

Versión peruana de una escala que mide Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12) en Mujeres con Cáncer de Mama

Peruan version of a Scale measuring Stress-Related Situations (SRS-12) among Breast Cancer Women

Julio Alfonso Piña López¹
Universidad de Sonora, México

Richard Mejía Velarde
Universidad Nacional "Federico Villarreal", Lima, Perú

José Méndez Venegas
Instituto Nacional de Pediatría, México

Jesús Francisco Laborín Álvarez
Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.
Hermosillo, México

La de personalidad es una variable psicológica clave en los distintos momentos —i.e., diagnóstico, ajuste a la enfermedad y adhesión a los tratamientos— por los que cursa una enfermedad crónica. Sobre esta consideración, en el presente estudio se reportan los resultados de la adaptación y validación de una escala que mide dicha variable en la forma de Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12) en una muestra de 110 mujeres con cáncer de mama del Perú. Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizaron tres procedimientos de manera consecutiva: 1. Un análisis factorial exploratorio para determinar la validez de constructo; 2. El alfa (α) de Cronbach para valorar la confiabilidad de la medida; 3. El coeficiente de correlación r de Pearson para probar la validez concurrente. Se encontró una estructura de dos factores, cada uno con valores propios arriba de 1, que en conjunto explican 59.4% de la varianza total; el alfa (α) de Cronbach ascendió a 0.89, mientras que el coeficiente r de Pearson arrojó correlaciones significativas a $p < 0.01$ y $p < 0.05$ entre las conductas de adhesión, los dos factores y diferentes variables temporales relacionadas con la enfermedad y los tratamientos. De acuerdo con los resultados obtenidos, la SVE-11 en Perú posee validez de constructo y concurrente, así como una óptima confiabilidad.

Palabras clave: Perú, cáncer de mama, SVE-12, validez, confiabilidad.

Personality is one of the key variables in the different moments —e.g., diagnosis, disease adjustment, and treatment adherence— of the process of a chronic disease. Based in this consideration, in the current study we report the results of the adaptation and validation of a scale measuring that variable as Stress-Related Situations (SRS-12) in a sample of 110 women with breast cancer diagnosis from Peru. Three consecutive statistical testing procedures were applied for data analysis: 1. An exploratory factorial analysis for determining construct validity; 2. The Cronbach's (α) alpha for determining reliability; 3. The Pearson's coefficient (r) for assessing concurrent validity. A two-factor structure was found with the exploratory factorial analysis with values about 1 that, taking as a whole, explain 54.9% of the variance; an overall α coefficient of 0.89 was obtained with the test for reliability; the test for concurrent validity showed correlations with $p < 0.01$ and $p < 0.05$ values between adherence behaviors, the two-factor structure, as well as different temporal variables related to disease and treatments. According to the results, the SRS-11 in Peru has construct and concurrent validity, as well as an optimal reliability.

Keywords: Peru, breast cancer, SRS-12, validity, reliability.

El cáncer de mama (CM) es una enfermedad en la que se forman células anormales que afectan de manera especial los lóbulos, lobulillos, bulbos y conductos de las mamas, siendo dos los tipos más conocidos: el carcinoma ductal y el lobular

(American Cancer Society, 2013). Se trata de una enfermedad que en las dos últimas décadas se ha afirmado como la principal causa de mortalidad en mujeres, siendo más afectadas quienes viven en países desarrollados. En efecto, sirva mencionar que en 2008 la mitad de los nuevos casos diagnosticados (1.3 millones) y el 60% de las defunciones (450 mil) alrededor del orbe se registraron en países como Canadá, los Estados Unidos

¹ Correspondencia: Guillermo Prieto No. 18. Colonia Constitución. Hermosillo, Sonora, C.P. 83150 (México). Correo electrónico: jp131260@yahoo.com.mx.

de Norteamérica y el Reino Unido, principalmente (Ma & Jamal, 2013). Ese mismo año, es decir, en 2008, la tasa de incidencia de la enfermedad en los países desarrollados ascendió a 71.7 (por cada 100 mil mujeres), mientras que en el conjunto de países en desarrollo fue de 29.3 (Youlden, Cramb, Dunn, Muller, Pyke & Baade, 2012).

Aun cuando en los países de la región de América Latina y el Caribe se planteó desde principios de la pasada década (Robles & Galanis, 2002) que el CM presentaba tasas de incidencia de medianas —Argentina, Brasil, Colombia, Puerto Rico y Uruguay— a bajas —Costa Rica, Ecuador y Perú— cuando se comparaban con las registradas en los Estados Unidos de Norteamérica, no hay que pasar por alto que debido al fenómeno de la transición epidemiológica que se está experimentando en la mayoría de países de la región, hoy día la realidad epidemiológica es distinta, a la vez que preocupante. En el caso concreto del Perú, por ejemplo, si bien es cierto que hacia finales de 1990 se observaba un marcado predominio de las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales como causas de mortalidad general, la situación se modificó sustancialmente a partir de 2006, año en el que las principales causas de mortalidad general las pasaron a ocupar las enfermedades crónicas no-transmisibles, i.e., cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer y diabetes, llegando a concentrar el 64% del total de defunciones debidamente notificadas y registradas en el país (Valdez, Miranda y Ramos, 2011).

Se apuntaba líneas atrás que esa nueva realidad epidemiológica era a la vez que distinta, preocupante, pues con todo y que existe evidencia suficiente de que el CM es una enfermedad potencialmente prevenible, en un análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar llevada al cabo en 2008 en el Perú, se encontró que de 9 724 mujeres con edades entre los 20 y 49 años, no obstante que el 42.4% tenía conocimientos sobre cómo practicarse el examen de las mamas, únicamente el 34.6% lo había hecho de manera rutinaria (Romani, Gutiérrez y Ramos-Castillo, 2011). Las implicaciones de estos datos son por supuesto varias, destacando en principio que, ante la carencia de los recursos competenciales que se requieren para practicar las conductas de prevención pertinentes, por razones obvias cabría esperar un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas con la enfermedad; por tanto, esto se traduce en la necesidad de impulsar mejoras en los programas de prevención y detección oportuna, así como optimizar los procedimientos diagnóstico y los tratamientos (Advani & Moreno-Aspitia, 2014; Mays, et al., 2012).

Ciertamente, y esto es preciso subrayarlo, lo antes dicho hace necesario el diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención interdisciplinaria orientados para los fines de prevenir la enfermedad, su rehabilitación, y en su caso, suministrar los cuidados paliativos oportunos para mejorar la calidad de vida en las mujeres que ya cursan aquella en etapas terminales (Bravo, 2010; Seymour y Mothersill, 2013). Son programas en los que se requiere de la participación activa de los profesionales de la psicología, teniendo en cuenta que todo lo que se haga o deje de hacer para la prevención de la enfermedad, su rehabilitación y los cui-

dados paliativos, pasa siempre y de manera inequívoca por la conducta de las personas (Bayés, 1996; Ibáñez y Soriano, 2008). Aquí se hace referencia a la conducta en su dimensión psicológica, que respecto de la salud y la enfermedad puede desagregarse en tres factores, a saber: 1) La forma en que la conducta participa en la modulación de los estados biológicos, a partir de regular el contacto del organismo con las variables del ambiente; 2) Las competencias que definen la efectividad de la persona al interactuar con situaciones en las que se demanda hacer algo eficientemente; 3) Las maneras consistentes de conducta, que tipifican a una persona siendo diferente de otras y que pueden afectar potencialmente su condición biológica (Ribes, 1990).

Son factores que revisten especial importancia en el continuo salud-enfermedad y que, por consiguiente, están implicados en el mantenimiento, pérdida y la eventual recuperación de la salud. Partiendo del entendido de cómo es que esos factores influyen sobre la salud y la enfermedad, en este trabajo se prestará particular atención al tercero de ellos, puesto que las maneras consistentes de conducta, por definición configuradas históricamente, pueden facilitar o interferir con la práctica de ciertas conductas para prevenir una enfermedad, para facilitar las de ajuste a la enfermedad y las de adhesión a los tratamientos (Friedman & Kern, 2014; Méndez, 2006; Sánchez, García, Valverde, y Pérez-Álvarez, 2014).

En razón de los elementos previamente expuestos, el presente estudio tuvo como su objetivo el de adaptar y validar la escala que mide Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12) en una muestra de mujeres con CM de Lima, Perú. Es una variable que, junto con la de motivos, competencias conductuales y las distintas conductas asociadas a la enfermedad, forman parte de un modelo psicológico para la investigación de las conductas de adhesión (Piña y Sánchez-Sosa, 2007) en personas que viven con enfermedades crónicas en general y con la seropositividad al VIH en particular (Figura 1). Para tal fin se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿qué propiedades psicométricas de confiabilidad y validez se obtendrán de la adaptación del SVE-12 en mujeres con diagnóstico de CM del Perú?

MÉTODO

Participantes

Este estudio, en su modalidad transversal, contó con la participación de un grupo de mujeres con diagnóstico de CM que se encontraban recibiendo tratamiento en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), en Lima, Perú. La selección de las participantes fue a través de un muestreo no probabilístico de tipo accidental (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010). Como criterios de inclusión se consideraron los siguientes: 1) Tener diagnóstico confirmado de cáncer de mama mediante estudio histopatológico; 2) Tener 25 ó más años; 3) Haberse sometido a cirugía de mama o encontrarse bajo algún esquema de tratamiento —quimioterapia, radioterapia o terapia hormonal en el transcurso del año previo de realizado el es-

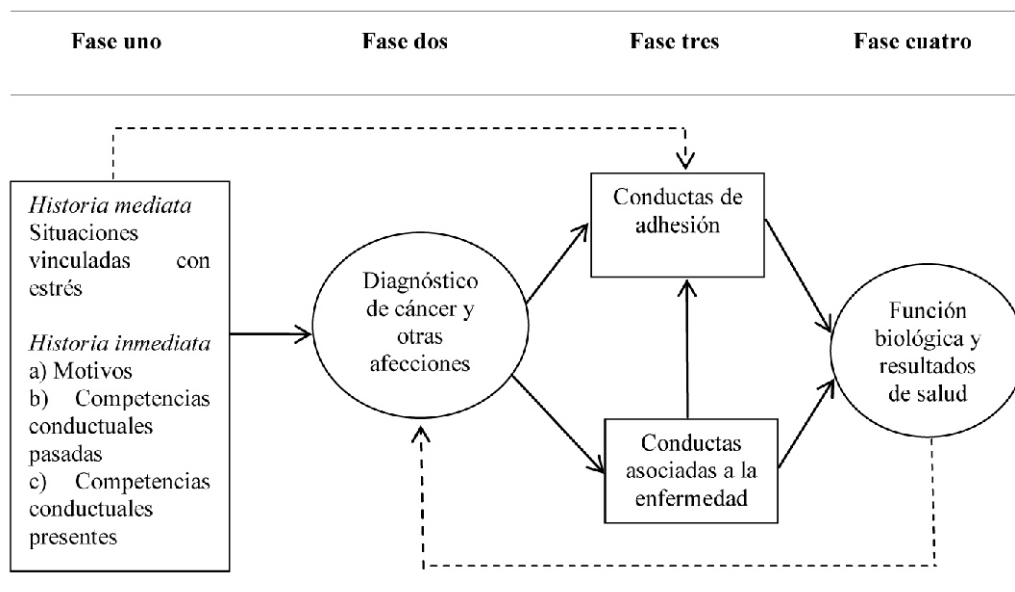


Figura 1. Modelo psicológico de adhesión de Piña y Sánchez-Sosa (2007).

tudio. Por su parte, los criterios de exclusión fueron: 1) Pacientes nuevas o en fase de control; 2) Que se encontraran recibiendo tratamiento con fines paliativos. De poco más de 1 200 pacientes de ambos sexos que asistieron entre octubre y diciembre de 2012 a consulta y/o tratamiento en el Departamento Médico de Mama y Tumores Mixtos del INEN, poco menos de 250 eran mujeres con CM, de las cuales 110 fueron elegibles y cumplieron con los criterios de inclusión (Tabla 1). Al momento de realizado el estudio, la edad promedio de las participantes era de 49.5 años (DE = 11.0), con edades mínima y máxima de 27 y 88 años, respectivamente. Sesenta y tres (57.3%) habitaban en la ciudad capital, Lima. El tiempo que tenían viviendo con la enfermedad era de 9.8 meses (DE = 4.8), con un mínimo de 2 y un máximo de 24 meses. Con relación a los tratamientos recibidos, 82 (74.5%) se había sometido a cirugía para extirpar la mama y recibido quimioterapia como tratamiento complementario; también, al momento de realizado el estudio 87 (79.1%) se encontraban en tratamiento con quimioterapia y 15 (13.6%) con terapia hormonal.

Procedimiento

Previa autorización del protocolo de investigación por el Comité de Revisión del Departamento de Investigación del INEN, con apoyo del personal del Departamento referido se procedió a contactar a las participantes, a quienes 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 frente a dos testigos. Enseguida se les hizo entrega del SVE-12, indicándoles cómo tendrían que responder; se les añadió que en caso de tener alguna duda podrían acercarse con el segundo autor y responsable de su administración para que fuese aclarada. No se entregó remuneración de ningún tipo por participar.

Instrumento

El SVE-12 es un instrumento diseñado y validado en México (Piña, Valencia, Mungaray y Corrales, 2006). Mide perfiles funcionales de conducta (personalidad) con relación a las enfermedades crónicas y sus respectivos tratamientos. Teóricamente se partió del supuesto de que es posible identificar situaciones típicas que pueden afectar de manera especial la condición biológica del organismo y sus diferentes sistemas de respuesta, i.e., inmune, endocrino, cardiovascular, etcétera, propiciando lo que se define como reacciones de estrés. Son situaciones que se caracterizan por: 1) La ambigüedad en las señales o eventos de estímulo a los que hay que responder (*ambigüedad*); 2) Porque las consecuencias a las que hay que responder son impredecibles (*impredecibilidad*); 3) Porque las consecuencias positivas, o su pérdida, son independientes de la conducta (*incertidumbre*); además, son situaciones que por sus características pueden afectar la operación de los motivos y el desempeño competencial, así como la práctica de las conductas de ajuste a la enfermedad y de adhesión a los tratamientos (Ribes, 1990).

En su formato original el SVE-12 consta de 12 preguntas, que contemplan situaciones que las personas enfrentan con relación a la enfermedad y los tratamientos: «toma de decisiones», «tolerancia a la ambigüedad» y «tolerancia a la frustración». Cada pregunta se encuentra definida en una escala de 10 puntos, donde uno representa una situación valorada como nada amenazante y 10 como demasiado amenazante. Un ejemplo de pregunta sobre «toma de decisiones» fue el siguiente: «Usted se encuentra recibiendo tratamiento y su médico le da instrucciones que debe seguir al pie de la letra, pero usted decide seguir un tratamiento alternativo (consumir remedios caseros o naturistas); entonces ello le resulta...». Uno sobre «tolerancia a la ambigüedad» fue: «A usted se le diagnosticó una en-

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

Variables	X	DE	Mín-Máx	N	%
Edad	49.5	11.0	27-88		
Procedencia					
Lima				63	57.3
Provincia				47	42.7
Tiempo (meses) con cáncer	9.8	4.8	2-24		
Tratamientos recibidos ^a					
C + Q				82	74.5
C + Q + R + TH				14	12.7
C + Q + R				7	6.4
C + Q + TH				6	5.5
C + Q + R + TH				1	0.9
Estadio clínico					
0				3	2.7
I				10	9.1
II				64	58.2
III				23	20.9
IV				4	3.6
No definido				6	5.5
Conductas de Adhesión					
Asistir a citas con médico	3.78	0.59			
Asistir a tratamiento	3.88	0.44			
Cuidar zonas del cuerpo	3.18	0.85			

^a C (Cirugía), Q (Quimioterapia), R (Radioterapia) y TH (Terapia hormonal).

fermedad que no sabe si tendrá cura en el corto o mediano plazos, pero aún así debe seguir un tratamiento; entonces ello le resulta...”. Finalmente, una sobre «tolerancia a la frustración» fue: “Usted se encuentra recibiendo tratamiento y hace todo lo que se le indica, pero no recibe consecuencias positivas por parte del personal de salud; entonces ello le resulta...”. A menor puntuación, menor la valoración del estrés en cada situación, y viceversa.

Considerando la versión original y teniendo en cuenta ambas, las características de la muestra (mujeres con CM, del Perú y expuestas a diferentes tratamientos) y las recomendaciones para la adaptación y validación de instrumentos de una cultura a otra (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez y Sanz, 2011), se procedió a realizar algunas adecuaciones, que básicamente consistieron en:

- a) en una primera instancia se añadió la siguiente leyenda a la escala: *A continuación se presentan una serie de preguntas que tienen que ver con situaciones que usted enfrenta en su vida cotidiana a partir del diagnóstico de cáncer de mama y de los diferentes tratamientos que ha recibido. En una escala del 1 al 10 indique qué tan ame-*

nazante le resulta cada una de las situaciones, donde 1 = a nada amenazante y 10 = a demasiado amenazante, y

- b) teniendo en cuenta que la versión original la SVE-12 se limitó a la medición de las situaciones respecto de un único tipo de tratamiento, el del consumo de los medicamentos antirretrovirales en personas con VIH, cinco preguntas se modificaron ligeramente en razón de los diferentes tratamientos: cirugía, quimioterapia, radioterapia o hormonoterapia. Por ejemplo, en la pregunta 1 se podía leer: *Usted se encuentra recibiendo tratamiento —quimioterapia, radioterapia o hormonoterapia— y sigue las instrucciones tal y como se lo indicó su médico, pero no observa mejoras en su salud, entonces ello le resulta...*

Al final del proceso, las modificaciones fueron revisadas por psicólogos adscritos al Servicio de Psicología del INEN y por el autor de la escala en México. Los primeros contaban todos con experiencia en el ámbito de la psicología y salud, así como en medición y evaluación clínicas. Es importante destacar que, en razón de que las adecuaciones se centraron en añadir una leyenda

da y los distintos tratamientos a los que eran expuestas las participantes, sus aportaciones se centraron en revisar y sugerir eventuales ajustes en la redacción de las preguntas.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 19.0. En primer lugar, y con el objeto de probar la validez de constructo, se utilizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales (con rotación varimax), dado que éste usa la suma de los valores observados para optimizar el peso de máxima variabilidad y confiabilidad de los factores resultantes (Floyd & Widaman, 1995). El número de factores obtenidos fue evaluado usando: la regla de Kaiser de extracción de factores con valores propios mayores a 1; análisis de punto de quiebre y la interpretabilidad de las estructuras factoriales resultantes (normalización con Kaiser-Meyer y Olkin). Es un procedimiento que permite identificar la manera en que las variables se agrupan en uno o más factores; para la inclusión de las preguntas se estableció que cada una debería alcanzar una carga factorial igual o mayor que 0.40. Por otro lado, la confiabilidad del instrumento se probó con el alfa (α) de Cronbach (Nunnally y Bernstein, 1995), considerando las preguntas en

forma conjunta y según se agruparon en los factores que se formaron. Finalmente, para probar la validez concurrente se utilizó el coeficiente de correlación r de Pearson, procedimiento con el que es posible identificar si los factores cambian en función de las variables con las que se relacionan, en este caso tres conductas de adhesión —asistir a citas con el médico, asistir a consultas para tratamiento y cuidar las zonas del cuerpo a la exposición de calor— y diversas variables temporales que tenían que ver con la enfermedad y los tratamientos.

RESULTADOS

Tal y como se observa en la Tabla 2, con el análisis factorial exploratorio se formaron dos factores, cada uno con valores propios superiores a 1, que explican 59.9% de la varianza total; todas las cargas factoriales arrojaron valores mayores de 0.40, oscilando entre 0.41 (pregunta 10 en el Factor 2) y 0.84 (pregunta 3 en el Factor 1); es importante mencionar que con dicho análisis se eliminó la pregunta 9, pues no presentó valor alguno en su carga factorial. Asimismo, la medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0.858, en tanto que la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 [66] = 698.077$; $p < 0.001$), lo que

Tabla 2.

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

Factores, preguntas y estadísticas descriptivas	Factor 1 Factor 2		X	DE
	(Carga factorial)			
<i>Tolerancia a la Ambigüedad y Tolerancia a la Frustración</i>				
3. Cumple con tratamiento y no hay consecuencias (médico)	0.84		5.55	2.95
6. No sabe si el tratamiento será efectivo	0.79		6.38	2.97
5. No sabe si enfermedad tendrá cura	0.77		6.02	2.93
7. No sabe si habrá efectos secundarios por tratamiento	0.61		6.23	2.80
4. Cumple con tratamiento y no hay consecuencias (otros)	0.46		5.88	3.30
2. El tratamiento demanda hacer varias cosas	0.71		4.96	2.82
8. El tratamiento demanda cambios e impulsividad	0.64		4.50	2.56
1. En tratamiento y no observa mejoras	0.56		5.01	2.85
Valores propios = 5.82; varianza explicada = 48.5%				
Alfa (α) de Cronbach = 0.88				
<i>Toma de Decisiones</i>				
12. Decisión de seguir otro tratamiento por presiones externas		0.83	4.83	3.13
11. Decisión propia de seguir otro tratamiento		0.74	4.88	3.12
10. No entiende indicaciones y dificultad para seguirlas		0.41	5.66	2.91
Valores propios = 1.36; varianza explicada = 11.3%				
Alfa (α) de Cronbach = 0.70				
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin = 0.858				
Prueba de esfericidad de Bartlett (χ^2 aproximado) = 698.077				
Grados de libertad = 66				
Nivel de significancia $p < 0.001$				
Iteraciones = 3				
Varianza total explicada = 59.9%				
Alfa (α) de Cronbach total = 0.89				

vendría a rechazar la hipótesis de igualdad en las matrices. Por lo que hace a la confiabilidad de la medida, el valor del α de Cronbach para la escala ascendió a 0.89, siendo más elevado en el Factor 1 ($\alpha = 0.88$) que en el 2 ($\alpha = 0.70$).

Por su parte, en la Figura 2 se puede observar que la mayoría de las preguntas cargaron en el factor 1, pues el gráfico de sedimentación (*scree plot*) muestra que una solución de dos 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 (Hair, Anderson, Tatham, y Black, 1999).

Para probar la validez concurrente de la escala se consideraron tres conductas de adhesión, los dos factores y las diferentes variables temporales relacionadas con la cirugía y los tratamientos previamente mencionados. Según se observa en la Tabla 3, se encontraron correlaciones altas y significativas entre las tres conductas ($p < 0.01$), así como de las dos primeras, «Asistir a Consultas Programadas con el Especialista» y «Asis-

tir a Sesiones para Recibir Tratamiento» con el tiempo transcurrido desde la cirugía y la exposición a quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia ($p < 0.01$ y $p < 0.05$); la mayoría de las correlaciones tuvieron un valor negativo, sugiriendo que se practican ambas conductas conforme es menor el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad, el transcurrido desde la cirugía y de la exposición a los distintos tratamientos (en particular radioterapia y hormonoterapia); no obstante, ninguna de las dos conductas correlacionó con los factores de la escala.

De particular interés fueron las correlaciones entre la conducta «Cuidar las Zonas del Cuerpo a la Exposición de Calor» con ambos factores, el 1 «Ambigüedad y Frustración» ($p < 0.01$) y el 2 «Toma de Decisiones» ($p < 0.01$), así como con el tiempo transcurrido desde la cirugía ($p < 0.05$), todas con un valor negativo; esto sugiere que a menor Ambigüedad y Frustración, por un lado, así como a menor tiempo transcurrido desde la cirugía, mayor la probabilidad de practicar dicha conduc-

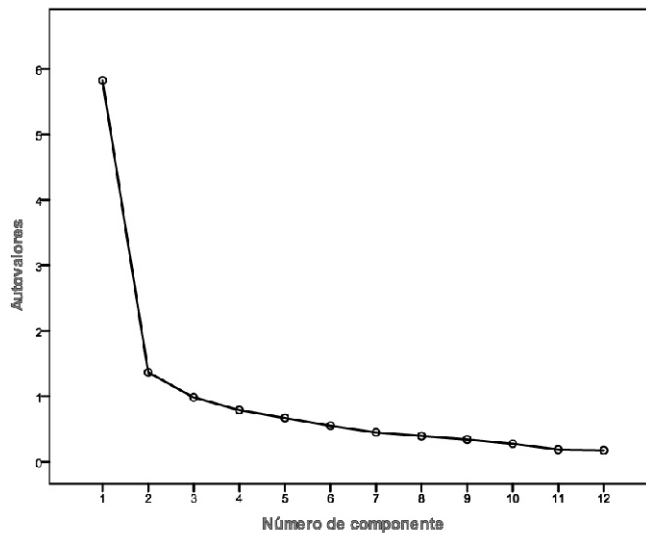


Figura 2. Gráfica de sedimentación de la estructura factorial del SVE-11.

Tabla 3.

Validez concurrente entre las conductas de adhesión, los factores de la SVE-11 y diferentes medidas temporales.

Variables	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Asistir a consulta	0.395**	0.365**	0.047	-0.042	-0.271**	-0.275**	0.114	-0.317**	-0.070
2. Asistir a tratamiento		0.418**	-0.127	-0.128	-0.356**	-0.321**	0.292**	-0.208*	-0.228**
3. Cuidar zonas del cuerpo			-0.260**	-0.211*	-0.171	-0.237*	0.005	0.059	-0.011
4. Factor 1				0.643**	-0.012	0.052	-0.104	-0.081	0.140
5. Factor 2					-0.027	0.011	-0.165	-0.125	0.115
6. Tiempo enfermedad						0.726**	-0.025	0.324**	0.508**
7. Tiempo cirugía							0.190*	0.188*	0.496**
8. Tiempo quimioterapia								-0.277**	0.309**
9. Tiempo radioterapia									0.045
10. Tiempo terapia hormonal									

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

ta. Destaca, asimismo, la correlación alta y significativa entre los dos factores ($p < 0.01$), aun cuando llama la atención su nula correlación con las distintas variables temporales consideradas.

DISCUSIÓN

Hoy día ha quedado demostrado que las personas diagnosticadas con una enfermedad crónica no-transmisible —i.e., cáncer, infarto del miocardio, diabetes, insuficiencia renal, etcétera— suelen pasar por periodos complicados en su vida, que se caracterizan por la manifestación práctica de las conductas asociadas a la enfermedad, que se agrupan en categorías tales como ansiedad, depresión, irritabilidad, ira e impulsividad, entre muchas más. Dos características distintivas de estas conductas tienen que ver con la probabilidad de que se vean influenciadas por variables psicológicas de proceso —la personalidad, una buena motivación y la disponibilidad de competencias conductuales— y a la vez influir en un sentido negativo sobre las conductas de ajuste a la enfermedad y de adhesión a los tratamientos (DiMatteo, Hskard-Zolnieriek & Martin, 2012; Martín, Grau y Espinosa, 2014).

Lo antes dicho conlleva que para hacer frente a las enfermedades crónicas más apremiantes y de cara a garantizar la práctica consistente y eficiente de las conductas de ajuste a la enfermedad y de adhesión a los tratamientos, es requisito indispensable partir de un análisis y medición de esas variables de proceso y resultado, para lo cual es fundamental el contar con un modelo teórico debidamente articulado en lo conceptual (Piña, Alcalá, Ibarra y Samaniego, 2010). Con base en este principio, años atrás se dio a conocer un modelo psicológico para la investigación de las conductas de adhesión en personas que viven con enfermedades crónicas en general y con la infección por el VIH en particular (Piña y Sánchez-Sosa, 2007), que sirvió como referente para la construcción de sendos instrumentos: uno orientado a la medición de variables como los motivos y competencias conductuales, relacionadas ambas con las conductas de adhesión a los tratamientos, el VPAD-24 (Piña, Corrales, Mungaray, y Valencia, 2006); otro a la medición de las situaciones vinculadas con estrés, SVE-12 (Piña et al., 2006). Es justo este último el que se adaptó y validó en una muestra de mujeres con CM que en el momento de realizado el estudio eran atendidas en el INEN, en Lima, Perú.

Según se desprende de los resultados descritos en el apartado previo, la escala arrojó una estructura conformada por dos factores, una confiabilidad óptima y validez tanto de constructo como concurrente. Con propósitos de comparación, en su versión original el SVE-12, que es importante mencionar fue validado en personas de ambos sexos con diagnóstico de seropositividad al VIH del noroeste de México, arrojó una estructura conformada por tres factores que explican 70.5% de la varianza total, una confiabilidad óptima (90) y validez concurrente entre los tres factores, así como entre uno de ellos el de «Tolerancia a la Frustración», con una medida biológica, los niveles de carga viral. Esto es, en cuanto a las estructuras factoriales, en la muestra del Perú dos factores se agruparon en uno

solo, el de «Tolerancia a la Ambigüedad» con el de «Tolerancia a la Frustración», que concentra ocho de las 12 preguntas de la escala. Para esta muestra se encontró, al igual que para la de México, la conformación de un factor, el de «Toma de Decisiones» con tres preguntas.

Dos diferencias notorias en ambos estudios, es que en el caso de la muestra de México las cargas factoriales fueron en todas las preguntas mayores de 0.54 (con ocho de las 12 preguntas arrojando cargas por arriba de 0.70), mientras que en la del Perú de 0.41 (con tan sólo seis de las 11 preguntas con cargas por arriba de 0.70). Esto podría eventualmente deberse a que las preguntas del SVE-12 en su formato original se elaboraron a partir de considerar únicamente al tratamiento con medicamentos antirretrovirales, en tanto que en la adaptación para la muestra del Perú se hizo teniendo en cuenta a la cirugía y los distintos tratamientos. La otra diferencia tiene que ver con que para la muestra del Perú la varianza explicada por el Factor 2 «Toma de Decisiones» fue de 11.3%, mientras que para la de México de 49.7%; finalmente, que los valores del α para la subescala fueron de 0.70 y 0.91, respectivamente.

Esto último sugeriría que las mujeres con CM de Perú, comparadas con las personas con VIH de México, le otorgaron un peso mayor a la «Tolerancia a la Ambigüedad» y a la «Tolerancia a la Frustración», lo cual tendría sentido teórico si se parte del entendido de que, a diferencia de las personas con VIH de México que tenían viviendo con la seropositividad un tiempo promedio de 49.9 meses ($DE = 39.1$), las mujeres del Perú tenían viviendo con la enfermedad un tiempo promedio de 9.8 meses ($DE = 4.8$); adicionalmente, no hay que pasar por alto, tal y como se resume en la Tabla 1, que las participantes en este estudio habían sido sometidas a cirugía para extirpar la mama y a tratamiento con quimioterapia, radioterapia o hormonoterapia. Luego entonces, se trata de un grupo de mujeres que en un corto periodo habían recibido no sólo la comunicación del diagnóstico de la enfermedad, sino también que había pasado por los distintos tratamientos, eventos que según se ha reportado en la literatura se asocian con un alto grado de estrés —en la forma de Ambigüedad e Impredictibilidad— y con la manifestación conductual de problemas tales como ansiedad, depresión, ira, etcétera, que se traducen en un pobre ajuste psicológico frente a la enfermedad y los tratamientos (Flores-Pineda, Velázquez-Jurado y Sánchez-Sosa, 2014; Holland, 2003; Miller, O'Hea, Block, Moon & Foran-Tuller, 2011; Meza-Rodríguez, 2007).

Respecto de los análisis de correlación, se señalaba en el apartado de resultados que aquellas que fueron significativos se presentaron entre las primeras dos conductas «Asistir a Consultas Programadas con el Especialista» y «Asistir a Sesiones para Recibir Tratamiento» con diferentes variables temporales, pero ninguna de éstas con los dos factores del SVE-11; algo opuesto ocurrió con la conducta «Cuidar las Zonas del Cuerpo a la Exposición de Calor», que lo hicieron con ambos factores y con distintas variables temporales. Una explicación posible a estos hallazgos pudiera deberse a que, tanto la asistencia a consultas con el especialista y a la sesiones para recibir los tratamientos parecieran depender en buena medida del diagnóstico

precoz y oportuno que se hizo de la enfermedad, así como del inicio temprano de los tratamientos indicados, incluyendo a la cirugía de mama. En un sentido opuesto, la probabilidad de que se practique la conducta «Cuidar las Zonas del Cuerpo a la Exposición de Calor» pareciera depender en mayor medida de las variables de proceso de la escala —esto es, experimentar bajos niveles de estrés vinculados tanto con la Ambigüedad, la Frustración, así como de la Toma de Decisiones— en conjunto con un menor tiempo transcurrido desde la cirugía. Se trata, guardando las debidas proporciones, de algo similar a lo que se ha encontrado con relación a las conductas «Consumo de Medicamentos Antirretrovirales» en personas con VIH/sida y «Consumo de Medicamentos Hipoglucemiantes» en personas con diabetes tipo 2, sobre todo entre quienes reportan problemas de adhesión a los tratamientos (Piña y González, 2010; Piña & Torres, 2008).

No obstante los hallazgos previamente reportados, el presente estudio presenta algunas limitaciones que hay que mencionar. En primer lugar, el que no hubiera sido posible trabajar con una muestra mayor de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama —en especial quienes son atendidas en otras instituciones de salud del estado y privadas— pudo haber influido eventualmente en la forma en que se agruparon las variables en tan sólo dos factores, a diferencia de los tres consignados en el estudio de validación en México; esto es importante tenerlo en cuenta, considerando que en razón de los criterios de inclusión-exclusión, de un total de 1 200 participantes potenciales, la muestra se limitó a tan sólo 250 mujeres con CM, de las cuales 110 cumplieron con los criterios de inclusión. En segundo lugar, que en virtud de que no se efectuó un examen de las diferencias culturales entre la muestra del presente estudio y la de México (cuyo estudio se realizó en 2006), resulta tarea menos que difícil sugerir algunas hipótesis en torno a las diferencias observadas en las respuestas a la escala por ambas muestras. Finalmente, que por cuestiones de índole administrativa y dados los tiempos que se establecieron por las autoridades del INEN para la realización del estudio, no fue posible llevar al cabo una segunda medición, lo que podría haber ayudado a valorar la escala en dos momentos distintos.

Aún así, y reconociendo estas limitaciones, los datos aquí reportados demuestran que el SVE-11 administrado a una muestra de mujeres con CM del Perú posee óptimas propiedades psicométricas, lo que vendría a garantizar su uso en este tipo de pacientes, en particular entre quienes se encuentran expuestas a los distintos tratamientos y que demandan la práctica consistente y eficiente de las conductas de adhesión que son necesarias en razón de la enfermedad. Se incluyen a las aquí analizadas y otras más como la dieta y la práctica de ejercicio físico (O'Neill, De Frank, Vegella, Richman, Henry, Carey et al., 2013), así como su eventual impacto sobre las denominadas conductas asociadas a la enfermedad —depresión, ira, impulsividad, temor al cáncer y sus secuelas, entre otras (Gopie, Timman, Hilhorst, Hofer, Mureau & Tibben, 2013; Melchior, Büscher, Thorenz, Grochocka, Koch & Watzke, 2013).

Para tal propósito se está preparando un nuevo estudio en el que se considere una muestra más amplia, tanto de mujeres que

son atendidas en instituciones públicas como privadas, en el que también se hará uso de un instrumento para medir variables psicológicas y conductas de adhesión (Mejía, Piña, Méndez, y Laborín, 2013), con el objeto de identificar los predictores de éstas conductas y estar en mejor posición de diseñar, instrumentar y evaluar programas de intervención para el cambio conductual. En la misma dirección, se tendrán en cuenta muestras de mujeres con otros tipos de cáncer, como por ejemplo cérvico-uterino, también de diferentes instituciones, de cara a probar en qué medida se mantiene o no la estructura factorial aquí reportada y, posteriormente, identificar si los predictores psicológicos de las conductas de ajuste a la enfermedad y adhesión a los tratamientos operan de manera similar o no según sea la enfermedad.

REFERENCIAS

- Advani, P. & Moreno-Aspitia, A. (2014). Current strategies for the prevention of breast cancer. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 6, 59-71.
- American Cancer Society (2013). *Guía detallada: Cáncer de seno*. Disponible en Internet: <http://www.cancer.org>. [Retirado el 25/01/2013].
- Bayés, R. (1996). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bravo, M.C. (2010). Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13, 67-82.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., y Sanz, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34, 65-72.
- DiMatteo, R.M., Haskard-Zolnieriek, K.B. & Martin, L.R. (2012). Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 6, 74-91.
- Flores-Pineda, N., Velázquez-Jurado, H., y Sánchez-Sosa, J.J. (2014). Estrés, conductas de afrontamiento y creencias relativas a conducta adaptativa en pacientes con tumores óseos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 40, 81-98.
- Floyd, F.J. & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instrument. *Psychological assessment*, 7, 286-299
- Friedman, H.S. & Kern, M.L. (2014). Personality, well-being, and health. *Annual Review of Psychology*, 65, 719-742.
- Gopie, J.P., Timman, R., Hilhorst, M.T., Hofer, S.O.P., Mureau, M.A. & Tibben, A. (2013). The short-term psychological impact of complications after breast reconstruction. *Psycho-Oncology*, 22, 290-298.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., y Black, W. (1999). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª Edición). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Holland, J.C. (2003). Psychological care of patients: Psycho-oncology's contribution. *Journal of Clinical Oncology*, 21 (Suppl.), S253-S265.

- Ibáñez, E. y Soriano, J. (2008). Intervención psicológica en enfermos de cáncer: planteamientos del presente, deseos del futuro. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34, 259-289.
- Ma, J. & Jemal, A. (2013). Breast cancer statistics. En A. Ahmad (Ed.), *Breast cancer metastasis and drug resistance* (pp. 1-18). New York: Springer.
- Martín, L.A., Grau, J., y Espinosa, A.A. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40, 225-238.
- Mays, D., Peshkin, B.N., Sharff, M.E., Walker, L.R., Abraham, A.A., Hawkins, K.B., & Tercyak, K.P. (2012). Correlates of Adherence to a Telephone-Based Multiple Health Behavior Change Cancer Preventive Intervention for Teens: The Healthy for Life Program (HELP). *Health Education & Behavior*, 39, 18-26. doi:10.1177/1090198111404554
- Mejía, R., Piña, J.A., Méndez, J., y Laborín, J.F. (2013). Versión peruana de un instrumento que mide variables psicológicas relacionadas con la adhesión (VPAD) en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 10, 141-153.
- Melchior, H., Büscher, C., Thorenz, A., Grochocka, A., Koch, U. & Watzke, B. (2013). Self-efficacy and fear of cancer progression during the year following diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22, 39-45.
- Meza-Rodríguez, M.P. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21, 72-80.
- Méndez J. (2006). [Editorial]. Psicooncología: una nueva actividad en salud. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39, 44-45.
- Miller, S.J., O'Hea, E.L., Block, J., Moon, S. & Foran-Tuller, K.A. (2011). The relationship between breast cancer anxiety and mammography: Experiential avoidance as a moderator. *Behavioral Medicine*, 37, 113-118.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.J. (1995). Teoría psicométrica (3ª ed). México, D.F.: McGraw-Hill Latinamericana.
- O'Neill, S.C., DeFrank, J.T., Vegella, P., Richman, A.R., Henry, L.R., Carey, L.A., & Brewer, N. T. (2013). Engaging in health behaviors to lower risk for breast cancer recurrence. *PLoS ONE*, 8(1), e53607. doi:10.1371/journal.pone.0053607
- Piña, J.A., Alcalá, I.G., Ybarra, J.L., y Samaniego, R.A. (2010). Psicología y salud (I): la importancia de llamarse modelo y apellidarse teórico-conceptual. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2, 21-29.
- Piña, J.A., Corrales, A.E., Mungaray K., y Valencia, M.A. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19, 217-228.
- Piña, J.A. y González, M.T. (2010). Un modelo psicológico de adhesión en personas VIH+: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1, 185-206.
- Piña, J.A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6, 399-407.
- Piña, J.A. & Torres, M.A. (2008). Stress-related situations as predictors of adherence-to-medication behavior among women with type 2 diabetes. *International Journal of Hispanic Psychology*, 1, 75-84.
- Piña, J.A., Valencia, M.A., Mungaray, K., y Corrales, A.E. (2006). Validación de una escala breve que mide situaciones vinculadas con estrés en personas VIH positivas. *Terapia Psicológica*, 24, 15-21.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Robles, S.C. & Galanis, C. (2002). Breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 178-185.
- Romani, F., Gutiérrez, C., y Ramos-Castillo, J. (2011). Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). *Anales de la Facultad de Medicina*, 72, 23-31.
- Sánchez, M.J., García, J.M., Valverde, M., y Pérez-Álvarez, M. (2014). Enfermedad crónica: satisfacción vital y estilos de personalidad. *Clínica y Salud*, 25, 85-93.
- Seymour, C.B. & Mothersill, C. (2013). Breast cancer causes and treatment; where are we going wrong? *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 5, 111-119.
- Valdez, W., Miranda, J. y Ramos, W. (2011). Situación de la transición epidemiológica a nivel nacional y regional. Perú, 1990-2006. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15, 1-5.
- Youlden, D.R., Cramb, S.M., Dunn, N.A.M., Muller, J.M., Pyke, C.M. & Baade, P.D. (2012). The descriptive epidemiology of female breast cancer: An international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer Epidemiology*, 36, 237-248.