

## **CREENCIAS Y ACTITUDES RELACIONADAS CON LA PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA DE CRIBADO MAMOGRÁFICO EN MUJERES CON HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER DE MAMA\***

**M<sup>a</sup> José Galdón<sup>1</sup>  
Estrella Durá<sup>1</sup>  
Yolanda Andreu<sup>1</sup>  
Stephanie Carretero<sup>2</sup>  
José Tuells<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

<sup>2</sup> Alumna del Programa de Doctorado del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

<sup>3</sup> Profesor Asociado. Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante.

### **RESUMEN**

*El objetivo último de este trabajo es orientar de forma específica las intervenciones dirigidas a incrementar la participación de las mujeres en los programas de detección precoz del cáncer de mama. Para ello se analizan las creencias y actitudes hacia el cáncer de mama, asociadas con la asistencia a un programa de cribado mamográfico en la Comunidad Valenciana, en una muestra de*

---

Correspondencia: M<sup>a</sup> José Galdón Garrido. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Avnda. Blasco Ibáñez, nº 21. 46010 Valencia . Teléfono: 96 3 86 4476. Fax: 96 3 86 4669. e-mail: maria.j.galdon@uv.es.

(\*) Este trabajo fue realizado en el marco de un Convenio de Colaboración establecido entre la Universitat de València y la Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana. El proyecto de investigación del que forma parte fue subvencionado por la Universidad de Valencia y, para el presente trabajo, se contó con una subvención específica del Instituto Alicantino de Cultura Juan Gil-Albert de la Diputación Provincial de Alicante dentro de su Convocatoria "Ayudas a la Investigación: Ciencias Sociales y Humanidades 2001".

mujeres que presentan historia familiar de cáncer de mama. Utilizando un diseño transversal se comparan las creencias de salud del subgrupo de mujeres que acudieron al programa de cribado (N=35) con las de aquellas que rechazaron participar en el mismo (N=23). Las variables consideradas fueron las postuladas por los principales modelos sociocognitivos de conductas de salud: el Modelo de Creencias de Salud y la Teoría de la Acción Razonada. Los resultados indican la mayor relevancia de las variables inhibitoras de la asistencia a controles mamográficos que de las que fomentan dicha asistencia. Concretamente las variables de barreras percibidas (específicamente el miedo a la posible detección de un cáncer de mama a través de la mamografía), amenaza percibida (específicamente la creencia en que el cáncer, debido a su gravedad, es incontrolable), y la vulnerabilidad percibida (la creencia específica de una mayor probabilidad a desarrollar esta enfermedad que otras mujeres) inhiben de forma significativa la asistencia a este tipo de programas. Estos resultados, al compararlos con los encontrados en la población general de mujeres invitadas a participar en el mismo programa de cribado, evidencian la necesidad de diseñar las campañas de detección precoz del cáncer de mama en función de la población diana a la que vayan dirigidas atendiendo, fundamentalmente, a la presencia de factores de riesgo como es la historia familiar de esta enfermedad.

**Palabras clave:** HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER DE MAMA, CREENCIAS DE SALUD, CRIBADO MAMOGRÁFICO.

## SUMMARY

The last goal of this work is to guide in a specific way interventions addressed to raise women's participation in breast cancer early detection programmes. For it beliefs and attitudes towards breast cancer, associated with attendance to a mammographic screening program in the Valencian Community, in a sample composed by women with family history of breast cancer, are analyzed. Through a cross sectional design health beliefs of the subgroup of women who attended to the screening programme (N= 35) and women who refused to participate (N= 23) are compared. The variables considered were the postulated by the main sociocognitive models

*of health behaviours: the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action. Results show the greater importance of the inhibited variables of attendance to mammographic tests than those which encourage this attendance. Concretely perceived barriers (specifically fear to the possible detection of breast cancer through mammography), perceived threat (specifically believing that cancer, due to its severity, is uncontrollable), and perceived vulnerability (specific belief of a higher probability than other women to develop this disease) are the variables that inhibit significantly attendance to this sort of programs. These results, when there were compared with those found in the general population of women invited to participate in the same screening programme, prove the necessity of designing early detection campaigns of breast cancer according to the target population they are addressed, primarily attending to presence of risk factors such as the family history of this disease.*

**Key words:** FAMILY HISTORY OF BREAST CANCER, HEALTH BELIEFS, MAMMOGRAPHIC SCREENING.

## 1.- INTRODUCCIÓN

La historia familiar de cáncer de mama es, además de la edad, uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad. Las mujeres con varios parientes de primer grado afectados de cáncer de mama tienen aproximadamente una probabilidad de dos a diez veces mayor de contraer esta enfermedad. Un único familiar de primer grado afectado de cáncer de mama incrementa en 2 veces el riesgo de esta enfermedad y 1,5 veces si se trata de un familiar de segundo grado -abuela o tía-. El riesgo se incrementa sustancialmente en función del número de familiares afectados y del tipo de diagnóstico -premenopaúsico y/o bilateral- de la enfermedad (Egan y cols., 1998; Sattin y cols.1985; Slattery y Kerber, 1993).

Como población riesgo, es esencial que las mujeres con historia familiar de cáncer de mama se sometan regularmente y a partir de cierta edad a las técnicas de detección temprana de esta enfermedad. Sin embargo, diversos estudios indican que las tasas de adherencia de estas mujeres a las pautas de control mamográfico

recomendadas son bajas y, en cualquier caso, no superiores a las encontradas en la población general de mujeres con características demográficas similares (Bastani y cols., 1991; Hyman y cols., 1994; Kaplan y cols. 1991; Krischer y cols., 1988; Stefanek, 1992; Vogel y cols., 1990).

La identificación de los factores implicados en la adherencia a las pautas de cribado mamográfico por parte de las mujeres con historia familiar de cáncer de mama, se convierte así en un objetivo fundamental de cara a incrementar la eficacia de la prevención secundaria del cáncer de mama. Los estudios empíricos que han abordado este objetivo se han basado, en líneas generales, en los mismos planteamientos teóricos que la investigación con población general. El Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974; Rosenstock, 1966; ), la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) y su posterior reformulación como Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988, 1991) han sido los marcos teóricos más utilizados en el análisis de los factores psicosociales que influyen en la adopción de conductas preventivas del cáncer de mama, tanto en el estudio de la población general como en la investigación con mujeres con historia familiar de cáncer de mama.

El Modelo de Creencias de Salud postula que la probabilidad de que una persona adopte una conducta de salud está determinada por cuatro variables: debe percibirse vulnerable a la enfermedad (*Vulnerabilidad percibida*); considerar que las consecuencias de la enfermedad, tanto médicas como sociales, son graves (*Gravedad percibida*); creer que la conducta de salud reducirá o eliminará la amenaza de la enfermedad (*Beneficios percibidos*); y considerar que los inconvenientes o aspectos negativos (físicos, psicológicos, sociales, etc.), asociados a la acción preventiva pueden ser superados (*Barreras percibidas*). Otras variables frecuentemente añadidas al modelo son la *Motivación general para la salud* (Becker, 1974) y las creencias sobre el *Locus de control de la salud* (Lau, 1988; Wallston y Wallston, 1981), postulándose que, a mayor valor otorgado a la salud y mayor percepción de control interno sobre ésta, mayor probabilidad de llevar a cabo la conducta de salud.

Por su parte, la Teoría de la Acción Razonada postula que el determinante más inmediato de la conducta es la intención –lo que

la persona piensa o se propone hacer-. A su vez, las intenciones están determinadas por dos factores: *Actitud hacia la conducta* (creencias de la persona acerca de las consecuencias que puede conllevar la acción, unido al valor que le otorga a esas consecuencias), y *Norma subjetiva* (presión social que el individuo percibe para llevar a cabo o no una determinada conducta, unido a la motivación del sujeto para ajustarse a esas expectativas). Posteriormente, Ajzen (Ajzen 1985, 1988, 1991) formuló la denominada Teoría de la Conducta Planificada que añade a la anterior un nuevo elemento causal: el grado en que el sujeto percibe que la conducta está bajo su propio control (*Control percibido*). De acuerdo con esta teoría, una persona estará predispuesta a llevar a cabo una conducta de salud si cree que la conducta conllevará consecuencias que ella valora; si cree que las personas, cuya opinión estima, piensan que ella debería llevar a cabo esa conducta; y, por último, si considera que la conducta se encuentra fácilmente bajo su control voluntario.

Los estudios empíricos que han intentado determinar los predictores psicológicos de la adherencia a controles mamográficos en mujeres con historia familiar de cáncer de mama no siempre han adoptado, al igual que ha ocurrido en la investigación con población general, un único marco teórico. De hecho, no son infrecuentes los trabajos que consideran más de un modelo teórico y/o contemplan variables no integradas en dichos modelos. Los resultados obtenidos en este marco permiten delimitar algunas creencias de salud que parecen actuar como facilitadores y/o inhibidores de la asistencia a controles mamográficos en esta población riesgo. Por un lado, y como potenciales inhibidores, se han identificado diferentes barreras asociadas con la mamografía: el miedo a la propia técnica mamográfica, la creencia en su no conveniencia, el miedo a la posible detección del cáncer o a los potenciales efectos negativos de la radiación (Duijm y cols. 1997); de igual forma, la falta de información sobre el cáncer de mama -por ejemplo creer que en ausencia de síntomas no es necesario someterse a una mamografía- aparece en las mujeres con historia familiar de cáncer de mama como una de las principales razones para no someterse a estos controles (Rimer y cols., 1989; Duijm y cols., 1997). Por otro lado, como variables asociadas positivamente con la asistencia a dichos controles, los estudios señalan

la motivación general para la salud (McCaul y cols., 1996) y la influencia de diversos factores de presión social: la recomendación del médico de someterse a mamografías (Bondy y cols., 1992; Grady y cols., 1992; Schwartz y cols., 1999), la recomendación de familiares y amigos (Finney y Iannotti, 2001), de los medios de comunicación en general (Bondy y cols., 1992), y la experiencia cercana con la enfermedad a través de familiares y/o amigos (Chalmers y Thomson, 1996; Drossaert y cols., 1996; Finney y Iannotti, 2001).

Los resultados hasta ahora señalados apuntan en la misma dirección que los obtenidos para la población general de mujeres, y en la dirección teóricamente postulada. No ha ocurrido lo mismo en el caso concreto de la variable vulnerabilidad percibida; variable que, además, dada la mayor percepción de vulnerabilidad al cáncer de mama observada en las mujeres con historia familiar de esta enfermedad (Drossaert y cols., 1996; Esplen y cols., 2000; Evans y cols., 1993; Finney y Iannotti, 2001; Gagnon y cols., 1996; Lerman y cols., 1993; Lerman, y cols., 1994; Lerman y cols., 1995; Lindberg y Wellisch, 2001; Lloyd y cols., 1996; Polednak y cols., 1991; Valdimarsdottir y cols., 1995; Vogel y cols., 1990; Zakowski y cols., 1997) ha sido objeto de un mayor número de estudios con el fin de determinar su relación con la utilización de la mamografía en esta población de riesgo. No obstante, los resultados de estos estudios son contradictorios (para una revisión ver, Lerman y Schwartz, 1993), en cuanto que unos han encontrado una relación positiva (Lerman y cols., 1990), otros negativa (Hailey, 1991; Kash y cols., 1992; Kash y cols., 1995; Lingberg y Wellisch, 2001; Polednak y cols., 1991), e incluso una ausencia de relación (Drossaert y cols., 1996; Diefenbach y cols., 1999; Lerman y cols., 1993) entre ambas variables. Se ha intentado explicar estos resultados no concluyentes aludiendo al papel modulador que pueden jugar determinadas variables en la relación entre vulnerabilidad percibida al cáncer de mama y adopción de conductas preventivas de esta enfermedad. Entre estas variables se ha destacado el papel de factores emocionales como el distres o el miedo/ansiedad ante la posible aparición de la enfermedad; factores que podrían estar asociados a la alta vulnerabilidad percibida que parece caracterizar a la población de mujeres con historia familiar de cáncer de mama. La clásica teoría de las "Comunicaciones

que suscitan miedo" (Janis y Feshbach, 1953) o la más reciente de la "Autorregulación" de Leventhal (Leventhal, 1970; Leventhal y cols., 1980) se han postulado como marcos adecuados para explicar el papel de estos factores emocionales. Ambas postulan, aunque desde perspectivas diferentes, que elevadas reacciones de miedo a ansiedad ante una amenaza podrían interferir en la adopción de conductas de afrontamiento para hacer frente a dicha amenaza.

En definitiva, diversas investigaciones arrojan resultados importantes de cara a delimitar las variables relacionadas con la participación en los controles mamográficos de las mujeres con mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama. Si bien todas estas variables han sido identificadas también como predictores importantes de la asistencia a controles mamográficos en la población general, su relevancia pudiera tener un peso diferente, o incluso pueden establecer relaciones inversas con la asistencia –tal y como parece ocurrir en el caso de la variable de vulnerabilidad percibida– en el subgrupo poblacional específico de mujeres con historia familiar de cáncer de mama. Por ello son necesarios estudios que aborden el análisis de los predictores de la asistencia a controles mamográficos por parte de las mujeres con historia familiar, en comparación con la población general. Por otro lado, es necesario también abordar esta investigación dentro de diferentes contextos culturales que pudieran mediatizar la relación entre predictores psicosociales y asistencia a controles mamográficos, tal y como señalan los resultados de estudios realizados con diferentes grupos étnicos o culturales (Bailey y cols., 2000; Borrayo y Jenkins, 2001; Crump y cols., 2000; Miller y Champion, 1997; Rawl y cols., 2000; Sadler, y cols., 2001; Schneider y cols., 2001; Tang y cols., 2000)

En este sentido, nos planteamos como objetivo principal de nuestro estudio analizar las creencias y actitudes hacia el cáncer de mama y la mamografía, asociadas con la participación en el programa de cribado mamográfico desarrollado en la Comunidad Valenciana, en un grupo de mujeres con historia familiar de cáncer de mama. Además, y dado que este trabajo forma parte de una investigación más amplia, los resultados obtenidos en esta muestra de mujeres con historia familiar serán comparados con los obtenidos por la muestra general de mujeres invitadas a participar en dicho

programa (Durá y cols., 2004; Galdón y cols., 2000), contando así el trabajo con un grupo control o comparación procedente de una misma población diana.

## 2.- MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño, Muestra y Procedimiento

A través de un diseño transversal se comparan las creencias existentes respecto el cáncer de mama y la mamografía entre un grupo de mujeres que aceptaron la invitación al Programa de Prevención del Cáncer de Mama de la *Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana* frente a otro que no lo hizo. Todas ellas informaban tener al menos un familiar de primer o de segundo grado con cáncer de mama. Esta muestra fue seleccionada a partir de la muestra total de mujeres (N=1.099) que participaron de forma voluntaria y anónima en una investigación más amplia (de la que este trabajo forma parte) y que habían sido citadas para un control mamográfico en la primera vuelta del cribado en la Unidad de Prevención del Cáncer de Mama del Centro de Salud Pública de Elche (Alicante) (Durá y cols., 2004; Galdón y cols., 2000). La recogida de información se llevó a cabo durante un período de 4 meses, desde Enero a Abril de 1998, a través de entrevistadores entrenados a tal efecto. A las mujeres que secuencialmente acudieron a la unidad de detección precoz del cáncer de mama, se les administraba el cuestionario en el propio centro, antes de la revisión. Las que no acudieron a la cita del programa, fueron entrevistadas en su domicilio.

Tras eliminar las que presentaban un diagnóstico previo de cáncer de mama, así como aquellas que aducían como motivo de no asistencia el estar sometidas ya a revisiones periódicas de mama, la submuestra con historia familiar de cáncer de mama estaba compuesta por 117 mujeres, 94 de las cuales habían acudido al programa de cribado y 23 no lo habían hecho. Siguiendo la recomendación de Hair (1999), para asegurar el cumplimiento de los supuestos estadísticos, se equipararon los dos grupos en tamaño,

reduciéndose el grupo que acudió al programa a sólo 35 mujeres. En este procedimiento se tuvo en cuenta que los dos grupos fueran equivalente en variables sociodemográficas -edad, estado civil, nivel de estudios y situación laboral- De las 35 mujeres que constituyeron finalmente el subgrupo que acudió al programa, 22 presentaban historia familiar de cáncer de mama de primer grado y 13 de segundo, mientras que en el grupo que no acudió al programa eran, respectivamente, 15 y 8. La edad media de esta muestra es de 56.5 años (D.T. = 5.8), el 76% de las mujeres están casadas, el 88% no tiene estudios o no ha terminado la educación primaria y el 55% son amas de casa.

### Variables e instrumentos

Las variables contempladas en esta investigación y los instrumentos utilizados para su evaluación fueron los siguientes:

a) *Hoja de registro de datos personales y de historia familiar de cáncer de mama.* Entre otros aspectos, recoge información sobre variables sociodemográficas (edad, estado civil, nivel de estudios y profesión) y sobre la historia familiar de cáncer de mama a partir de la siguiente pregunta: “¿Algún miembro de su familia ha padecido alguna vez cáncer de mama?”. Si la mujer contestaba afirmativamente a esta pregunta, debía indicar quién o quienes habían sido lo/s afectado/s.

b) *Cuestionario sobre el grado de información acerca de las técnicas de detección temprana del cáncer de mama.* Compuesto por 8 ítems (con distintas alternativas de respuesta cada uno) y creado a partir de los instrumentos sobre grado de información acerca del cáncer de mama publicados por Stillman (1977) y McCance y cols. (1990).

c) *Escalas sobre creencias y actitudes ante el cáncer de mama* (formato tipo Likert de 7 puntos). Las variables “vulnerabilidad percibida” al cáncer de mama (5 ítems), “gravedad percibida” de esta enfermedad (7 ítems), así como “motivación para la salud” (7 ítems) del Modelo de Creencias de Salud se evalúan a través del cuestionario elaborado por Champion (1993). Por su parte, a través de una combinación de los cuestionarios de Vaile y cols., (1993) y de Montano

y Taplin (1991), se evalúan las dos variables postuladas por la Teoría de la Acción Razonada: "actitud" (19 creencias sobre posibles consecuencias asociadas a la mamografía, ponderadas por la valoración negativa o positiva que la persona hace de cada una de ellas (rango -3 a +3), y "norma subjetiva" (7 ítems recogen la presión que la persona percibe que ejercen otros significativos para que se realice mamografías, ponderados por el grado de motivación de la persona para atender a esa presión -rango 1 a 7-). Finalmente, a partir de la subescala de "actitud" de la Teoría de la Acción razonada, se obtuvieron las medidas correspondientes para las variables de "barreras percibidas" y "beneficios percibidos" del Modelo de Creencias de Salud. En este caso, únicamente se consideraron las 19 creencias sobre las posibles consecuencias asociadas a la mamografía, agrupándose en dos categorías: "barreras percibidas" o potenciales consecuencias negativas de la prueba (11 ítems) y "beneficios percibidos" o posibles consecuencias positivas (8 ítems).

d) *Cuestionario de creencias sobre el locus de control de la salud* (Lau, 1988; Lau y Ware, 1981). Utilizando también un formato tipo Likert de 7 puntos, se evalúan cuatro factores: autocontrol sobre la salud (8 ítems), control de salud por profesionales (8 ítems), suerte o azar (6 ítems), y amenaza general a la salud (4 ítems).

Todos estos instrumentos fueron elaborados y/o adaptados al castellano por Galdón, Durá y Andreu, y utilizados en una investigación más amplia de la que este trabajo forma parte (Andreu y cols., 2001; Andreu y cols., 2004; Galdón y cols. 2000; Durá y cols., 2004). Los coeficientes de fiabilidad (a de Cronbach) obtenidos por las diferentes escalas en la muestra total de dicha investigación fueron en general satisfactorios, excepto para las variables de motivación general para la salud, autocontrol y amenaza general. En el caso de las dos primeras se consiguió incrementar su fiabilidad eliminando alguno de los ítems originales. Esta estrategia no fue viable en el caso de la variable de amenaza general para la salud; la escala se mantuvo en su formato original dado que el propio autor (Lau, 1988) no ha conseguido niveles de fiabilidad superiores. Para el caso concreto de la submuestra de mujeres con historia familiar de cáncer de mama utilizada en el presente trabajo, los coeficientes de fiabilidad obtenidos han sido los siguientes: información ( $\alpha=.66$ ), vulne-

rabilidad ( $\alpha=.84$ ), gravedad ( $\alpha=.79$ ), motivación ( $\alpha=.72$ ), beneficios ( $\alpha=.84$ ), barreras ( $\alpha=.80$ ), actitud ( $\alpha=.87$ ), norma subjetiva ( $\alpha=.86$ ), autocontrol ( $\alpha=.68$ ), control por profesionales ( $\alpha=.59$ ), suerte o azar ( $\alpha=.89$ ), amenaza general a la salud ( $\alpha=.45$ ).

### **Análisis estadísticos**

Se realizó un análisis de varianza múltiple (MANOVA) y pruebas *post hoc* para el estudio de las variables asociadas con la asistencia al programa de cribado. Se llevó a cabo también un análisis de regresión logística (siguiendo el procedimiento Wald hacia adelante) para determinar la mejor combinación de variables que predican la asistencia al mismo, considerándose como posibles predictores sólo aquellas variables que mantenían correlaciones significativas con el criterio.

Finalmente, y con el objetivo de analizar las creencias específicas asociadas con la asistencia al programa de cribado, se realizaron análisis de *odds ratio* 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 en la escala. Para estos análisis se dicotomizaron las respuestas a los ítems. En el caso de los ítems de información, las respuestas fueron dicotomizadas contraponiendo la alternativa correcta a la/s alternativa/s incorrecta/s. Las respuestas a los ítems del resto de escalas fueron separadas en dos categorías: “muy de acuerdo”, “bastante de acuerdo” y “de acuerdo” versus “no sé”, “en desacuerdo”, “bastante en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”.

En todos los casos se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.0.

## **3. RESULTADOS**

### **3.1. Variables asociadas con la asistencia al programa de cribado mamográfico**

El resultado del MANOVA mostró la existencia de diferencias significativas entre el grupo que acudió al programa de cribado y el

que no lo hizo (? de Wilks = 4.19,  $p = .000$ ). Los datos respecto a cada una de las variables bajo estudio (media, desviación típica y nivel de significación) se presentan en la Tabla 1.

Podemos observar que, a nivel bivariado, los datos indican que las mujeres con historia familiar de cáncer de mama que acuden al programa de cribado presentan una menor gravedad percibida ante el cáncer de mama ( $p = .001$ ), una mayor motivación general hacia la salud ( $p = .03$ ), perciben menos barreras asociadas a la mamografía ( $p = .001$ ), muestran una mayor creencia en el autocontrol sobre su salud ( $p = .014$ ), perciben una menor amenaza general hacia ésta ( $p = .000$ ), y poseen mayor información hacia el cáncer de mama y sus técnicas de detección temprana ( $p = .033$ ), que aquellas que no acuden al programa.

**Tabla 1. Medias, desviaciones típicas y nivel de significación alcanzado por cada una de las variables en el MANOVA**

VARIABLES	A (N= 35)		NA (N= 23)		F	p
	X	DT	X	DT		
Vulnerabilidad	18.4	6.1	19.2	6.4	0.26	.613
Gravedad	30.7	8.8	38.3	5.4	13.21	.001
Motivación	25.0	3.1	22.9	3.8	4.99	.030
Beneficios	48.2	6.3	48.7	6.0	0.01	.906
Barreras	31.5	9.5	42.0	13.0	12.4	.001
Actitud	96.6	69.5	70.0	72.0	1.92	.171
Norma subjetiva	195.7	69.2	178.3	68.0	0.85	.361
Autocontrol	33.4	5.6	29.0	6.9	6.42	.014
Control profesionales	43.0	6.5	43.0	5.3	.001	.979
Suerte	25.4	10.6	27.0	8.7	0.36	.549
Amenaza	22.9	3.1	26.1	1.9	18.52	.000
Información	6.6	1.3	5.6	2.0	4.77	.033

Notas. A= Acude; NA= No acude. Las variables significativas aparecen marcadas con un sombreado.

En el análisis de regresión realizado, la prueba de Hosmer y Lemeshow indicó la adecuada bondad del ajuste del modelo a los datos ( $\chi^2 = 10.24$ ,  $p = .18$ ), presentando éste un valor de sensibilidad de 85% y un valor de especificidad de 65%. Los resultados (Tabla 2) indican que una menor percepción de amenaza general a la salud ( $B = -.50$ ) y de barreras asociadas a la mamografía ( $B = -.09$ ) predicen, de forma conjunta y significativa, la asistencia al programa de cribado. La variable amenaza explica ella sólo el 35% de la varianza, incrementándose ésta en un 15% por la entrada de la variable barreras; explicando así la ecuación de regresión un total del 50% de la varianza.

**Tabla 2. Resultado del análisis de regresión logística. Se presentan las variables por orden de entrada en la ecuación**

Predictores	B	OR	I.C 95%
$\chi^2 (2, N= 58) = 26.54, p= .000; R^2$ de Nagelkerke= .50			
Amenaza	-.50	10.49	.45 - .82
Barreras	-.09	7.20	.86 - .98
Constante	16.03		

Notas. B: Coeficiente de regresión no estand

OR: Odds Ratio; .I.C.: Intervalo de confi

### 3.2. Creencias específicas asociadas con la asistencia al programa de cribado

Como ya hemos indicado, las variables consideradas en estos análisis fueron aquéllas cuyos ítems parecían aportar una información cualitativamente relevante más allá de la ofrecida por la puntuación total de la escala: vulnerabilidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, información y el componente de presión social de la variable norma subjetiva. Además, se consideró

Tabla 3. Resultados del análisis de odds ratio para los ítems de la variable "Vulnerabilidad percibida"

ITEMS DE VULNERABILIDAD PERCIBIDA	A (N=35)	NA (N=23)	OR	IC 95%
Es muy probable que padezca cáncer de mama en el futuro.	18 51.4%	9 39.1%	1.65	.57-4.79
Creo que en un futuro tendré cáncer de mama.	5 14.3%	4 17.4%	.79	.19-3.32
Hay muchas posibilidades de que tenga cáncer de mama en los próximos diez años.	11 31.4%	4 17.4%	2.18	.60-7.93
Las probabilidades de que llegue a tener cáncer de mama son grandes.	6 17.1%	8 34.8%	.39	.11-1.33
Tengo más probabilidad que otras mujeres de padecer cáncer de mama.	6 17.1%	12 52.2%	.19	.06-.63

Notas. A= Acude; NA= No acude. OR= Odds Ratio. IC= Intervalo de Confianza. Los ítems significativos aparecen marcados con un sombreado.

Tabla 4. Resultados del análisis de odds ratio para los ítems de la variable "Beneficios percibidos"

	A (N=35)	NA (N=23)	OR	IC 95%
<b>ÍTEMES DE BENEFICIOS PERCIBIDOS. HACERME UNA MAMOGRAFIA:</b>				
Me confirmaría que todo va bien.	30 95,7%	17 73,9%	2,12	.56-7,99
Permitiría diagnosticar pronto un cáncer de mama si lo tuviera.	33 94,3%	22 95,7%	.75	.06-8,78
Permitiría detectar anomalías y bultos no cancerosos si yo los tuviera.	30 85,8%	21 91,3%	.57	.10-3,23
Permitiría empezar pronto un tratamiento si tuviera algo malo.	34 97,1%	21 91,3%	3,24	.28-37,95
Me confirmaría que nada va mal.	30 85,7%	18 78,3%	1,67	.42-6,56
Permitiría detectar un cáncer que yo no podría encontrar autoexplorándome.	33 94,3%	22 95,7%	.75	.06-8,78
Permitiría detectar un cáncer que no se podría detectar mediante un examen clínico	32 91,4%	21 91,3%	1,02	.16-6,60
Disminuiría mi probabilidad de morir por cáncer de mama	25 71,4%	13 56,5%	1,92	.64-5,80

**Notas.** A= Acude; NA= No acude. OR= Odds Ratio. IC= Intervalo de Confianza. Los ítems significativos aparecen marcados con un sombreado.

conveniente analizar también los ítems de la escala de amenaza general a la salud dado que, como hemos visto, es la variable que más aporta a la ecuación de regresión siendo que, por otra parte, la fiabilidad de la escala era la más baja.

Respecto a los ítems de la variable vulnerabilidad percibida (ver Tabla 3), se observa que la proporción entre las mujeres que piensan que tienen “más probabilidad que otras mujeres de padecer cáncer de mama”, frente a las que no lo piensan, es 5 veces mayor en el grupo que no acude al programa de cribado que en el que acude (OR=.19). Ningún otro ítem de esta variable establece diferencias significativas entre los grupos.

No se observan diferencias significativas en ninguno de los ítems de la variable beneficios percibidos hacia la mamografía (ver Tabla 4). No obstante, cabe destacar que un alto porcentaje de mujeres, independientemente de si han acudido o no al programa, están de acuerdo con las ventajas que les puede suponer el realizarse una mamografía. Concretamente más del 90% de las mujeres afirman que esta prueba les permitiría “diagnosticar pronto un cáncer de mama si lo tuviera”, “que yo no podría encontrar autoexplorándome”, “que no se podría detectar mediante un examen clínico” y “empezar pronto un tratamiento si tuviera algo malo”.

Cuando se analizan los posibles inconvenientes percibidos de someterse a una mamografía (ver Tabla 5), los resultados indican que la proporción entre las mujeres que consideran que realizarse esta prueba “me daría miedo por si me encuentran algo anormal”, frente a las que no lo consideran, es 20 veces mayor en el grupo que no acude al programa que en el que lo hace (OR=.05). Asimismo es mayor -8 veces- la proporción de mujeres en el grupo que no acude que piensan -frente a las que no lo hacen- que someterse a una mamografía “sería incómodo o molesto” y que “supondría pensar en la posibilidad de tener un cáncer de mama” (OR= .12 y .13, respectivamente). También estas mujeres consideran, en proporción casi 4 veces mayor que las que acuden, que someterse a una mamografía “sería vergonzoso o embarazoso” (OR=.27). El resto de ítems no establecen diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 5. Resultados del análisis de odds ratio para los ítems de la variable "Barreras percibidas"

ÍTEM	A (N=35)	NA (N=23)	OR	IC 95%
<b>ÍTEM DE BARRERAS PERCIBIDAS: HACERME UNA MAMOGRAFIA:</b>				
Sería una pérdida de tiempo.	1 2.9%	1 4.3%	.65	.04-10.89
Sería incómodo o molesto.	3 8.6%	10 43.5%	.12	.03-.52
Posiblemente sería perjudicial debido a los rayos X	8 22.9%	6 26.1%	.84	.25-2.84
Haría que me preocupase innecesariamente.	9 25.7%	9 39.1%	.54	.17-1.67
Sería vergonzoso o embarazoso para mí.	6 17.1%	10 43.5%	.27	.08-.90
No me parecería conveniente en mi caso.	2 5.7%	2 8.7%	.64	.08-4.87
Supondría hacerme una prueba que no me resulta familiar	23 65.7%	15 65.2%	1.02	.34-3.09
Supondría pensar en la posibilidad de tener un cáncer de mama.	8 22.9%	16 69.6%	.13	.04-.43
Podría ser doloroso.	9 25.7%	9 39.1%	.54	.17-1.67
Me haría sentirme ansiosa.	20 57.1%	18 78.3%	.37	.11-1.22
Me daría miedo por si me encuentran algo anormal.	18 51.4%	22 95.7%	.05	.01-.40

Notas. A= Acude; NA= No acude. OR= Odds Ratio. IC= Intervalo de Confianza  
 marcados con un sombreado.

Tabla 6. Resultados del análisis de odds ratio para los ítems de la variable "Presión social percibida"

ÍTEM	A (N=35)	NA (N=23)	OR	IC 95%
<b>ÍTEM DE PRESION SOCIAL PERCIBIDA</b>				
Según mi marido yo debería hacerme mamografías periódicas.	22 62.9%	10 43.5%	2.20	.75-6.43
Según mi hermana yo debería hacerme mamografías periódicas.	12 34.3%	13 56.5%	.40	.14-1.18
Según mi hija yo debería hacerme mamografías periódicas.	26 74.3%	13 56.5%	2.22	.73-6.81
Según mis amigas yo debería hacerme mamografías periódicas.	27 77.1%	17 73.9%	1.19	.35-4.04
Según mi médico yo debería hacerme mamografías periódicas.	13 37.1%	12 52.2%	.54	.19-1.58
Según los medios de comunicación y las revistas especializadas yo debería hacerme mamografías periódicas.	34 97.1%	18 78.3%	9.44	1.02-87.11
La mayor parte de la gente que me importa cree que debería hacerme mamografías.	33 94.3%	17 73.9%	5.82	1.06-32.00

Notas. A= Acude; NA= No acude. OR= Odds Ratio. IC= Intervalo de Confianza. Los ítems significativos aparecen marcados con un sombreado.

Tabla 7. Resultados del análisis de odds ratio para los ítems de la variable "Información"

ITEMS DE INFORMACIÓN	A (N=35)	NA (N=23)	OR	IC 95%
Necesidad de someterse a exámenes clínicos de la mama de forma periódica a partir de cierta edad.	33 94.3%	20 87.0%	2.48	.38-16.11
Necesidad de someterse a exámenes clínicos aunque no se tenga algo anormal en la mama	29 82.9%	14 60.9%	3.11	.92-10.46
Posibilidad de tener cáncer de mama en ausencia de síntomas	28 80.0%	20 87.0%	.60	.14-2.61
Conocimiento de la frecuencia recomendada para la autoexploración	8 22.9%	4 17.4%	1.41	.37-5.35
Conocimiento de la recomendación de practicar la autoexploración después de la regla.	7 20.0%	5 21.7%	.90	.25-3.27
Conocimiento de síntomas de anomalía en la mama: bulto, hoyuelo y secreción del pezón.	33 <sup>ac</sup> 97.1%	17 73.9%	11.65	1.30-104.74
Necesidad de realizarse mamografías aunque no se encuentre algo anormal en la mama	31 <sup>ac</sup> 88.6%	15 65.2%	4.13	1.07-15.93
Necesidad de realizarse mamografías periódicas a partir de cierta edad.	34 97.1%	18 <sup>ac</sup> 78.3%	9.44	1.02-87.11

Notas. A= Acude; NA= No acude. OR= Odds Ratio. IC= Intervalo de Confianza. Los ítems significativos aparecen marcados con un sombreado.

Tabla 8. Resultados del análisis de odds ratio para los ítems de la variable "Amenaza percibida"

ÍTEMS DE AMENAZA	A (N=35)	NA (N=23)	OR	IC 95%
Algunas enfermedades son tan graves que no puede hacerse nada	27 77.1%	21 91.3%	.32	.06-1.68
Hoy en día, hay muchas enfermedades que son muy graves o totalmente incapacitantes	21 60.0%	22 95.7%	.07	.01-.57
No importa lo que uno haga, hay muchas enfermedades que pueden acabar contigo	32 91.4%	22 95.7%	.49	.05-4.97
Hay muchos problemas de salud que pueden ser muy graves o, incluso, mortales.	34 97.1%	22 95.7%	1.55	.09-26.01

Notas: A= Acude; NA= No acude. OR= Odds Ratio. IC= Intervalo de Confianza. Los ítems significativos aparecen marcados con un sombreado.

Respecto a los ítems de presión social percibida cabe destacar que sólo dos de ellos alcanzan la significación estadística (ver Tabla 6). Concretamente, la proporción entre las mujeres que afirman que “según los medios de comunicación y las revistas especializadas yo debería hacerme mamografías periódicas” y “la mayor parte de la gente que me importa cree que debería hacerme mamografías”, frente a las que no lo hacen, es significativamente mayor en el grupo que acude que en el que no acude (OR= 9.44 y 5.82, respectivamente).

Los resultados para los ítems de la variable información (ver Tabla 7) señalan que la proporción entre las mujeres que conocen “los síntomas de anomalía en la mama” y “la necesidad de realizarse mamografías periódicas a partir de cierta edad”, frente a las que no lo saben, es aproximadamente 10 veces mayor en el grupo que acude que en el que no acude al programa. Asimismo, significativamente mayor es la proporción, en el grupo que acude, entre las mujeres que conocen la “necesidad de realizarse mamografías aunque no se encuentre algo anormal en la mama” y las que no lo conocen (OR= 4.13). El resto de ítems no establecen diferencias significativas entre los grupos.

Finalmente, cuando se analizaron los cuatro ítems de la escala de amenaza general a la salud, sólo uno de ellos alcanzó la significación estadística (ver Tabla 8). Concretamente, la proporción entre las mujeres que consideran que “hoy en día, hay muchas enfermedades que son muy graves o totalmente incapacitantes”, frente a las que no lo consideran, es 14 veces mayor en el grupo que no acude al programa que en el que lo hace.

#### 4.- DISCUSIÓN

Antes de pasar a la discusión de los resultados obtenidos en el presente trabajo queremos comentar algunos de sus aspectos positivos así como de sus posibles limitaciones. Recuérdese que la muestra utilizada ha sido seleccionada a partir de una población general de mujeres invitadas a participar en un programa de cribado mamográfico, lo cual ha redundado en dos aspectos positivos

destacables. Por un lado, la muestra es representativa de la población general de mujeres con historia familiar de cáncer de mama, dado que no ha sido seleccionada, como ocurre en otros estudios, a partir de la población de mujeres con historia familiar de cáncer de mama que acuden voluntariamente a controles mamográficos. Este tipo de estudios ha sido repetidamente criticado (Hailey y cols., 2000) dado que sus muestras pueden caracterizarse por una actitud más consciente y responsable hacia su salud. Por otro lado, los resultados obtenidos en nuestra muestra de mujeres con historia familiar pueden ser comparados con los obtenidos por la muestra general de mujeres invitadas a participar en el mismo programa y cuyos resultados han sido ya publicados (Durá y cols., 2004; Galdón y cols., 2000), contando así el presente trabajo con un grupo control o comparación procedente de una misma población diana.

Este proceso de selección de la muestra ha repercutido, sin embargo, en un tamaño relativamente pequeño de la misma, que, además, tuvo que ser reducido por razones metodológicas en el grupo de mujeres que acudieron al programa. Como otra limitación del trabajo hay que señalar su carácter retrospectivo, ya que las mujeres fueron entrevistadas una vez habían tomado ya la decisión de acudir o no al programa. Es así que podemos estar evaluando, como algunos autores han señalado (Shiloh y cols., 1997), explicaciones a posteriori más que razones reales de su asistencia o no al cribado. Este diseño retrospectivo implicó también la evaluación de los sujetos de la muestra en dos escenarios distintos: el centro de control de salud en el caso de las mujeres que acudieron a realizarse la mamografía y el domicilio particular en el caso de las mujeres que no lo hicieron. Finalmente, el propio programa de cribado mamográfico en el que se ha desarrollado este estudio impone otra limitación referida al intervalo de edad de la muestra considerada (45-65 años).

A pesar de estas limitaciones, el estudio permite establecer conclusiones relevantes de cara a delimitar las variables cognitivas asociadas con la asistencia a programas de cribado mamográfico por parte, específicamente, de las mujeres que presentan historia familiar de cáncer de mama. Así, algunas de las variables que se asociaban con la asistencia al programa de cribado en la muestra

general de mujeres no resultan ser predictores de la asistencia en el caso de las mujeres con historia familiar. Todas las variables consideradas –a excepción de la creencia en la suerte o azar como determinante de la salud– resultaban ser creencias relevantes a la hora de incrementar la participación de la población femenina general en los programas de cribado mamográfico, y todas ellas, a excepción de la gravedad percibida, se asociaban con la asistencia en la dirección teóricamente esperada (Galdón y cols., 2000). Sin embargo, sólo algunas de ellas mantienen su relevancia en el caso concreto de las mujeres con historia familiar de cáncer de mama. Más concretamente, y consideradas multivariadamente, las únicas que resultan ser predictores significativos de la asistencia en esta población riesgo son la amenaza percibida a la enfermedad y las barreras percibidas a la mamografía. En línea con lo teóricamente esperado, ambas variables inhiben –siendo mayor la importancia relativa de la primera respecto a la segunda– la asistencia a este tipo de programas de cribado.

Así, según nuestros resultados, las campañas dirigidas a fomentar la participación de las mujeres con historia familiar en los programas de cribado mamográfico deberían ir dirigidas, fundamentalmente, a disminuir la percepción de que el cáncer de mama es una enfermedad tan grave que resulta incontrolable y, en menor grado, a desmitificar las barreras o inconvenientes asociados a la mamografía como técnica de detección precoz. El análisis de los ítems de estas variables nos ha permitido pormenorizar más específicamente en el contenido concreto de estas creencias que habría que contrarrestar en este tipo de campañas. De las barreras percibidas a la mamografía, hay que destacar que es el miedo a la posible detección de alguna anomalía en la mama la creencia que mayor peso tiene como inhibidor de la asistencia; mientras que otros inconvenientes asociados al procedimiento mamográfico en sí (incomodidad/molestia y vergüenza/embarazo), también juegan un papel relevante aunque con menor peso. Si bien todas estas creencias aparecen también en la bibliografía como factores inhibidores de la conducta mamográfica en la población general (Aro y cols., 1999; Donato y cols., 1991; George, 2000; Godin y cols., 2001; Holm y cols., 1999; Kee y cols., 1992; Lagerlund y cols., 2000; Rimer y cols., 1989) su peso, frente a otros

posibles inconvenientes, parece tener mayor relevancia en las mujeres con historia familiar. Por lo que respecta a la variable de amenaza percibida a la enfermedad, sólo uno de sus ítems inhibía de forma significativa la asistencia al programa: el referido a la creencia acerca de la existencia hoy en día de muchas enfermedades muy graves o totalmente incapacitantes. Resultado éste concordante con el obtenido respecto a la variable de gravedad percibida, la cual, en nuestros trabajos, tanto con la población general de mujeres invitadas al programa (Durá y cols., 2004), como ahora con la submuestra de mujeres con historia familiar de cáncer de mama, se asocia negativamente —en contra de lo postulado teóricamente por el Modelo de Creencias de Salud— con la asistencia al programa.

En definitiva, el miedo a la posible detección de un cáncer de mama a través de la mamografía y la creencia en que esta enfermedad, debido a su gravedad, es incontrolable, son los factores fundamentales que inhiben la asistencia a controles mamográficos por parte de las mujeres con historia familiar de esta enfermedad. Parece pues que en este tipo de población es mayor el peso de los factores que inhiben la asistencia a controles mamográficos que de aquellos que la favorecen. En este mismo sentido apunta otro de los resultados interesantes de nuestro trabajo, referido a la variable vulnerabilidad percibida. Así, si bien esta variable no se asocia significativamente con la asistencia al programa, sí lo hace uno de sus ítems, precisamente el único referido a una mayor vulnerabilidad relativa al cáncer de mama, es decir, la percepción de tener una mayor probabilidad que otras mujeres de desarrollar esta enfermedad. La diferencia parece pues ser cualitativa, no cuantitativa: el aspecto fundamental no es tanto la percepción de tener mucha o poca probabilidad, sino la percepción de que esta probabilidad es mayor que la de otras mujeres. Esta creencia específica inhibe significativamente la asistencia al programa de cribado; quizá debido al miedo asociado a una inferencia de predestinación genética al desarrollo de esta enfermedad. Estos resultados difieren absolutamente de los encontrados para la muestra general de mujeres; en aquel caso (Durá y cols., 2004) todos los ítems referidos a creencias de vulnerabilidad absoluta, y no el referido a la relativa, se asociaban significativa y positivamente, tal y como postula el Modelo de Creencias de Salud, con la asistencia al programa de cribado.

Este resultado podría clarificar el panorama no concluyente que parece caracterizar la investigación sobre la relación entre vulnerabilidad percibida al cáncer de mama y asistencia a controles mamográficos en mujeres con historia familiar. Así, si bien esta variable parece asociarse positivamente con la adherencia a la mamografía en la población general de mujeres, esta relación no ha alcanzado resultados concluyentes en el caso concreto de las mujeres con historia familiar de cáncer de mama, y, en su lugar, los estudios han arrojado resultados contradictorios, tal y como señalábamos en la introducción. Resultados contradictorios que, como indicábamos allí, se han intentado explicar desde el papel modulador que pueden ejercer determinados factores emocionales como el miedo o ansiedad asociados a la alta vulnerabilidad percibida que parece caracterizar a esa población de mujeres. De hecho, los datos derivados de nuestra investigación —de la cual este trabajo forma parte— evidencian que las mujeres con historia familiar de cáncer de mama se perciben significativamente más vulnerables al cáncer de mama que las que no tienen historia familiar de esta enfermedad (medias respectivas 18´74 y 16´02). Además, considerando por separado los subgrupos de mujeres que acudieron y no acudieron al programa de cribado, esta diferencia se mantiene exclusivamente en el caso de las mujeres que no acudieron al programa. Parece pues que la baja vulnerabilidad percibida al cáncer de mama es un predictor de no asistencia sólo si no se tiene historia familiar de esta enfermedad; en este caso, al alcanzar la vulnerabilidad un determinado nivel, el control del miedo parece interferir el control de la amenaza, tal y como se postula desde la Teoría de la Autorregulación de Leventhal (Leventhal, 1970; Leventhal y cols. 1980). Así, según este autor, y dado que un individuo reacciona tanto cognitiva como emocionalmente a las comunicaciones de salud, existirían dos canales paralelos o sistemas independientes de procesamiento de la información que pueden, ocasionalmente, interferir uno con otro. Uno de los sistemas o canales daría lugar a la elaboración de una representación objetiva de la amenaza y al desarrollo de respuestas de afrontamiento para controlarla (control de la amenaza); el segundo sistema supone el procesamiento de las reacciones emocionales ante esa amenaza y la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento para controlar

esa emoción (control del miedo). Una serie de estudios han apoyado el modelo de respuesta en paralelo de Leventhal al demostrar que los factores cognitivos y emocionales presentan contribuciones independientes en la predicción de las conductas de salud, incluyendo las conductas preventivas del cáncer de mama, señalando que someterse a un control de mama es un buen candidato para la aparición de la interferencia entre ambos ya que, en ocasiones, 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- (Croyle, 1992; Croyle y Hunt, 1991; Leventhal y cols. 1992; Shiloh y cols., 1997).

Los resultados de nuestro trabajo apuntan en esa dirección: la percepción de tener una mayor probabilidad que otras mujeres de desarrollar cáncer de mama, mostrada por las mujeres con historia familiar de cáncer de mama, inhibe de acudir al cribado mamográfico. Si a ello unimos que, como hemos visto, el miedo a encontrar alguna anomalía en la mama actúa también como inhibidor, parece verificarse la hipótesis que señala que las emociones negativas -como miedo o ansiedad- pueden llevar a la evitación de la acción preventiva cuando la acción va encaminada, como ocurre en el caso del cribado mamográfico, a detectar la presencia de un problema grave, más que a prevenirlo (Schwarzer, 1999; Shiloh y cols., 1997; Weinstein, 1988).

Aunque la relevancia de los factores inhibidores de la asistencia a controles mamográficos parece ser mayor, en el caso de las mujeres con historia familiar, que el de los factores que fomentan dicha asistencia, es necesario también tener en cuenta algunas variables que, en nuestro estudio, se han mostrado asociadas positivamente con la asistencia al programa. Es el caso de la motivación general para la salud, la percepción de autocontrol sobre la misma, el grado de información sobre el cáncer y sus técnicas de detección precoz y algunos ítems de presión social percibida. Todas ellas son pues variables importantes, en línea con lo señalado por la bibliografía, a la hora de fomentar la participación en las campañas de cribado mamográfico, tanto en la población general de mujeres como en el caso concreto de las mujeres con historia familiar de cáncer de mama. Por otro lado, el análisis de los ítems

de algunas de ellas nos ha permitido confirmar el contenido específico de las mismas que resulta ser más relevante y debe ser específicamente abordado en dichas campañas. Así, respecto al conocimiento sobre el cáncer de mama y sus técnicas de detección precoz es importante transmitir información sobre los síntomas de anomalía en la mama, enfatizando la necesidad de realizarse mamografías periódicas a partir de cierta edad y aunque no se detecte ningún síntoma de anomalía. Respecto a los factores de presión social a tener en cuenta en las campañas, nuestros resultados indican que son las fuentes más genéricas de influencia social (medios de comunicación/revistas especializadas y personas significativas en general del entorno) las que juegan un papel más relevante para que las mujeres acudan a los programas de cribado mamográfico; no así las figuras concretas del contexto familiar (marido, hermana, hija), social (amigas) o incluso de salud (médico). En relación al papel del médico, cabe comentar el resultado que indica no sólo que no ejerce ninguna influencia sobre la asistencia al programa, en contra de lo señalado por la bibliografía (Champion y Miller, 1996; Lagerlund y cols., 2000; Metsch y cols., 1998; Yanovitzky y Blitz, 2000) y que puede explicarse por la no participación de los médicos de atención primaria en el programa de cribado mamográfico en el que se ha desarrollado el estudio, sino que, además, si atendemos al porcentaje de mujeres que indican que su médico les ha recomendado hacerse mamografías periódicas, éste es mayor en el caso de las mujeres que no acudieron al programa de cribado. Este resultado parece indicar que a pesar de contar con la recomendación del médico, esta presión no es suficiente para contrarrestar el papel inhibitorio que están ejerciendo los factores emocionales anteriormente señalados.

En definitiva, los resultados de nuestro estudio parecen señalar que, en el caso concreto de las mujeres con historia familiar de cáncer de mama, y comparadas con la población general de mujeres, tienen mayor relevancia, como predictores de la asistencia a controles mamográficos, los factores que inhiben la participación que los que la favorecen. Ello permite establecer como conclusión última de nuestro trabajo que las campañas de prevención del cáncer de mama deben incluir mensajes específicos para esta población

riesgo que intenten fundamentalmente contrarrestar las creencias negativas acerca del cáncer de mama y sus técnicas de detección precoz que parecen inhibir la adopción de conductas preventivas de esta enfermedad. Más concretamente, estas campañas deberían ir dirigidas a disminuir la gravedad percibida de esta enfermedad, a enfatizar que el diagnóstico precoz mamográfico permite detectar el cáncer de mama en estadios tempranos aumentando así la supervivencia y disminuyendo la agresividad del tratamiento y, finalmente, a transmitir la idea de que, en muchas ocasiones, la mamografía lo que hará es confirmar que no existe ninguna anomalía en la mama, aún a pesar de la existencia de historia familiar de esta enfermedad.

Para terminar queremos enfatizar la importancia de diseñar las campañas de detección precoz del cáncer de mama en función de la población diana a la que vayan dirigidas, y atendiendo a los distintas subpoblaciones que pueda incluir en función, fundamentalmente, de la presencia de factores de riesgo de esta enfermedad como son la historia familiar o la edad —esta última variable fue analizada específicamente en un trabajo previo de los mismos autores en el cual se encontraran diferencias importantes en las variables que predecían la asistencia al programa en función del intervalo de edad considerado (Andreu y cols., 2004).

## BIBLIOGRAFÍA

- Ajzen, I.** (1985). From intention to actions: a theory of planned behavior. En: J. Khul y J. Beckman (eds.), *Action Control: from Cognitions to Behavior*. New York: Springer-Verlag (pp. 11-39).
- Ajzen, I.** (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey.
- Ajzen, I.** (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decisión Proceses*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. y Fishbein, M.** (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Andreu, Y.; Galdón, M<sup>a</sup>J. y Durá, E.** (2001). Prevención secundaria del cáncer de mama: el papel de las creencias de salud. En M.R. Dias y E. Durá (coords.), *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores (pp. 547-578).

- Andreu, Y.; Galdón, M<sup>a</sup>.J.; Durá, E.; Carretero, S. y Tuells, J.** (2004). Edad, creencias de salud y asistencia a un programa de cribado mamográfico en la Comunidad Valenciana. *Revista Española de Salud Pública*, 78 (1), 65-82.
- Aro, A.R.; Koning, H.J.; Absetz, P.; Schreck, M.** (1999). Psychosocial predictors of first attendance for organised mammography screening. *Journal of Medical Screening*, 6, 82-88.
- Bailey, E.J.; Erwin, D.O. y Belin, P.** (2000). Using cultural beliefs and patterns to improve mammography utilization among African-American women: The Witness Project. *Journal of the National Medical Association*, 92 (3), 136-42.
- Bastani, R.; Marcus, A.C. y Hollatz-Brown, A.** (1991). Screening mammography rates and barriers to use: A Los Angeles County Survey. *Preventive Medicine*, 20, 350-353.
- Becker, M.H.** (1974). The Health Belief Model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, 2, 409-419.
- Bondy, M.L.; Vogel, V.G.; Halabi, S. y Lustbader, E.D.** (1992). Identification of women at increased risk for breast cancer in a population-based screening program. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 1 (2), 143-147.
- Borrayo, E.A. y Jenkins, S.R.** (2001). Feeling healthy: so why should Mexican-descent women screen for breast cancer?. *Qualitative Health Research*, 11 (6), 812-23.
- Chalmers, K. y Thomson, K.** (1996). Coming to terms with the risk of breast cancer: perceptions of women with primary relatives with breast cancer. *Qual Health Res*, 6, 256-282.
- Champion, V.** (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*, 42, 139-143.
- Champion, V. y Miller, T.** (1996). Predicting mammography utilization through model generation. *Psychology, Health & Medicine*, 1, 273-83.
- Croyle, R.T.** (1992). Appraisal of health threats: Cognition, motivation, and social comparison. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 165-182.
- Croyle, R.T. y Hunt, J.R.** (1991). Coping with health threat: Social influences in reactions to medical test results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 382-389.
- Crump, S.R.; Mayberry, R.M.; Taylor, B.D., Barefield, K.P. y Thomas, P.E.** (2000). Factors related to noncompliance with screening mammography appointments among low-income African-American women. *Journal of the National Medical Association*, 92 (5), 237-246.
- Diefenbach, M.A.; Miller, S.M. y Daly, M.B.** (1999). Specific worry about breast cancer predicts mammography use in women at risk for breast and ovarian cancer. *Health Psychology*, 18, 532-536.

- Donato, F.; Bollani, A.; Spiazzi, R.; Soldo, M.; Pasquale, L.; Monarca, S.; Lucini, L. y Nardi, G. (1991). Factors associated with non-participation of women in a breast cancer screening programme in a town in northern Italy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45, 59-64.
- Durá, E., Andreu, Y.; Galdón, M<sup>a</sup>J. y Tuells, J. (2004). Razones de no asistencia a un programa de cribado mamográfico. *Revista de Psico-oncología* (número mes de Mayo, en prensa).
- Drossaert, C.C.; Boer, H.; Seydel, E.R. (1996). Perceived risk, anxiety, mammogram uptake, and breast self-examination of women with a family history of breast cancer: the role of knowing to be at increased risk. *Cancer Detection and Prevention*, 20 (1), 76-85.
- Duijm, L.E.M.; Guit, G.L. y Zaat, J.O.M. (1997). Mammographic surveillance of asymptomatic breast cancer relatives in general practice: Rate of reattendance and GP and patient-related barriers. *Family Practice*, 14 (6), 450-454.
- Egan, K.M.; Stampfer, M.J.; Rosner, B.A.; Trichopoulos, D.; Newcomb, P.A.; Trentham-Dietz, A.; Longnecker, M.P.; Mittendorf, R.; Greenberg, E.R. y Willet, W.C. (1998). Risk factors for breast cancer in women with a breast cancer family history. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 7 (5), 359-364
- Esplen, M.J.; Toner, B.; Hunter, J.; Glendon, G.; Liede, A.; Narod, S.; Stuckless, N.; Butler, K. y Field, B. (2000). A supportive- expressive group intervention for women with a family history of breast cancer: Results of a phase II study. *Psycho-Oncology*, 9 (3), 243-252.
- Evans, D.G.R.; Burnell, L.D.; Hopwood, P. y Howell, A. (1993). Perception of risk in women with a family history of breast cancer. *Br. J. Cancer*, 67, 612-614.
- Finney, L.J. y Iannotti, R.J. (2001). The impact of family history of breast cancer on women's health beliefs, salience of breast cancer family history, and degree of involvement in breast cancer issues. *Women & Health*, 33 (3/4), 15-28.
- Gagnon, P.; Massie, M.J.; Kash, K.M.; Gronert, M.; Heerdt, A.S.; Brown, K.; Sullivan, M.D. y Borgen, P. (1996). Perception of breast cancer risk and psychological distress in women attending a surveillance program. *Psycho-Oncology*, 5, 256-269.
- Galdón, M<sup>a</sup>J.; Durá, E.; Andreu, Y.; Tuells, J. (2000). Creencias de salud relacionadas con la participación en un programa de cribado mamográfico. *Psicología Conductual*, 8 (2), 357-373.
- George, S.A. (2000). Barriers to breast cancer screening: an integrative review. *Health Care for Women International*, 21, 43-65.

- Godin, G.; Gagne, C.; Maziade, J.; Moreault, L.; Beaulieu, D. y Morel, S.** (2001). The intention to have a mammography at a clinical breast examination. Application of the theory of planned behavior. *Psychology and Health*, 16, 423-41.
- Grady, K.E.; Lemkau, J.P.; McVay, J.M. y Reisine, S.T.** (1992). The importance of physician encouragement in breast cancer screening of older women. *Preventive Medicine*, 21, 766-780.
- Hailey, B.J.** (1991). Family history of breast cancer and screening behavior: an inverted U-shaped curve?. *Medical Hypotheses*, 36, 397-403.
- Hailey, B.J.; Carter, C.L. y Burnett, D.R.** (2000). Breast cancer attitudes, knowledge, and screening behavior in women with and without a family history of breast cancer. *Health Care for Women International*, 21, 701-715.
- Hair, J.F.; Anderson, R.E.; Tatham, R.L. y Black, W.C.** (1999). *Análisis Multivariante*. Madrid: Prentice Hall Iberia.
- Hyman, R.; Baker, S.; Ephraim, R.; Moadel, A. y Philip, J.** (1994). Health Belief Model variables as predictors of screening mammography utilization. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 391-406.
- Holm, C.V.; Frank, D.I. y Curtin, J.** (1999). Health beliefs, health locus of control and women's mammography behavior. *Cancer Nursing*, 22, 149-56.
- Janis, I.L. y Feshbach, S.** (1953). Effects of fear-arousing communications. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 48, 78-92.
- Kaplan, K.M.; Weinberg, G.B.; Small, A. y Herdon, J.L.** (1991). Breast cancer screening among relatives of women with breast cancer. *American Journal of Public Health*, 81(9), 1174-1179.
- Kash, K.M.; Holland, J.C; Halper, M.S. y Miller, D.G.** (1992). Psychological distress and surveillance behaviors of women with a family history of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 84(1), 24-30.
- Kash, K.M.; Holland, J.C; Osborne, M.P y Miller, D.G.** (1995). Psychological counseling strategies for women at risk of breast cancer. *Journal of the National Institute Monographs*, 17, 73-79.
- Kee, F.; Telford, A.M.; Donaghy, P. y O'Doherty, A.** (1992). Attitude or access: reasons for not attending mammography in Northern Ireland. *European Journal of Cancer Prevention*, 1, 311-315.
- Krischer, J.P.; Cook, B. y Weiner, R.S.** (1988). Identification and screening of women a high risk of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention*, 13, 65-74.
- Lagerlund, M.; Hedin, A.; Sparen, P.; Thurfjell, E. y Lambe, M.** (2000). Attitudes, beliefs, and knowledge as predictors of nonattendance in a Swedish population-based mammography screening program. *Preventive Medicine*, 31, 417-28

- Lau, R.R. y Ware, J.F. (1981). Refinements in the measurement of health-specific locus-of-control beliefs. *Medical Care*, 19, 1147-1157.
- Lau, R.R. (1988). Beliefs about control and health behavior. En D.S. Gochman (dir.), *Health behavior: emerging research perspectives*. Nueva York: Plenum, pp. 43-63.
- Lerman, C. y Schwartz, M. (1993). Adherence and psychological adjustment among women at high risk for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 28, 145-155.
- Lerman, C.; Rimer, B.; Trock, B.; Balshem, A. y Engstrom, P.F. (1990). Factors associated with repeat adherence to breast cancer screening. *Prevent. Med.*, 19, 279-290.
- Lerman, C.; Daly, M.; Sands, C.; Balshem, A.; Lustbader, E.; Heggan, T.; Goldstein, L.; James, J. y Engstrom, P. (1993). Mammography adherence and psychological distress among women at risk for breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(13), 1074-1080.
- Lerman, C.; Kash, K. y Stefanek, M. (1994). Younger women at increased risk for breast cancer: Perceived risk, psychological well-being, and surveillance behavior. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 16, 171-176.
- Lerman, C.; Lustbader, E.; Rimer, B.; Daly, M.; Miller, S.; Sands, C. y Balshem, A. (1995). Effects of individualized breast cancer risk counseling: a randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 87(4), 286-292.
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 119-186.
- Leventhal, H.; Diefenbach, M. y Leventhal, E.A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
- Leventhal, H.; Meyer, D. y Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. En S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology*, Vol. 2. Nueva York: Pergamon Press (pp. 7-31).
- Lingberg, N.M. y Wellisch, D. (2001). Anxiety and compliance among women at high risk for breast cancer. *Ann Behav Med*, 23(4):298-303.
- Lloyd, S.; Watson, M.; Waites, B.; Meyer, L.; Eeles, R.; Ebbs, S. y Tylee, A. (1996). Familial breast cancer: a controlled study of risk perception, psychological morbidity and health beliefs in women attending for genetic counselling. *British Journal of Cancer*, 74, 482-487.
- McCance, K.L.; Mooney, K.H.; Smith, K.R. y Field, R. (1990). Validity and reliability of a breast cancer knowledge test. *American Journal of Preventive Medicine*, 6, 93-98.

- McCaul, K.D.; Branstetter A.D. y Shroeder, D.M.** (1996). What is the relationship between breast cancer and mammography screening? A meta-analytic review. *Health Psychology*, 15 (6), 423-429.
- Metsch, L.R.; McCoy, C.B.; McCoy, H.V.; Pereyra, M.; Trapido, E. y Miles, C.** (1998). The role of the physician as an information source on mammography. *Cancer Practice*, 6, 229-36.
- Miller, A.M. y Champion, V.L.** (1997). Attitudes about breast cancer and mammography: racial, income, and educational differences. *Women and Health*, 26 (1), 41-63.
- Montano, D.E. y Taplin, S.H.** (1991). A test of an expanded theory of reasoned action to predict mammography participation. *Social Science Medicine*, 32, 733-741.
- Polednak, A.P.; Lane, D.S. y Burg, M.A.** (1991). Risk perception, family history, and use of breast cancer screening tests. *Cancer Detection and Prevention*, 15(4), 257-263.
- Rawl, S.M. ; Champion, V.L. ; Menon, U. y Foster, J.L.** (2000). The impact of age and race on mammography practices. *Health Care for Women International*, 21 (7), 583-597.
- Rimer, B.; Keintz, M.; Kessler, H. ; Engstrom, P. y Rosan, J.** (1989). Why women resist screening mammography: patient-related barriers. *Radiology*, 172, 243-246.
- Rosenstock, I.M.** (1966). Why people use health services?. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-121.
- Sadler, G.R.; Dong, H.S.; Ko, C.M.; Luu, T.T. y Nguyen, H.P.** (2001). Vietnamese American women: breast cancer knowledge, attitudes, and screening adherence. *American Journal of Health Promotion*, 15 (4), 211-214.
- Sattin, R.W. ; Rubbin, G.L. ; Webster, L.A. y cols.** (1985). The Cancer and Steroid Hormone Study. Family history and risk of breast cancer. *J. Am. Med. Assoc.*, 253, 1908-1913.
- Schneider, T.R.; Salovey, P.; Apanovitch, A.M.; Pizarro, J.; McCarthy, D.; Zullo, J. y Rothman, A.J.** (2001). The effects of message framing and ethnic targeting on mammography use among low-income women. *Health Psychology*, 20 (4), 256-266.
- Schwartz, M.D.; Taylor, K.L.; Willard, K.S.; Siegel, J.E.; Lamdan, R.M. y Moran, K.** (1999). Distress, personality, and mammography utilization among women with a family history of breast cancer. *Health Psychology*, 18 (4), 327-332.
- Schwarzer, R.** (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. The role of optimism, goals and threats. *Journal of Health Psychology*, 4, 115-127.

- Shiloh, S.; Vinter, M. y Barak, A.** (1997). Correlates of health screening utilization: the roles of health beliefs and self-regulation motivation. *Psychology and Health*, 12, 301-317.
- Slattery, M.L. y Kerber, R.A.** (1993). A comprehensive evaluation of family history and breast cancer risk. The Utah Population Database. *Journal of the American Medical Association*, 270, 1563-1568.
- Stefanek, M.E.** (1992). Psychological distress and breast cancer screening among women at hisgh risk: where are we?. *Journal of the National Cancer Institute*, 22 (18), 1756-1757.
- Stillman, M.J.** (1977). Women's health beliefs about breast cancer and breast self-examination to secondary prevention of breast cancer. *Nursing Research*, 6, 121-127.
- Tang, T.S.; Solomon, L.J. y McCracken, L.M.** (2000). Cultural barriers to mammography, clinical breast exam, and breast self-exam among Chinese-American women 60 and older. *Preventive Medicine*, 31 (5), 575-583.
- Vaile, M.S.B.; Calnan, M.; Rutter, D.R. y Wall, B.** (1993). Breast cancer screening services in three areas: uptake and satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 15, 37-45.
- Valdimarsdottir, H.B.; Bovbjerg, D.H.; Kash, K.M.; Holland, J.C.; Osborne, M.P. y Miller, D.G.** (1995). Psychological distress in women with a familial risk of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 4, 133-141.
- Vogel, V.G., Graves, D.S.; Vernon, S.W.; Lord, J.A.; Winn, R.J. y Peters, G.N.** (1990). Mammographic screening of women with increased risk of breast cancer. *Cancer*, 66, 1613-1620.
- Wallston, K.A. y Wallston, B.S.** (1981). Health locus of control scales. En: H. Lefcourt, *Research with the Locus of Control construct* Vol. 1. New York: Academic Press, pp. 189-243.
- Weinstein, N.D.** (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 355-386.
- Yanovitzky, I. y Blitz, C.L.** (2000). Effect of media coverage and physician advice on utilization of breast cancer screening by women 40 years and older. *Journal of Health Communication*, 5, 117-34.
- Zakowski, S.G.; Valdimarsdottir, H.B.; Bovbjerg, D.H.; Borgen, P.; Holland, J.; Kash, K.; Miller, D.; Mitnick, J.; Osborne, M. y Van Zee, K.** (1997). Predictors of intrusive thoughts and avoidance in women with family histories of breast cancer. *Ann. Behav. Med.*, 19(4), 362-369.