

RAZONES DE NO ASISTENCIA A UN PROGRAMA DE CRIBADO MAMOGRÁFICO¹

Estrella Durá*, Yolanda Andreu*, María J. Galdón* y José Tuells**

* Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Valencia.

** Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

⁽¹⁾ Este estudio 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. Fue financiado por la Universidad de Valencia dentro de su Convocatoria de Proyectos de Investigación.

Resumen

Objetivo. El objetivo general de este trabajo es el estudio de los factores psicosociales asociados con la asistencia a un programa de cribado mamográfico.

Método. Con un diseño retrospectivo se analizaron las razones de no asistencia dadas por una muestra de mujeres que rechazaron participar en un programa de cribado (N=384). Además, se compararon algunas creencias específicas de salud mantenidas por estas mujeres con las de un grupo de mujeres que sí acudieron a dicho programa (N=715).

Resultado. Las razones de no asistencia aducidas por las mujeres que no acudieron al programa tenían que ver con la invitación al mismo (no haber recibido la carta, pérdida u olvido), limitaciones personales (obligaciones familiares, enfermedad, trabajo), considerar que la mamografía es innecesaria en ausencia de síntomas y miedo a los resultados de la misma. El análisis de diferencias a nivel de creencias de salud entre asistentes y no asistentes confirmaron estos resultados y permitieron identificar diversas actitudes específicas asociadas con la participación en el programa. Cabe destacar la creencia en que es importante llevar a cabo actividades que mejoran la salud, que la mamografía permitiría empezar pronto un tratamiento si se tuviera algo malo, que este procedimiento no supone una pérdida de tiempo, y, sobre todo, que las personas significativas del entorno consideran importante para la propia mujer realizarse mamografías.

Conclusiones. Los resultados clarifican algunos de los factores sobre los que hay que incidir a la hora de incrementar la participación de las mujeres en un programa de cribado mamográfico.

Palabras clave: cribado mamográfico, participación, creencias y actitudes.

Abstract

Objective. The present study analyses the psychosocial factors associated with participation in a mammography screening program.

Methods. A retrospective design was used to analyze the reasons for non-attendance given by a sample of women who declined to participate in a mammography screening program (N=384). Some specific health beliefs held by the non-attendees were also compared with those of a group of women who accepted participating in the screening program (N=715).

Results. Some important reasons stated by non-attendees referred to the invitation to the program (not receiving the letter, losing or forgetting it), personal restrictions (family obligations, illness, work), considering screening to be unnecessary in the absence of symptoms, and fear of the results of mammography. Analysis of the differences in health beliefs between participants and non-participants confirmed these results, and identified a number of specific attitudes associated with participation in the mammography screening program. These include the belief that it is important to perform actions to improve health, that mammography screening would lead to early treatment if there was anything wrong, that this procedure is not a waste of time, and especially that salient others consider it important that women undergo breast screening.

Conclusions. The results of our study clarify some beliefs and attitudes that should be stressed in order to increase participation in a mammography screening program.

Key words: mammography screening, participation, beliefs and attitudes.

Correspondencia:

Estrella Durá
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. Avenida Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia
E-mail: estrella.dura@uv.es

INTRODUCCIÓN

Considerado como el tumor más frecuente entre las mujeres⁽¹⁻³⁾, el cáncer de mama constituye la quinta causa de muerte entre las mujeres españolas y la primera en el grupo de edad comprendido entre los 35-55 años. Concretamente, la tasa de mortalidad por cada 100.000 mujeres es de 28,6 en España (año 1997), 27,0 en la Comunidad Valenciana (año 1998), y de 28,0 en el distrito de salud de Elche (año 1998). Estas tasas han sido similares en los últimos diez años tanto para el país, como la comunidad y el distrito^(4,5). El distrito de Elche (232.540 habitantes) es uno de los veinte distritos de salud de la Comunidad Valenciana y la localidad donde se ha llevado a cabo el estudio aquí presentado.

La mamografía es la técnica más ampliamente reconocida como método de detección temprana del cáncer de mama⁽⁶⁻⁸⁾. Diversos estudios muestran que la utilización periódica del cribado mamográfico reduce las tasas de mortalidad por cáncer de mama en las mujeres de edad comprendida entre los 40-74 años⁽⁹⁾. Este efecto del cribado mamográfico sobre la mortalidad por cáncer de mama persiste en los seguimientos a largo plazo y es dependiente de la edad, obteniéndose los mejores resultados en mujeres mayores de 50 años⁽¹⁰⁾. Aunque algunos autores han cuestionado la utilidad del cribado mamográfico⁽¹¹⁻¹²⁾ y todavía existe controversia, en concreto, respecto a la edad de comienzo⁽¹³⁻¹⁸⁾, actualmente existe consenso en la recomendación (grado B) de la utilización de la mamografía, cada 1 o 2 años, para la detección temprana del cáncer de mama en las mujeres a partir de los 40 años de edad⁽¹⁹⁾.

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⁽²⁰⁻²⁴⁾. En concreto en España, el grado de participación varía considerablemente de un programa de cribado poblacional a otro.

De hecho algunos alcanzan tasas de participación tan satisfactorias como aquellas que rozan el 90%, mientras que otros sólo consiguen un 75% o valores incluso más bajos: 60%⁽²⁵⁾. Los dos últimos valores han sido considerados, respectivamente, como los parámetros de participación "deseable" y "aceptable", por parte del programa "Europe Against Cancer" para la evaluación de los estudios de cribado⁽²⁶⁾. En la medida en que el éxito de cualquier programa va a depender, en última instancia, de si la gente acude o no al mismo^(27,28), el estudio de los factores psicosociales asociados con la participación constituye un objetivo esencial en la detección temprana del cáncer de mama.

De los distintos acercamientos teóricos existentes, el Modelo de Creencias de Salud (MCS)⁽²⁹⁻³¹⁾ ha sido el más ampliamente utilizado en la investigación sobre los factores psicosociales que pueden influir en la asistencia a los controles mamográficos. Este modelo postula que la probabilidad de que una mujer se someta a un control mamográfico dependería de: su percepción de **Vulnerabilidad** al cáncer de mama, la **Gravedad percibida** de esta enfermedad, y los **Beneficios y Barreras** o inconvenientes asociados a la mamografía. Otras variables frecuentemente contempladas en este modelo son la *Motivación general para la salud*⁽³²⁾ y las creencias sobre el *Locus de control de la salud*⁽³³⁾. El modelo reconoce que otras variables como las sociodemográficas, las características de personalidad o el grado de información (denominadas genéricamente como variables estructurales) pueden influir en la decisión de adoptar una conducta de salud pero siempre de forma indirecta, a través de su influencia sobre las dimensiones básicas de creencias.

En las décadas pasadas, numerosos estudios empíricos han evaluado la aplicabilidad de los diferentes constructos contemplados en el MCS a la predicción de la participación en los controles mamográficos⁽³⁴⁻⁴⁵⁾. En la mayoría de estos estudios, los componentes del modelo se han asociado significativamente con la utilización del cribado mamográfico.

gráfico, aunque la evidencia empírica no otorga la misma relevancia a todos ellos (para una revisión ver^(24,46,47)). Por otro lado, los porcentajes de varianza de la participación en los programas de cribado mamográfico explicados por el modelo varían, según estudios, entre un 16% y un 45%^(34,43,44,48). La escasa elaboración teórica sobre los constructos del MCS –es decir, sobre cómo se combinan las variables para dar lugar a la conducta y/o las posibles relaciones causales entre ellas– y la multidimensionalidad de estos constructos en la operacionalización del modelo, han sido algunos de los aspectos que han debilitado el estatus del MCS como un modelo coherente sobre conductas de salud^(49,50).

Aunque en menor medida que el modelo anterior, la Teoría de la Acción Razonada (TAR)^(51,52) –posteriormente reformulada como Teoría de la Conducta Planeada (TCP)^(53,54)– ha ido utilizándose de forma creciente en la predicción de la asistencia a cribados mamográficos⁽⁵⁵⁻⁶⁰⁾. Esta teoría incorpora la intención conductual y el control conductual percibido como variables mediadoras entre las actitudes y la conducta, y establece una clara relación causal entre los distintos componentes del modelo. La TAR postuló que el determinante más inmediato de la conducta es la intención –lo que la persona piensa o se propone hacer–, que, a su vez, está determinada por dos factores: **Actitud hacia la conducta** (creencias de la persona acerca de las consecuencias de someterse a una mamografía, unido al valor que le otorga a esas consecuencias), y **Norma subjetiva** (presión social que la mujer percibe para llevar a cabo esta conducta, unido a su la motivación para ajustarse a esas expectativas). La TCP añadió a la anterior teoría un nuevo elemento causal: el grado en que el sujeto percibe que la conducta está bajo su propio control (**Control percibido**).

La TAR ha mostrado mayor poder predictivo que el MCS en la investigación sobre conductas de salud; aunque esta diferencia, sin embargo, no es estadísticamente significativa⁽⁶¹⁾. Por otro lado, este acercamiento

también presenta algunas limitaciones. Como Zimmerman y Dee Vernberg⁽⁶¹⁾ argumentan, “los estudios basados en la TAR están excesivamente focalizados en la predicción de la intención conductual, prestando escasa atención a la conducta o al proceso de cambio conductual” (op. cit. p. 62). De hecho, tanto el MCS como la TAR/TCP han sido considerados por diversos autores como modelos estáticos, interesados fundamentalmente en las motivaciones de las personas para llevar a cabo conductas de salud, pero sin abordar de lleno el problema de cómo se traducen las intenciones en acciones y/o cómo se producen los procesos de cambio en las conductas de salud.^(49,50)

En este sentido, el Modelo Transteorético (MTT)⁽⁶²⁾, aplicado inicialmente al estudio del cambio en el campo de las conductas adictivas, ha ido ganando terreno en la investigación sobre conductas de salud, incluido el cribado mamográfico. Este modelo enfatiza una perspectiva temporal señalando diferentes estadios de cambio comportamental: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Considera que los individuos progresan a través de cada estadio hasta lograr con éxito mantener una nueva conducta. El modelo también incluye el análisis cognitivo de costos-beneficios asociados al cambio comportamental. Este componente (pros y contras) se operacionaliza como balance decisional^(63,64). El MTT se ha aplicado tanto sólo⁽⁶⁵⁻⁶⁹⁾ como en combinación con el Modelo de Creencias de Salud –equiparando las variables de beneficios y barreras de este modelo con los pros y contras del modelo Transteorético⁽⁷⁰⁻⁷³⁾. 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 encuentren. Así, por ejemplo, las mujeres que nunca se han realizado una mamografía o no la mantienen con la regularidad que debieran perciben más barreras que beneficios –un balance decisional negativo. Los resultados también muestran

la existencia de diferencias cualitativas en los beneficios y costos percibidos dependiendo del nivel de consolidación de la mujer en la utilización de la mamografía⁽⁷²⁾.

En nuestro país, la investigación sobre los predictores de la participación en programas de cribado mamográfico se ha centrado fundamentalmente en variables sociodemográficas⁽⁷⁴⁾. Son escasos los estudios basados en un marco teórico articulado como el de los modelos socio-psicológicos⁽⁷⁵⁻⁷⁷⁾.

En un estudio previo realizado por las autoras de este trabajo, se utilizaron las variables del MCS y de la TAR, con el objetivo de predecir la participación en el programa de cribado mamográfico de la *Conselleria de Sanitat i Consum* de la Generalitat Valenciana⁽⁷⁵⁾. Los resultados mostraron que las mujeres que aceptaron participar en el mismo tenían mayor grado de información sobre el cáncer de mama y sus técnicas de detección precoz, mayor motivación general para la salud, consideraban el cáncer de mama como una enfermedad menos grave, se consideraban más vulnerables a esta enfermedad, percibían más beneficios y menos inconvenientes en el cribado mamográfico, y sentían mayor presión social, comparadas con las que no acudieron al programa de cribado. Sin embargo, una cuestión pendiente con importantes implicaciones a nivel de intervención es el análisis del contenido específico de los ítems de las variables asociadas con la asistencia al programa de cribado. Como ya hemos señalado, uno de los problemas fundamentales a nivel conceptual que presentan estos acercamientos teóricos es su multidimensionalidad. Así, la variable de vulnerabilidad incluye tanto la percepción del riesgo relativo de uno mismo en comparación con los demás como las evaluaciones globales de riesgo subjetivo; el componente de gravedad implica tanto la gravedad médica del cáncer de mama como la gravedad psicológica (el grado en que esta enfermedad puede interferir con roles y/o actividades sociales importantes); el componente de beneficios incluye tanto la efi-

cia clínica de la mamografía (facilita un diagnóstico precoz y, consecuentemente, un tratamiento más efectivo y menos severo), como el beneficio emocional del cribado (por ej., la tranquilidad). De la misma forma, la variable barreras comprende las barreras prácticas relacionadas con la accesibilidad a los servicios de salud (por ej. tiempo, transporte, disponibilidad, etc...) como los costes psicológicos: miedo a la mamografía (vergüenza, dolor, efectos de la radiación) y miedo a un diagnóstico de cáncer o su tratamiento. Las medidas del constructo de motivación general para la salud han incluido generalmente ítems relacionados con la adopción de otras conductas de salud (ejercicio, dieta equilibrada, controles médicos regulares, etc..), el afrontamiento de los problemas de salud, o la preocupación general por la salud. Por otro lado, el componente de presión social recogido por la TAR engloba diferentes fuentes de influencia social que van desde personas muy allegadas a la persona (como marido, hija, madre, etc.) hasta el papel que pueden desempeñar los medios de comunicación.

En este contexto, la investigación aquí presentada tiene como objetivo determinar si existen diferencias, en las creencias específicas de salud contempladas por las variables del MCS y la TAR, entre las mujeres que acuden a un programa de cribado mamográfico y las que no lo hacen. Esta información sería de gran valor a la hora de diseñar los mensajes específicos que deben incluir las campañas públicas de salud dirigidas a incrementar la participación en programas de cribado mamográfico.

Así, el presente estudio aborda dos cuestiones concretas: (i) las razones de no participación aducidas por una muestra de mujeres que rechazaron la invitación a participar en un programa de cribado mamográfico, y (ii) la comparación de algunas creencias específicas de salud mantenidas por las participantes frente a las no participantes en dicho programa de cribado.

El programa de cribado mamográfico, en el que se ha llevado a cabo esta investigación, es el desarrollado por la *Conselle-*

ria de Sanitat i Consum de la Comunidad Valenciana (España). El programa ofrece una revisión mamográfica gratuita y bianual a las mujeres de edades comprendidas entre los 45 y los 69 años. Las mujeres son invitadas a través de una carta personal remitida por el *Conseller de Sanitat*. Esta carta ofrece información sobre los beneficios potenciales del programa y asigna una fecha específica para acudir al control mamográfico (es seguida de una segunda citación en caso de no acudir a la primera cita).

MÉTODO

Muestra y Procedimiento

La muestra utilizada en esta investigación ha sido seleccionada a partir de la población de mujeres invitadas a la primera serie del programa de cribado mamográfico en la Unidad de Prevención del Cáncer de Mama del Centro de Salud Pública de Elche (Alicante). Se consideró población de estudio a las mujeres entre 45-65 años censadas en Elche y Santa Pola: área de salud 19 (N= 22,413 mujeres). Se llevó a cabo un muestreo probabilístico estratificado por edad (45-49, 50-54, 55-59, 60-65)¹ proporcional al peso de cada estrato en el conjunto de edad seleccionado (nivel de confianza del 95% y error de estimación de $\pm 3\%$). La estimación del tamaño muestral se estableció a partir de una prevalencia esperada de participación en el programa del 65%, resultando en un total de 1.099 mujeres, de las cuales 715 acudieron a la cita y 384 no. Se eliminaron de la población muestral aquellas que habían tenido un diagnóstico de cáncer de mama previo al inicio del estudio. La muestra quedó así reducida a 1.087 mujeres, de las cuales 711 habían acudido

al programa de screening y 376 no lo habían hecho.

La gran mayoría de las mujeres de la muestra utilizada están casadas (83%) y tienen un nivel de estudios bajo (69% no ha cursado ningún estudio y 28% sólo primarios). Más de la mitad (62%) son amas de casa, 29% trabajan fuera del hogar y 7% están jubiladas. La media de edad de la muestra es de 54 años (D.E.=6). Asimismo, cabe destacar su bajo nivel de práctica de conductas preventivas del cáncer de mama: cerca de la mitad de la muestra (47%) dice no practicar la autoexploración de forma periódica y aproximadamente dos tercios de la misma revela no haberse realizado nunca un examen clínico de la mama (67%) ni una mamografía (74%).

El procedimiento seguido para la recogida de información a lo largo de un periodo de cuatro meses fue el siguiente: las mujeres del grupo que acudió a la cita en el centro de cribado fueron entrevistadas en la unidad antes de la revisión de la mama; las mujeres que declinaron participar en el programa fueron entrevistadas en su propio domicilio. En todos los casos, la participación en esta investigación fue voluntaria y las respuestas dadas por las mujeres a los cuestionarios anónimas. Sólo cuatro mujeres (todas ellas pertenecientes al grupo de no asistentes) rechazaron participar en este estudio.

VARIABLES e INSTRUMENTOS

Motivos de no asistencia. A partir de la entrevista utilizada por Rutter et al.⁽⁷⁸⁾, elaboramos un listado de posibles motivos de no asistencia al programa de cribado (N= 23), agrupados en seis categorías: razones prácticas, miedo y/o desagrado ante los controles médicos, considerar la revisión innecesaria, motivos relacionados con la invitación, haberse realizado revisiones previas y estar en tratamiento por problemas de la mama. Las mujeres que no habían acudido a la cita del programa debían señalar la/s razón/es que había motivado su no asistencia y, si era el caso, explicitar en la

¹ Aunque actualmente el programa de prevención del cáncer de mama en la Comunidad Valenciana abarca a las mujeres entre 45 y 69 años, en el momento de realizarse el estudio la cobertura del programa sólo alcanzaba a las mujeres entre 45 y 65 años.

categoría de “otros motivos posibles” alguna otra razón que no hubiera quedado recogida en el listado previo. La tipificación de las respuestas ofrecidas a esta última categoría abierta dio lugar a tres nuevos motivos (otras obligaciones o compromisos, olvido de la cita o pérdida de la carta y no haber recibido la carta) que se incluyeron como motivos en las categorías más afines del listado.

Información. Basándonos en los instrumentos publicados por McCance et al.⁽⁷⁹⁾ y Stillman⁽⁸⁰⁾, elaboramos un cuestionario para medir el grado de información sobre las técnicas de cribado del cáncer de mama que consta de 8 ítems con diferentes alternativas de respuesta cada uno.

Creencias y actitudes ante el cáncer de mama y la mamografía. Un total de 38 ítems extraídos de los cuestionarios de Champion⁽⁸¹⁾, Montano y Taplin⁽⁵⁷⁾ y Vaile et al.⁽⁶⁰⁾ exploran diferentes variables del Modelo de Creencias de Salud: motivación general para la salud (7 ítems), vulnerabilidad percibida al cáncer de mama (5 ítems), gravedad percibida de la enfermedad (7 ítems) y posibles beneficios (8 ítems) e inconvenientes (11 ítems) asociados a la mamografía. La escala de respuesta sigue un formato tipo Lickert, rango 1 a 7 (1= totalmente en desacuerdo, 7= totalmente de acuerdo).

Presión social percibida. También adaptados de los cuestionarios de Montano y Taplin⁽⁵⁷⁾ y Vaile et al.⁽⁶⁰⁾, un total de 7 ítems recogen la presión que la persona percibe que ejercen “otros significativos” para que se realice mamografías. La escala de respuesta sigue un formato tipo Lickert, rango 1 a 7 (1=totalmente en desacuerdo, 7= totalmente de acuerdo).

Todos estos instrumentos fueron adaptados al castellano por los autores de esta investigación. Los coeficientes de fiabilidad (a de Cronbach) alcanzados por las diferentes escalas para la muestra de esta investigación fueron en general satisfactorios: información ($\alpha=,68$), motivación general ($\alpha=,56$), vulnerabilidad ($\alpha=,87$), gravedad ($\alpha=,74$), beneficios ($\alpha=,87$), barreras ($\alpha=,80$), presión social ($\alpha=,79$).

Análisis estadísticos realizados

Por un lado, se llevaron a cabo análisis de frecuencias de los motivos de no asistencia aducidos por las mujeres que no acudieron al programa. Por otro, se realizaron *odds ratio* para cada uno de los ítems de información, creencias y actitudes y presión social percibida, comparando los dos subgrupos de la muestra. Para estos análisis de *odds ratio*, las respuestas a los ítems de información fueron dicotomizadas contraponiendo la alternativa correcta a la/s alternativa/s incorrecta/s. Las respuestas a los ítems del resto de escalas fueron dicotomizadas en dos categorías: “totalmente de acuerdo”, “bastante de acuerdo” y “de acuerdo” versus “no sé”, “en desacuerdo”, “bastante en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo”.

El paquete estadístico utilizado en todos los casos fue el SPSS.10

RESULTADOS

De entre las razones aducidas para no participar en el programa, una de ellas centró nuestra atención inicialmente: haberse realizado revisiones previas. Un total de 74 mujeres adujeron estar sometidas ya a revisiones periódicas y/o haberse hecho una revisión reciente como motivo de su no asistencia. Para nosotros, el interés de este tipo de argumentación radica fundamentalmente en la posibilidad de aislar un subgrupo de mujeres que –no habiendo acudido al cribado– dicen llevar a cabo conductas preventivas del cáncer de mama. Este subgrupo de mujeres fue excluido en los análisis posteriores ya que no puede ser considerado dentro del grupo de no adherencia a las pautas de cribado. El grupo de no participación quedó así reducido a un total de 302 mujeres. En la Tabla 1 se presentan los datos referidos a los motivos de no asistencia aducidos por este subgrupo de mujeres.

El porcentaje más alto –36%– de razones aducidas para no participar en el programa corresponde a uno de los motivos

Tabla 1. **Motivos de no asistencia aducidos por el subgrupo de mujeres que no acude al programa (N= 302)**

	N	%
Razones prácticas	107	28,4
Obligaciones familiares	30	8,0
Trabajo	16	4,2
Incapacidad o enfermedad	32	8,5
Estar de vacaciones	12	3,2
Inconveniente del desplazamiento	7	1,9
Inconveniente de tener que dejar el trabajo	8	2,1
Miedo/Desagrado	79	21,0
Miedo a lo que pudieran encontrarle	32	8,5
No soportar los hospitales	6	1,6
Disgusto por las revisiones médicas	13	3,5
Disgusto por los médicos	9	2,4
Posible dolor o molestia	7	1,9
Asumir que ir al médico supone buscarse problemas	7	1,9
Revisión innecesaria	41	10,9
Por encontrarse bien	35	9,3
Invitación	150	39,8
Olvido de la cita o pérdida de la carta	13	3,5
No haber recibido la carta	135	35,8

Nota. Un total de 9 razones no aparecen en la tabla dado que el porcentaje de sujetos que las señalaban era inferior al 1%. Estas razones incluían una de tipo práctico: "otras obligaciones o compromisos"; tres razones de la categoría de miedo/desagrado: "miedo a los rayos X", "vergüenza", "experiencias previas desagradables con la mamografía"; dos de la categoría de revisión innecesaria: "por no haber ningún cáncer en la familia", "por ser demasiado mayor para controlarse las mamas"; dos referidas a la invitación: "algo en la invitación desanima o disuade", "no haber conseguido cambiar la cita"; y la categoría de estar en tratamiento por problemas en la mama.

Dado que los motivos no son excluyentes entre sí, el porcentaje está calculado sobre el total de razones aducidas (incluidas aquellas que no aparecen en la tabla) y no sobre el total de sujetos.

vinculados con la invitación al programa: no haber recibido la carta. La comprobación posterior de los datos relativos al domicilio de estas mujeres mostró, no obstante, que eran correctos. Así y aunque cabe pensar en un posible extravío de la carta, es necesario tomar con cierta precaución este resultado. Más que tratarse de un motivo real, pudiera tratarse de una simple excusa y estar enmascarando otros posibles motivos. Las razones de índole práctico constituyen, como bloque, el segundo tipo de razones señaladas con más frecuencia (28%). Entre ellos, los motivos relacionados con obligaciones familiares, incapacidad o

enfermedad y problemas laborales son los más señalados. La categoría de miedo y/o desagrado hacia la experiencia de cribado constituye el 21% de los motivos de no participación. No obstante, el motivo concreto más frecuentemente señalado no se relaciona con la técnica en sí misma, sino con los posibles resultados positivos derivados de ella (9%). De entre las razones relacionadas con la no conveniencia de la mamografía (11%), la creencia de que el cribado es innecesario en ausencia de síntomas es la más frecuentemente señalada como motivo de no participación (9%). Por último, ninguna de las mujeres señaló el tener

problemas en la mama como motivo de no asistencia. Recuérdese a este respecto que las mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama habían sido previamente eliminadas del estudio.

Los resultados de los análisis de odds ratio contrastando el grupo de asistentes al programa (N=711) con el grupo de no asistentes (N=302) se presentan en las Tablas 2-8.

La proporción (ver tabla 2) entre las mujeres que conocen la necesidad de someterse a exámenes clínicos y mamografías de forma periódica a partir de cierta edad y las que no conocen esa necesidad es once veces mayor en el grupo que acude que en el que no acude (OR=11,9 y OR=11,4, respectivamente). Asimismo, las mujeres que acuden conocen los signos que pueden indicar la existencia de alguna anomalía en la mama en una proporción cuatro veces mayor (OR=4,6). A pesar de que también hay diferencias en el conocimiento de que en ausencia de síntomas, existe la

posibilidad de tener cáncer de mama y por ello hay que someterse a exámenes clínicos y mamografías, la proporción no alcanza el 2 a 1. Por otro lado, no se observan diferencias en los dos ítems de conocimiento sobre la autoexploración. Cabe destacar, además, que el porcentaje de mujeres que conocen la frecuencia recomendada de la práctica de esta técnica y el momento más adecuado para llevarla a cabo no supera el tercio de la muestra, en ninguno de los grupos.

En una proporción mayor que la encontrada en el grupo que no acude, las mujeres que acuden (ver tabla 3) consideran importante llevar a cabo actividades que mejoren su salud (OR= 7,7), quieren descubrir sus problemas de salud lo antes posible (OR=6,0) buscan información (OR=3,9) y se someten a revisiones médicas periódicas (OR=2,4). Ninguno de los ítems restantes de motivación general para la salud alcanza la significación estadística; no obstante, la observación de los porcentajes en ambos

Tabla 2. Análisis de odds ratio comparando el grupo que acude (N=711) y no acude (N=302) al programa

ITEMS DE INFORMACIÓN	GA (%)	GNA (%)	Odds ratio	I.C. (95%)
* Necesidad de someterse a exámenes clínicos de la mama de forma periódica a partir de cierta edad	97,6	77,5	11,9	6,8–20,6
* Necesidad de someterse a exámenes clínicos aunque no se tenga algo anormal en la mama	75,0	67,5	1,4	1,1–1,9
* Posibilidad de tener cáncer de mama en ausencia de síntomas	79,9	68,2	1,9	1,4–2,5
Conocimiento de la frecuencia recomendada para la autoexploración	30,1	24,2	1,4	1,0–1,8
Conocimiento de la recomendación de practicar la autoexploración después de la regla	31,9	26,8	1,3	1,0–1,7
* Conocimiento de síntomas de anomalía en la mama: bulto, hoyuelo y secreción del pezón	94,9	80,2	4,6	3,0–7,1
* Necesidad de realizarse mamografías aunque no se encuentre algo anormal en la mama	78,7	67,9	1,7	1,3–2,4
* Necesidad de realizarse mamografías periódicas a partir de cierta edad aunque no se detecte nada anormal	97,5	77,2	11,4	6,7–19,6

Nota: GA= Grupo que Acude; GNA= Grupo que No Acude; I.C.= Intervalo de Confianza.

Los ítems que establecen diferencias estadísticamente significativas se han señalado con un asterisco.

Tabla 3. Análisis de odds ratio comparando el grupo que acude (N=711) y no acude (N=302) al programa

ITEMS DE MOTIVACIÓN GENERAL PARA LA SALUD	GA (%)	GNA (%)	Odds ratio	I.C. (95%)
* Quiero descubrir mis problemas de salud lo antes posible	94,1	72,8	6,0	4,0–8,9
Mantener un buen estado de salud es muy importante para mí	99,9	99,0	7,1	0,7–68,9
* Busco nueva información de cara a mejorar mi salud	90,9	71,9	3,9	2,7–5,6
* Considero importante llevar a cabo actividades que mejoren mi salud	98,6	90,1	7,7	3,7–16,1
Llevo una dieta equilibrada	66,7	72,2	0,8	0,6–1,0
Practico algún tipo de ejercicio por lo menos tres veces a la semana	32,7	37,7	0,8	0,6–1,1
* Me hago revisiones médicas incluso cuando no estoy enferma	32,3	16,9	2,4	1,7–3,3

Nota: GA= Grupo que Acude; GNA= Grupo que No Acude; I.C.= Intervalo de Confianza.

Los items que establecen diferencias estadísticamente significativas se han señalado con un asterisco.

grupos nos muestra situaciones diferenciadas en cada caso. Prácticamente todas las mujeres, tanto las que acuden como las que no, consideran muy importante mantener un buen estado de salud (99,9% vs 99,0%); en torno a dos tercios en cada grupo dice llevar una dieta equilibrada (66,7% vs 72,2%) y sólo un tercio, también en ambos

casos (32,7% vs 37,7%) practica de manera regular algún tipo de ejercicio.

Significativamente mayor es también la proporción (ver tabla 4) de mujeres en el grupo que acude que consideran muy probable padecer cáncer de mama en el futuro (OR=de 4,0 a 2,1); aunque no consideran que esa probabilidad sea mayor que la

Tabla 4. Análisis de odds ratio comparando el grupo que acude (N=711) y no acude (N=302) al programa

ITEMS DE VULNERABILIDAD PERCIBIDA	GA (%)	GNA (%)	Odds ratio	I.C. (95%)
* Es muy probable que padezca cáncer de mama en el futuro	35,7	12,3	4,0	2,7–5,8
* Creo que en un futuro tendré cáncer de mama	15,6	7,9	2,1	1,4–3,4
* Hay muchas posibilidades de que tenga cáncer de mama en los próximos diez años	22,8	8,3	3,3	2,1–5,1
* Las probabilidades de que llegue a tener cáncer de mama son grandes	19,8	9,9	2,2	1,5–3,4
Tengo más probabilidad que otras mujeres de padecer cáncer de mama	12,4	8,8	1,4	0,9–2,3

Nota: GA= Grupo que Acude; GNA= Grupo que No Acude; I.C.= Intervalo de Confianza.

Los items que establecen diferencias estadísticamente significativas se han señalado con un asterisco.

presentada por otras mujeres (OR=1,4; CI: 0,9-2,3). Con todo, hay que tener en cuenta que el porcentaje de mujeres que, en ambos grupos, están de acuerdo con estos ítems es bajo; en el grupo que acude el porcentaje oscila entre un 12% y un 36% según los ítems, y en el grupo que no acude entre 8% y 12%.

Son en mayor proporción las que no acuden (ver tabla 5) las que sienten miedo, o incluso pánico, ante el sólo pensamiento del cáncer de mama; consideran que la enfermedad cambiaría sus vidas por completo y, además, no sobrevivirían a ella más de cinco años. No obstante, la proporción con respecto a las que acuden no alcanza el 2 a 1. La ausencia de significación estadística en el resto de los ítems nos muestra que –independientemente del grupo de referencia– a una buena parte de las mujeres se les acelera el corazón cuando piensan en el cáncer de mama (60%) y creen que los problemas que les ocasionaría la enfermedad les afectarían durante mucho tiempo (75%); no obstante, son pocas las que creen que sería susceptible de amenazar la relación con su pareja (25%).

En general, el 80% o más de las mujeres en ambos grupos está de acuerdo con las potenciales consecuencias positivas de la mamografía (ver tabla 6), a excepción de su capacidad para disminuir la probabilidad de morir por cáncer de mama (65,2% en el grupo que acude vs 55,3% en el que no acude). No obstante, las que acuden creen, en mayor proporción, en la eficacia clínica de la mamografía frente al examen clínico (OR=2,4) y la autoexploración (OR=2,0), y consideran que la mamografía no sólo permitiría comenzar pronto un tratamiento si fuera necesario (OR=5,8), sino que también disminuiría sus probabilidades de morir por cáncer de mama (OR=1,5). Respecto al beneficio emocional que la mamografía pudiera proporcionar al tranquilizar a la mujer en el caso de resultados negativos, los resultados no son muy claros. Aparecen diferencias en uno de los ítems que exploran este aspecto (OR=1,9), pero no en el otro (OR=1,4, CI: 0,95-1,95).

Las diferencias entre los dos grupos son más rotundas si atendemos a los posibles inconvenientes de la mamografía (ver tabla 7). Todos ellos, excepto el referido al dolor

Tabla 5. Análisis de odds ratio comparando el grupo que acude (N=711) y no acude (N=302) al programa

ITEMS DE GRAVEDAD PERCIBIDA	GA (%)	GNA (%)	Odds ratio	I.C. (95%)
* Me da pánico pensar en el cáncer de mama	82,6	89,1	0,58	0,4–0,9
Cuando pienso en el cáncer de mama, mi corazón va más rápido	63,2	61,9	1,06	0,8–1,4
* Me asusta pensar en el cáncer de mama	82,7	89,1	0,59	0,4–0,9
Los problemas que me ocasionaría el tener cáncer de mama me afectarían durante mucho tiempo	72,2	76,2	0,81	0,6–1,1
El cáncer de mama amenazaría la relación con mi novio, mi marido o mi pareja	23,6	25,5	0,90	0,67–1,2
* Si tuviese cáncer de mama, cambiaría mi vida entera	65,2	74,5	0,64	0,5–0,9
* Si desarrollara cáncer de mama, no sobreviviría más de cinco años	16,3	23,5	0,63	0,5–0,9

Nota: GA= Grupo que Acude; GNA= Grupo que No Acude; I.C.= Intervalo de Confianza.

Los ítems que establecen diferencias estadísticamente significativas se han señalado con un asterisco.

Tabla 6. Análisis de odds ratio comparando el grupo que acude (N=711) y no acude (N=302) al programa

ITEMS DE BENEFICIOS PERCIBIDOS	GA (%)	GNA (%)	Odds ratio	I.C. (95%)
HACERME UNA MAMOGRAFÍA:				
Me confirmaría que todo va bien	86,0	81,8	1,4	1,0–2,0
Permitiría diagnosticar pronto un cáncer de mama si lo tuviera	94,1	94,4	1,0	0,5–1,7
Permitiría detectar anomalías y bultos no cancerosos si yo los tuviera	91,7	89,4	1,3	0,8–2,1
* Permitiría empezar pronto un tratamiento si tuviera algo malo	98,7	93,0	5,8	2,6–12,9
* Me confirmaría que nada va mal	87,4	78,1	1,9	1,4–2,8
* Permitiría detectar un cáncer que yo no podría encontrar autoexplorándome	94,7	90,1	2,0	1,2–3,2
* Permitiría detectar un cáncer que no se podría detectar mediante un examen clínico	94,8	88,4	2,4	1,5–3,9
* Disminuiría mi probabilidad de morir por cáncer de mama	65,2	55,3	1,5	1,2–2,0

Nota: GA= Grupo que Acude; GNA= Grupo que No Acude; I.C.= Intervalo de Confianza.

Los ítems que establecen diferencias estadísticamente significativas se han señalado con un asterisco.

que pueda causar, son percibidos en una proporción significativamente mayor por el grupo que no acude. En una proporción aproximadamente cinco veces mayor, las

que no acuden sienten miedo ante la mamografía por los posibles resultados positivos, piensan que sería una pérdida de tiempo y no les parece conveniente en su

Tabla 7. Análisis de odds ratio comparando el grupo que acude (N=711) y no acude (N=302) al programa

ITEMS DE INCONVENIENTES PERCIBIDOS	GA (%)	GNA (%)	Odds ratio	I.C. (95%)
HACERME UNA MAMOGRAFÍA:				
* Sería una pérdida de tiempo	1,1	5,6	0,2	0,1–0,5
* Sería incómodo o molesto	9,0	19,9	0,4	0,3–0,6
* Posiblemente sería perjudicial debido a los rayos X	20,2	27,8	0,7	0,5–0,9
* Haría que me preocupase innecesariamente	24,6	38,4	0,5	0,4–0,7
* Sería vergonzoso o embarazoso para mí	15,4	30,8	0,4	0,3–0,6
* No me parecería conveniente en mi caso	5,2	20,2	0,2	0,1–0,3
* Supondría hacerme una prueba que no me resulta familiar	61,4	81,8	0,4	0,3–0,5
* Supondría pensar en la posibilidad de tener un cáncer de mama	28,4	45,4	0,5	0,4–0,6
Podría ser doloroso	27,9	30,5	0,9	0,7–1,2
* Me haría sentirme ansiosa	45,2	61,6	0,5	0,4–0,7
* Me daría miedo por si me encuentran algo anormal	63,9	90,7	0,2	0,1–0,3

Nota: GA= Grupo que Acude; GNA= Grupo que No Acude; I.C.= Intervalo de Confianza.

Los ítems que establecen diferencias estadísticamente significativas se han señalado con un asterisco.

Tabla 8. Análisis de odds ratio comparando el grupo que acude (N=711) y no acude (N=302) al programa

ITEMS DE PRESIÓN SOCIAL PERCIBIDA	GA (%)	GNA (%)	Odds ratio	I.C. (95%)
* Según mi marido yo debería hacerme mamografías periódicas	67,3	42,4	2,8	2,1–3,7
* Según mi hermana yo debería hacerme mamografías periódicas	55,9	41,7	1,8	1,4–2,3
* Según mi hija yo debería hacerme mamografías periódicas	76,8	50,7	3,2	2,4–4,3
* Según mis amigas yo debería hacerme mamografías periódicas	77,9	55	2,9	2,2–3,9
Según mi médico yo debería hacerme mamografías periódicas	49,3	44,4	1,2	0,9–1,6
* Según los medios de comunicación y las revistas especializadas yo debería hacerme mamografías periódicas	95,9	76,2	7,4	4,7–11,6
* La mayor parte de la gente que me importa cree que debería hacerme mamografías	94,9	54,0	16,0	10,7–24,0

Nota: GA= Grupo que Acude; GNA= Grupo que No Acude; I.C.= Intervalo de Confianza.

Los items que establecen diferencias estadísticamente significativas se han señalado con un asterisco.

caso (OR=0,2). En una proporción 2 a 1 o incluso algo mayor, entienden que les haría enfrentarse a una prueba que no les resulta nada familiar y que les haría sentirse incómodas, les llevaría a pensar en el cáncer de mama, a sentirse ansiosas y a preocuparse innecesariamente (OR= de 0,4 a 0,5). El miedo a la radiación (OR=0,7) y al dolor provocado por la prueba (OR=0,9) son los inconvenientes considerados en menor medida y, como ya hemos dicho, en este último caso ni siquiera se alcanza la significación estadística (CI: 0,7-1,2).

Finalmente (ver tabla 8), es el grupo que acude el que en mayor proporción cree que las personas significativas de su entorno (familiares, amigas, etc.) e, incluso, los medios de comunicación, consideran que ellas deberían someterse a controles mamográficos (OR= de 1,8 a 16,1). El único ítem donde no aparecen diferencias entre ambos grupos es el referido al papel del médico (OR=1,2, CI: 0,9-1,6). Hay que destacar, sin embargo, que el porcentaje de mujeres –en ambos grupos– que consideran que según

su médico debería realizarse mamografías periódicas, no llega al 50%.

DISCUSIÓN

Antes de iniciar la discusión de los resultados obtenidos en este trabajo es necesario señalar una limitación de este estudio relacionada con su diseño. El carácter retrospectivo del mismo ha implicado que las mujeres fueran entrevistadas una vez habían tomado ya la decisión de acudir o no al programa, por lo que podemos estar evaluando, como algunos autores han señalado⁽⁴³⁾, explicaciones a posteriori más que razones reales de su asistencia o no al cribado. A pesar de ello, los resultados de este estudio pueden delimitar algunas de las creencias y actitudes asociadas con la asistencia a un programa de cribado mamográfico y, por tanto, orientar las campañas de educación para la salud dirigidas a fomentar la detección temprana del cáncer de mama.

En primer lugar, nuestro estudio indica la importancia de ofrecer información que

enfatices la necesidad de someterse a controles mamográficos regulares a partir de cierta edad y en ausencia de síntomas. Este resultado, que se ha visto reflejado tanto en las creencias asociadas con la participación como en las razones de no asistencia, concuerda con lo obtenido de forma reiterada en la bibliografía^(40,82-84). No obstante, aunque el conocimiento acerca del cáncer de mama y los controles mamográficos es importante, no parece ser suficiente. En nuestro estudio, al igual que en otros⁽⁸⁵⁾, dos tercios de las mujeres que no acudieron al programa conocían que la mamografía es una técnica de cribado para mujeres asintomáticas. Por tanto, es necesario incidir también en diferentes creencias y actitudes.

Por un lado, hay que enfatizar la importancia de adoptar una actitud ante la salud que contemple no sólo su restablecimiento tras una posible enfermedad sino, sobre todo, su cuidado desde una óptica preventiva e, incluso, de mejora: la salud es un bien que hay que vigilar y potenciar. En nuestro estudio, coincidiendo con los resultados obtenidos en otros trabajos^(20,35,38,40), las mujeres que acuden al programa de cribado dicen adoptar un papel más activo en el mantenimiento de su estado de salud. No obstante, esta actitud se traduce a nivel comportamental sólo en la búsqueda de información o en someterse a revisiones médicas. La práctica de algún tipo de ejercicio o el seguir una dieta equilibrada son conductas de salud que aparecen más o menos extendidas entre las mujeres, pero, desde luego, no asociadas con su participación en un programa de cribado. Una posible explicación de este resultado es que llevar una dieta equilibrada o practicar algún tipo de ejercicio implica la adopción de un cierto hábito o rutina por parte de la persona, mientras que la conducta de salud analizada en nuestro caso sólo implica la asistencia inicial a un programa de cribado mamográfico.

Por otro lado, hay que hacer conscientes a las mujeres de su riesgo personal de desarrollar cáncer de mama, pero sin llegar a generarles miedo o ansiedad ante esta

enfermedad. En nuestro estudio, el porcentaje de mujeres que se sienten vulnerables al cáncer de mama es bajo en ambos grupos. Lo que diferencia a las mujeres que acuden al programa frente a las que no lo hacen es la valoración absoluta de su riesgo percibido: creen tener un alta probabilidad de desarrollar cáncer de mama en un futuro, pero no más que otras mujeres. Este resultado concuerda con lo obtenido por otros autores: lo importante no es que la mujer perciba su riesgo menor, igual o mayor que el de otras mujeres⁽⁸⁶⁾, sino que sepa que el riesgo aumenta con la edad y que las mujeres mayores de 50 años tienen mayor riesgo⁽⁸⁷⁾.

En nuestro estudio aparece también un tema recurrente: el papel inhibitorio que ejerce el miedo o la ansiedad ante el cáncer sobre la participación en el cribado mamográfico. Si bien el impacto emocional negativo (miedo o pánico) que genera el pensar en el cáncer de mama es alto en ambos grupos, resulta ser aún mayor en el grupo de mujeres que no acuden al programa. Además, el miedo o la ansiedad ante los posibles resultados de la mamografía es uno de los motivos de no asistencia más frecuentemente citados, apareciendo también como una barrera o costo. Como señalan diversos autores^(43,88,89), 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. Es decir, someterse a una mamografía puede constituir una acción que genere ansiedad o represente una amenaza en sí misma. Aunque la evidencia empírica al respecto no es totalmente concluyente, diversos estudios empíricos han puesto de manifiesto el efecto negativo del miedo en la utilización de la mamografía⁽⁹⁰⁻⁹⁴⁾.

Los beneficios percibidos pueden actuar como contrapunto eficaz del miedo o ansiedad que pudiera conducir a la evitación de la mamografía. Estos beneficios deben recoger tanto la eficacia clínica del cribado

mamográfico como sus potenciales efectos emocionales, enfatizando que, en la mayoría de los casos, la mamografía sólo confirmará que no existen problemas en la mama. En nuestro estudio, en línea con lo señalado por otros autores^(35,40,42), las mujeres que acuden al programa, frente a las que no, creen más en los beneficios clínicos de la mamografía (posibilita un tratamiento más precoz y una mayor supervivencia) y en su mayor eficacia clínica comparada con otras técnicas. También diferentes investigaciones muestran una asociación entre el beneficio emocional que puede ofrecer cualquier control de salud y la participación en el cribado mamográfico^(43,95). Nuestros resultados, aunque no muy claros, apuntan en esa misma dirección. Si bien sólo uno de los dos ítems que recogían este beneficio emocional alcanzó la significación estadística, el valor de la *odds ratio* en ambos casos indica una mayor percepción de este beneficio por parte de las mujeres que acuden al programa.

Es importante también familiarizar a las mujeres con el procedimiento mamográfico, para reducir los inconvenientes que puedan asociar a la técnica. En nuestro estudio, como en otros trabajos^(22,38,40,55,96,97), diversas creencias sobre el procedimiento mamográfico se asocian negativamente con la asistencia al programa de cribado. Las mujeres que no acudieron al programa consideran que la mamografía les resultaría en mayor medida poco familiar, embarazosa, molesta e incluso perjudicial debido a los rayos X. Sin embargo, todos estos inconvenientes fueron aducidos como razones de no participación por sólo el 3% de las no asistentes al programa. Además, estas mujeres tienen una percepción global negativa de la mamografía, considerándola una pérdida de tiempo e, incluso, no conveniente en su caso. Esta percepción negativa podría relacionarse con el desagrado general por los hospitales, los médicos y las revisiones médicas, así como con la creencia en que acudir al médico es ir a buscarse problemas—razones éstas aducidas por el 9% de las no asistentes.

Considerando globalmente los beneficios y las barreras percibidas, nuestros resultados confirman los obtenidos en el marco del modelo Transteorético con respecto a la mayor percepción de “contras” que de “pros” en las mujeres que nunca se han realizado una mamografía o que no mantienen la conducta mamográfica con la periodicidad adecuada^(65-68,70-72). Obsérvese también que el balance decisional positivo que caracteriza a las mujeres que acuden al programa, frente a las que no lo hacen, se debe más a una baja percepción de barreras que a una mayor percepción de beneficios.

Finalmente, es necesario tener en cuenta que determinados factores de tipo socioestructural pueden limitar el alcance de cualquier campaña de salud pública. Estos incluyen variables de acceso a los servicios de salud—transporte, problemas de trabajo, problemas familiares, etc.—y de apoyo por parte del entorno social próximo de la mujer (familiares y amigos) e, incluso, de los medios de comunicación. Diversos trabajos muestran el papel disuasorio que en la aceptación de la mamografía pueden jugar los aspectos de tipo práctico o factores vinculados con la accesibilidad a los servicios de cribado^(83,98,99). En nuestro estudio, las razones más frecuentemente aducidas como motivos de no asistencia tenían que ver con aspectos situacionales tales como no haber recibido la carta, pérdida u olvido de la misma, otras responsabilidades (trabajo, familia, etc.), así como motivos de enfermedad o dificultad para acudir al centro. Sin embargo, algunos autores^(100,101) manifiestan su escepticismo ante este tipo de motivos, argumentando que la mayoría de las razones prácticas aducidas por las mujeres que no acuden a los programas de cribado mamográfico no parecen ser muy importantes y podrían estar ocultando otras razones no reveladas.

El presente estudio también muestra la importancia del refuerzo y la recomendación de mamografía por parte de las personas significativas del entorno de la mujer—pareja, familiares, amigos— así como de los

medios de comunicación. Resultados que concuerdan con los obtenidos en otros estudios^(55,102,103). Sin embargo y pese a lo esperado, no encontramos diferencias significativas entre las mujeres que acuden al programa y las que no lo hacen en un elemento clave señalado en la bibliografía: la recomendación de la mamografía por parte del médico^(35,40,85,96,103-106). La explicación de este resultado quizá podría descansar en el hecho de que, en el programa de cribado de la Comunidad Valenciana, la mujer es invitada a realizarse una mamografía, no como parte de la rutina médica sino como un hecho puntual y extraordinario, al margen de la misma. Piénsese que la mujer recibe por correo una invitación, remitida por el *Conseller de Sanitat*, para asistir a un programa de cribado. Este marco puede resultar poco propicio para que la mujer confiera un papel relevante a la recomendación de su médico de cabecera. Profesional este último que, por otro lado, parece mostrarse poco implicado en el programa de cribado a juzgar por los resultados obtenidos: el porcentaje de mujeres que dice haber recibido una recomendación de su médico para realizarse mamografías periódicas no supera el 50% en ninguno de los dos grupos. Este aspecto debería ser tenido en cuenta en el programa de cribado que está desarrollando la Generalitat Valenciana. El programa debería lograr el apoyo y la participación de los médicos de cabecera puesto que los estudios revisados señalan que la recomendación de realizarse mamografías periódicas por parte del médico de cabecera es uno de los factores más importantes en los programas de prevención del cáncer de mama.

En definitiva, según nuestros resultados –en general en línea con los obtenidos por la bibliografía al respecto– las campañas públicas de salud deberían centrar la atención de las mujeres en algunos aspectos clave que podrían resumirse de la siguiente forma: “Usted debe someterse a revisiones periódicas de las mamas a partir de los 40 años, aunque no observe nada anormal en ellas, dado que el riesgo de desarrollar cáncer de mama se incrementa a partir de esa

edad y, la mejor forma de combatirlo, y además con un tratamiento menos agresivo, es descubrirlo lo antes posibles. Y... ¡tranquila! No debe preocuparse demasiado por la prueba o el resultado de la misma: la mamografía es sólo una radiografía de las mamas, que puede resultar un poco incómoda pero dura sólo unos segundos y, en la mayoría de los casos, simplemente confirmará que no hay ningún problema”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J. Cancer incidence in five continents Vol. VII. nº 143; Lyon: IARC Scientific Publications, 1997.
2. Jemal A, Thomas A, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2002; 52(1): 23-47.
3. Recent trends in mortality rates for four major cancers, by sex and race/ethnicity—United States, 1990-1998. *MMRW* 2002; 51:49-53.
4. Mortalidad por causas CIE 9ª España 1989-1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. [en línea] [Fecha de acceso 3 de agosto de 2002]. URL disponible en: <http://www.isciii.es/unidad/Sgecnsp/centros/cne/ccneindex.html>
5. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Análisis de mortalidad por Áreas de Salud de la Comunidad Valenciana. Monografías Sanitarias. Serie F (estadísticas). 1998; Nº 20.
6. Rippon MB. Breast Cancer: Early detection and prevention. *Cancer Res Weekly* 1994; 2:17.
7. Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL. Efficacy of screening mammography: A meta-analysis. *J Am Med Assoc* 1995; 273: 149-54.
8. Primić-Zakelj M. Screening mammography for early detection of breast cancer. *Ann Oncol* 1999; 10: 121-127.
9. 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; 37: 347-60.
10. Nystrom L, Andersson I, Bjurstam N, Frisell J, Nordenskjöld B, Rutqvist LE. Long-term

- effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet* 2002 ; 359: 909-19.
11. Gotzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000 ; 355: 129-34.
 12. Olsen O, Gotzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001; 358: 1340-2.
 13. Chu KC, Smart CR, Tarone RE. Analysis of breast cancer mortality and stage distribution for the Health Insurance Plan clinical trial. *J Natl Cancer I* 1988; 80: 1125-1132.
 14. Eddy DM, Hasselblad V, McGivney W, Hendee W. The value of mammography screening for women under age 50 years. *J Am Med Assoc* 1988; 259: 1512-1519.
 15. Tabar L, Fegerberg G, Duffy S, Day N, Gad A, Grontoft O. Update of the Swedish two-county program of mammographic screening for breast cancer. *Radiol Clin N Am* 1992; 30: 187-209.
 16. 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 age 40 to 49 years. *Ann Intl Med* 2002; 137: 305-12.
 17. Ringash J. 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(4): 469-76.
 18. Sox H. Screening mammography for younger women: back to basics. *Ann Intl Med* 2002; 137: 361-2.
 19. Screening for Breast Cancer. Recommendations and Rationale. August 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [En línea] [Fecha de acceso 9 de octubre de 2002] URL disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer/brcanrr.htm>
 20. 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.
 21. Pelfrene ER, Bleyen LJ, Backer G. Uptake in breast cancer screening: A sociogeographical analysis. *Eur J Public Health* 1998; 8: 146-9.
 22. George SA. Barriers to breast cancer screening: an integrative review. *Health Care Women Int* 2000; 21: 43-65.
 23. Rawl SM, Champion VL, Menon U, Foster JL. The impact of age and race on mammography practices. *Health Care Women Int* 2000; 21: 583-97.
 24. Yarbrough SS, Braden CJ. Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. *J Adv Nurs* 2001; 33: 677-688.
 25. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cribado poblacional de cáncer de mama en España. Serie Informes Técnicos, Nº 13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud, 1998.
 26. De Wolf CJM, Perry NM. European guidelines for quality assurance in mammography screening. 2nd edition. Luxembourg: European Commission, 1996.
 27. Marteau TM. Health-related screening: Psychological predictors of uptake and impact. En: Maes S, Leventhal H, Johnston M, editores. *Int Rev Health Psychol*. Vol. 2. New York: John Wiley & Sons Ltd., 1993: 149-74.
 28. Marteau TM. Psychology and screening. Narrowing the gap between efficacy and effectiveness. *Br J Clin Psychology* 1994; 33: 1-10.
 29. Rosenstock IM. Why people use health services?. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44: 94-121.
 30. Rosenstock IM. The Health Belief Model and preventive health behavior. En: Becker MH, editor. *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack, 1974: 27-59.
 31. Rosenstock IM. The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1990: 39-62.
 32. Becker MH. The Health Belief Model and sick role behavior. *Health Educ Monogr* 1974; 2: 409-419.
 33. Wallston KA. Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Ther Res* 1992; 16: 183-99.
 34. Aiken LS, West SG, Woodward CK, Reno RR. Health beliefs and compliance with

- mammography screening recommendations in asymptomatic women. *Health Psychol* 1994; 13: 122-29.
35. Champion V, Miller T. Predicting mammography utilization through model generation. *Psychol Health Med* 1996; 1:273-83.
 36. Fajardo LL, Saint-Germain M, Meakem TJ, Rose C, Hillman BJ. Factors influencing women to undergo screening mammography. *Radiology* 1992; 184: 59-63.
 37. Fulton JP, Rakowski W, Jones AC. Determinants of breast cancer screening among inner-city Hispanic women in comparison with other inner-city women. *Public Health Rep* 1995; 110:476-82.
 38. Holm CV, Frank DI, Curtin J. Health beliefs, health locus of control and women's mammography behavior. *Cancer Nurs* 1999; 22: 149-56.
 39. Hyman RB, Baker S, Ephraim R, Moadel A, Philip J. Health beliefs model variables as predictors of screening mammography utilization. *J Behav Med* 1994; 17: 391-406.
 40. Lagerlund M, Hedin A, Sparen P, Thurfjell E, Lambe M. Attitudes, beliefs, and knowledge as predictors of nonattendance in a Swedish population-based mammography screening program. *Prev Med* 2000; 31: 417-28; doi: 10.1006/pmed.2000.0723.
 41. Lerman C, Rimer B, Trock B, Balshem A, Engstrom PF. Factors associated with repeat adherence to breast cancer screening. *Prev Med* 1990; 19: 279-90.
 42. Pakentham KI, Pruss M, Clutton S. The utility of socio-demographics, knowledge and health belief model variables in predicting reattendance for mamography screening: A brief report. *Psychol Health* 2000; 15: 585-591.
 43. Shiloh S, Vinter M, Barak A. Correlates of health screening utilization: the roles of health beliefs and self-regulation motivation. *Psychol Health* 1997; 12: 301-17.
 44. Stein JA, Fox SA, Murata PJ, Morisky DE. Mammography usage and the health belief model. *Health Educ Quart* 1992; 19:447-62.
 45. Taylor VM, Taplin SH, Urban N, White E, Peacock, S. Repeat mammography use among women ages 50-75. *Cancer Epidem Biomar* 1995; 4: 409-13.
 46. Curry SJ, Emmons KM. Theoretical models for predicting and improving compliance with breast cancer screening. *Ann Behav Med* 1994; 16: 302-316.
 47. Durá E, Andreu Y, Galdón MJ. Aplicación de modelos socio-cognitivos a la prevención secundaria del cáncer de mama. *Psicol Conduct* 2001; 9: 99-130.
 48. Galdón MJ, Durá E, Andreu Y, Bayot, A., Tuells J. Incorporating others variables to the HBM for predicting the attendance to a mammography screening program. Remitido para su publicación, 2002.
 49. Sheeran P, Abraham C. The health belief model. In: Conner M, Norman P, eds. Predicting health behaviour. Buckingham, UK: Open University Press, 1996. p. 23-61.
 50. Conner M, Norman P. Health Behavior. En Johnston D, Johnston M, editores. *Health Psychology Vol.8. Comprehensive clinical psychology*. Elsevier, Amsterdam, 2001: 1-37.
 51. Ajzen Y, Fishbein M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980.
 52. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention, and behavior*. New York: Wiley, 1975.
 53. Ajzen I. *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes, UK: Open University Press, 1988.
 54. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Dec* 1991; 50: 179-211.
 55. Godin G, Gagne C, Maziade J, Moreault L, Beaulieu D, Morel S. The intention to have a mammography at a clinical breast examination. Application of the theory of planned behavior. *Psychol Health* 2001; 16: 423-41.
 56. Michels TC, Taplin SM, Carter WB, Kugler JP. Barriers to screening: The theory of reasoned action applied to mammography use in a military beneficiary population. *Mil Med* 1995; 160: 431-37.
 57. Montano DE, Taplin SH. A test of an expanded theory of reasoned action to predict mammography participation. *Soc Sci Med* 1991; 32: 733-41.
 58. Montano DE, Thompson B, Taylor VM, Mahloch J. Understanding mammography intention and utilization among women in a inner city public hospital clinic. *Prev Med* 1997; 26: 817-24.
 59. Rutter DR. Attendance and reattendance for breast cancer screening: A prospective 3-year test of the Theory of Planned Behaviour. *Brit J Health Psychol* 2000; 5: 1-13.
 60. Vaile MS, Calnan M, Rutter D, Wall B. Breast cancer screening services in three areas: Uptake and satisfaction. *J Public Health Med* 1993; 15: 37-45.

61. Zimmerman RS, Vernberg D. Models of preventive health behavior: Comparison, critique, and meta-analysis. *Adv Med Sociol* 1994; 4: 45-67.
62. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy- Theory Res* 1982; 20: 161-73.
63. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-14.
64. Sandman PM, Weinstein ND. Predictors of home radon testing and implications for testing promotion programs. *Health Educ Quart* 1993; 20: 471-87.
65. Clark MM, Rakowski W, Ehrich B, Pearlman DN, Goldstein M, Dubé CE. Stages of adopting regular screening mamography. *J Health Psychol* 1998; 3: 491-506.
66. Rakowski W, Dubé CE, Marcus BH, Prochaska JO, Velicer WF, Abrams DB. Assessing elements of women's decisions about mamography. *Health Psychol* 1992; 11: 101-18.
67. Rakowski W, Fulton JP, Feldman JP. Women's decision making about mamography: a replication of the relationships between stages of adoption and decisional balance. *Health Psychol* 1993; 12: 209-14.
68. Rakowski W, Andersen MR, Stoddard AM, Urban N, Rimer BK, Lane DS, Fox SA, Costanza ME. Confirmatory analysis of opinions regarding de pros and cons of mamography. *Health Psychol* 1997; 16: 433-41.
69. Chamot E, Charvet AI, Perneger TV. Predicting stages of adoption of mamography screening in a general population. *Eur J Cancer* 2001; 37: 1869-77.
70. Champion V. Beliefs about breast cancer and mamography by behavioral stage. *Oncol Nurs Forum* 1994; 21: 1009-14.
71. Champion V, Springston J. Mamography adherence and beliefs in a sample of low-income African American women. *Intl J Behav Med* 1999; 6: 228-40.
72. Skinner CS, Champion VL, Gonin R, Hanna M. Do perceived barriers and benefits vary by mamography stage?. *Psychol Health Med* 1997; 2: 65-75.
73. Brenes GA, Skinner CS. Psychological factors related to stage of mamography adoption. *J Women Health Gen- B* 1999; 8: 1313-21.
74. Rodriguez C, Plasencia A, Schroeder DG. Predictive factors of enrollment and adherence in a breast cancer screening program in Barcelona (Spain). *Soc Sci Med* 1995; 40: 1155-60.
75. Galdón MJ, Durá E, Andreu Y, Tuells J. Creencias de salud relacionadas con la participación en un programa de cribado mamográfico. *Psicología Conduct*, 2000; 8: 357-77.
76. Lostao L, Chorot P, Sandín B, Lacabe F. Variables psicosociales relacionadas con la participación en un screening de cáncer de mama. *Arbor CLIV* 1996; 608: 33-71.
77. Lostao L, Joiner TE, Pettit JW, Chorot P, Sandín B. Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance. *Eur J Public Health* 2001; 11: 274-79.
78. Rutter D, Calnan M, Field S, Vaile MS. Uptake in the second round of the NHS breast screening programme: Predicting reattendance and exploring non-attendance. Final report to the National Health Service Breast Screening Programme, 1996.
79. 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.
80. Stillman M. Women's health beliefs about breast cancer and breast self-examination to secondary prevention of breast cancer. *Nurs Res* 1977; 6: 121-7.
81. Champion V. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nurs Res* 1993; 3: 139-43.
82. Zhu K, Hunter S, Bernard LJ, Payne-Wilks K, Roland CL, Levine RS. Mamography screening in single older African American women: a study of related factors. *Ethnic Dis* 2000; 10: 395-405.
83. Aro AR, Koning HJ, Absetz P, Schreck M. Two distinct groups of non-attenders in a organized mamography screening program. *Breast Cancer Res Tr* 2001; 70: 145-53.
84. Valdez A, Banerjee K, Ackerson L, Fernandez M, Otero-Sabogal R, Somkin CP. Correlates of breast cancer screening among low-income, low-education Latinas. *Prev Med* 2001; 33: 495-502.
85. Munn EM. Nonparticipation in mamography screening: apathy, anxiety or cost?. *New Zeal Med J* 1993; 106: 284-6.

86. Marshall G. A comparative study of re-attenders and non-re-attenders for second triennial National Breast Screening Programme appointments. *J Public Health Med* 1994; 16: 79-86.
87. Rimer BK, Trock B, Engstrom PF, Lerman C, King E. Why do some women get regular mammograms?. *Am J Prev Med* 1991; 7: 69-74.
88. Weinstein ND. The precaution adoption process. *Health Psychol* 1988; 7: 355-86.
89. Schwarzer R. Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. The role of optimism, goals and threats. *J Health Psychol* 1999; 4: 115-27.
90. Kash KM, Holland JC, Halper MS, Miller DG. Psychological distress and surveillance behavior of women with a family history of breast cancer. *J Natl Cancer I* 1992; 84: 24-30.
91. Lerman C, Daly M, Sands C, Balshem A, Lutsbader E, Heggan T, et al. Mammography adherence and psychological distress among women at risk for breast cancer. *J NI Cancer I* 1993; 85:1074-1074-80.
92. Diefenbach MA, Miller SM, Daly MB. Specific worry about breast cancer predicts mammography use in women at risk for breast and ovarian cancer. *Health Psychol* 1999; 18: 532-6.
93. Schwartz MD, Taylor KL, Willard KS, Siegel JE, Lamdan RM, Moran K. Distress, personality, and mammography utilization among women with a family history of breast cancer. *Health Psychol* 1999; 18: 327-32.
94. Kash KM, Dabney MK. Psychological aspects of cancer screening in high-risk populations. *Med Pediatr Oncol* 2001; 36: 519-24.
95. Saidi G, Sutton S, Bickler G. A predictive study of reasons for attendance and non-attendance at a breast screening programme. *Psychol Health* 1998; 13: 23-33.
96. Rimer BK. Mammography use in the U.S.: Trends and the impact of interventions. *Ann Behav Med* 1994; 16: 317-26.
97. Aro AR, Koning HJ, Absetz P, Schreck M. Psychosocial predictors of first attendance for organised mammography screening. *J Med Screen* 1999; 6: 82-8.
98. Jepson C, Rimer BK. Determinants of mammography intentions among prior screenees and nonscreenees. *J Appl Soc Psychol* 1993; 23: 40-51.
99. McBride CM, Curry SJ, Taplin S, Anderman C, Grothaus L. Exploring environmental barriers to participation in mammography screening in an HMO. *Cancer Epidem Biomar* 1993; 2: 599-605.
100. Donato F, Bollani A, Spiazzi R, Soldo M, Pasquale L, Monarca S, et al. Factors associated with non-participation of women in a breast cancer screening programme in a town in northern Italy. *J Epidemiol Commun H* 1991; 45: 59-64.
101. Kee F, Telford AM, Donaghy P, O'Doherty A. Attitude or acces: reasons for not attending mammography in Northern Ireland. *Eur J Cancer Prev* 1992; 1: 311-5.
102. Han Y, Williams RD, Harrison RA. Breast cancer screening knowledge, attitudes, and practices among Korean American women. *Oncol Nurs Forum* 2000; 27: 1585-91.
103. Yanovitzky I, Blitz CL. Effect of media coverage and physician advice on utilization of breast cancer screening by women 40 years and older. *J Health Commun* 2000; 5: 117-34.
104. Friedman LC, Neff NE, Webb JA, Latham, C.K. Early breast cancer detection behaviors among ethnically diverse low-income women. *Psychooncology* 1996; 5: 283-9.
105. Metsch LR, McCoy CB, McCoy HV, Peryera M, Trapido E, Miles C. The role of the physician as an information source on mammography. *Cancer Pract* 1998; 6: 229-36.
106. Tang TS, Solomon LJ, McCracken LM. Cultural barriers to mammography, clinical breast exam, and breast self-exam among Chinese-American women 60 and older. *Prev Med* 2000; 31: 575-83; doi: 10.1006/pmed.2000.0753.

