



ARTÍCULO ORIGINAL

## Adhesión en mujeres con cáncer de mama del Perú

José Méndez-Venegas<sup>a,\*</sup>, Richard Mejía-Velarde<sup>b</sup>, Jesús Francisco Laborín-Álvarez<sup>c</sup> y Julio Alfonso Piña-López<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Psicooncología, Instituto Nacional de Pediatría, México D.F., México

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

<sup>c</sup> Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C., Hermosillo, Son., México

<sup>d</sup> Investigación Independiente, Hermosillo, Son., México

### PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama;  
Variables psicológicas;  
Conductas de  
adhesión; Perú.

### Resumen

**Introducción:** Una óptima adhesión al tratamiento con quimioterapia es necesaria para evitar la progresión clínica de la enfermedad, en mujeres con cáncer de mama (CM).

**Objetivo:** Identificar predictores de 2 conductas de adhesión en mujeres con CM expuestas a quimioterapia: "asistir a consultas programadas con el especialista" y "cuidar las zonas del cuerpo a la exposición del calor".

**Métodos:** Estudio transversal que contó con la participación de 70 mujeres con diagnóstico de CM del Perú, quienes respondieron a un par de instrumentos de medida: 1) Motivos y competencias que subyacen a la práctica de las conductas de adhesión a los tratamientos, y 2) situaciones vinculadas con estrés. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS®.

**Resultados:** Los predictores de la conducta "asistir a consultas programadas con el especialista" fueron las competencias pasadas y los bajos niveles de estrés vinculado con la ambigüedad/frustración ( $F[2.66]=31.080$ ;  $p<0.001$ ), explicando ambos factores 46.9% de la varianza. Por su parte, aun cuando la conducta "cuidar las zonas del cuerpo a la exposición del calor" fue predicha por un factor y un índice, el análisis evidenció que se violó el supuesto de no-colinealidad.

**Conclusiones:** La asistencia a las consultas programadas con el especialista y su importancia para los tratamientos es fundamental para evitar la progresión clínica de la enfermedad en mujeres con CM. Se discuten las implicaciones de este hallazgo para los fines de mejorar la adhesión a los tratamientos en el seno de las instituciones de salud en el Perú.

### KEYWORDS

Breast cancer;  
Psychological factors;  
Adherence behaviors;  
Peru.

### Adherence among breast cancer women from Peru

#### Abstract

**Introduction:** An optimal adherence to chemotherapy treatment among women with breast cancer (BC) is necessary to avoid the clinical progression of the disease.

\* Autor para correspondencia: Insurgentes Sur N° 3700-C, Colonia Insurgentes Cuicuilco, C.P. 04530, México D.F., México. Correo electrónico: josemv@unam.mx (José Méndez-Venegas).

**Objective:** To identify predictors of two adherence behaviors among women with BC under chemotherapy: “Attending scheduled consultation with the specialist” and “Caring areas of the body to heat exposure”.

**Methods:** This cross-sectional study included 70 women with BC from Peru, whom answered at 2 self-administered questionnaires: 1) Motives and competencies related-to- adherence behaviors, and 2) Stress-related situations. For data analysis we used the SPSS® statistical package.

**Results:** The predictors of the behavior “Attending scheduled consultation with the specialist” were past behavioral competencies as well as low stress-related to both ambiguity/frustration tolerances ( $F[2.66]=31.080$ ;  $p<0.001$ ), explaining both factors 46.9% of the variance. Despite the behavior “Caring areas of the body to heat exposure” was predicted by one factor and one index, the final analysis shows that no-linearity assumption was violated.

**Conclusions:** Attending scheduled consultation with the specialist and their relevance to future treatments among women with BC it is key to avoid the clinical progression of the diseases. We discuss the implications of these findings for the purpose of improving treatment adherence behaviors within health-care institutions in Peru.

1665-9201 © 2014 Gaceta Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

## Introducción

Hacia finales de la década de los 90's del pasado siglo predominaban en el Perú las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, aún cuando debido al fenómeno de la transición epidemiológica que se está experimentando en el país, a partir de 2006 empezaron a predominar las enfermedades crónicas no-transmisibles (ECNT), llegando a concentrar el 64% del total de defunciones acaecidas ese mismo año; destacan los tumores malignos, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes<sup>1</sup>. Por lo que hace a los primeros, y en concreto, el cáncer de mama (CM), tanto su tasa de incidencia como de mortalidad se han incrementado de manera preocupante en los últimos años; mientras que en 2010 la incidencia alcanzó 150.7 casos, la mortalidad registró 78.3 defunciones, ambas por cada 100,000 habitantes<sup>2</sup>.

A esa realidad epidemiológica en el Perú, habría que añadir otro problema, a saber, el de la adhesión a los tratamientos. En efecto, una vez que se ha diagnosticado con oportunidad el CM y que se le ha clasificado correctamente con base en la propuesta del *American Joint Committee on Cancer Classification*<sup>3</sup>, es imperativo que las mujeres que lo padecen practiquen de manera consistente y eficiente una diversidad de conductas que son necesarias en razón de la enfermedad y los tratamientos: asistir a las consultas programadas con el especialista para la realización de estudios y a los tratamientos<sup>4,5</sup>; seguir una dieta<sup>6</sup>; así como realizar ejercicios para la rehabilitación y cuidar las zonas del cuerpo a la exposición de calor<sup>7,8</sup>, principalmente.

Son conductas que tienen por objeto evitar su progresión clínica el mayor tiempo posible. Como tales, su manifestación práctica puede verse afectada por variables psicológicas de proceso y estado, de acuerdo con lo que se consigna en un Modelo Psicológico para la Investigación de las Conductas de Adhesión en personas que viven con enfermedades crónicas (fig. 1)<sup>9</sup>. En la fase 1 se encuentran 3 variables psicológicas de proceso: las *situaciones vinculadas con estrés* en sus modalidades de toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración; los *motivos* que

subyacen a la práctica de las conductas de adhesión, así como el *desempeño competencial* pasado y presente. En la fase 2 se tienen al diagnóstico específico de CM y a las afectaciones en el cuello, pecho/tórax, brazos y abdomen, principalmente. En la fase 3 se incluyen 2 tipos de conductas, las de adhesión y las asociadas a la enfermedad. Por último, en la fase 4 se integra a los indicadores biológicos convencionales y otros resultados de salud.

Por *situaciones vinculadas con estrés* nos referimos a una variable en la que la conducta de una persona, configurada históricamente, hace menos o más probable la aparición de reacciones de estrés cuando se enfrentan situaciones donde: a) las consecuencias al practicar determinada conducta son impredecibles y opcionales *-impredecibilidad-*; b) las señales de estímulo a las que hay que responder son ambiguas *-ambigüedad-*; y c) las consecuencias de estímulo al responder, o su pérdida, son independientes de lo que se haga *-incertidumbre-*<sup>10</sup>. Son situaciones que se caracterizan porque harían posible identificar un perfil funcional o típico de conducta, a partir de la manera en que cada persona ha interactuado en el pasado con situaciones funcionalmente similares de la vida cotidiana, o bien aquellas que se relacionan con otras enfermedades y sus correspondientes tratamientos. Por *motivos* se entiende a una inclinación o propensión a comportarse de cierta forma en circunstancias socialmente valoradas; esto es, cuando una persona *quiere* hacer algo porque lo considera oportuno y pertinente, en virtud de que la práctica de una conducta -por ejemplo, asistir a las sesiones para recibir los tratamientos- se ha visto acompañada de alguna consecuencia de estímulo reforzante, que puede adoptar la forma de un halago, una expresión manifiesta de apoyo, una recompensa económica, etc. Por su parte, las *competencias conductuales* se definen como el conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas por una persona, que le permiten responder de manera ajustada en situaciones en las que se especifican explícitamente los criterios sobre qué hacer; cuando se dice que una persona es competente, se parte del entendido de que dispone de los recursos necesarios y suficientes para *poder* hacer aquello que se espera<sup>10</sup>.

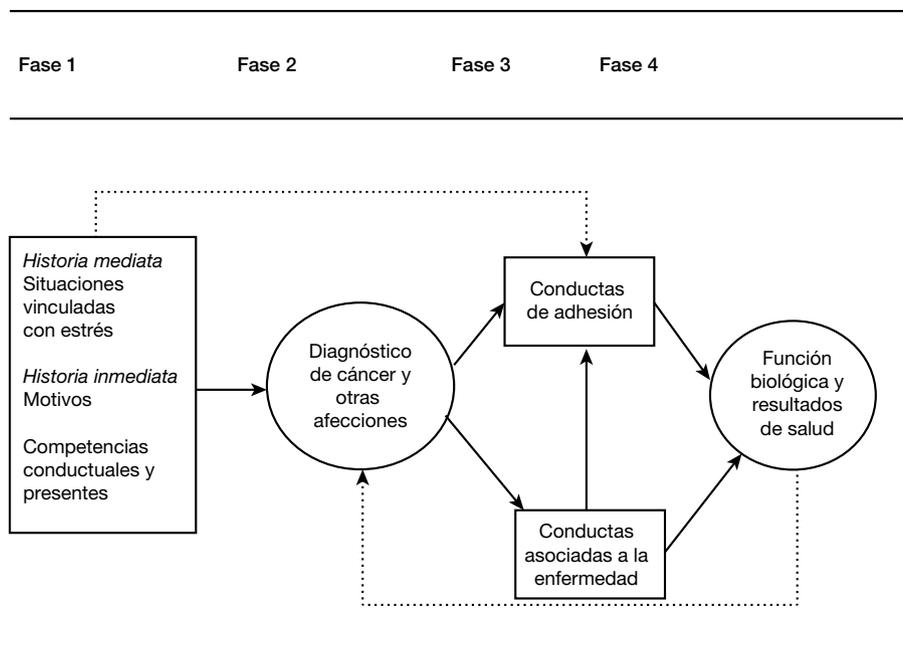


Figura 1 Modelo Psicológico de Adhesión.

Una vez que una persona ha sido diagnosticada con CM y dependiendo de si practica o no consistente y eficientemente las conductas de adhesión, o en su defecto las asociadas a la enfermedad (tradicionalmente enmarcadas en los rubros de ansiedad, depresión, ira, impulsividad, etc.), será menos o más probable que se mantenga estable la funcionalidad biológica como parte de la fase 4, es decir, que se obtengan o no óptimos resultados de salud. Si no se practican las primeras, bien por la influencia de las variables de proceso de la fase 1 o por la manifestación también práctica de las conductas asociadas a la enfermedad, se facilitará la progresión clínica de la enfermedad y con ello la aparición de otras alteraciones propias de la fase 2.

Con base en las variables del mencionado Modelo Psicológico se planteó el presente estudio, que tuvo como objetivo el de identificar los predictores de 2 conductas de adhesión en una muestra de mujeres con CM del Perú.

## Métodos

Se condujo un estudio transversal que contempló inicialmente un universo de poco más de 1,000 hombres y mujeres que en el mes de diciembre de 2012 se encontraban recibiendo tratamiento en el Departamento de Mamas y Tejidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en Lima, Perú. La selección de las participantes se realizó con base en un muestreo no probabilístico de tipo accidental, cuyos criterios de inclusión fueron los siguientes: a) tener diagnóstico confirmado de CM mediante estudio histopatológico; b) tener 25 o más años, y c) haberse sometido a sesiones para el tratamiento con quimioterapia. Como criterios de exclusión se consideraron: a) ser paciente nueva, y b) contar con diagnóstico de CM en etapa terminal. De

aquel universo, un total de 70 mujeres cumplieron con los criterios de inclusión, quienes al momento de realizado el estudio tenían una edad promedio de 47 años (desviación estándar,  $DE=7.8$ ) y edades mínima y máxima de 27 y 60 años, respectivamente. Treinta y ocho (54.3%) procedían de la ciudad capital, Lima, en tanto que las 32 (45.7%) restantes de diferentes ciudades de provincia. Asimismo, las participantes tenían viviendo con la enfermedad un promedio de 8.2 meses ( $DE=3.6$ ); las restantes características clínicas, conductuales y psicológicas se resumen en la tabla 1.

Se utilizaron 2 instrumentos: 1) el cuestionario Variables Psicológicas y Conductas de Adhesión (VPAD-15), adaptado y validado en mujeres con CM del Perú<sup>11</sup>. Consta de 3 factores que explican 43.5% de la varianza, así como un valor del alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach de 0.70: el primero incluye preguntas relacionadas con las competencias conductuales pasadas que se traducían en diferentes conductas de adhesión frente a otras enfermedades y otros tratamientos; el segundo, con los motivos que subyacen a las actuales conductas de adhesión y las competencias relacionadas con la salud; en tanto que el tercero con las competencias relacionadas a la enfermedad/tratamiento y el ajuste social. Las preguntas se encuentran definidas en un formato tipo *Likert* que va de 1 (nunca) a 4 (siempre) en todas las modalidades de competencias y las conductas de adhesión, así como de 1 (no fue un motivo determinante) a 4 (fue un motivo determinante) en el caso de los motivos. 2) La escala de Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-11), adaptada y validada en la misma población<sup>12</sup>, la cual cuenta con una estructura de 2 factores que explican el 59.9% de la varianza y una confiabilidad de 0.89 según el  $\alpha$  de Cronbach: el primero tiene que ver con situaciones típicas que implican

**Tabla 1** Características sociodemográficas, clínicas, psicológicas y conductuales de las participantes (N=70)

Variables	X	DT	Mínimos y máximos	N	%
Edad	47.0	7.8	27 - 60		
Procedencia					
• Lima				38	54.3
• Provincia				32	43.7
Nivel socioeconómico					
• Medio - bajo				70	100
Tiempo viviendo con CM	8.2	3.6	2-20		
Tiempo de exposición a QT	4.2	2.4	1-17		
No. de sesiones de QT	7.8	5.2	2-30		
Asistir a consulta	3.8	0.4	2-4		
Cuidar zona del cuerpo	3.2	0.8	1-4		
F1:VPAD-15 (Motivos y CRS)	13.3	2.0	6-18		
F2: VPAD-15 (Competencias pasadas)	14.5	3.7	5-20		
F3: VPAD-15 (CRE/t y sociales)	15.3	2.8	9-20		
F1: SVE-11 (Ambigüedad/frustración)	43.9	17.2	8-76		
F2: SVE-11 (Toma de decisiones)	14.9	7.4	3-29		

M: cáncer de mama; QT: quimioterapia; CRS: competencias relacionadas con la salud; CRE/t: competencias relacionadas con la enfermedad y los tratamientos; VPAD: cuestionario Variables Psicológicas y Conductas de Adhesión; SVE: escala de Situaciones Vinculadas con Estrés.

tolerancia a la ambigüedad/frustración, vinculadas ambas con la enfermedad y los tratamientos; la segunda con la toma de decisiones respecto de los tratamientos. Las 11 preguntas se encuentran definidas en una escala de 10 puntos, que van del 1 (no es una situación amenazante) a 10 (es una situación bastante amenazante).

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS® para Windows, versión 19.0. Inicialmente se extrajeron las frecuencias, los valores de la media y sus correspondientes DE, así como el rango de respuestas de las diferentes variables del modelo (tolerancia a la ambigüedad/frustración, toma de decisiones, motivos y competencias). El análisis de regresión múltiple por pasos se utilizó para identificar cuáles de esas variables predecirían la práctica de 2 conductas de adhesión, a saber, “asistir a las consultas programadas con el especialista” y “cuidar las zonas del cuerpo a la exposición de calor” (en dichos análisis y considerando que en el factor 2 del VPAD-15 se incluyen preguntas sobre los motivos que subyacen específicamente a la conducta *asistir a sesiones de tratamiento y/o consumir los medicamentos* y las competencias para el cuidado de la salud; para el análisis de la segunda conducta se eliminaron las 4 preguntas sobre motivos, formándose un índice que consta de 2 preguntas sobre tales competencias). Para evaluar la bondad de ajuste de los datos al modelo se utilizaron los siguientes indicadores: la estimación de los coeficientes de regresión; la muestra de los coeficientes de regresión y la prueba de significancia para cada una de las Betas; el coeficiente de determinación  $R^2$  corregido, que constituye un estimado de qué tan bien los datos se ajustan al modelo en una población estudiada (con la varianza total

explicada y su correspondiente análisis de varianza); el diagnóstico de colinealidad; finalmente, la prueba de Durbin-Watson para el análisis de los residuales<sup>13</sup>.

## Resultados

Tal y como se puede observar en la tabla 1, las participantes reportaron “asistir a las consultas programadas con el especialista” en un promedio de 3.8 veces (con valores de 1 a 4), mientras que la conducta “cuidar las zonas del cuerpo a la exposición de calor” en un promedio de 3.2 veces (mismos valores); en ambos casos se podría afirmar que se trataba de participantes con óptimos niveles de adhesión. En lo referente a las puntuaciones promedio para cada uno de los factores del VPAD-15, en los 3 fueron altas, si se consideran los valores mínimos y máximos. En un sentido opuesto, las puntuaciones promedio para los 2 factores del SVE-11 fueron intermedias, considerando también los valores mínimos y máximos. En lo que toca a los análisis de regresión múltiple por pasos, la conducta “asistir a las consultas programadas con el especialista” arrojó como sus predictores a 2 factores (tabla 2): el uno del VPAD-15 (competencias conductuales pasadas) y el otro del SVE-11 (estrés vinculado con tolerancia a la ambigüedad/frustración). La prueba del ANOVA fue significativa ( $F[2.66]=31.080$ ;  $p<0.001$ ), con el coeficiente de determinación  $R^2$  corregido = 0.469, lo que significa que esos 2 factores explican el 46.9% de la varianza total. Asimismo, los valores del índice de tolerancia y del factor de inflación de la varianza fueron los óptimos, es decir, cercanos a 1.000 en el primero y ligeramente superiores a dicho valor en el segundo.

**Tabla 2** Análisis de regresión de las conductas de adhesión y sus predictores

Conductas y predicciones	B	EE	Beta	t	ρ	Estadísticas de colinealidad	
						IT	FIV
<b>Conducta: “Asistir a consultas...”</b>							
Constante	1.655	0.289		5.732	0.001		
Competencias pasadas	0.149	0.019	0.691	7.768	0.001	0.986	1.014
Tolerancia a la ambigüedad/frustración	0.005	0.002	-0.201	-2.555	0.001	0.986	1.014
<b>Conducta: “Cuidar zonas del cuerpo...”</b>							
Constante	0.698	0.783		0.891	0.376		
Competencias pasadas	0.341	0.112	0.863	3.041	0.005	0.162	6.175
Competencias para la salud	-0.348	0.151	-0.652	2.299	0.05	0.162	6.175

FIV: Factor de inflamación de la varianza; IT: índice de tolerancia

Por otro lado, en la tabla 3 se resumen los estadísticos de colinealidad, con base en 2 indicadores: los autovalores y el índice de condición. Para el primero el valor fue 0.011 y para el segundo de 16.248, que son los apropiados, pues en el caso de éste se espera que se ubique por debajo de 25.000. Mientras tanto, la prueba de Durbin-Watson para este análisis fue de 1.671, indicando que los residuos son independientes (tabla 3), cuya media fue de cero (valores mínimos = -0.979; valores máximos = 0.697;  $DT=0.324$ ).

Respecto de la conducta “cuidar las zonas del cuerpo a la exposición de calor”, aún cuando en la tabla 2 se observa que en el modelo 2, tanto el factor 1 (competencias conductuales pasadas) como el índice (competencias para la salud) predijeron la conducta y que la prueba del ANOVA fue significativa ( $F[2.66]=5.350$ ;  $p<0.007$ ), es importante hacer notar que el valor del índice de condición fue mayor que 25.000, lo que sugeriría que se incumple con el supuesto de no-colinealidad; esto es así al margen de que la prueba de Durbin-Watson fue también la adecuada (2.316, indicando que los

residuos son independientes y cuya media fue de cero), destacando que los estadísticos de tolerancia no fueron los apropiados: mientras que el índice de tolerancia fue de 0.162, el factor de inflación de la varianza fue de 6.176 (tabla 4).

## Discusión

En este estudio se trabajó con una muestra de mujeres con CM del Perú expuestas a quimioterapia. Siendo una enfermedad con profundas implicaciones tanto para quien la padece como para otras personas significativas de su entorno inmediato, desde una perspectiva psicológica resulta de capital importancia dar cuenta de cómo es que determinados procesos -por ejemplo, personalidad, motivación y desempeño competencial- y estados -por ejemplo, afecto positivo o negativo, condiciones biológicas, etc.- operan desde el momento mismo de su diagnóstico y a lo largo de la intervención.

**Tabla 3** Diagnóstico de colinealidad

Conducta: “Asistir a consultas...”							
Modelo	Dimensión	Autovalores	Índice de condición	Proporción de la varianza			
				C	VPAD	SVE	
2	1	2.889	1.000	0.00	0.00	0.01	
	2	0.100	5.377	0.02	0.05	0.97	
	3	0.011	16.248	0.98	0.94	0.11	
Conducta: “Cuidar zonas del cuerpo...”							
Modelo	Dimensión	Autovalores	Índice de condición	Proporción de la varianza			
				C	VPAD	Índice	
3	1	2.964	1.000	0.01	0.00	0.00	
	2	0.034	9.346	0.22	0.00	0.15	
	3	0.003	34.153	0.78	1.00	0.85	

C: constante; VPAD: Cuestionario Variables Psicológicas y Conductas de Adhesión; SVE: escala de Situaciones Vinculadas con Estrés.

Tabla 4 Estadísticos de los residuos

	N	X	DE	Mínimo	Máximo	Durbin-Watson
<b>Conducta: "Asistir a consultas..."</b>						
Valor pronosticado	69	3.87	0.314	2.69	4.40	1.671
Residual	69	0.000	0.324	-0.979	0.697	
Valor pronosticado típico	69	0.000	1.000	-3.753	1.695	
Residuo típico	69	0.000	0.985	-2.980	2.121	
<b>Conducta: "Cuidar zonas del cuerpo..."</b>						
Valor pronosticado	69	3.23	0.308	2.05	3.40	2.316
Residual	69	0.000	0.765	-2.369	1.298	
Valor pronosticado típico	69	0.000	1.000	-3.843	0.537	
Residuo típico	69	0.000	0.985	-3.050	1.671	

Tal y como se ha documentado ampliamente, esos procesos o estados eventualmente influirán en la manera que se haga frente tanto al diagnóstico como a la intervención propiamente dicha, facilitando o impidiendo que se practiquen las conductas de adhesión que son necesarias en razón de la enfermedad<sup>14</sup>.

Según se describió en el apartado previo, para 2 conductas de adhesión, "asistir a las consultas programadas con el especialista" y "cuidar las zonas del cuerpo a la exposición de calor", en la primera se encontró una interacción muy interesante entre 2 factores psicológicos del Modelo Teórico que sirvió de soporte a este estudio. Es decir, se trata de un grupo de mujeres que antes del diagnóstico de la enfermedad se podría afirmar que eran competentes -disponían de información y sabían qué hacer- frente a otras enfermedades y otros tratamientos (factor 2 del VPAD-15); a la par, y esto es preciso subrayarlo, evidenciaron moderados niveles de estrés en su modalidad de ambigüedad/frustración (factor 1 del SVE-11).

Esto último pudiera deberse al hecho de que, en virtud de que las mujeres de esta muestra tenían viviendo con la enfermedad un tiempo promedio de 8.1 meses y que el transcurrido desde el inicio del tratamiento con quimioterapia era también reciente, podría afirmarse que ante el conocimiento que se tenía de la importancia del tratamiento para evitar la progresión clínica de la enfermedad, existía una menor probabilidad de que se manifestaran las reacciones de estrés propias de la *ambigüedad* -por ejemplo, saber sobre la efectividad potencial del tratamiento y de los potenciales efectos secundarios producidos por este- y de la *frustración* -saber que la enfermedad y el tratamiento exigen practicar diversas conductas de ajuste, así obtener consecuencias positivas por parte del médico y otras personas significativas del entorno social inmediato al practicarlas, fundamentalmente-.

Como apuntan Bayés y Ribes<sup>15</sup>, en la medida en que se es tolerante a la ambigüedad/frustración, es en la misma medida en que existe una mayor probabilidad de que se regule tanto la operación de los motivos como de las competencias

conductuales; por tanto, que se practiquen las conductas de adhesión de manera consistente y eficiente, tal y como quedó evidenciado con la conducta "asistir a las consultas programadas con el especialista". Por lo que hace a la conducta "cuidar las zonas del cuerpo a la exposición de calor", según se refirió en el apartado previo, al violarse los supuestos de no-colinealidad es poco lo que se puede agregar, salvo que en algún modo se perfila una línea de trabajo que debe explorarse en el futuro, considerando el peso que se puso de manifiesto por parte del factor 1 del VPAD-15 (competencias pasadas).

Ahora bien, lo que resulta intrigante de los hallazgos reportados, es que tratándose de una muestra que en términos generales practicó la primera conducta con una elevada frecuencia (o sea, siempre o la mayoría de las veces) y que, traducida a porcentajes ascendió a 95.7%, llama nuestra atención el que el factor 1 del SVE-11 (tolerancia a la ambigüedad/frustración) haya figurado como su predictor. Esto, porque contrasta con lo que hemos encontrado en personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) con altos niveles de adhesión o que han sido 100% adherentes al tratamiento con anti-retrovirales en estudios de corte transversal<sup>16</sup> y longitudinal<sup>17</sup>, para quienes los predictores han sido invariablemente las variables *motivos* y *competencias conductuales*. Una posible explicación es que, a diferencia de la muestra de este estudio, que se encontraba conformada por mujeres, que tenían viviendo poco tiempo con la enfermedad y que se habían sometido a cirugía y quimioterapia en un corto periodo, en las muestras de personas con VIH se consideraron tanto a hombres como mujeres, que tenían viviendo en promedio entre 45 y 60 meses con la seropositividad y que, adicionalmente, estaban únicamente expuestas a tratamiento con medicamentos anti-retrovirales. Por tanto, pareciera que tanto el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad como el del inicio de los tratamientos influyeron diferencialmente, al menos sobre la primera de las conductas de adhesión aquí analizadas.

Dicho de otra manera, las implicaciones que se desprenden al practicar una conducta como la de "asistir a las

consultas programadas con el especialista” no son las mismas que las que eventualmente se desprenderían de “cuidar las zonas del cuerpo a la exposición de calor” u otras más (como recibir los tratamientos, seguir una dieta o realizar ejercicio físico dosificado). En efecto, en la primera, por ejemplo, un diagnóstico temprano y oportuno del CM, junto con la elección del tratamiento apropiado, podrán impactar en menor o mayor medida si tanto el especialista en Oncología como el resto de integrantes del equipo de salud se dan a la tarea de comunicar el diagnóstico oportunamente, evitando o minimizando el impacto emocional y la crisis que se asocian con el CM y la muerte<sup>18,19</sup>; si esto se consigue, lo que se estaría propiciando no sería otra cosa que atenuar o eliminar la ambigüedad (ambigüedad) y la incertidumbre (frustración) que se asocian con los tratamientos y sus beneficios potenciales en el corto y/o mediano plazos. Por consiguiente, resulta entendible por qué en el caso de la primera conducta hayan sido justamente un buen desempeño competencial en el pasado y los moderados niveles de estrés vinculados con la ambigüedad/frustración las variables que la predijeron.

No obstante, los hallazgos aquí obtenidos y partiendo de que es éste el primer estudio en el que se emplea el Modelo Psicológico de Adhesión en mujeres con CM, hay que reconocer sendas limitaciones. Por un lado, que al tratarse de un grupo de mujeres que fue seleccionado con base en muestreo no probabilístico de tipo accidental, se ve afectado el grado en el que los resultados puedan ser generalizados a otras poblaciones. Por el otro, que debido a cuestiones administrativas y operativas, fue imposible llevar al cabo una segunda medición en el tiempo de las conductas de adhesión y sus determinantes, para los fines de evaluar si la primera de las conductas cambiaba en su frecuencia y porcentaje en función de la variabilidad de las variables psicológicas y las relacionadas con los tiempos de la enfermedad, del transcurrido desde la cirugía y de exposición a quimioterapia. Por tal motivo, será necesario emprender nuevos estudios en los que se incluya una muestra que sea demográficamente representativa del CM en las diferentes regiones del país, de manera tal que nos encontremos en una inmejorable posición para diseñar, instrumentar y evaluar programas de intervención interdisciplinaria desde el momento mismo en que la enfermedad es diagnosticada, hasta que se inicia con los tratamientos, promoviendo el ajuste psicológico a la enfermedad y los tratamientos prescritos<sup>20-22</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

## Referencias

- 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.
- Consultado el 24 de enero de 2013. <http://www.inen.sld.pe>
- American Joint Committee on Cancer Classification. Breast cancer screening and diagnosis guidelines. NCCN. Clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines). Chicago, IL: Author; 2009.
- Blanchard CM, Courneya KS, Stein K, American Cancer Society's SCS-II. Cancer survivors' adherence to lifestyle behavior recommendations and associations with health-related quality of life: results from the American Cancer Society's SCS-II. *J Clin Oncol* 2008;26:2198-2204.
- Ahmadian M, Abu Samah A. A literature review of factors influencing breast cancer screening in Asian countries. *Life Sci J* 2012;9:585-594.
- O'Neill SC, DeFrank JT, Vegella P, et al. Engaging in health behaviors to lower risk for breast cancer recurrence. *Plos One* 2013;8:e53607.
- Loprinzi PD, Cardinal BJ, Si Q, et al. Theory-based predictors of follow-up exercise after a supervised exercise intervention in older breast cancer survivor. *Support Care Cancer* 2012;20:2511-2521.
- Showalter SL, Brown JC, Cheville AL, et al. Lifestyle risk factors associated with arm swelling among women with breast cancer. *Ann Surg Oncol* (Published online: 03 October 2012).
- 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.
- Ribes E. Psicología y salud. Un análisis conceptual. Barcelona: Martínez Roca; 1990.
- Mejía R, Piña JA, Méndez J, et al. Versión peruana de un cuestionario que mide variables psicológicas relacionadas con la adhesión en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2013;10:143-155.
- Mejía R, Laborín JF, Piña JA, et al. Adaptación y validación de la escala que mide situaciones vinculadas con estrés (SVE-12) en mujeres con cáncer de mama del Perú (en revisión).
- Gardner RC. Estadística para psicología usando SPSS para Windows. México: Pearson Educación; 2003.
- Meza-Rodríguez MP. Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatol Reprod Hum* 2007;21:72-80.
- Bayés R, Ribes E. Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. En: Piña JA. Psicología y salud: aportes del análisis de la conducta. Hermosillo, México: Editorial de la Universidad de Sonora; 1992. p. 1-15.
- Piña JA, García CH, Ybarra JL, et al. Psychological and biological variables among HIV 100% adherent patients: A path analysis. En: García CH, Ballester R, Piña JA (editors). *Chronic disease and medication adherence behaviors: Psychological research in Ibero-American countries*. Hauppauge NY; Nova Science Publishers; 2012. p. 203-219.
- Sánchez-Sosa JJ, Fierros LE, Cázares O, et al. 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. 137-154.
- Pocino M, Luna G, Canelones P, et al. La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007;4:59-73.
- Wolin KY, Dart H, Colditz GA. Eight ways to stay healthy after cancer: an evidence-based message. *Cancer Causes Control* (Published online: 12 March 2013).
- Bravo MC. Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Rev Elect Psicol Iztacala* 2010;13:67-82.
- Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annu Rev Psychol* 2007;58:565-592.
- Ibáñez E, Soriano J. Intervención psicológica en enfermos de cáncer: planteamientos del presente, deseos del futuro. *Anal Modif Cond* 2008;34:259-289.