

PARTICIPACIÓN EN CRIBADOS MAMOGRÁFICOS Y CREENCIAS DE SALUD: UNA PERSPECTIVA DE PROCESO

MAMMOGRAPHIC SCREENING UPTAKE AND HEALTH BELIEFS: A PROCESS PERSPECTIVE

Yolanda Andreu, María José Galdón, Estrella Durá, Verónica García y Elena Ibáñez.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

Resumen

Objetivo. Analizar las creencias y actitudes ante el cáncer de mama y la mamografía —utilizando las variables sociocognitivas postuladas por el Modelo de Creencias de Salud— asociadas a diferentes estadios de adopción de la conducta mamográfica.

Método. Se comparan diversos grupos de mujeres establecidos en función de su nivel de adopción de la conducta mamográfica. La muestra ha estado formada por 127 mujeres invitadas a participar en el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de la Generalitat Valenciana. Se evaluaron dos tipos de variables: (i) sociocognitivas: gravedad percibida del cáncer de mama, vulnerabilidad percibida al cáncer de mama, motivación general para la salud, beneficios y barreras percibidas de la mamografía, e información sobre el cáncer de mama y sus técnicas de detección precoz; y (ii) estadio de adopción de la conducta mamográfica: precontemplación, contemplación, acción, acción-mantenimiento y recaída.

Resultados. Todas las variables sociocognitivas evaluadas establecen diferencias estadísticamente significativas. Algunas (información, beneficios y barreras) diferencian entre estadios de adopción, mientras que otras lo hacen en función de si la conducta mamográfica se realiza, con la periodicidad recomendada,

Abstract

Objective. To analyze the beliefs and attitudes towards breast cancer and mammography —using the sociocognitive variables postulated by the Health Beliefs Model— associated with different stages of mammography adoption.

Methods. A cross-sectional design was used. The sample consisted of Spanish women (N= 127) invited to participate in the Breast Cancer Detection Programme of the Valencian Regional Government (Spain). Two types of variables were assessed: (i) Socio-cognitive: perceived severity of breast cancer, perceived susceptibility to breast cancer, general health motivation, benefits and barriers perceived to mammography, and the degree of information about breast cancer and screening techniques; and (ii) Stage of mammography adoption: Precontemplation, Contemplation, Action, Action-Maintenance and Relapse.

Results. All sociocognitive variables showed significant statistic differences. Some of them (information, benefits, and barriers) showed differences between stages of adoption, while others (severity, susceptibility, and motivation) discriminated between women in Action-maintenance stage participating in a breast cancer screening programme, and women in the same stage, adopting the mammography behaviour on their own.

Correspondencia:

Yolanda Andreu Vaillo.
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia.
E-mail: yolanda.andreu@uv.es

Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración de la Oficina del Plan del Cáncer de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Agradecemos a los responsables del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de la Generalitat Valenciana la autorización y colaboración prestada en la realización de este trabajo.

dentro de un programa de detección precoz o de forma voluntaria por parte de la mujer (gravedad, vulnerabilidad y motivación).

Conclusiones. Los resultados de este estudio confirman que las variables socio cognitivas postuladas por el Modelo de Creencias de Salud pueden predecir el movimiento progresivo hacia estadios más comprometidos con la conducta mamográfica. Estos resultados contribuyen a orientar las campañas dirigidas a incrementar la participación de las mujeres en programas de cribado mamográfico.

Palabras clave: creencias de salud, cribado mamográfico, estadios de adopción de la conducta.

Conclusions. Our findings show that the sociocognitive variables of Health Beliefs Model are associated with the progressive movement towards more developed stages of mammography adoption. The results of this research may improve public campaigns addressed to increase women participation in breast cancer mammography screening programmes.

Key words: health beliefs, mammographic screening, stages of adoption.

INTRODUCCIÓN

La mamografía es la técnica más ampliamente reconocida como método de detección temprana del cáncer de mama⁽¹⁻⁴⁾. Aunque algunos autores han cuestionado la utilidad del cribado mamográfico^(5,6), y todavía existe controversia respecto a la edad de comienzo —para el intervalo entre 40 y 50 años⁽⁷⁻⁹⁾—, existe consenso en la recomendación (grado B) de la utilización de la mamografía, cada 1 ó 2 años, para la detección temprana del cáncer de mama en las mujeres a partir de los 40 años de edad⁽¹⁰⁾. Sin embargo, el éxito de cualquier programa de *screening* mamográfico requerirá, además, la existencia de un alto nivel de participación de las mujeres en el proceso. Sin dicha participación, ningún programa de *screening* contará con todos los requisitos necesarios e imprescindibles para alcanzar sus objetivos⁽¹¹⁾.

Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados por diferentes instituciones públicas para divulgar los beneficios de los programas de cribado mamográfico, el grado de participación de las mujeres en este tipo de programas sigue siendo inferior al deseado⁽¹²⁻¹⁴⁾. Es así, que com-

prender los factores asociados con la participación resulta ser un aspecto especialmente crítico en el marco de la detección temprana del cáncer de mama.

De los distintos modelos teóricos encaminados a comprender los factores psicológicos que influyen en la realización de las conductas de salud, los que han recibido una mayor atención a la hora de comprender los factores que influyen en la asistencia a los controles mamográficos han sido el Modelo de Creencias de Salud^(15,16) y, más recientemente, el Modelo Transteórico⁽¹⁷⁾.

Brevemente, el Modelo de Creencias de Salud (MCS) postula que la probabilidad de que una persona adopte una conducta de salud está determinada por cuatro variables psicológicas: a) la persona debe percibirse vulnerable a la enfermedad (vulnerabilidad percibida); es decir, debe ser consciente de su riesgo personal de padecer esta enfermedad; b) debe considerar que las consecuencias de la enfermedad, tanto médicas como sociales, son graves (gravedad percibida), c) debe creer que la conducta de salud (en nuestro caso, la mamografía) reducirá (o eliminará) la amenaza de la enfermedad (beneficios percibidos); y d)

debe considerar que los inconvenientes o los aspectos negativos (físicos, psicológicos, sociales, etc.) asociados a la acción preventiva (barreras percibidas) pueden ser superados por los beneficios. Vulnerabilidad y Gravedad o, lo que es lo mismo, la amenaza percibida de la enfermedad determina el grado de motivación o preparación psicológica del sujeto para llevar a cabo alguna acción preventiva y las percepciones del sujeto respecto a las ventajas e inconvenientes de llevar a cabo la conducta preventiva determinan la acción específica emprendida. Adicionalmente, el modelo propone que, cuando el sujeto mantiene estas creencias, la conducta de salud puede ser desencadenada ante la presencia de determinados disparadores o “claves para la acción”. Estas claves pueden ser internas (síntomas físicos) o externas (recibir una invitación para participar en un programa de control mamográfico). Por último, el modelo de Creencias de Salud también reconoce que otras variables (las llamadas de forma genérica, estructurales) como son las variables sociodemográficas, las características de personalidad o el grado de información pueden influir en la decisión de adoptar una conducta de salud, pero siempre de forma indirecta, a través de su influencia sobre las dimensiones sociocognitivas básicas postuladas por el modelo.

Posteriormente, no obstante, los propios autores del modelo^(18,19) han propuesto ampliaciones del MCS para incluir otras variables como la motivación general para la salud o valor que la persona otorga al mantenimiento de su salud⁽¹⁵⁾; el grado en que el sujeto percibe su salud como estando bajo su propio control o más allá de éste —locus de control de la salud⁽²⁰⁾— y la expectativa de autoeficacia o creencia del sujeto en su propia habilidad para llevar a cabo de forma correcta la conducta preventiva^(19,21).

De forma genérica, los resultados empíricos obtenidos tras la aplicación del MCS al estudio de la conducta mamográfica, han confirmado la existencia de relaciones significativas entre las variables contempladas por el modelo y dicha conducta preventiva, que en unos casos han sido más consistentes que en otros⁽²²⁻²⁴⁾. Por ejemplo vulnerabilidad y gravedad presentan resultados contradictorios y poco sólidos, respectivamente; mientras el resto de variables han mostrado resultados más consistentes. No obstante, los porcentajes de varianza explicados han resultado ser moderados y, en general, menores de lo que cabría esperar en función de los presupuestos teóricos.

Por otro lado, diversos autores han señalado algunas limitaciones de estos marcos teóricos, fundamentalmente por considerarlos modelos estáticos interesados exclusivamente en las motivaciones de las personas para llevar a cabo conductas de salud, pero sin abordar el problema de cómo se traducen las intenciones en acciones y/o cómo se producen los procesos de cambio en las conductas de salud^(25,26). En esta línea, una serie de estudios recientes en torno a la conducta mamográfica parten del supuesto de que la adopción de una conducta de salud, como puede ser el someterse periódicamente a mamografías, no debe ser conceptualizada de manera dicotómica; esto es, en función de si se cumple o no el criterio establecido, sino como un proceso. El marco teórico de referencia de este nuevo planteamiento lo constituyen los modelos de estadios que han sido aplicados con éxito previamente al estudio del abandono de conductas adictivas como alcoholismo o tabaco⁽²⁷⁻²⁹⁾ y que ha ido ganando terreno en la investigación sobre conductas de salud, incluida la mamografía.

De entre los modelos de estadios, ha sido el Modelo Transteórico (MTT)⁽¹⁷⁾ el que ha centrado la atención en el estudio de la conducta mamográfica. Dicho modelo conceptualiza el cambio como un proceso, postulando que los individuos se mueven a través de una serie de estadios que están progresivamente más comprometidos con la adopción de una conducta de salud o el abandono de la misma. Así, este modelo posibilita un esquema de clasificación de los sujetos en función de que ni siquiera se hayan planteado la conducta en cuestión —precontemplación— que se la estén planteando pero no hayan pasado a la acción —contemplación— que recientemente hayan pasado a la acción —acción— que se encuentren en una fase consolidada del cambio comportamental —mantenimiento— o, incluso, que hayan iniciado la acción en algún momento pero no la mantengan —recaída—. Además de estos estadios, el modelo postula otros elementos que son los responsables de la progresión, mantenimiento y/o abandono de la conducta de salud: los procesos de cambio —actividades encubiertas y/o manifiestas que llevan a cabo los individuos cuando intentan modificar una conducta de salud— y el balance decisonal o de pros y contras de la conducta en cuestión —aspectos positivos y negativos percibidos de la misma—. Estos constructos explican los movimientos de un estadio a otro y están asociados empíricamente con ellos⁽²⁸⁾.

El MTT se ha aplicado utilizando exclusivamente sus propios constructos —estadios, balance decisonal, y procesos de cambio⁽³⁰⁻³⁹⁾— o bien en combinación con el MCS —equiparando las variables de beneficios y barreras de este modelo con los pros y contras del modelo transteórico⁽⁴⁰⁻⁴⁵⁾. En ambos casos, los resultados muestran diferencias significativas en las percepciones de las

mujeres ante la mamografía, en función del estadio de adopción de esta conducta en que se encuentran. Por otro lado, investigaciones más recientes en torno al modelo transteórico han evidenciado que las intervenciones diseñadas específicamente en función del estadio de adopción de la conducta mamográfica en que se encuentran las mujeres, incrementan significativamente la adherencia a controles mamográficos⁽⁴⁶⁻⁵³⁾.

Precisamente con el propósito último de orientar las programas dirigidos a incrementar la asistencia a controles mamográficos por parte de las mujeres, este estudio se plantea como objetivo principal analizar las creencias y actitudes ante el cáncer de mama y la mamografía, utilizando las variables sociocognitivas postuladas por los modelos de creencias de salud— asociadas a diferentes estadios de adopción de la conducta mamográfica.

MÉTODO

Diseño

El diseño utilizado es de carácter transversal comparativo, en el que se contrastan diversos grupos de mujeres establecidos en función de su nivel de adopción de la conducta mamográfica.

Variables e instrumentos

Las variables evaluadas incluyen las sociodemográficas, estadio de adopción de la conducta mamográfica y diversas variables sociocognitivas referidas a las creencias y actitudes ante el cáncer de mama y la mamografía. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

a) *Escala de estadios de adopción de la conducta mamográfica*: Compuesta por un total de 6 ítems; cuatro de ellos

recogen información acerca de la conducta e intención mamográfica de la mujer y los dos restantes indagan sobre los motivos y el lugar de realización de las mamografías, en su caso, con el objetivo de excluir a aquellas mujeres que se realizaron mamografías por otros motivos diferentes al screening.

A partir de las definiciones de estadios de adopción publicadas en diferentes investigaciones relacionadas con el Modelo Transteórico y las conductas preventivas del cáncer de mama^(31,34,36,37,41,44,45), se delimitaron los criterios para el establecimiento de los siguientes estadios de adopción de la conducta mamográfica:

- Precontemplación: no se ha hecho nunca una mamografía y no piensa hacérsela en los próximos dos años.
- Contemplación: no se ha hecho nunca una mamografía, pero sí tiene pensado hacerse una en los próximos dos años.
- Acción: se ha hecho una mamografía en los últimos dos años, pero no tiene hecha otra en los dos años anteriores a esa (es decir, hace 4 años) y está pensando hacerse otra en los próximos dos años.
- Acción-Mantenimiento: se ha hecho una mamografía hace dos años, otra en los dos años anteriores a éstos y piensa hacerse otra en los próximos dos años.
- Recaída: se ha hecho una mamografía previa, pero no en los últimos dos años, y piensa hacerse una en los próximos dos años, o se ha hecho una mamografía previa, pero no en los últimos dos años y no piensa hacerse otra en los próximos dos años.

b) *Cuestionario sobre el grado de información acerca de las técnicas de de-*

tección temprana del cáncer de mama: Compuesto por 9 ítems que cuantifican el grado de información que se posee sobre las técnicas de prevención secundaria del cáncer de mama. Ha sido elaborado a partir de los instrumentos sobre grado de información acerca del cáncer de mama, publicados por Stillman⁽⁵⁴⁾ y McCance, Mooney, Smith y Field⁽⁵⁵⁾.

c) *Escala sobre creencias y actitudes ante el cáncer de mama:* Las variables “vulnerabilidad percibida” al cáncer de mama (5 ítems), “gravedad percibida” de la enfermedad (7 ítems) y “motivación general para la salud” (7 ítems) del Modelo de Creencias de Salud se evalúan a través del cuestionario elaborado por Champion⁽⁵⁶⁾. Todos los ítems se evaluaron con formato tipo Lickert de 7 puntos (desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”).

d) *Escala de consecuencias percibidas de la mamografía:* A partir de los cuestionarios de diferentes autores^(34,36,37,44,45,56-59), se elaboraron las medidas correspondientes para las variables de “beneficios percibidos” —pros— y de “barreras percibidas” —contras— de la mamografía. La subescala de beneficios está formada por un total de 14 ítems y la de barreras por 17. Todos ellos se presentan en un formato tipo Lickert con 7 puntos de anclaje (desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”).

La consistencia interna (α de Cronbach) de las escalas fue satisfactoria en todos los casos. Sólo la escala *motivación general para la salud* obtuvo un coeficiente más bajo, aunque superando el valor de $\alpha=0,60$. En concreto, los valores obtenidos fueron los siguientes: información ($\alpha=0,84$), gravedad ($\alpha=0,80$), vulnerabilidad ($\alpha=0,84$), motivación general para la salud ($\alpha=0,64$), beneficios ($\alpha=0,92$) y barreras ($\alpha=0,87$).

Muestra y procedimiento

La muestra inicial abordada está formada por 116 mujeres pertenecientes al área de salud 04 de la *Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana*. Todas ellas habían sido invitadas a participar en el Programa de Prevención de Cáncer de Mama (año 2006/2007), desarrollado por dicha Consellería y no habían acudido a la cita para realizarse la mamografía, pesar de haber recibido las preceptivas cartas de citación y recitación. De estas 116 mujeres, 1 declinó participar en el estudio, 6 tenían cáncer de mama y 14 presentaban otras anomalías en la mama. Tras la aplicación de los criterios previamente descritos, las 95 mujeres restantes fueron asignadas al estadio correspondiente de adopción de la conducta mamográfica en el que se encontraban, quedando la siguiente distribución: precontemplación (N= 35), contemplación (N= 1), recaída (N= 24), acción (N= 1) y acción-mantenimiento (N= 34).

Dos aspectos a destacar a partir de esta distribución. En primer lugar, no es posible abordar el estudio de los estadios de contemplación y acción, dado que estaban constituidos por un solo sujeto, por lo que fueron eliminados del estudio. En segundo lugar, obsérvese la aparición de un subgrupo de mujeres que se encuentra en el estadio de acción-mantenimiento, aunque la conducta mamográfica la realice fuera de la cobertura del Programa. Nos pareció interesante explorar posibles diferencias existentes entre este grupo y otro similar, pero que lleva a cabo la conducta dentro del programa. Así, de la muestra de mujeres que sí habían acudido a su cita con el programa de la Consellería, seleccionamos un subgrupo equiparado al grupo ya existente de acción-mantenimiento en tamaño, estadio de adop-

ción, edad, nivel de estudios e historia familiar de cáncer de mama, incrementándose así la muestra final del estudio en 34 mujeres más.

Así pues, la muestra final considerada en este estudio está constituida por un total de 127 mujeres pertenecientes a cuatro grupos representativos de tres estadios: precontemplación (Gpc) (N=35), recaída (Gr) (N=24), acción-mantenimiento fuera del Programa (Gamnp) (N=34) y acción-mantenimiento dentro del Programa (Gamp) (N=34).

El primer contacto con las mujeres se estableció telefónicamente, si la mujer no había acudido a su cita con el Programa, o en la propia unidad mamográfica, en caso de que sí lo hubiera hecho. De cualquier manera, se informó a la mujer del propósito del estudio y de que su participación era totalmente voluntaria y anónima. Sólo tras obtener su consentimiento informado, se procedió a la entrevista, que tenía lugar en el domicilio particular o en la propia Unidad, dependiendo de si la mujer había aceptado la invitación al Programa o no.

La media de edad de la muestra total (N= 127) es de 59 años (DT= 6,28). La mayoría de las mujeres posee un nivel de estudios primarios (76,4%). La gran mayoría de las mujeres (94,5%) no tiene ningún miembro (ni de primer ni de segundo grado) en su familia que haya padecido cáncer de mama.

Análisis estadístico

Se realizaron pruebas de ANOVA y Chi cuadrado para explorar la existencia de diferencias en las variables sociodemográficas entre los subgrupos que componen la muestra. Posteriormente, se llevó a cabo un MANCOVA con sus correspondientes pruebas *post hoc* para el estudio de las variables sociocognitivas evaluadas, con el objetivo de analizar

la existencia de diferencias significativas en estas variables entre los subgrupos. Así mismo, y con el objetivo de analizar las creencias específicas asociadas al estadio de adopción de la conducta mamográfica, se realizaron ANCOVAs y sus correspondientes pruebas *post hoc* para los ítems de aquellas variables en las que este análisis podía aportar información cualitativamente relevante más allá de la ofrecida por la puntuación total de la escala. Este fue el caso de las variables de “beneficios”, “barreras” e “información”. Las comparaciones entre grupos se establecieron siempre entre, por un lado, cada uno de los subgrupos procedentes de la muestra que no acudió a su cita en el programa y, por otro, el considerado como grupo de referencia: el grupo que sí aceptó la invitación al programa.

En el Mancova comprobamos la homogeneidad de las matrices de covarianzas a través de la prueba M de Box y, dado que no resultó significativa, empleamos como estadístico de contraste el habitual Lambda de Wilks. En las pruebas de contraste entre subgrupos utilizamos el estadístico de Bonferroni que corrige el nivel de significación observado por el hecho de realizar comparaciones múltiples⁽⁶⁰⁾.

RESULTADOS

Diferencias entre estadios en variables sociocognitivas

En primer lugar se exploró la existencia de diferencias entre los subgrupos de la muestra en las variables de edad, nivel de estudios e historia familiar de cáncer de mama. En la Tabla 1 se presentan las medias y desviaciones típicas de los diferentes subgrupos en la variable edad; así como también las frecuencias y porcentajes correspondientes, en las

variables de nivel de estudios e historia familiar de cáncer de mama. Los resultados obtenidos a este respecto, mostraron que, mientras los grupos eran similares en historia familiar de cáncer de mama (Chi cuadrado= 4,35; $p=,63$), diferían significativamente en las variables de edad ($F= 3,28$; $p=,02$) y nivel de estudios (Chi cuadrado= 18,46; $p=,03$). Obsérvese a este respecto que son precisamente los estadios que no realizan la conducta mamográfica en la actualidad, los estadios de mayor edad y mayor porcentaje de mujeres sin estudios o, como mucho, con estudios primarios.

El Mancova, utilizando como dependientes las variables sociocognitivas, como covariadas las sociodemográficas y como variable independiente el subgrupo, mostró la existencia de efectos significativos de esta última variable (Lambda de Wilks: $[10,260]=0,283$; $p=0,00$). En la Tabla 2 se muestran los resultados de la prueba F y el nivel de significación. En dicha tabla se presentan también las medias y desviaciones típicas obtenidas por cada uno de los subgrupos de la muestra en las diferentes variables sociocognitivas; así como los resultados para las pruebas *post hoc* que alcanzaron la significación estadística ($p<,05$). Recuérdese que las comparaciones entre grupos se establecieron siempre entre, por un lado, cada uno de los subgrupos procedentes de la muestra que no acudió a su cita en el programa y, por otro, el considerado como grupo de referencia: el grupo que sí aceptó la invitación al programa.

Los resultados del Mancova (Tabla 2) muestran que todas las variables sociocognitivas evaluadas establecen diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos de la muestra. Atendiendo a los contrastes entre grupos dos a dos, podríamos hablar de dos conjuntos de variables: aquellas que diferencian entre

Tabla 1: **Medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes en las variables de edad, nivel de estudios e historia familiar para cada uno de los grupos de la muestra.**

ESTADÍO	X Edad (DT)	Nivel de Estudios				H ^a F ^a de cáncer de mama
		Ninguno	Primarios	Secundarios	Superiores	
Gpc (N= 35)	60,49 (6,90)	3 (8,6%)	31 (88,6%)	0 (0,0%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)
Gr (N=24)	60,38 (6,63)	1 (4,2%)	19 (79,2%)	4 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0%)
Gamnp (N = 34)	57,03 (5,46)	0 (0,0%)	23 (67,6%)	6 (17,6%)	5 (14,7%)	3 (8,8%)
Gamp (N= 34)	57,03 (5,46)	0 (0,0%)	24 (70,6%)	6 (17,6%)	4 (11,8%)	3 (8,8%)

X = media. DT= desviación típica. Gpc= Grupo de precontemplación; Gr= Grupo de recaída; Gamnp= Grupo de acción-mantenimiento (no acuden al programa); Gamp= Grupo de acción-mantenimiento (acuden al programa).

estadios de adopción de la conducta mamográfica (información, beneficios y barreras) y aquellas otras que parecen relacionarse más bien con la presencia o ausencia de una determinada clave para la acción; dicho de otro modo, si la conducta mamográfica se realiza dentro o fuera del programa (gravedad, vulnerabilidad y motivación general para la salud).

En efecto, si atendemos a las medias, observamos que el grupo de acción-mantenimiento que realiza la conducta mamográfica fuera del programa (Gamnp) muestra significativamente una mayor motivación general para la salud, se percibe menos vulnerable al cáncer de mama y lo considera una enfermedad menos grave que el grupo de acción-mantenimiento que realiza la conducta dentro del programa (Gamp).

Por otro lado, los estadios de precontemplación (Gpc) y recaída (Gr) tienen, significativamente, menos información y perciben menos beneficios que el estadio de acción-mantenimiento (Gamp). Así mismo, el estadio de precontemplación (Gpc) percibe, significativamente,

más barreras que el estadio de acción-mantenimiento (Gamp).

Son precisamente las escalas de información, beneficios y barreras las que, a través de un análisis más detallado de sus ítems, pueden aportar información cualitativamente relevante. Nos centraremos en este análisis a continuación.

Diferencias en los ítems de la escala de beneficios percibidos de la mamografía.

Se realizaron análisis de covarianza (ANCOVAs) para cada uno de los ítems de la variable beneficios. La Tabla 3 presenta las medias y desviaciones típicas obtenidas por cada uno de los grupos, junto con los resultados de la prueba F y el nivel de significación. En la tabla 4 se presentan los contrastes entre grupos que alcanzaron la significación estadística ($p < .05$).

Los resultados (Ver Tabla 4) indican que únicamente dos ítems no establecen diferencias significativas entre los grupos contrastados; así, todos los estadios contemplados parecen coincidir en la percepción de que la mamografía, al detectar el cáncer de mama de manera precoz, permitiría empezar pronto un

Tabla 2: **Resultados del MANCOVA realizado para las variables sociocognitivas. Prueba F, nivel de significación y pruebas "post hoc" de contraste entre grupos (Bonferroni). Medias y desviaciones típicas de las variables en cada uno de los grupos.**

Variables	F	p	Gpc N = 35		Gr N = 24		Gamnp N = 34		Gamp N = 34	
			X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Gravedad	6,75	0,000	32,23	11,52	33,71	9,16	24,88	10,17	34,88	9,08
Post Hoc			-		-		-9,79***			
Vulnerabilidad	2,45	0,037	11,94	8,96	11,63	6,91	10,65	8,06	16,77	6,81
Post Hoc			-		-		-6,10*			
Motivación GS	3,77	0,003	41,29	7,24	46,04	4,52	46,38	4,40	41,94	7,06
Post Hoc			-		-		4,40*			
Beneficios	49,44	0,000	54,29	14,30	78,25	20,21	91,94	8,03	92,88	6,42
Post Hoc			-35,69***		-11,99**		-			
Barreras	17,54	0,000	63,54	17,67	41,50	18,30	28,35	8,38	36,74	19,70
Post Hoc			25,87***		-		-			
Información	30,64	0,000	3,91	2,78	6,08	3,02	8,91	0,29	8,50	0,74
Post Hoc			-4,25***		-2,11***		-			

X = media. DT = desviación típica. Sólo se presentan los resultados que alcanzaron la significación estadística. Gpc = Grupo de precontemplación; Gr = Grupo de recaída; Gamnp = Grupo de acción-mantenimiento (no acuden al programa); Gamp = Grupo de acción-mantenimiento (acuden al programa).

Los contrastes "post hoc" se establecen siempre entre uno de los estadios del grupo que no acude al programa (Gpc, Gr o Gamnp) y el grupo de acción-mantenimiento que sí acude (Gamp).

Niveles de significación: * \leq 0,05; ** \leq 0,01; *** \leq 0,001.

tratamiento (ítem 4) y que éste no fuera tan malo (ítem 12).

Por otra parte, el estadio de precontemplación (Gpc) se caracteriza por una menor percepción de eficacia clínica de la mamografía tanto a nivel relativo —en comparación con la autoexploración (ítem 6) y el examen clínico (ítem 7)—, como a nivel absoluto —para detectar anomalías y bultos no cancerosos (ítem 3), para detectar un cáncer de mama cuando está empezando, con lo que la probabilidad de cura sería mayor (ítems 2 y 13) y menor la de morir por cáncer de mama (ítem 8)—. Así mismo, el estadio de precontemplación también percibe en menor grado la tranquilidad y control que, sobre su salud, podría aportarle la

realización de mamografías periódicas (ítems 1, 5, 9, 10, 11 y 14).

Esa menor percepción de la tranquilidad emocional que puede aportar el control mamográfico (ítems 1, 9, 10, 11 y 14) es lo que caracteriza, prácticamente en exclusiva, a las mujeres en el estadio de recaída (Gr). De hecho, a nivel de eficacia clínica de la mamografía, sólo destaca un aspecto puntual: una menor percepción de la superioridad de la mamografía frente al examen clínico (ítem 7).

Finalmente, los dos grupos de acción-mantenimiento (Gamnp y Gamp) sólo se diferencian entre sí en un ítem. En concreto, el grupo que realiza la conducta mamográfica fuera del programa considera en mayor medida que someterse a mamografías implicaría una dis-

Tabla 3. **Resultados del análisis de covarianza (ANCOVAS) realizado para cada uno de los ítems de la variable beneficios percibidos. Prueba F y nivel de significación. Medias y desviaciones típicas de los ítems en cada uno de los grupos.**

Ítems Beneficios			Gpc N = 35		Gr N = 24		Gamnp N = 34		Gamp N = 34	
	F	p	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Ítem 1	33,28	0,000	2,89	2,07	5,25	2,15	5,85	1,48	6,82	1,03
Ítem 2	9,78	0,000	5,20	1,81	6,25	1,60	6,91	0,52	6,65	1,43
Ítem 3	10,86	0,000	5,83	1,47	6,50	1,14	7,00	0,00	6,91	0,52
Ítem 4	0,71	0,548	6,40	1,22	6,63	1,01	6,56	1,50	6,82	1,03
Ítem 5	15,05	0,000	2,97	2,18	5,25	2,15	5,85	1,48	5,71	2,25
Ítem 6	17,85	0,000	5,23	1,48	6,13	1,39	6,91	0,52	6,82	0,72
Ítem 7	21,33	0,000	4,51	1,15	5,13	1,48	6,24	1,30	6,71	1,14
Ítem 8	30,39	0,000	2,63	1,83	5,00	2,45	7,00	0,00	5,32	2,47
Ítem 9	55,58	0,000	1,69	1,80	4,25	2,92	6,30	1,96	7,00	0,00
Ítem 10	43,73	0,000	1,94	2,16	4,75	2,83	6,41	1,74	6,82	1,03
Ítem 11	48,66	0,000	2,03	2,18	5,00	2,75	6,44	1,73	7,00	0,00
Ítem 12	8,00	0,000	5,46	1,52	6,50	1,14	7,00	0,00	6,29	1,82
Ítem 13	15,52	0,000	5,57	1,67	6,50	1,14	7,00	0,00	7,00	0,00
Ítem 14	55,30	0,000	1,94	2,03	5,13	2,63	6,47	1,73	7,00	0,00

X = media. DT= desviación típica. p= significación. Sólo se presentan los resultados que alcanzaron la significación estadística. Gpc= Precontemplación; Gr= Recaída; Gamnp= Acción-Mantenimiento (No acuden al programa); Gamp= Acción-Mantenimiento (Acuden al programa).

minución de la probabilidad de morir por cáncer de mama (ítem 8).

Diferencias en los ítems de la escala de barreras percibidas de la mamografía

Los resultados de los análisis de covarianza para cada uno de los ítems de la variable barreras percibidas de la mamografía se presentan en la Tabla 5. En la Tabla 6 se presentan los resultados que alcanzaron la significación estadística ($p < .05$) en los contrastes considerados.

Como vemos en esta última tabla, las diferencias significativas en función del estadio de adopción de la conducta mamográfica se concentran en sólo ocho de los diecisiete ítems que componen la escala de barreras percibidas a la mamografía. Ni las barreras vinculadas con

la consideración de la mamografía como una pérdida de tiempo (ítem 1) o como algo inútil puesto que si se detecta algo ya no se podrá hacer nada (ítem 13); ni tampoco aquellas otras asociadas a la percepción de la mamografía como algo que resulta difícil de recordar (ítems 12 y 16), costoso por el desplazamiento (ítem 17), que llevaría mucho tiempo (ítem 15) y que podría resultar vergonzoso (ítem 5) y doloroso (ítem 9), muestran un perfil diferencial significativo entre los estadios contemplados en este trabajo.

La gran mayoría de las diferencias encontradas caracterizan al estadio de precontemplación (Gpc), indicando que para las mujeres que ni siquiera se han planteado llevar a cabo la conducta preventiva, una mamografía supondría hacerse una prueba que no les resulta familiar

Tabla 4. **Resultados de las pruebas post hoc de contraste entre grupos, para cada uno de los ítems de la variable beneficios percibidos (prueba de Bonferroni).**

Ítems pertenecientes a la escala de Beneficios	Gpc-Gamp	Gr-Gamp	Gamp-Gamp
1. Me confirmaría que todo va bien	3,94 ***	-1,57 **	
2. Permitiría diagnosticar pronto un cáncer de mama si lo tuviera	1,45 ***		
3. Permitiría detectar anomalías y bultos no cancerosos si yo los tuviera	1,08 ***		
4. Permitiría empezar pronto un tratamiento si tuviera algo malo			
5. Me confirmaría que nada va mal	2,74 ***		
6. Permitiría detectar un cáncer que no podría encontrar autoexplorándome	-1,60 ***		
7. Permitiría detectar un cáncer que no se podría detectar mediante examen clínico	-2,19 ***	-1,58 ***	
8. Disminuiría mi probabilidad de morir por cáncer de mama	-2,70 ***		1,68 **
9. Cada uno o dos años me tranquilizaría sobre mi salud	-5,31 ***	-2,75 ***	
10. Me ayudaría a tranquilizar mi mente	-4,88 ***	-2,07 ***	
11. De una forma rutinaria, me tranquilizaría sobre mi estado de salud	-4,97 ***	-2,00 ***	
12. Permitiría que el tratamiento no fuese tan malo al detectar el cáncer de mama de manera precoz			
13. Permitiría detectar el cáncer de mama cuando está empezando, con lo que las posibilidades de curarlo serían grandes	-1,43 ***		
14. Regularmente, me daría control sobre mi salud	-5,06 ***	-1,88 **	

Niveles de significación: * \leq 0,05; ** \leq 0,01; *** \leq 0,001. Sólo se presentan los resultados que alcanzaron la significación estadística. Gpc= Precontemplación; Gr= Recaída; Gamp= Acción-Mantenimiento (No acuden al programa); Gamp= Acción-Mantenimiento (Acuden al programa).

Tabla 5. **Resultados del análisis de covarianza (ANCOVAS) realizado para cada uno de los ítems de la variable barreras percibidas. Prueba F y nivel de significación. Medias y desviaciones típicas de los ítems en cada uno de los grupos.**

Ítems Barreras			Gpc N = 35		Gr N = 24		Gamnp N = 34		Gamp N = 34	
	F	p	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Ítem 1	5,57	0,001	2,20	2,21	1,00	0,00	1,00	0,00	1,35	1,43
Ítem 2	13,91	0,000	4,46	2,64	2,29	2,37	1,29	1,22	1,97	2,18
Ítem 3	7,67	0,000	4,34	2,16	4,00	1,98	3,12	2,59	2,06	1,58
Ítem 4	12,62	0,000	5,46	2,56	3,63	2,98	1,94	2,00	2,68	2,58
Ítem 5	1,76	0,158	1,60	1,42	1,25	0,85	1,15	0,86	1,12	0,54
Ítem 6	33,44	0,000	5,89	2,31	3,13	2,86	1,03	0,17	2,35	2,23
Ítem 7	61,85	0,000	6,40	1,75	1,88	1,88	1,00	0,00	2,44	2,46
Ítem 8	8,49	0,000	5,63	2,56	4,13	3,00	2,59	2,58	3,12	2,72
Ítem 9	7,11	0,000	3,74	1,12	2,13	1,73	1,88	1,75	2,62	2,35
Ítem 10	10,37	0,000	5,23	2,32	3,58	2,48	2,12	1,87	3,29	2,67
Ítem 11	2,37	0,074	5,20	2,74	5,50	2,65	4,71	2,78	3,77	2,79
Ítem 12	0,77	0,514	1,63	1,65	1,25	0,85	1,18	1,03	1,35	1,43
Ítem 13	5,94	0,001	2,54	1,84	1,50	1,45	1,00	0,00	1,88	2,03
Ítem 14	8,35	0,000	3,40	2,50	2,00	2,11	1,35	1,43	1,44	1,50
Ítem 15	4,24	0,007	2,11	1,94	1,25	0,85	1,00	0,00	1,53	1,57
Ítem 16	0,98	0,407	1,34	0,97	1,25	0,85	1,00	0,00	1,35	1,43
Ítem 17	4,28	0,007	2,37	2,22	1,75	1,59	1,00	0,00	2,41	2,48

X = media. DT= desviación típica. p= significación. Los datos significativos se encuentran sombreados. Gpc= Precontemplación; Gr= Recaída; Gamnp= Acción-Mantenimiento (No acuden al programa); Gamp= Acción-Mantenimiento (Acuden al programa).

(ítem 7), que sería incómoda o molesta (ítem 2), perjudicial debido a los rayos X (ítem 3), inconveniente en su caso (ítem 6), siendo además que prefieren no saber si tienen o no cáncer de mama (ítem 14). Además, creen en mayor medida que la mamografía les haría sentirse ansiosas (ítem 10) y preocuparse innecesariamente (ítem 4) por la posibilidad de tener un cáncer de mama (ítem 8).

Por otro lado, sólo un ítem resulta significativo en relación al estadio de recaída (Gr): las mujeres de este grupo perciben un mayor perjuicio de la mamografía debido a los rayos X (ítem 3).

Por último, los dos grupos de acción-mantenimiento (Gamnp y Gamp) también se diferencian entre sí en dos ítems. En concreto, el grupo que realiza la conducta mamográfica dentro del programa ve mayor inconveniente por la poca familiaridad de la prueba y por el desplazamiento que supone (ítems 7 y 17).

Diferencias en los ítems de la escala de información

Los resultados de los análisis de covarianza para cada uno de los ítems de la escala de información se presentan

Tabla 6. Resultados de las pruebas *post hoc* de contraste entre grupos, para cada uno de los ítems de la variable barreras percibidas (prueba de Bonferroni).

Ítems pertenecientes a la escala de Barreras	Gpc-Gamp	Gr-Gamp	Gamn-Gamp
1. Sería una pérdida de tiempo			
2. Sería incómodo o molesto	2,49 ***		
3. Posiblemente sería perjudicial debido a los rayos X	2,28 ***	1,94 **	
4. Haría que me preocupase innecesariamente	2,78 ***		
5. Sería vergonzoso o embarazoso para mí			
6. No me parecería conveniente en mí caso	3,53 ***		
7. Supondría hacerme una prueba que no me es familiar	3,96 ***		-1,44 **
8. Supondría pensar en la posibilidad de tener un cáncer de mama	2,51 ***		
9. Podría ser doloroso			
10. Me haría sentirme ansiosa	1,94 **		
11. Me daría miedo por si me encuentran algo anormal			
12. Me resultaría difícil porque siempre estoy muy ocupada			
13. Es inútil, porque si me encuentran algo anormal ya no se podrá hacer nada			
14. Prefiero no saber si tengo o no tengo cáncer de mama	1,96 ***		
15. Me llevaría demasiado tiempo			
16. Me resultaría difícil, porque no me acuerdo de pedir cita			
17. Me resultaría costoso, si el sitio para hacérmela estuviera a más de unos pocos minutos en coche de mi casa			-1,41 *

Niveles de significación: * \leq 0,05; ** \leq 0,01; *** \leq 0,001. Los datos significativos se encuentran sombreados. Gpc= Precontemplación; Gr= Recaída; Gamn= Acción-Mantenimiento (No acuden al programa); Gamp= Acción-Mantenimiento (Acuden al programa).

en la Tabla 7. En la Tabla 8 se presentan los resultados que alcanzaron la significación estadística ($p < .05$) en los contrastes considerados; todos los ítems de la escala mostraron diferencias estadísticamente significativas en función del estadio mamográfico.

Atendiendo a los contrastes entre grupos (Tabla 8), observamos que dos ítems referidos a la utilidad, en abstracto, de la mamografía para las mujeres de determinada edad (ítem 1) y a la utilidad de la mamografía aunque no se perciba nada anormal (ítem 4), diferencian sólo al estadio de precontemplación (Gpc). Todos los demás ítems de la escala de información diferencian a los dos estadios que no llevan a cabo la conducta en el momento presente (Gpc y Gr) frente al grupo de mantenimiento (Gmp). En efecto, las mujeres de los estadios de precontemplación (Gpc) y recaída (Gr) tienen menos información respecto a que a partir de cierta edad —lo que

incluye la suya—, una mujer necesita hacerse mamografías periódicas (ítems 3 y 9); aunque ese año se haya hecho una citología (ítem 7) y aunque en las mamografías previas no se haya detectado ningún problema (ítems 6 y 8); ya que se puede tener cáncer de mama, aunque no se tenga ningún síntoma (ítem 2); también tienen más información acerca de los cambios anormales en la mama (ítem 5). Este último ítem es el único que establece una diferencia entre los dos grupos de acción-mantenimiento: el grupo que realiza la conducta mamográfica fuera del programa (Gamnp) tiene más información acerca de los cambios anormales en la mama que el grupo que realiza la conducta dentro del programa (Gamp).

CONCLUSIONES

Plantearémos nuestras conclusiones en torno a dos grupos de mujeres: a) por un lado, aquellas que actualmente

Tabla 7. **Resultados del análisis de covarianza (ANCOVA) realizado para cada uno de los ítems de la variable información. Prueba F y nivel de significación. Medias y desviaciones típicas de los ítems en cada uno de los grupos.**

Ítems Información			Gpc N = 35		Gr N = 24		Gamnp N = 34		Gamp N = 34	
	F	p	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Ítem 1	6,98	0,00	0,74	0,44	0,79	0,42	1,00	0,00	1,00	0,00
Ítem 2	8,79	0,00	0,54	0,51	0,54	0,51	0,91	0,29	0,91	0,29
Ítem 3	46,74	0,00	0,26	0,44	0,75	0,44	1,00	0,00	1,00	0,00
Ítem 4	41,38	0,00	0,26	0,44	0,75	0,44	1,00	0,00	0,97	0,17
Ítem 5	8,47	0,00	1,00	0,00	0,96	0,15	1,00	0,00	0,82	0,30
Ítem 6	35,22	0,00	0,31	0,47	0,67	0,48	1,00	0,00	1,00	0,00
Ítem 7	27,16	0,00	0,26	0,44	0,54	0,51	1,00	0,00	0,85	0,36
Ítem 8	28,88	0,00	0,31	0,47	0,54	0,51	1,00	0,00	0,94	0,24
Ítem 9	49,01	0,00	0,23	0,43	0,54	0,51	1,00	0,00	1,00	0,00

X = media. DT= desviación típica. p= significación. Los datos significativos se encuentran sombreados. Gpc= Precontemplación; Gr= Recaída; Gamnp= Acción-Mantenimiento (No acuden al programa); Gamp= Acción-Mantenimiento (Acuden al programa).

Tabla 8. Resultados de las pruebas post hoc de contraste entre grupos, para cada uno de los ítems de la variable información (prueba de Bonferroni).

Ítems pertenecientes a la escala de Información	Gpc-Gamp	Gr-Gamp	Gamn-Gamp
1. La mamografía es un procedimiento útil para mujeres de mi edad	-0,26 **		
2. Una mujer puede tener cáncer de mama aunque no tenga ningún síntoma ni se encuentre mal	-0,37 ***	-0,37 **	
3. A partir de cierta edad es necesario que las mujeres acudan a hacerse mamografías periódicas	-0,74 ***	-0,25 *	
4. Una mujer sólo necesita hacerse una mamografía cuando se encuentra algo anormal	-0,71 ***		
5. Algunos cambios anormales de la mama incluyen: secreción, bulto, hoyuelo o todos	0,18 ***	0,14 *	0,18 ***
6. A partir de cierta edad es necesario que las mujeres se realicen mamografías aunque en estas no se detecte algo anormal	-0,69 ***	-0,33 ***	
7. Si este año me he hecho una citología ya no necesito hacerme una mamografía	-0,60 ***	-0,31 *	
8. Si una mujer se ha hecho ya un par de mamografías, ya no necesita hacerse ninguna más	-0,63 ***	-0,40 ***	
9. A mi edad es necesario hacerme mamografías	-0,77 ***	-0,46 ***	

Niveles de significación: * \leq 0,05; ** \leq 0,01; *** \leq 0,001. Los datos significativos se encuentran sombreados. Gpc= Precontemplación; Gr= Recaída; Gamnp= Acción-Mantenimiento (No acuden al programa); Gamp= Acción-Mantenimiento (Acuden al programa).

se someten a mamografías periódicas siguiendo las pautas recomendadas (estadio de mantenimiento) —comparando las que lo hacen por su cuenta frente a las que lo hacen dentro de un programa de detección precoz del cáncer de mama—, y b) por otro lado, aquellas mujeres que, habiendo sido invitadas a participar en un programa de detección precoz del cáncer de mama no han acudido a realizarse ninguna mamografía (estadio de precontemplación), o, habiendo acudido en alguna ocasión, no lo hacen actualmente con la periodicidad recomendada (estadio de recaída) —comparando ambos grupos con las mu-

jes que sí acuden al programa con la periodicidad recomendada (estadio de mantenimiento).

Los resultados obtenidos al comparar los dos grupos de mujeres que cumplen actualmente con las pautas de cribado mamográfico (estadio de mantenimiento) indican que el grupo de mujeres que realiza la conducta mamográfica fuera del programa muestra una mayor motivación general para la salud, se percibe menos vulnerable al cáncer de mama y lo considera una enfermedad menos grave que el grupo de mantenimiento que realiza la conducta dentro del programa. Que la motivación general para la salud

sea mayor en el grupo que lleva a cabo la conducta de salud sin la clave de acción que supone la invitación al programa, parece coherente con los postulados teóricos. Lo que ya no lo parece tanto, es que este grupo perciba una menor amenaza, dado que según los postulados del Modelo de Creencias de Salud, una mayor amenaza percibida incrementaría la probabilidad de llevar a cabo la conducta preventiva, aunque no existieran otros desencadenantes de la misma. Sin embargo, es necesario recordar que, a pesar de los postulados teóricos del modelo, la amenaza percibida o, lo que es lo mismo, las variables de gravedad y vulnerabilidad percibidas son las que han obtenido menor apoyo empírico, e incluso a veces resultados contradictorios, en los estudios que han evaluado su papel como predictores de la conducta mamográfica.

Quizá los postulados del Modelo de Creencias de Salud respecto a estas variables no permiten contemplar la peculiaridad de una conducta de salud como es el cribado mamográfico, con el que no se reduce el riesgo de padecer la enfermedad y en el que el supuesto "éxito" de la conducta preventiva es la detección de la enfermedad. Una interpretación más adecuada de estos resultados podríamos encontrarla en la Teoría de la Autorregulación de Leventhal⁽⁶¹⁾. Dicha teoría apela a la existencia de dos canales paralelos de procesamiento de la información sobre la salud, que podrían interferir ocasionalmente uno con otro. Un canal daría lugar a la elaboración de una representación objetiva de la amenaza a la salud y el desarrollo de respuestas de afrontamiento para controlarla (control de la amenaza) y el otro canal conlleva el procesamiento de las reacciones emociones ante esa amenaza y la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento para controlar esa

emoción (control del miedo). Dada la peculiaridad del cribado mamográfico como conducta preventiva, la acción de someterse a un control de mama es un buen candidato para la aparición de la interferencia entre ambos, ya que la evitación de la mamografía puede ser la estrategia más eficaz para controlar el miedo —impidiendo con ello la puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento de la amenaza objetiva—. En el caso del grupo de mantenimiento que no acude al programa, podríamos decir que la menor amenaza percibida, permite que el control del miedo no interfiera el control de la amenaza.

Por su parte, cuando comparamos los grupos de mujeres que actualmente no están cumpliendo las pautas de cribado mamográfico, o bien porque han dejado de hacerlo (estadío de recaída), o bien porque ni siquiera han iniciado la conducta mamográfica (estadío de precontemplación), observamos que, ambos estadíos, tienen menos información y perciben menos beneficios que el grupo de mujeres que sí están acudiendo al programa de cribado mamográfico con la periodicidad recomendada (estadío de mantenimiento). Además, el estadío de precontemplación percibe más barreras que el estadío de mantenimiento. Estos resultados son totalmente consistentes con la bibliografía, si bien cabe destacar de nuevo que estos estadíos no se diferencian entre sí ni en su motivación general para la salud ni en cuanto a la amenaza percibida. Quizá la existencia de un programa de detección precoz como marco de fondo disminuya la importancia de estas variables.

Estos resultados, así como los obtenidos al analizar el contenido concreto de los ítems que establecen diferencias entre estos estadíos, nos permiten de manera tentativa elaborar algunas recomendaciones para las campañas de sa-

lud pública, de modo que sean capaces de adaptar los mensajes a los distintos grados de consolidación de la conducta mamográfica en la población diana.

A nivel general, los mensajes dirigidos a aquellas mujeres que nunca se han sometido a una mamografía y ni siquiera se han planteado esa posibilidad deben abordar un número mayor de cuestiones que los dirigidos a aquellas mujeres que, habiéndose hecho alguna en el pasado, no siguen las pautas recomendadas. Más concretamente, los mensajes dirigidos a aquellas mujeres que nunca se han sometido a una mamografía, y ni siquiera se han planteado esta posibilidad necesitan insistir en:

Ofrecer información que permita combatir la falsa creencia de que una mujer necesita mamografías sólo si se encuentra algo anormal en la mama. Insistir para ello en que el cáncer es asintomático en una primera fase y, por ello, la necesidad de mamografías periódicas, a partir de cierta edad y en ausencia de síntomas o de resultados anormales en mamografías previas.

Enfatizar la eficacia clínica de la mamografía destacando las dos ideas centrales de la eficacia del cribado mamográfico: a) las importantes consecuencias que se derivan de la detección precoz del cáncer de mama en cuanto a tratamientos menos agresivos y mayor nivel de supervivencia; y b) la capacidad de la mamografía como técnica de detección precoz.

También es necesario que los mensajes dirigidos a estas mujeres insistan en el beneficio emocional directo que conlleva todo cribado de salud. Efectivamente, en la mayoría de los casos, la mamografía simplemente va a confirmar que todo va bien o que todo es normal, con lo que, dado el carácter inicialmente asintomático del cáncer de mama, puede aportar a la mujer una sensación

de tranquilidad, seguridad o controlabilidad sobre su salud.

También hay que abordar las barreras relacionadas con el miedo o ansiedad ante los posibles resultados positivos. A este respecto, recuérdese que la ansiedad provocada por el miedo de que algo vaya mal pueda inhibir la participación. Los estudios señalan que la mejor manera de contrarrestar la actitud defensiva de estas mujeres que dicen "no querer saber si tienen o no cáncer" es con la insistencia ya comentada en que el cribado mamográfico puede llevar a la detección de la enfermedad en un estadio en que el tratamiento es eficaz en la reducción de las consecuencias temidas.

Por último y para paliar aquellas barreras vinculadas con la prueba mamográfica en sí misma, los mensajes dirigidos a estas mujeres deben también aportar información que permita superar barreras, digamos menores, y facilite la puesta en práctica de la conducta. Información, por ejemplo, sobre la breve duración de la mamografía (unos 30 segundos), sobre la seguridad de la misma o sobre el escaso porcentaje de mujeres que dice sentir dolor.

Por su parte, los mensajes dirigidos a aquellas mujeres que se han hecho alguna mamografía en el pasado, pero no siguen las pautas recomendadas deben, por su parte, centrarse en:

- *Información:* Insistir en la necesidad de mamografías periódicas. Este grupo parece conocer la necesidad de realizarse mamografías aunque no se tengan síntomas, pero parece carecer de la necesaria información acerca de que no es suficiente con hacerse un par de mamografías. Deben saber que han de hacerse mamografías de forma regular cada dos años,

independientemente de que las mamografías previas no hayan desvelado ningún problema.

- *Barreras vinculadas con la prueba mamográfica en sí misma*: Ofrecer información tranquilizadora en cuanto a las bajas dosis de radiación que supone una mamografía en la actualidad junto con el balance costes-beneficios que supone.
- *Eficacia clínica de la mamografía*: Insistir, no ya en la eficacia de la mamografía como técnica de detección precoz (que parece algo asumido por este grupo), sino en su superioridad como tal técnica frente al examen clínico.
- Por último, aunque no parece que el miedo al hallazgo de la enfermedad esté actuando como un factor inhibitorio en este grupo, sí parece hacerlo la falta de percepción del *beneficio emocional* directo que puede proporcionar la mamografía. Quizá se ha fracasado en transmitir a la mujer la tranquilidad que ofrece un resultado mamográfico normal o quizá su falta de información en lo referido a la periodicidad adecuada de la mamografía sea clave para que la mujer no lo perciba. En cualquier caso, parece necesario insistir en la tranquilidad, seguridad y controlabilidad que sobre la salud aporta la realización de mamografías en los intervalos oportunos, dado que la detección precoz del cáncer de mama es la mejor arma hoy por hoy para reducir su amenaza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 137:347-60.
2. Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL. Efficacy of screening mammography. A meta-analysis. *JAMA* 1995; 273:149-54.
3. Prinic-Zakelj M. Screening mammography for early detection of breast cancer. *Ann Oncol* 1999; 19:121-7.
4. Rippon MB. Breast Cancer: Early detection and prevention. *Cancer Res* 1994; 2:17.
5. Gotzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000; 355:129-34.
6. Olsen O, Gotzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001; 358:1340-2.
7. Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C. The Canadian National Breast Screening Study-1: breast cancer mortality after 11 to 16 years of follow-up. A randomized screening trial of mammography in women aged 40 to 49 years. *Ann Intern Med* 2002; 137:305-12.
8. Ringash J, The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening mammography among women aged 40-49 years at average risk of breast cancer. *Can Med Assoc J* 2001; 164:469-76.
9. Sox H. Screening mammography for younger women: back to basics. *Ann Intern Med* 2002; 137:361-2.
10. U.S. Preventive Services Task Force. *Screening for Breast Cancer: Recommendations and Rationale*. February 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [Documento en internet]. Acceso 10 de octubre de 2007. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer/brcanrr.htm>
11. Marteau TM. Psychology and screening: Narrowing the gap between efficacy and effectiveness. *Brit J Clin Psychol* 1994; 33:1-10.

12. George SA. Barriers to breast cancer screening: an integrative review. *Health Care Women International* 2000; 21:43-65.
13. Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Landstheer JP, Paccaud F. Exploring the reasons for non-participation of women in a breast cancer screening campaign. *Eur J Public Health* 1998; 8:143-5.
14. Pelfrene ER, Bleyen LJ, Backer G. Uptake in breast cancer screening: A sociogeographical analysis. *Eur J Public Health* 1998; 8:146-9.
15. Becker MH. The Health Belief Model and sick role behaviour. *Health Educ Quart* 1974; 2:409-19.
16. Rosenstock IM. Why people use health services? *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44:94-121.
17. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother-Theor Res* 1982; 20:161-73.
18. Rosenstock IM, Strecher V, Becker MR. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Educ Quart* 1988; 15:175-83.
19. Rosenstock IM. The Health Belief Model: Explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editores. *Health Behavior and Health Education. Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1990; p. 39-62.
20. Wallston KA. Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cog Ther Res* 1992; 16:183-99.
21. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behaviour change. *Psicol Rev* 1977; 84:191-215.
22. Andreu Y, Galdón MJ, Durá E. Prevención secundaria del cáncer de mama: el papel de las creencias de salud. En: Dias MR, Durá E, coordinadores. *Territorios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores, 2001; p. 547-78.
23. Durá E, Andreu Y, Galdón MJ. Aplicación de los modelos sociocognitivos a la prevención secundaria del cáncer de mama. *Psicol Cond* 2001; 9:99-130.
24. Galdón MJ, Durá E, Andreu Y, Tuells E, Ibáñez E. La detección temprana del cáncer de mama: creencias de salud y cribado mamográfico. *Rev. Psicol. Univ. Tarracon*. 2003; 25:8-22.
25. Conner M, Norman P. Health Behavior. In: Johnston D, Johnston M, editores. *Health Psychology*, Vol. 8. *Comprehensive Clinical Psychology*. Amsterdam: Elsevier, 2001; p. 1-37.
26. Sheeran P, Abraham C. The Health Belief Model. En Conner M, Norman P, editores. *Predicting Health Behavior*. Buckingham, UK: Open University Press, 1996; p. 23-61.
27. DiClemente CC, Hughes SL. Stages of change profiles in alcoholism treatment. *J Subst Abuse* 1990; 2:217-35.
28. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change in smoking: Toward and integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 5:390-5.
29. Weinstein ND. The precaution adoption process. *Health Psychol* 1988; 7:355-86.
30. Chamot E, Charvet AI, Perneger TV. Predicting stages of adoption of mammography screening in a general population. *Eur J Cancer* 2001; 37:1869-77.
31. Clark MA, Rakowski W, Ehrich B, Pearlman DN, Goldstein MG, Dube CE, et al. Stages of adopting regular screening mammography. Do women differ in decisional balance within stages?. *J Health Psychol* 1998; 3:491-506.
32. Maxwell CJ, Onysko J, Bancej CM, Nichol M, Rakowski W. The distribution and predictive validity of the stages of change for mammography adoption among Canadian women. *Prev Med* 2006; 43(3):171-7
33. Rakowski W, Dube CE, Marcus BH, Prochaska JO, Velicer WF, Abrams DB. Assessing elements of women's decisions

- about mammography. *Health Psychol* 1992; 11:111-8.
34. Rakowski W, Fulton JP, Feldman JP. Women's decision making about mammography: A replication of the relationship between stages of adoption and decisional balance. *Health Psychol* 1993; 12:209-14.
 35. Rakowski W, Ehrich B, Dube CE, Pearlman DN, Goldstein MG, Peterson KK, et al. Screening mammography and constructs from the Transtheoretical model: associations using two definitions of the stages of adoption. *Ann Behav Med* 1996; 18:91-100.
 36. Rakowski W, Andersen MR, Stoddard AM, Urban N, Rimer BK, Lane DS, et al. Confirmatory analysis of opinions regarding the pros and cons of mammography. *Health Psychol* 1997a; 16:433-41.
 37. Rakowski W, Clark MA, Pearlman DN, Ehrich B, Rimer BK, Goldstein MG, et al. Integrating pros and cons for mammography and Pap testing: extending the construct of decisional balance to two behaviors. *Prev Med* 1997b; 26:664-73.
 38. Rimer BK, Conaway MR, Lyna PR, Rakowski W, Woods-Powell CT, Tessaro I, et al. Cancer screening practices among women in a community health center population. *Am J Prev Med* 1996; 12:351-7.
 39. Stoddard AM, Rimer BK, Lane D, et al. Underusers of mammogram screening: stage of adoption in five U.S. subpopulations. *Am J Prev Med* 1998; 27:478-87.
 40. Brenes GA, Skinner CS. Psychological factors related to stage of mammography adoption. *J Womens Health Gend Based Med* 1999; 8:1313-21.
 41. Champion V. Beliefs about breast cancer and mammography by behavioural stage. *Oncol Nurs Forum* 1994; 21:1009-14.
 42. Champion V, Skinner CS. Differences in perceptions of risk, benefits and barriers by stage of mammography adoption. *J Women Health* 2003; 12:277-86.
 43. Champion V, Springston J. Mammography adherence and beliefs in a sample of low-income African American women. *Int J Behav Med* 1999; 6:228-40.
 44. Skinner CS, Champion V, Gonin R, Hanna M. Do perceived barriers and benefits vary by mammography stage? *Psychol Health Med* 1997; 2:65-75.
 45. Skinner CS, Arfken CL, Sykes RK. Knowledge, perceptions and mammography stage of adoption among older urban women. *Am J Prev Med* 1998; 14:54-63.
 46. Champion V, Maraj M, Hui S, Perkins AJ, Tierney W, Menon U, et al. Comparisons of tailored interventions to increase mammography screening in nonadherent older women. *Prev Med* 2003; 36:150-8.
 47. Champion V, Huster G. Effect of interventions on stage of mammography adoption. *J Behav Med* 1995; 18(2):169-87.
 48. Clark MA, Rakowski W, Ehrich B, Rimer BK, Velicer WF, Dube CE, et al. The effect of a stage-matched and tailors intervention on repeat mammography. *Am J Prev Med* 2002; 22:1-7.
 49. Crane LA, Leakey TA, Ehram G, Rimer B, Warnecke RB et al. Effectiveness and cost-effectiveness of multiple outcalls to promote mammography among low-income women. *Cancer Epidem Biomar* 2000; 9:923-31.
 50. Lipkus IM, Rimer BK, Halabi S, Strigo TS. Can tailored interventions increase mammography use among HMO women? *Am J Prev Med* 2000; 18:1-10.
 51. Rakowski W, Ehrich B, Goldstein MG, Rimer BK, Pearlman DN, Clark MA, et al. Increasing mammography among women aged 40-74 by use of a stage-matched, tailored intervention. *Prev Med* 1998; 27:748-56.
 52. Skinner C, Strecher V, Hospers H. Physicians' recommendations for mammography: do tailored messages make a difference? *Am J Public Health* 1994; 84:43-9.

53. Rimer BK, Halabi S, Skinner CS, et al. The short-term impact of tailored mammography decision-making interventions. *Patient Educ Counseling* 2001; 1429:1-17.
54. Stillman MJ. Women's health beliefs about breast cancer and breast self-examination to secondary prevention of breast cancer. *Nurs Res* 1977; 6:121-7.
55. McCance KL, Mooney KH, Smith KR, Field, R. Validity and reliability of a breast cancer knowledge test. *Am J Prev Med* 1990; 6:93-8.
56. Champion V. Instrument refinement for breast cancer screening behaviours. *Nurs Res* 1993; 42:139-43.
57. Montano DE, Taplin SH. A test of an expanded theory of reasoned action to predict mammography participation. *Soc Science Med* 1991; 32:733-41.
58. Stein JA, Fox SA, Murata PJ, Morisky DE. Mammography usage and the health belief model. *Health Educ Quart* 1992; 19:447-62.
59. Vaile MSB, Calnan M, Rutter DR, Wall R. Breast cancer screening services in three areas: Uptake and satisfaction. *J Public Health Med* 1993; 15:37-45.
60. Hair J.F, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análisis Multivariante*. Madrid: Prentice Hall Iberia, 1999.
61. Leventhal H. Findings and theory in the study of fear communications. *Adv Exp Soc Psychol* 1970; 5:119-86.

