sup>(2)</sup>, siendo los países de la región más afectados las Bahamas, Barbados, Trinidad y Tobago, Uruguay y la Argentina, con tasas crudas de mortalidad oscilando entre las 37 y 40 defunciones por cada 100 mil mujeres, cuando la tasa promedio para la región se sitúa ligeramente por arriba de las 20 defunciones<sup>(3)</sup>.

Si bien es cierto que en el caso del Perú las tasas de mortalidad por CM son bajas, comparadas con las registradas en los países de la región más avanzados o que se encuentran en la conocida como fase de transición prolongada —i.e., la Argentina, Chile, Cuba, Uruguay y Venezuela<sup>(4)</sup>, es importante hacer notar que, mientras que en la década del noventa del pasado siglo se observaba en aquél

un marcado predominio de las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales como causas de mortalidad general, la realidad epidemiológica en el país se modificó sustancialmente hacia 2006, toda vez que las principales causas de mortalidad general las pasaron a ocupar las enfermedades crónicas no transmisibles o ECNT —i.e., cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer y diabetes—, concentrando el 64,0% del total de defunciones debidamente notificadas y registradas<sup>(5)</sup>.

A esta nueva realidad epidemiológica y su impacto sobre las instituciones de salud y las personas que viven con una ECNT, hay que añadir otro problema, a saber, el de la adhesión a los tratamientos. En efecto, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en los países desarrollados el porcentaje promedio de adhesión para aquéllas es del 50,0%, siendo todavía más bajo en los países en desarrollo, variando tanto de país a país como de enfermedad a enfermedad<sup>(6)</sup>.

Partiendo del entendido de que todo lo que una persona haga con relación a la enfermedad y los tratamientos tiene que analizarse como conducta<sup>(7)</sup>, las de adhesión constituyen el eslabón final de una secuencia compleja de conductas que

una persona practica una vez que se le ha diagnosticado una enfermedad y que ha sido expuesta a los tratamientos correspondientes<sup>(8)</sup>. Puesto que la manifestación práctica y específica de esas conductas es el reflejo fidedigno del nivel de competencia de una persona, equivaldrían entonces a un tipo particular de factor psicológico resultante<sup>(9)</sup>, que de practicarse consistente y eficientemente coadyuvarían a mantener estable la funcionalidad biológica y evitar así la progresión clínica de la enfermedad.

Tratándose de un problema que en la actualidad reviste de particular interés para las instituciones de salud en todos los niveles y ante la imperiosa necesidad de estudiarlo de manera sistemática, en el presente trabajo se planteó como objetivo el de adaptar y validar en un grupo de mujeres con cáncer de mama del Perú un instrumento que mide Variables Psicológicas y Conductas de Adhesión (VPAD), originalmente diseñado y validado en México en personas que viven con el VIH/sida<sup>(10)</sup>; su elaboración se realizó con base en los supuestos de un Modelo Psicológico para la investigación de las Conductas de Adhesión<sup>(11)</sup>.

## MÉTODO

### Participantes

Para el presente estudio en su modalidad transversal se consideró inicialmente a un universo de 1.194 pacientes con distintos tipos de cáncer que en el mes de diciembre de 2012 estaban siendo atendidos en el Departamento de Mamas y Tejidos Blandos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). De estos, 1.070 correspondían a mujeres que repetían o continuaban con la consulta correspondiente con los diferentes especialistas<sup>(12)</sup>. De estas últimas se seleccionaron con base en un muestreo no probabilístico de tipo accidental<sup>(13)</sup> las mujeres que

cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: a) ser mayor de 25 años; b) tener diagnóstico confirmado de CM mediante estudio histopatológico, y c) haberse sometido a cirugía para extirpar la mama o encontrarse bajo algún esquema de tratamiento –fuese quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia. Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta los siguientes: a) pacientes nuevas o en fase de control, y b) que se encontraran recibiendo tratamiento con fines paliativos.

Un total de 110 mujeres con cáncer de mama cumplieron con esos criterios de inclusión, de las cuales al momento de realizado el estudio tenían una edad media de 49,5 años (DT = 11,0) y edades mínima y máxima de 27 y 88 años, respectivamente (ver tabla 1). Asimismo, el tiempo que llevaban con la enfermedad era de 9,8 meses (DT = 4,8), con un mínimo de 2 y un máximo de 24 meses. Con relación a los tratamientos recibidos, poco menos de tres cuartas partes (N = 82; 74,5%) se había sometido a cirugía para extirpar la mama y recibido quimioterapia; también al momento de realizado el estudio, 87 (79,1%) se encontraban en tratamiento con quimioterapia y 15 (13,6%) con hormonoterapia.

### Procedimiento

Previa autorización del protocolo de investigación por el Comité de Revisión del Departamento de Investigación del INEN, se solicitó el apoyo del personal adscrito al Departamento Médico de Mama y Tejidos Blandos para identificar a las posibles participantes. Una vez que éstas fueron contactadas por el primer autor, a todas se les describió el objetivo que se perseguía con el estudio; a quienes aceptaron colaborar de manera voluntaria se les pidió que leyeran y firmaran el consentimiento informado, el cual fue posteriormente firmado por dos testigos. Enseguida se les hizo entrega

Tabla 1. **Características sociodemográficas, clínicas y conductuales de las participantes (N = 110)**

Variables	X	DT	Mín-Máx	N	%
Edad	49,5	11,0	27-88		
Estatus socioeconómico Medio/bajo				110	100,0
Procedencia					
Lima				63	57,3
Provincia				47	42,7
Tiempo (meses) con cáncer	9,8	4,8	2-24		
Tratamientos recibidos <sup>a</sup>					
C + Q				82	74,6
C + Q + R + TH				14	12,7
Otros				14	12,7
Tratamiento actual					
Quimioterapia				87	79,1
Terapia hormonal				15	13,6
Otros				8	7,3
Conductas de Adhesión					
Asistir a Consulta con el Especialista	3,78	0,59	2-4		
Asistir a Sesiones para Tratamiento	3,88	0,44	2-4		
Seguir una Dieta	3,43	0,67	2-4		
Realizar Ejercicios para Rehabilitación	2,76	1,10	1-4		
Cuidar zonas del cuerpo ante el calor	3,18	0,85	1-4		

<sup>a</sup> C (Cirugía), Q (Quimioterapia), R (Radioterapia) y TH (Terapia hormonal).

del instrumento en su versión adaptada, indicándoles cómo tendrían que responder; se añadió que en caso de tener alguna duda podían acercarse con el responsable de la administración para que fuese aclarada. No se entregó remuneración de ningún tipo por participar.

### Instrumento y Variables

En su versión original, el VPAD es un instrumento que mide Variables Psicológi-

cas y Conductas de Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en personas con VIH/sida. Puesto que es un instrumento específico para la medición de dichas conductas respecto de un tipo particular de tratamiento, para los fines que se perseguían en el presente estudio y conforme las recomendaciones sobre la materia<sup>(14,15)</sup>, el primer autor procedió a realizar las adaptaciones necesarias teniendo en cuenta tanto el tipo de muestra como sus características más sobresalientes: mujeres, con CM y

que habían estado expuestas a diferentes tratamientos –i.e., cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. Posteriormente, para revisar y discutir sobre las adaptaciones se contó con la participación de Psicólogos adscritos al Servicio de Psicología del INEN, así como con la del autor del instrumento en México. Las adaptaciones consistieron, fundamentalmente, en redefinir las conductas de adhesión que son pertinentes en razón de la enfermedad y los tratamientos; por ejemplo, se replanteó la de “Consumir los Medicamentos Antirretrovirales” y, junto con las de “Asistir puntualmente a la Consulta con el Médico Tratante” y “Seguir una Dieta” (formando parte de la versión original del VPAD), se incluyeron dos conductas más: “Realizar Ejercicios para la Rehabilitación” y “Cuidar las Zonas del Cuerpo a la Exposición de Calor”, ambas consideradas claves una vez que las mujeres con CM han sido sometidas a cirugía y han estado expuestas a tratamientos con quimioterapia y/o radioterapia, principalmente<sup>(16-18)</sup>.

Este añadido trajo consigo una necesidad y ligera modificación en la redacción de las preguntas sobre competencias conductuales pasadas, presentes y motivos. Es decir, a cada pregunta se añadió una leyenda en la que se decía, por ejemplo en la pregunta no. 1 sobre Competencias Conductuales Pasadas: “*Antes de recibir el diagnóstico de cáncer de mama, si usted enfermaba –del estómago, de la garganta, etcétera–, ¿acudía con el médico para que la revisara y le diera tratamiento?*” Como resultado del proceso de adaptación y partiendo del hecho de que se estaba trabajando con mujeres con CM expuestas a diferentes tratamientos, la versión definitiva del instrumento quedó conformada por 21 preguntas: ocho sobre *Motivos* que subyacen a la práctica o no de las conductas de adhesión; cinco sobre *Competencias Conductuales Pasadas*, así como ocho sobre *Competencias Conductuales Presentes*

(para el cuidado de la salud, las relacionadas con la enfermedad/los tratamientos y el ajuste social).

### **Análisis estadístico**

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 19.0. Con el objeto de probar la validez de constructo se empleó un análisis factorial exploratorio (método de componentes principales) con rotación varimax (normalización con Kaiser); es un procedimiento que permite identificar la manera en que las variables se agrupan en uno o más factores<sup>(19)</sup>. Para la inclusión de las preguntas se estableció como criterio que cada una debería alcanzar una carga factorial  $\geq$  que 0,40. Para probar la confiabilidad del instrumento se utilizó el alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach, considerando las preguntas en forma conjunta y según se agruparan en los factores. Para probar la validez concurrente se analizaron cinco conductas de adhesión, los factores extraídos para el instrumento y los dos de la Escala que Mide Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-11), recientemente adaptada y validada en mujeres con CM del Perú<sup>(20)</sup>, por tratarse ésta de una variable que es medular en el Modelo Psicológico de Adhesión referido<sup>(11)</sup>.

### **RESULTADOS**

En la Tabla 2 se resumen los valores de las comunalidades, cuya varianza inicial en la forma de puntuación estándar es siempre de 1,000. Nótese que aquéllas fueron en general moderadas, con los valores de la varianza oscilando entre 0,246 y 0,658. Dos excepciones se encontraron con uno de los Motivos (Lo hago Porque mi Médico me lo Pidió) y una de las Competencias Conductuales Presentes (Seguir las Recomendaciones del Personal de Salud sobre la Adopción de Cuidados Ge-

Tabla 2. **Comunalidades para las Variables Psicológicas del Instrumento**

Variables Psicológicas <sup>a</sup>	Inicial	Extracción
<i>Competencias Conductuales Pasadas</i>		
1. Si enfermaba, acudía con el médico a consulta y recibía tratamiento	1,000	0,568
2. Acudía a consulta y seguía puntualmente el tratamiento indicado	1,000	0,510
3. Seguía indicaciones de "guardar" reposo	1,000	0,458
4. Seguía indicaciones de no consumir alimentos o consumir alcohol	1,000	0,505
5. Se realizaba los estudios clínicos o de laboratorio indicados	1,000	0,656
<i>Motivos para Comportarse</i>		
1. Hago lo que se necesita porque he visto beneficios	1,000	0,555
2. Hago lo que se necesita porque mi médico me lo pidió	1,000	0,160
3. Hago lo que se necesita porque me lo pidieron personas cercanas	1,000	0,306
4. Hago lo que se necesita para evitar la progresión de la enfermedad	1,000	0,658
<i>Competencias Conductuales Presentes (Enfermedad, Tratamiento y Ajuste Social)</i>		
1. Buscar información sobre el problema del cáncer y los tratamientos	1,000	0,246
2. Preguntar a médico sobre la enfermedad y los tratamientos	1,000	0,639
3. Solicitar información al médico sobre qué hacer	1,000	0,575
4. Seguir recomendaciones del personal de salud sobre cuidados generales	1,000	0,137
5. Saber evitar situaciones que provoquen depresión o tristeza	1,000	0,586
6. Saber mantenerse relajada y en calma	1,000	0,555
7. Saber iniciar y mantener relaciones con personas desconocidas	1,000	0,255
8. Saber mantener relaciones con familiares y personas cercanas	1,000	0,380

<sup>a</sup>Se omite la información sobre las preguntas relacionadas con los Motivos que subyacen a la *no* práctica de las Conductas de Adhesión, que no se computaron en el Análisis Factorial Exploratorio debido a que las participantes de la muestra evidenciaron en general de óptimos a elevados niveles de adhesión.

nerales), cuyas varianzas en ambos casos fueron bajas, de 0,160 y 0,137, respectivamente. De acuerdo con Gardner<sup>(19)</sup>, esto pudiera deberse a una de dos razones: a que las variables son distintas de las restantes, o bien a que las observaciones de las variables representan en buena medida variaciones aleatorias.

Asimismo, en la Tabla 3 se describen los resultados que arrojó el análisis factorial exploratorio. Se encontró una estructura de tres factores, cada uno con valores propios superiores a 1, que explican en conjunto 45,6% de la varianza total. La medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Mayer-Olkin fue = 0,670; por su parte, la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ( $\chi^2 [136] = 476,397$ ;  $p <$

0,001), lo que vendría a rechazar la hipótesis de igualdad de las matrices. En lo tocante a la confiabilidad de la medida, el valor del  $\alpha$  de Cronbach para el instrumento en su conjunto fue = 0,70, siendo más elevado en el Factor 1 ( $\alpha = 0,78$ ), seguido del 3 ( $\alpha = 0,71$ ) y del 2 ( $\alpha = 0,68$ ). Todas las cargas factoriales arrojaron valores  $>$  que 0,40, siendo = 0,47 la menor en la última pregunta del Factor 3 (Competencias Conductuales Presentes para el Ajuste Social), mientras que fue mayor en las primeras preguntas de los Factores 1 (Competencias Conductuales Pasadas) y 2 (Motivos y Competencias Conductuales para la Salud), en estos casos con cargas factoriales = 0,80.

Tabla 3. **Análisis factorial exploratorio, con método de componentes principales y rotación varimax (normalización con Kaiser-Meyer-Olkin)**

	Factores y cargas factoriales			X	DT	Rango
	1	2	3			
<i>Competencias Pasadas (CP)</i>						
CP: Se hacía estudios indicados	0,80			3,44	0,89	1-4
CP: Enfermaba y acudía con médico	0,74			2,64	0,98	1-4
CP: Acudía con médico y seguía tratamiento	0,70			3,11	0,99	1-4
CP: Seguía instrucciones: dieta y alcohol	0,69			2,96	1,11	1-4
CP: Seguía instrucciones: reposo	0,65			2,34	1,12	1-4
Valores propios = 3,28; varianza explicada = 19,2%						
Alfa ( $\alpha$ ) para la subescala = 0,78						
<i>Motivos (M) y Competencias para la Salud (CS)</i>						
M: Lo hago porque he visto beneficios		0,80		3,65	0,76	1-4
M: Lo hago para evitar progresión de la enfermedad		0,73		3,94	0,23	3-4
CS: Evitar situaciones que me depriman		0,71		2,89	9,79	1-4
CS: Mantenerme relajada/en calma		0,70		2,82	0,77	1-4
M: Lo hago por personas cercanas		0,50		3,64	0,80	1-4
Valores propios = 2,76; varianza explicada = 16,2%						
Alfa ( $\alpha$ ) para la subescala = 0,67						
<i>Competencias Relacionadas con Enfermedad/Tratamientos (CRET) y Para el Ajuste Social (CAS)</i>						
CRET: Preguntar a médico sobre enfermedad/tratamiento			0,77	3,26	0,88	1-4
CRE: Solicitar información a médico sobre qué hacer			0,72	2,89	1,08	1-4
CAS: Mantener relaciones con personas cercanas			0,58	3,40	0,77	1-4
CRE: Buscar información sobre cáncer			0,48	2,76	0,94	1-4
CAS: Iniciar y mantener nuevas relaciones			0,47	3,15	0,89	1-4
Valores propios = 1,71; varianza explicada = 10,0%						
Alfa ( $\alpha$ ) para la subescala = 0,71						
Iteraciones = 6						
Varianza total explicada = 45,6%						
Alfa ( $\alpha$ ) total = 0,70						

Con este análisis se eliminaron las preguntas sobre los cuatro Motivos que subyacen a la no práctica de las Conductas de Adhesión, por tratarse de una muestra que evidenció niveles de óptimos a elevados de adhesión, según los resultados que se describen en la tabla 1. Asimismo, en el Factor 2 se eliminó la pregunta sobre un Motivo (*Lo hago porque mi Médico me lo Pidió*) y en el Factor 3 una pregunta sobre Competencias Conductuales Presentes

(*Seguir las recomendaciones del personal de salud sobre la adopción de cuidados generales*), debido a que no presentaron cargas factoriales; sobre el respecto, hay que recordar que fueron justo las dos preguntas que alcanzaron los porcentajes más bajos de la varianza de acuerdo con los valores de las comunalidades.

En la figura 1 puede observarse que la mayoría de las preguntas cargaron en más de un factor, pues el gráfico de sedimenta-



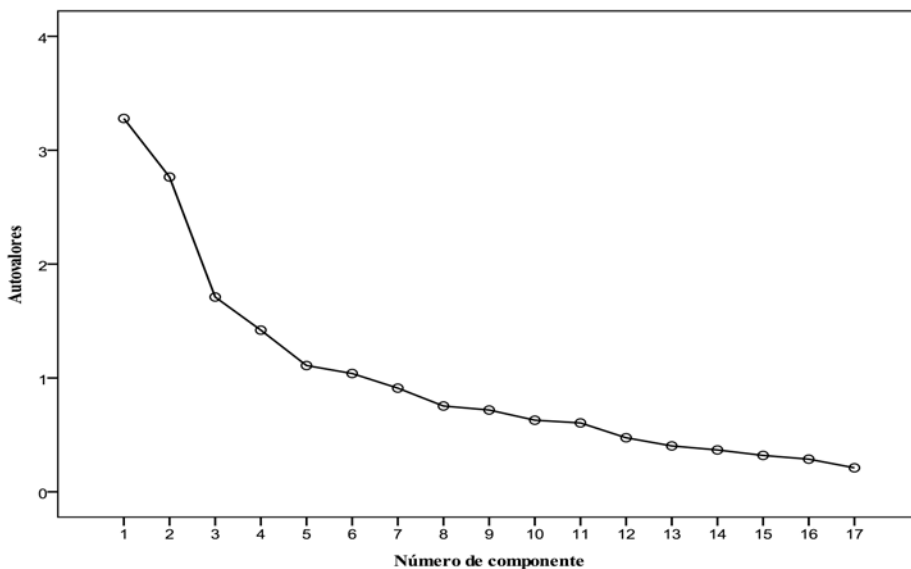


Figura 1. **Gráfica de sedimentación de la estructura factorial del VPAD-15**

ción (*scree plot*) muestra que una solución de tres factores fue la más adecuada, de acuerdo con el criterio de establecer un punto de corte en el que la curva empieza gradualmente a rectificarse, como indicador del máximo de factores por extraer<sup>(21)</sup>.

En lo tocante a la validez concurrente del instrumento, los resultados se resumen en la tabla 4. Para tal fin se consideraron cinco conductas de adhesión, los tres factores del VPAD-15 y los dos extraídos del SVE-11. De las cinco conductas de adhesión, nótese que en todos los casos las correlaciones con los Factores del VPAD-15 fueron en un sentido positivo, sugiriendo que su ejercicio instrumental es más probable si se está Motivada y si se dispone de los Recursos Competenciales pertinentes; en tanto que en dos de las cinco conductas, "Realizar Ejercicios para la Rehabilitación" y "Cuidar las Zonas del Cuerpo a la Exposición de Calor", las correlaciones se presentaron en un sentido negativo con los Factores del SVE-11, sugiriendo que su ejercicio instrumental es más probable si las mujeres con CM experimentan bajos

niveles de estrés vinculados con Tolerancia a la Ambigüedad, Tolerancia a la Frustración y la Toma de Decisiones.

Así, la conducta "Asistir a Consulta con el Especialista" correlacionó con los Factores 2 (Motivos y Competencias Conductuales para la Salud) y 3 del VPAD-15, en ambos casos a  $p < 0,01$ . La conducta "Asistir a Sesiones para Recibir Tratamiento" lo hizo con los Factores 1 (Competencias Conductuales Pasadas) y 3 del VPAD-15 (Competencias Conductuales Presentes relacionadas con la Enfermedad, los Tratamientos y el Ajuste Social), en ambos casos a  $p < 0,05$ . La conducta "Seguir una Dieta" lo hizo también con estos dos Factores, con valores de significación de  $p < 0,01$  y  $p < 0,05$ , respectivamente. La conducta "Realizar ejercicios para la rehabilitación" correlacionó únicamente con el Factor 2 del VPAD-15 (Motivos y Competencias Conductuales para la Salud). Finalmente, la conducta "Cuidar las zonas del cuerpo a la exposición de calor" lo hizo con los Factores 1 (Competencias Conductuales Pasadas) y 2 del VPAD-15 (Motivos



Tabla 4. Validez concurrente del VPAD-15

Factores	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Asistir a consulta	0,595**	0,213**	0,158	0,365**	0,150	0,714**	0,257**	0,047	-0,042
2. Asistir a tratamiento	0,418**	0,205*	0,418**	0,228*	---	0,207*	-0,127	-0,128	
3. Seguir dieta	0,176	0,342**	0,273**	0,153	0,193*	-0,079	0,053		
4. Realizar ejercicios	0,211*	0,158	0,283**	0,131	-0,263**	-0,112			
5. Cuidar zonas del cuerpo	0,294**	0,218*	0,102	-0,260**	-0,211**				
6. F1: VPAD-15	-0,104	0,285**	-0,240*	-0,192					
7. F2: VPAD-15	0,074	-0,066	-0,039						
8. F3: VPAD-15	-0,047	0,003							
9. F1: SVE-11	0,643**								
10. F2: SVE-11									

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

y Competencias Conductuales para la Salud), con valores de significación de  $p < 0,01$  y  $p < 0,05$ , respectivamente. Finalmente, entre los Factores del instrumento se encontró una correlación significativa a  $p < 0,01$  entre el 1 (Competencias Conductuales Pasadas) y el 3 (Competencias Conductuales Presentes relacionadas con la Enfermedad, los Tratamientos y el Ajuste Social). Asimismo, el Factor 1 del VPAD-15 correlacionó a  $p < 0,05$  y en un sentido negativo con ambos Factores del SVE-11, el 1 (Tolerancia a la Ambigüedad y Frustración) y 2 (Toma de Decisiones), indicando que un bajo desempeño competencial en el pasado se asocia con altos niveles de estrés vinculado con esas situaciones.

## DISCUSIÓN

Una práctica recurrente en buena parte de los países de nuestra América Latina y el Caribe, es la de medir las conductas de adhesión a los tratamientos y sus determinantes, apoyándose en instrumentos diseñados y validados en los Estados Unidos de Norteamérica, fundamentalmente. Ejemplos conspicuos sobre el respecto se tienen con unos que incluyeron a muestras de pacientes con diabetes mellitus tipo 2<sup>(22)</sup>, hipertensión<sup>(23)</sup> e infección por el VIH<sup>(24)</sup>.

Debido a que consideramos más ventajoso y pertinente el diseñar y validar instrumentos que denominaríamos “autóctonos” y que sean susceptibles de adaptarse a y validarse en otros países de la región que comparten algunas características, como el lenguaje, principalmente, es que aquí nos propusimos cumplir con dicha tarea. Se encontró, tal y como se desprende de los resultados previamente descritos, que en su versión final el VPAD-15 evidenció buenas propiedades psicométricas, tanto en lo que hace a su validez de constructo como concurrente, siendo la óptima en lo tocante a su confiabilidad.

Respecto de las similitudes y diferencias más notables entre ambas versiones, merecen la pena mencionarse cuatro. Primera, en el VPAD-15 se conformó una estructura de sólo tres factores que explican en conjunto 45,6% de la varianza, contra los cuatro del VPAD que explican 65,5% de la varianza; es decir, una varianza 20,1% menor. Asimismo, lo que es interesante hacer notar es que en el VPAD-15 la estructura factorial –con excepción del Factor 1, *Competencias Conductuales Pasadas*, que fue similar a la del Factor 4 del VPAD– se agrupó de manera también diferente. En efecto, los Motivos y las Competencias Conductuales para la Salud

lo hicieron en un factor (Factor 2), en tanto que las Competencias Relacionadas con la Enfermedad, los Tratamientos y las de Ajuste Social en otro (Factor 3), en contraste con el VPAD, en donde los Motivos se agruparon en un único factor (Factor 2) y las distintas Competencias en los dos restantes (Factores 1 y 3). Una posible razón de que esto ocurriera así pudiera deberse a que en esta versión las variables psicológicas del modelo se analizaron con relación a cinco conductas de adhesión, contra tres del VPAD, con especial énfasis en éste en la de consumo de los medicamentos anti-retrovirales.

Segunda, llama nuestra atención la agrupación de las Competencias Relacionadas con la Enfermedad, los Tratamientos y las de Ajuste Social en un solo factor (Factor 3), que obtuvo el valor propio más bajo (1,71), así como el menor porcentaje de varianza explicada (10,0%). Este factor, como recién se mencionó, fue diferente en el VPAD, donde se encontró que las preguntas sobre ambos tipos de Competencias se agruparon en dos factores (1 y 3), que obtuvieron valores propios de 7,02 y 2,88, respectivamente, así como una explicación de la varianza en porcentajes iguales a 29,8 y 11,5%, respectivamente. Tales diferencias pudieran eventualmente tener como su justificación al hecho de que en esta muestra se incluyó a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, que habían pasado en poco tiempo por diferentes tratamientos –cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia– y que, por tanto, también en poco tiempo habían experimentado problemas de ajuste relacionados tanto con la enfermedad como con los tratamientos, con un impacto directo sobre las conductas de adhesión<sup>(25-28)</sup>.

Una tercera diferencia, es que mientras aquí se obtuvo un valor global del  $\alpha = 0,70$ , en el de México lo fue  $= 0,85$ . Podríamos inferir que quizá ello se debió

a dos posibles razones. Por un lado, al tamaño de la muestra y sus características –mujeres, con CM y en diferentes tratamientos–, y por tanto, a que con el análisis factorial exploratorio se redujo en seis el número total de preguntas, al pasar de 21 en su versión adaptada a 15 en su versión final; por el otro, que las cinco conductas de adhesión no se incluyeron deliberadamente en los análisis factorial y de confiabilidad por cuestiones de índole teórica –siendo conductas instrumentales y formando parte de las categorías de resultado, se optó por analizar el conjunto de variables disposicionales y de proceso, a saber, Motivos y Competencias Conductuales en sus diferentes modalidades–, lo que eventualmente podría haber incrementado aquel valor.

La cuarta diferencia radica en que, mientras que la validez concurrente fue más consistente en el VPAD, en concreto entre el Factor 2 con los números 3 y 4, aquí se consideraron para el análisis correspondiente a cinco conductas de adhesión, los factores extraídos del VPAD-15 y los dos factores del SVE-11. En primer término, llaman nuestra atención las correlaciones significativas pero bien diferenciadas entre las cinco conductas y los factores del VPAD-15; por ejemplo, tres lo hicieron con el Factor 1 (Competencias Conductuales Pasadas), tres con el 2 (Motivos y Competencias para la Salud) y tres con el 3 (Competencias Conductuales relacionadas con la Enfermedad, los Tratamientos y el Ajuste Social). Esto es, pareciera que haber demostrado ser competente en el pasado influye en las conductas “Asistir a sesiones para recibir tratamiento”, “Seguir una dieta” y “Cuidar las zonas del cuerpo a la exposición de calor”, mientras que estar Motivado y desplegar las Competencias para el Cuidado de la Salud facilitan la práctica de las conductas “Asistir a consulta con el especialista”, “Realizar ejercicios para la rehabilitación” y “Cui-

dar las zonas del cuerpo a la exposición de calor"; algo similar se diría respecto de desplegar las Competencias Relacionadas con la Enfermedad, los Tratamientos y el Ajuste Social, que a su vez facilitarían las conductas "Asistir a consulta con el especialista", "Realizar ejercicios para la rehabilitación" y "Seguir una dieta". En segundo término, el que se haya observado una sola correlación entre el Factor 1 (Competencias Conductuales Pasadas) y el 3 (Competencias Relacionadas con la Enfermedad, los Tratamientos y el Ajuste Social), indicaría que en la medida en que se ha sido competente antes, es más probable que ese haber sido competente se actualice en el presente, en un hacer competente para hacer frente a las demandas que devienen de la enfermedad, los tratamientos y la de necesidad de efectuar cambios en el contexto de las relaciones sociales. Por último, resulta particularmente intrigante el que el Factor 2 (Motivos y Competencias Conductuales para la Salud) no correlacionara con los Factores 1 y 3, aun cuando lo hicieron en un sentido negativo con los dos del SVE-11; diera la impresión y contrario a lo que se ha encontrado en diversos estudios que hemos conducido en personas con VIH<sup>(29-31)</sup>, que en las mujeres con CM, no obstante las puntuaciones obtenidas en ambas variables, el estar Motivadas para practicar las Conductas de Adhesión y el disponer de las Competencias Conductuales para el Cuidado de la Salud pasan a ocupar un segundo plano, lo cual sin duda tendrá que ser confirmado o refutado en otros estudios.

No obstante los hallazgos reportados, es conveniente reconocer algunas limitaciones en el presente estudio. Por un lado, que al tratarse de un grupo de mujeres que fue seleccionado con base en un muestreo no probabilístico de tipo accidental, se ve afectado el grado en el que los resultados puedan ser generalizados a otras poblaciones; será necesario, pues, que en pos-

teriores estudios se considere una muestra que sea demográficamente representativa del cáncer de mama en las diferentes regiones del Perú. Por el otro, que si bien el instrumento arrojó óptimas propiedades psicométricas, debido a limitaciones administrativas no fue posible acceder a los registros de asistencia a las citas programadas con el médico y a las sesiones también programadas para los tratamientos, que nos hubieran permitido contrastar cada uno de esos registros con el autorreporte conductual respectivo. Por último, debido a que se trató de un estudio en su modalidad transversal, por la razón aludida en el punto anterior no fue posible llevar a cabo mediciones repetidas, de manera tal que se hubiese podido realizar un análisis de correlación y de los predictores de las conductas de adhesión en al menos dos momentos distintos, pero cercanos en el tiempo.

Ciertamente, y a pesar de estas limitaciones consideramos que el VPAD-15 abre una interesante ruta de trabajo futuro para estudiar, desde un punto de vista psicológico y justificado en un modelo teórico, por qué y bajo qué circunstancias las mujeres con diagnóstico de CM practican o no las conductas de adhesión que son necesarias en razón de la enfermedad y los tratamientos<sup>(32-34)</sup>. Ello de cara a diseñar, instrumentar y evaluar la efectividad de programas de intervención tendientes a: a) identificar, desde un punto de vista psicológico, qué variables de proceso o estado facilitan o impiden, en una primera instancia, las conductas de ajuste que se requieren ante la comunicación del diagnóstico de cáncer; b) identificar y evaluar de manera sistemática, qué variables de proceso o estado facilitan o impiden, en una segunda instancia, la práctica consistente y eficiente de las conductas de adhesión a lo largo del tiempo y entre situaciones, y c) posponer el mayor tiempo posible, o en su defecto, evitar la aparición de compli-

caciones relacionadas con el cáncer o que hagan más probable su recurrencia<sup>(35,36)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bosetti C, La Vecchia C. [Editorial]. Cancer mortality in Latin America: implications for prevention. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18:1-4. Doi 10.1590/S1020-49892005000600001.
2. World Health Organization. Media centre: Cancer, 2011. [Acceso el 01 de Febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
3. Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantes H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Salud Publica Mex* 2009;51(Supl. 2):147S-56S. Doi: 10.1590/S0036-36342009000800004.
4. Di Cesare M. El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. Santiago de Chile: CEPAL/ UNFPA, 2011.
5. Valdez W, Miranda J, Ramos W. Situación de la transición epidemiológica a nivel nacional y regional. Perú, 1990-2006. *Rev Peru Epidemiol* 2011;15:1-5.
6. Sabaté E, editor. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.
7. Hotz S, Kaptein A, Pruitt S, Sánchez-Sosa JJ, Wiley C. Behavioural mechanism explaining adherence. En: Sabaté E, editor. Adherence to long-term therapies. Geneva: World Health Organization, 2003; p.157-71.
8. Sánchez-Sosa JJ. Treatment adherence: The role of behavioural mechanism and some implications for health care interventions. *Rev Mex Psicol* 2002;19:85-92.
9. Ribes E. Psicología y salud. Un análisis conceptual. Barcelona: Martínez Roca, 1990.
10. Piña JA, Corrales AE, Mungaray K, Valencia MA. Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Rev Panam Salud Publica* 2006;18:217-28. Doi:10.1590/S1020-49892006000400001.
11. Piña JA, Sánchez-Sosa JJ. Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Univer Psychol* 2007;6:399-407.
12. Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Indicadores para evaluar la gestión hospitalaria. Diciembre de 2012. [Acceso el 10 de Enero de 2013]. Disponible en <http://www.inen.sld.pe>
13. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2010.
14. Balluerka N, Gorostiaga A, Alonso-Arbiol I, Haranburu M. La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: una perspectiva práctica. *Psicothema* 2007;19:124-33.
15. Nunally JC, Bernstein IJ. Teoría psicométrica. 3ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1995.
16. O'Neill SC, DeFrank JT, Vegella P, Richman AR, Henry LR, Carey LA, et al. Engaging in health behaviors to lower risk for breast cancer recurrence. *Plos One* 2013; 8:e53607. Doi:10.1371/journal.pone.0053697.
17. Hartman SJ, Dunsiger SI, Marcus BH. A pilot study of a physical activity intervention targeted towards women at increased risk for breast cancer recurrence. *Psychooncology* 2013;22:381-7. Doi:10.1002/pon.2101.
18. Showalter SL, Brown JC, Chevillat AL, Fisher CS, Sataloff D, Schmitz KH. Lifestyle risk factors associated with arm swelling among women with breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2013;20(3):842-9. Doi:10.1245/s10434-012-2631-9.
19. Gardner RC. Estadística para psicología usando SPSS para Windows. 1ª ed. México: Pearson Educación, 2003.

20. Mejía R, Laborín JF, Piña JA, Méndez J. Adaptación y validación de la Escala que mide situaciones vinculadas con estrés (SVE-12) en mujeres con cáncer de mama del Perú [en revisión].
21. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black W. Análisis multivariante. Madrid: Prentice Hall, 1999.
22. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Terapia Psicol* 2011;29:5-11. Doi:10.4067/S0718-48082011000100001.
23. Ortiz G, Ortega E. Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. *Psicol Salud* 2011;21:79-90.
24. Nieves-Lugo K, Toro-Alfonso J. Challenges to antiretroviral adherence: Health beliefs, social support and gender roles in non-adherent men living with HIV in Puerto Rico. En: García CH, Ballester R, Piña JA, editors. *Chronic diseases and medication adherence behaviors: Psychological research in Ibero-American countries*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, 2012; p.153-73.
25. Alvarado-Aguilar S, Ochoa-Carrillo FJ, Guerra-Chávez HG, Mulier-Rojas YA, Galindo-Vázquez O, Zapata-Isidoro MR. Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores (perspectiva del oncólogo). *Gaceta Mex Oncol* 2011;10:136-42.
26. Murphy CC, Bartholomew LK, Carpenter 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;134:459-78. Doi: 10.1007/s10549-012-2114-5.
27. Loprinzi PD, Cardinal BJ, Si Q, Bennett JA, Winter-Stone KM. Theory-based predictors of follow-up exercise behavior after a supervised exercise intervention in older breast survivors. *Support Care Cancer* 2012;20:2511-21. Doi:10.1007/s00510-011-1360-0.
28. Rincón ME, Pérez San Gregorio MA, Borda M, Martín A. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Univer Psychol* 2012;11:25-41.
29. Piña JA, González MT. Un modelo psicológico de adhesión en personas VIH+: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Rev Iberoam Psicol Salud* 2010;1:185-96.
30. Sánchez-Sosa JJ, Fierros LE, Cázares O, Piña JA. Estudio longitudinal de variables psicológicas y conductas de adhesión en personas VIH+: efectos sobre los niveles de carga viral. En: Ybarra JL, Sánchez-Sosa JJ, Piña JA, editores. *Trastornos y enfermedades crónicas: una aproximación psicológica*. México: El Manual Moderno, 2011; p.137-54.
31. Piña JA, García CH, Ybarra JL, Fierros LE. Psychological and biological variables among HIV 100% adherent patients: A path analysis. En: García C, Ballester R, Piña JA, editors. *Chronic disease and medication adherence behaviors: Psychological research in Ibero-American countries*. Hauppauge NY: Nova Science Publishers, 2012; p.203-19.
32. Ibáñez E, Soriano J. Intervención psicológica en enfermos de cáncer: planteamientos del presente, deseos del futuro. *Anal Mod Cond* 2008;34:259-89.
33. Porcino M, Luna G, Canelones P, Mendoza A, Romero G, Palacios LE, et al. La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007;4:59-73.
34. Bravo MC. Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Rev Electron Psicol Iztacala* 2010;13:67-82.
35. Meza-Rodríguez MP. Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatol Reprod Hum* 2007;21:72-80.
36. DiMatteo MR, Haskard-Zolnieriek KB, Martin LR. Improving patient adherence: A three-factor model to guide practice. *Health Psychol Rev* 2012;6:74-91. Doi: 10.1080/17347199.2010.537592.

