

CREENCIAS DE SALUD RELACIONADAS CON LA PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA DE CRIBADO MAMOGRÁFICO

M^a José Galdón Garrido¹, Estrella Durá Ferrandis, Yolanda Andreu Vaillo
Universidad de Valencia
y José Tuells Hernández
C.P.S. Elche (España)

Introducción

Aunque el valor de la mamografía como modalidad de cribado (*screening*) del cáncer de mama ha sido claramente establecido (Kerlikowske *et al.*, 1995; Shapiro, Venet, Strax y Venet, 1988), el éxito de cualquier programa de cribado mamográfico depende, en última instancia, de que se consiga un alto nivel de participación de las mujeres en este proceso (Bennett, Robert, Osborne y Baker, 1994; Forrest, 1991). La comprensión de los factores que influyen en el hecho de que la mujer tome parte activa en estos programas es, por tanto, un objetivo crucial para la detección temprana del cáncer de mama. El propósito de este estudio es examinar el papel de algunos factores psicosociales, especialmente las creencias de salud, en relación con la participación de las mujeres en un programa de cribado mamográfico.

La utilización de la mamografía, como cualquier otra conducta relacionada con la salud, está determinada por una variedad de factores tanto intrínsecos al individuo como extrínsecos. De entre los primeros, los factores cognitivos constituyen el eje central de una amplia variedad de enfoques teóricos sobre determinantes de las conductas de salud. Estos factores modelan la conducta y pueden, a su vez, modular los efectos de otros posibles determinantes (p.ej., la clase social); por otro lado, están más abiertos al cambio que otros factores (p.ej., variables básicas de personalidad) y constituyen un medio para influir sobre la ejecución de las conductas de salud (Conner y Norman, 1996a).

De los distintos modelos teóricos existentes (para una revisión véase Conner y Norman, 1996b; Glanz, Lewis y Rimer, 1990), el Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974; Rosenstock, 1966) ha sido el más utilizado en el estudio de los fac-

¹ *Correspondencia:* M^a José Galdón Garrido, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Avda. Blasco Ibáñez, nº 21, 46010 Valencia (España). E-mail: Maria.J.Galdon@uv.es

tores asociados con la participación en un programa de cribado del cáncer de mama. En menor medida, la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) ha sido también aplicada a este campo de investigación.

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) postula que la probabilidad de que una persona adopte una conducta de salud está determinada por cuatro variables psicológicas: la persona debe percibirse vulnerable a la enfermedad (vulnerabilidad percibida); debe considerar que las consecuencias de la enfermedad, tanto médicas como sociales, son graves (gravedad percibida); debe creer que la conducta de salud reducirá o eliminará la amenaza de la enfermedad (beneficios percibidos); y debe considerar que los inconvenientes o los aspectos negativos (físicos, psicológicos, sociales, etc.) asociados a la acción preventiva pueden ser superados (barreras percibidas). Un componente adicional de la formulación original del modelo es la necesidad de un elemento desencadenador o «clave para la acción». Esta clave puede ser interna (p. ej., síntomas físicos) o externa (p. ej., recibir una invitación para participar en un programa de cribado). Otras variables frecuentemente añadidas al Modelo de Creencias de salud son la motivación general para la salud o el valor otorgado a la salud (Becker, 1974) y las creencias sobre el locus de control de la salud (Lau, 1988; Wallston y Wallston, 1981). En este caso, se postula que a mayor valor otorgado a la salud y mayor percepción de control interno sobre ésta, mayor probabilidad de llevar a cabo conductas de salud. En formulaciones más recientes del modelo (Rosenstock, 1990; Rosenstock, Strecher y Becker, 1988) se insiste en la necesidad de incluir explícitamente la variable autoeficacia como un elemento adicional del mismo.

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) 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: un factor personal (la actitud hacia la conducta), y un factor social (la norma subjetiva). La actitud hacia la conducta depende de las creencias de la persona acerca de las consecuencias que puede conllevar la acción, unido al valor que le otorga a esas consecuencias. La norma subjetiva evalúa la 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 (1988, 1991) formuló la denominada Teoría de la Conducta Planificada (TCP) 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). Esta variable predecirá directamente la conducta, además de la intención, en aquellos casos donde el sujeto perciba de forma correcta su grado de control. 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.

En este trabajo se incluyeron los componentes no redundantes de estos modelos como posibles predictores de la asistencia a un programa de cribado de cáncer de mama. Del MCS evaluamos todas las variables comentadas, salvo las dimensiones «beneficios» y «barreras» ya que estudios comparativos previos (Conner y

Norman, 1994) sugieren que estas variables presentan cierto grado de solapamiento con la dimensión «actitud hacia la conducta» de la TAR. De esta última teoría medimos todos los componentes salvo la intención, debido a la naturaleza retrospectiva de nuestro diseño. Por este mismo motivo no incluimos el componente de control percibido de la TCP. No obstante, los resultados obtenidos por Conner y Norman sugieren que este componente no mejora la capacidad de la TAR a la hora de predecir la asistencia a los programas de cribado.

Por último, incluimos otras variables que han mostrado una asociación significativa con la asistencia a los programas de cribado de cáncer de mama, como son: grado de información acerca de las técnicas de detección temprana del cáncer de mama, variables sociodemográficas y práctica previa de conductas preventivas relacionadas con esta enfermedad (Champion y Miller, 1996; Glanz, Rimer, Lerman y McGovern, 1992; Jepson y Rimer, 1993; Montano y Taplin, 1991; Zapka, Stoddard, Maul y Costanza, 1991).

El objetivo de este trabajo es analizar la capacidad predictiva de las variables psicosociales, antes comentadas, en la asistencia a un programa de cribado de cáncer mama.

Método

Diseño

Se llevó a cabo un estudio de diseño transversal, siendo la población diana las mujeres comprendidas en el grupo de edad de 45-65 años. En ese tiempo, la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana llevaba a cabo un Programa de Prevención del Cáncer de Mama, donde se invita a las mujeres de edad comprendida en el intervalo antes mencionado a realizarse una revisión mamográfica gratuita y a continuar asistiendo periódicamente (cada dos años) a dichas revisiones.

Muestra

La muestra utilizada en esta investigación ha sido seleccionada a partir de la población de mujeres invitadas a participar en la primera serie de este programa de cribado mamográfico de la Unidad de Prevención de 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), dicho universo muestral era de 22.413 mujeres. Se llevó a cabo un muestreo estratificado por edad (45-49, 50-54, 55-59, 60-64) proporcional al peso de cada estrato en el conjunto de edad seleccionado, estableciéndose un nivel de confianza del 95% y un error de +/- 3% en la estimación de proporciones. La estimación del tamaño muestral se estableció a partir de una prevalencia esperada de participación en el programa de un 65%, resultando un total de 1.099 mujeres, de las cuales 715 participaron en el programa y 384 no acudieron a la cita del mismo.

Dado nuestro objetivo, estudiar las conductas preventivas de cáncer de mama en mujeres asintomáticas, se eliminaron de la población muestral aquellas que habían tenido un diagnóstico de cáncer de mama previo al inicio del estudio. La muestra final quedó así reducida a 1.087 mujeres de las cuales 711 habían acudido al programa de cribado y 376 no lo habían hecho.

Respecto a las características sociodemográficas y al nivel de práctica de conductas preventivas del cáncer de mama que caracterizan a la muestra, resulta el siguiente perfil: la gran mayoría son mujeres casadas (82,5%) y con un nivel de estudios bajo (68,9% no han cursado ningún estudio y el 27,7% sólo ha realizado estudios primarios). Respecto a la situación laboral, el 61,8% son amas de casa, el 28,7% trabajan fuera del hogar y el 7,4% están jubiladas. La media de edad de la muestra es de 54,5 años (DT=6,2). Se observa un bajo nivel de práctica de conductas preventivas del cáncer de mama en la muestra analizada: cerca de la mitad de la muestra (47%) dice no practicar la autoexploración de forma periódica y aproximadamente dos tercios de la misma señala no haberse realizado nunca un examen clínico de mama (67,4%) ni una mamografía (74,3%).

Procedimiento

La recogida de información, a lo largo de un periodo de cuatro meses, se llevó a cabo a través de entrevistadores entrenados a tal efecto. A las mujeres que acudieron a la unidad de detección precoz del cáncer de mama, el entrevistador les administraba el cuestionario en el propio centro, antes de la revisión. El resto de la muestra, las no participantes en el programa, fueron entrevistadas en su domicilio. La participación de las mujeres en esta investigación fue voluntaria y sus respuestas anónimas.

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 práctica de conductas preventivas del cáncer de mama.* Recoge información sobre variables sociodemográficas (edad, estado civil, nivel de estudios y profesión) así como sobre la frecuencia de autoexploración y el número y motivo de mamografías y exámenes clínicos en los últimos cinco años.
- b) *Cuestionario sobre el grado de información acerca de las técnicas de detección temprana del cáncer de mama.* Compuesto por 9 ítems (con distintas alternativas de respuesta cada uno) y elaborado para esta investigación a partir de los instrumentos sobre grado de información acerca del cáncer de mama publicados por Stillman (1977) y McCance, Mooney, Smith y Field (1990).

- c) *Escalas sobre creencias y actitudes ante el cáncer de mama* (formato tipo Lickert de 7 puntos). Las variables «vulnerabilidad percibida» al cáncer de mama (5 ítems), «gravedad percibida» de esta enfermedad (7 ítems) así como «motivación general para la salud» (7 ítems) del MCS se evalúan a través del cuestionario elaborado por Champion (1993). Por su parte, a partir de una adaptación para esta investigación de los cuestionarios de Vaile, Calnan, Rutter y Wall (1993) y de Montano y Taplin (1991), se evalúan las dos variables postuladas por la TAR: «actitud» (19 creencias sobre posibles consecuencias asociadas a la mamografía, ponderadas por la valoración negativa o positiva 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—).
- 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 la salud por profesionales (8 ítems), suerte o azar (6 ítems), y amenaza general sobre la salud (4 ítems).
- e) *Hoja de registro de motivos de no asistencia*. Siguiendo la entrevista utilizada por Rutter, Calnan, Field y Vaile (1996), se recoge información —en este caso sólo para el subgrupo que no acude—, sobre los motivos de la no asistencia al programa (razones prácticas, miedo y/o desagrado ante los controles médicos, percepción de la revisión como innecesaria, haberse realizado revisiones previas, etc.).

Se calcularon los niveles de fiabilidad (α de Cronbach) alcanzados en nuestra muestra por las diferentes variables de creencias y actitudes contempladas en este estudio (Ver tabla 1).

Tabla 1

Coeficientes de fiabilidad (α de Cronbach) para cada una de las variables de creencias y actitudes utilizadas en el estudio

| <i>Variables</i> | <i>α de Cronbach</i> | <i>Variables</i> | <i>α de Cronbach</i> |
|--------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Información | 0,68 | Norma subjetiva | 0,88 |
| Vulnerabilidad percibida | 0,87 | Autocontrol sobre la salud | 0,51 |
| Gravedad percibida | 0,76 | Control salud profesionales | 0,71 |
| Motivación gral. para la salud | 0,59 | Suerte o azar | 0,89 |
| Actitud | 0,87 | Amenaza general a la salud | 0,47 |

Análisis estadísticos

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión para las diferentes variables contempladas en el estudio y para cada uno de los diferentes subgrupos que componen la

muestra. Las diferencias entre dichos subgrupos se analizaron a través de pruebas χ^2 y ANOVAs.

En segundo lugar, se llevaron a cabo análisis discriminantes paso a paso con el objetivo de determinar el comportamiento multivariado de las diferentes variables medidas en este estudio; considerando la asistencia o no asistencia al programa como variable criterio y el resto de variables como predictoras. El paquete estadístico utilizado en todos los casos fue el SPSS/PC.

Resultados

El análisis inicial de los motivos aducidos por las mujeres para no acudir al programa de cribado (N= 376) permitió aislar un subgrupo que decía no haber acudido a la cita del programa por hallarse ya sometido a revisiones de mama. Las mujeres de este subgrupo —dado que sí practican la conducta preventiva— fueron excluidas del grupo de no adherencia y analizadas por separado. En definitiva, sobre el total de sujetos que componen la muestra (N= 1087) se establecieron tres subgrupos:

Grupo A: mujeres que acudieron al programa (N= 711).

Grupo NA: mujeres que no acudieron al programa y no aducen, como razón de ello, el estar sometidas a revisiones por su cuenta (N=302).

Tabla 2

Porcentajes, medias y desviaciones típicas en las variables demográficas (Nivel de estudios y Edad) obtenidas por los tres subgrupos que componen la muestra del estudio

| | | <i>Subgrupo A</i> (N= 711) | | <i>Subgrupo NA</i> (N= 302) | | <i>Subgrupo NA*</i> (N= 74) | |
|-----------------|---------------|-------------------------------|-------------|--------------------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| <i>Estudios</i> | | N | % | N | % | N | % |
| | <i>N</i> | 470 | 66,6 | 239 | 79,0 | 31 | 41,9 |
| | <i>P</i> | 223 | 31,6 | 47 | 15,6 | 28 | 37,8 |
| | <i>B</i> | 10 | 1,4 | 5 | 1,5 | 9 | 12,2 |
| | <i>S</i> | 3 | 0,4 | 3 | 0,9 | 6 | 8,1 |
| <i>Edad</i> | <i><50</i> | 248 | 34,9 | 88 | 29,1 | 38 | 51,3 |
| | <i>51-55</i> | 178 | 25,0 | 63 | 20,9 | 13 | 17,6 |
| | <i>56-60</i> | 152 | 21,1 | 63 | 20,9 | 14 | 18,9 |
| | <i>>61</i> | 135 | 19,0 | 88 | 29,1 | 9 | 12,2 |
| | | \bar{X} | D.T. | \bar{X} | D.T. | \bar{X} | D.T. |
| | | 54,1 | 6,0 | 55,8 | 6,5 | 52,4 | 5,5 |

Nota. Subgrupos: A= mujeres que acuden al programa, NA= mujeres que no acuden al programa y no se someten a revisiones por su cuenta; NA*= mujeres que aducen como motivo para no acudir al programa el haberse hecho una revisión previa o estar sometida a revisiones periódicas por su cuenta. Estudios: N= sin estudios; P= primarios; B= bachiller, y S= superiores.

Grupo NA*: mujeres que no acudieron al programa y alegan como motivo el estar sometidas a revisiones de mama por su cuenta (N=74).

Las tablas 2, 3 y 4 incluyen los datos descriptivos de estos tres subgrupos en variables sociodemográficas, en práctica previa de conductas preventivas del cáncer de mama y en creencias de salud.

Si atendemos al perfil sociodemográfico de los diferentes subgrupos, encontramos diferencias significativas en edad ($F= 13,1$; $p < 0,001$) y nivel de estudios ($\chi^2= 128,9$; $p < 0,001$). Estas son por ello, las únicas variables presentadas en la tabla 2. Los datos de dicha tabla indican que el grupo NA es el de mayor edad (56 años de media) y menor nivel de estudios (el 79% no ha cursado estudio alguno). El grupo NA* es, por el contrario, el más joven (media 52 años) y con mayor nivel de estudios (se reduce a un 42% el porcentaje de mujeres que no ha cursado estudios).

Por lo que se refiere a las conductas preventivas del cáncer de mama practicadas por las mujeres en los últimos cinco años, se encontraron diferencias entre los

Tabla 3

Frecuencia y porcentajes de práctica previa de conductas preventivas del cáncer de mama realizadas por los tres subgrupos que componen la muestra del estudio

| | <i>Subgrupo A</i> (N= 711) | | <i>Subgrupo NA</i> (N= 302) | | <i>Subgrupo NA*</i> (N= 74) | | |
|------------------------|-------------------------------|-----|--------------------------------|-----|--------------------------------|----|------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| <i>Autoexploración</i> | 1 | 164 | 23,1 | 107 | 53,4 | 10 | 13,5 |
| | 2 | 138 | 19,4 | 74 | 24,5 | 17 | 23,0 |
| | 3 | 409 | 57,5 | 121 | 40,1 | 47 | 63,5 |
| <i>Examen clínico</i> | 0 | 482 | 67,8 | 248 | 82,1 | 3 | 4,1 |
| | 1 | 137 | 19,3 | 39 | 12,9 | 17 | 23,0 |
| | 2 | 36 | 5,1 | 12 | 4,0 | 29 | 39,2 |
| | 3 | 22 | 3,1 | 1 | 0,3 | 14 | 18,9 |
| | 4 | 14 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,4 |
| | >5 | | 2,8 | 2 | 0,7 | 10 | 13,5 |
| <i>Mamografía</i> | 0 | 535 | 75,2 | 271 | 89,7 | 2 | 2,7 |
| | 1 | 125 | 17,6 | 29 | 9,6 | 32 | 43,0 |
| | 2 | 38 | 5,3 | 2 | 0,7 | 25 | 33,8 |
| | 3 | 7 | 1,0 | 0 | 0,0 | 11 | 14,9 |
| | 4 | 4 | 0,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | >5 | 2 | 0,3 | 0 | 0,0 | 4 | 5,4 |

Nota. Subgrupos: A= mujeres que acuden al programa, NA= mujeres que no acuden al programa y no se someten a revisiones por su cuenta; NA*= mujeres que aducen como motivo para no acudir al programa el haberse hecho una revisión previa o estar sometida a revisiones periódicas por su cuenta. Autoexploración: 1= una o ninguna vez; 2= esporádica (cada tres o cuatro meses); 3= periódica (cada dos meses o una o más veces al mes). Examen clínico: ninguno, uno, dos, tres, cuatro o cinco o más. Mamografía: ninguna, una, dos, tres, cuatro o cinco o más.

tres subgrupos en todas las conductas evaluadas: frecuencia de autoexploración ($\chi^2= 33,5$; $p < 0,001$), número de exámenes clínicos ($\chi^2= 276,2$; $p < 0,001$) y número de mamografías ($c^2= 332,2$; $p < 0,001$). De nuevo en este caso, el mayor contraste se establece entre los grupos NA y NA* (véase tabla 3): el 40% frente al 63% respectivamente practica la autoexploración de forma periódica; así mismo, más del 80% de las mujeres en el primer grupo y menos del 5% en el segundo no se ha realizado nunca ni un examen clínico ni una mamografía.

Los análisis de varianza realizados para cada una de las variables de creencias de salud muestran la existencia de diferencias significativas ($p < 0,000$ en todos los casos) en todas las variables. Las comparaciones dos a dos entre los grupos (prueba t de Tukey) nos indican que las diferencias se encuentran mayoritariamente entre el grupo NA, por un lado, y los grupos A y NA*, por otro.

Efectivamente, frente a los grupos A y NA*, las mujeres del grupo NA poseen (véase Tabla 4) una menor motivación general para la salud ($F= 70,39$) y un menor grado de información sobre las conductas preventivas del cáncer de mama ($F= 56,74$); consideran esta enfermedad más grave ($F= 5,21$), aunque se sienten menos vulnerables a ella ($F= 19,63$); poseen una actitud hacia la mamografía menos favorable ($F= 34,15$) y perciben una menor presión social para llevarla a cabo ($F= 44,66$). Por otro lado, perciben una mayor amenaza general a la salud ($F= 46,22$) y un menor control sobre la misma tanto por parte de los profesionales ($F= 13,10$) como por parte de sí mismas ($F= 24,24$). Por último, el grupo NA le concede más importancia a la suerte o el azar como determinante de la salud ($F= 12,78$) que el grupo NA*; las diferencias con respecto al grupo A en esta variable no son significativas.

Tabla 4

Medias y desviaciones típicas obtenidas en las variables de creencias y actitudes por los tres subgrupos que componen la muestra del estudio

| | <i>Subgrupo A</i> (N= 711) | | <i>Subgrupo NA</i> (N= 302) | | <i>Subgrupo NA*</i> (N= 74) | |
|------------------------------------|-------------------------------|------|--------------------------------|------|--------------------------------|------|
| | \bar{X} | D.T. | \bar{X} | D.T. | \bar{X} | D.T. |
| <i>Información</i> | 6,7 | 1,4 | 5,7 | 2,3 | 7,6 | 1,4 |
| <i>Vulnerabilidad percibida</i> | 17,3 | 6,5 | 14,5 | 6,0 | 16,6 | 6,4 |
| <i>Gravedad percibida</i> | 34,0 | 8,1 | 35,4 | 6,6 | 32,8 | 6,4 |
| <i>Motivación general salud</i> | 35,8 | 5,7 | 32,7 | 6,3 | 41,3 | 5,5 |
| <i>Actitud hacia la mamografía</i> | 102,6 | 59,9 | 67,5 | 76,6 | 108,5 | 42,1 |
| <i>Norma subjetiva</i> | 216,5 | 68,4 | 171,9 | 72,4 | 211,4 | 58,8 |
| <i>Autocontrol sobre la salud</i> | 40,9 | 6,1 | 37,8 | 7,2 | 40,4 | 5,9 |
| <i>Control salud profesionales</i> | 43,4 | 6,2 | 41,5 | 8,1 | 45,3 | 4,9 |
| <i>Suerte o azar</i> | 26,4 | 9,1 | 27,4 | 8,9 | 21,4 | 9,7 |
| <i>Amenaza general a la salud</i> | 22,6 | 3,6 | 24,8 | 2,9 | 22,1 | 4,0 |

Nota. Subgrupos: A= mujeres que acuden al programa; NA= mujeres que no acuden al programa y no se someten a revisiones por su cuenta; NA*= mujeres que aducen como motivo para no acudir al programa el haberse hecho una revisión previa o estar sometida a revisiones periódicas por su cuenta.

Las diferencias significativas entre los grupos A y NA* se reducen a cuatro. Frente a las mujeres del grupo A, las mujeres del grupo NA* tienen una mayor información sobre las conductas preventivas del cáncer de mama, una mayor motivación general para la salud, una mayor creencia en el control que ejercen sobre la salud los profesionales y una menor creencia en el papel jugado por la suerte o el azar.

Cuando las creencias de salud se abordan desde una óptica multivariada, cabe destacar la contribución significativa de todas las variables a la función discriminante, a excepción de la creencia en el control de la salud por parte de los profesionales (véase Tabla 5). Esto es, prácticamente todas las creencias de salud

Tabla 5

Resultados del análisis discriminante. Variables de creencias y actitudes

(A) TABLA RESUMEN

| <i>Paso número</i> | <i>Variable</i> | <i>Lambda Wilks</i> | <i>p</i> |
|--------------------|----------------------------------|---------------------|----------|
| 1 | Motivación general para la salud | 0,88 | 0,0000 |
| 2 | Amenaza general a la salud | 0,82 | 0,0000 |
| 3 | Norma subjetiva | 0,75 | 0,0000 |
| 4 | Vulnerabilidad percibida | 0,71 | 0,0000 |
| 5 | Información | 0,70 | 0,0000 |
| 6 | Autocontrol sobre la salud | 0,68 | 0,0000 |
| 7 | Gravedad percibida | 0,67 | 0,0000 |
| 8 | Suerte o azar | 0,66 | 0,0000 |
| 9 | Actitud hacia la mamografía | 0,65 | 0,0000 |

(B) FUNCION DISCRIMINANTE CANONICA

| <i>Función</i> | <i>Eigenval.</i> | <i>Porcent. Varianza</i> | <i>Correl. Canónica</i> | <i>Función derivada</i> | <i>Lambda Wilks</i> | χ^2 | <i>g.l.</i> | <i>p</i> |
|----------------|------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|----------|-------------|----------|
| 1 | 0,37 | 78,00 | 0,52 | 0 | 0,66 | 439,35 | 18 | 0,000 |
| 2 | 0,10 | 22,00 | 0,31 | 1 | 0,91 | 105,37 | 8 | 0,000 |

| <i>Grupo real</i> | <i>N</i> | <i>A</i> | <i>NA</i> | <i>NA*</i> |
|-------------------|----------|----------------|----------------|----------------|
| <i>A</i> | 696 | 405 (58,2%) | 126 (18,1%) | 165 (23,7%) |
| <i>NA</i> | 293 | 69 (23,5%) | 187 (63,8%) | 37 (12,6%) |
| <i>NA*</i> | 74 | 11 (14,9%) | 6 (8,1%) | 57 (77,0%) |

Porcentaje de casos correctamente clasificados: 61,05%

Nota. Subgrupos: A= mujeres que acuden al programa NA= mujeres que no acuden al programa y no se someten a revisiones por su cuenta; NA*= mujeres que aducen como motivo para no acudir al programa el haberse hecho una revisión previa o estar sometida a revisiones periódicas por su cuenta.

contempladas en este estudio aportan información útil para la mejor discriminación entre los grupos establecidos. El porcentaje de casos correctamente clasificados que se alcanza es del 61%.

Se llevaron a cabo otros dos análisis discriminantes con el propósito de discernir la aportación añadida a la discriminación de los grupos por parte de las otras variables analizadas en este trabajo. En el primero de ellos incluimos, junto a las creencias de salud, las variables demográficas, y en el segundo se incluyeron además las conductas preventivas previas.

Tabla 6

Resultados del análisis discriminante. Variables de creencias y actitudes y variables demográficas

(A) TABLA RESUMEN

| <i>Paso número</i> | <i>Variable</i> | <i>Lambda Wilks</i> | <i>p</i> |
|--------------------|----------------------------------|---------------------|----------|
| 1 | Motivación general para la salud | 0,88 | 0,0000 |
| 2 | Amenaza general a la salud | 0,82 | 0,0000 |
| 3 | Norma subjetiva | 0,75 | 0,0000 |
| 4 | Vulnerabilidad percibida | 0,71 | 0,0000 |
| 5 | Nivel de estudios | 0,68 | 0,0000 |
| 6 | Información | 0,66 | 0,0000 |
| 7 | Autocontrol sobre la salud | 0,65 | 0,0000 |
| 8 | Gravedad percibida | 0,64 | 0,0000 |
| 9 | Suerte o azar | 0,64 | 0,0000 |
| 10 | Edad | 0,63 | 0,0000 |

(B) FUNCION DISCRIMINANTE CANONICA

| <i>Función</i> | <i>Eigenval.</i> | <i>Porcent. Varianza</i> | <i>Correl.: Canónica</i> | <i>Función derivada</i> | <i>Lambda Wilks</i> | χ^2 | <i>g.l.</i> | <i>p</i> |
|----------------|------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------|----------|-------------|----------|
| 1 | 0,39 | 73,78 | 0,53 | 0 | 0,63 | 477,81 | 20 | 0,000 |
| 2 | 0,14 | 26,22 | 0,35 | 1 | 0,88 | 135,05 | 9 | 0,000 |

(C) MATRIZ DE CLASIFICACION

| <i>Grupo real</i> | <i>N</i> | <i>A</i> | <i>NA</i> | <i>NA*</i> |
|-------------------|----------|----------------|----------------|----------------|
| <i>A</i> | 691 | 422 (61,1%) | 140 (20,3%) | 129 (18,7%) |
| <i>NA</i> | 285 | 64 (22,5%) | 191 (67,0%) | 30 (10,5%) |
| <i>NA*</i> | 74 | 16 (21,6%) | 8 (10,8%) | 50 (67,6%) |

Porcentaje de casos correctamente clasificados: 63,14%

Nota. Subgrupos: A= mujeres que acuden al programa, NA= mujeres que no acuden al programa y no se someten a revisiones por su cuenta; NA*= mujeres que aducen como motivo para no acudir al programa el haberse hecho una revisión previa o estar sometida a revisiones periódicas por su cuenta.

La inclusión de las variables demográficas (edad y nivel de estudios) apenas mejora la discriminación entre los grupos, siendo en esta ocasión el porcentaje de casos correctamente clasificados del 63% (véase Tabla 6). La inclusión de estas variables, por otra parte, sólo excluye de la ecuación discriminante, respecto a la obtenida en el análisis anterior, a la variable actitud de la Teoría de la Acción Razonada. Esta exclusión se puede explicar por la correlación negativa hallada entre la edad y la actitud hacia la mamografía ($p=0,001$).

Tabla 7

Resultados del Análisis Discriminante. Variables de creencias y actitudes, variables demográficas y conductas preventivas previas

| (A) TABLA RESUMEN | | | |
|-------------------|----------------------------------|--------------|--------|
| Paso número | Variable | Lambda Wilks | p |
| 1 | Mamografía | 0,73 | 0,0000 |
| 2 | Norma subjetiva | 0,68 | 0,0000 |
| 3 | Amenaza general a la salud | 0,60 | 0,0000 |
| 4 | Vulnerabilidad percibida | 0,57 | 0,0000 |
| 5 | Nivel de estudios | 0,55 | 0,0000 |
| 6 | Información | 0,54 | 0,0000 |
| 7 | Autocontrol sobre la salud | 0,53 | 0,0000 |
| 8 | Gravedad percibida | 0,53 | 0,0000 |
| 9 | Edad | 0,52 | 0,0000 |
| 10 | Suerte o azar | 0,52 | 0,0000 |
| 11 | Motivación general para la salud | 0,51 | 0,0000 |

| (B) FUNCION DISCRIMINANTE CANONICA | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------|-------------------|-------------------|------------------|--------------|----------|------|-------|
| Función | Eigenval. | Porcent. Varianza | Correl.: Canónica | Función derivada | Lambda Wilks | χ^2 | g.l. | p |
| 1 | 0,54 | 66,18 | 0,59 | 0 | 0,51 | 699,98 | 22 | 0,000 |
| 2 | 0,27 | 33,82 | 0,46 | 1 | 0,78 | 252,48 | 10 | 0,000 |

| (C) MATRIZ DE CLASIFICACION | | | | |
|-----------------------------|-----|----------------|----------------|---------------|
| Grupo real | N | A | NA | NA* |
| A | 691 | 465 (67,3%) | 146 (21,1%) | 80 (11,6%) |
| NA | 285 | 77 (27,0%) | 199 (69,8%) | 9 (3,2%) |
| NA* | 74 | 13 (17,6%) | 5 (6,8%) | 56 (75,7%) |

Porcentaje de casos correctamente clasificados: 68,57%

Nota. Subgrupos: A= mujeres que acuden al programa, NA= mujeres que no acuden al programa y no se someten a revisiones por su cuenta; NA*= mujeres que aducen como motivo para no acudir al programa el haberse hecho una revisión previa o estar sometida a revisiones periódicas por su cuenta.

Por último, el porcentaje de casos correctamente clasificados no se eleva más allá de 69%, cuando se tienen en cuenta también las variables referidas a las conductas preventivas previas (véase Tabla 7). El incremento, aunque no excesivo, parece debido en exclusiva a la inclusión de la variable «número de mamografías previas». Recuérdese que éste era precisamente el argumento esgrimido para no acudir al programa de cribado por las mujeres que se agruparon en el NA*. Así, un cierto solapamiento entre predictor y criterio puede ser la responsable de este resultado. No obstante, obsérvese que siguen teniendo una contribución importante a la hora de discriminar entre los grupos las variables de creencias de salud. De hecho, siguen formando parte de la ecuación ocho de las diez evaluadas, a pesar de que la motivación general para la salud que aparecía en el primer lugar en los análisis previos entra ahora en último lugar. Posiblemente debido a su alta correlación positiva con la práctica previa de la mamografía ($p=0,0001$).

Discusión

Antes de iniciar la discusión de los resultados obtenidos en este trabajo es necesario señalar algunas de las limitaciones de nuestro estudio. En primer lugar hay que recordar que el diseño utilizado es retrospectivo. El grupo de mujeres que no acudieron al programa de cribado fueron entrevistadas en sus casas, una vez comprobado que el proceso de rellamada al programa no había resultado eficaz en conseguir su asistencia al mismo. Por otra parte, y si bien es cierto que las mujeres que sí acudieron fueron entrevistadas antes de pasar a la consulta médica, también lo es que ya se encontraban en el centro de salud y, por tanto, la decisión de acudir ya había sido tomada. Esto puede constituir una limitación ya que, como señalan algunos autores, más que evaluar razones propiamente dichas de su decisión, quizá estemos considerando excusas o explicaciones *post hoc* (Shiloh, Vinter y Barak, 1997).

Los coeficientes de consistencia interna de algunas de las escalas utilizadas en este estudio no fueron todo lo satisfactorios que hubiera sido deseable. En particular los referidos a las subescalas de autocontrol y amenaza general a la salud del cuestionario de locus de control para la salud deben ser tomados con cautela.

A pesar de estas consideraciones, los resultados obtenidos en este estudio posibilitan una mejor comprensión del papel que juegan los factores psicosociales en la adopción de conductas preventivas del cáncer de mama.

En primer lugar hay que señalar que los tres tipos de posibles predictores de la asistencia a un cribado mamográfico analizados en este estudio —variables socio-demográficas, conductas preventivas previas, y creencias de salud— han establecido diferencias significativas entre los tres subgrupos de sujetos considerados: 1) mujeres que acuden a un programa de cribado mamográfico, 2) mujeres que no acuden y aducen como motivo de ello el realizarse controles de mama por su cuenta, y 3) mujeres que no acuden al programa y no señalan el anterior como motivo de su no asistencia. Estos resultados subrayan, pues, la relevancia de las variables sometidas a examen.

Centrándonos en el objetivo básico de nuestro estudio, esto es, analizar las variables que predicen la asistencia a un programa de cribado mamográfico, cabe resaltar que las diferencias entre el subgrupo de mujeres que acuden al programa y las que no acuden (y no dicen estar sometidas a revisiones previas por su cuenta) se encuentran en la línea de los resultados obtenidos en la bibliografía.

Concretamente, nuestros resultados indican que las variables sociodemográficas asociadas con la asistencia al programa son una menor edad y un mayor nivel de estudios. Estas son las dos variables sociodemográficas que de forma más reiterada se han asociado con la adherencia a controles mamográficos (Champion y Miller, 1996; Glanz *et al.*, 1992; Pelfrene, Bleyen y Backer, 1998).

Por lo que respecta a las variables relacionadas con actitudes y creencias, y atendiendo, en primer lugar, a las que se han incluido en este estudio del Modelo de Creencias de Salud, nuestros resultados confirman los obtenidos por otros trabajos empíricos donde se observa que el poseer una orientación preventiva hacia la salud y llevar a cabo otras conductas preventivas juega un papel importante en la utilización de la mamografía (Champion y Miller, 1996; Kurtz, Given, Given y Kurtz, 1993; Montano y Taplin, 1991; Rimer, 1992). Por otra parte, respecto a las variables vulnerabilidad y gravedad percibida del cáncer de mama, nuestros resultados van parcialmente en contra de lo postulado por el modelo. Si bien las mujeres que no acuden al programa presentan una menor estimación de vulnerabilidad personal al cáncer de mama, sin embargo, y en contra de lo postulado, perciben esta enfermedad como más grave. En nuestro caso pues, la mayor gravedad percibida se perfila como un factor que inhibe la participación en el programa de cribado. No obstante, la alta puntuación alcanzada por ambos grupos en esta última variable también podría explicar estos resultados. En efecto, como sugiere Weinstein (1988), al plantear una posible interacción entre ambas variables, la dimensión de gravedad debe alcanzar una determinada magnitud para influir en las decisiones de salud pero, una vez que dicha magnitud ha sido alcanzada, las decisiones estarían sólo en función de la vulnerabilidad percibida.

En cuanto a las variables de la Teoría de la Acción Razonada contempladas en este estudio, nuestros resultados indican que una actitud favorable hacia la mamografía y una mayor presión social percibida respecto al uso de esta técnica muestran una asociación positiva con la participación en un programa de cribado mamográfico. Aunque este modelo se ha aplicado en menor medida en la investigación sobre este tema, los resultados obtenidos en otros estudios también confirman sus predicciones (Montano y Taplin, 1991; Rutter *et al.*, 1996; Vaile *et al.*, 1993).

Respecto al constructo locus de control para la salud tres de los cuatro factores de la escala diferencian significativamente, y en la dirección esperada, entre estos grupos. El grupo que acude al programa presenta un mayor autocontrol sobre la salud, una mayor creencia en el control de la salud por parte de los profesionales y una menor amenaza general a la salud. Estos resultados evidencian que la creencia de controlabilidad sobre la enfermedad favorece la realización de conductas preventivas del cáncer de mama, tal y como se observa en otros estudios (Bundek, Marks y Richardson, 1993; Champion, 1994; Fajardo *et al.*, 1992; Meystre-

Agustoni, Dubois- Arber, Landstheer y Paccaud, 1998; Redeker, 1989; Rothman, Salovey, Turvey y Fishkin, 1993).

Finalmente y en la misma línea que otros trabajos (Donato *et al.*, 1991; Glanz *et al.*, 1992; Jepson y Rimer, 1993; Kee, Telford, Donaghy y O'Doherty, 1992; Vernon, Laville y Jackson, 1990), nuestros resultados señalan que una mayor información respecto a las técnicas de detección temprana del cáncer de mama favorece la participación en programas de cribado mamográfico.

Por otro lado, los resultados de nuestro estudio también han permitido perfilar algunas características de aquellas mujeres que dicen estar ya sometidas a controles de mama y, por este motivo, no acuden al programa. Recuérdese que este subgrupo fue establecido a partir de datos de autoinforme sobre las razones de no asistencia al cribado. De hecho, cuando se evaluaron las conductas preventivas previas a la cita al programa, este subgrupo de mujeres informaba haberse realizado un mayor número de mamografías que los otros dos. Aún reconociendo la limitación que supone la utilización de una medida basada exclusivamente en el autoinforme del sujeto, también es cierto que hay estudios que indican la existencia de una alta concordancia entre la frecuencia autoinformada de utilización mamográfica y la utilización real de esta técnica (King *et al.*, 1990; Rimer y King, 1992).

Las variables que diferencian a este grupo de mujeres frente al que no acude al cribado son las mismas que las que ya establecían diferencias significativas entre este último y el que sí acude. La única diferencia adicional se observa que las mujeres que dicen estar ya sometidas a revisiones mamarias poseen además una menor creencia en la suerte o el azar como determinante de la salud.

Respecto al grupo que sí acude al cribado, el grupo de mujeres sometidas a controles de mama por su cuenta posee un mayor nivel de información sobre las técnicas de detección temprana del cáncer de mama, una mayor motivación general para la salud y una mayor creencia en la controlabilidad de la enfermedad.

Desde luego, estos dos grupos de mujeres se diferencian en la presencia/ausencia de un elemento desencadenador para la acción: la invitación al programa de cribado. Esto es, dado que el 75% del grupo que acude al programa no se había realizado nunca una mamografía frente a menos del 3% en el grupo que se revisa por su cuenta, podría decirse que este último grupo ha realizado la conducta preventiva sin necesidad de este tipo de clave disparadora para la acción. Por otra parte, también sería posible plantearse que estos dos grupos de mujeres se encuentren en momentos distintos del proceso de adopción de la conducta preventiva. Es decir, tal y como plantean algunos autores (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Weinstein, 1988), las conductas de salud deben conceptualizarse como un proceso en el que se debe tener en cuenta no sólo si las personas han llevado a cabo o no la conducta preventiva en un determinado momento, sino también el grado en que se han planteado el llevarla a cabo y si la han repetido cuando era apropiado. Las personas pueden comportarse de forma diferente en los distintos momentos o fases del proceso de adopción de una conducta preventiva, siendo diferentes los factores que en cada momento influyan en su conducta. Desde este planteamiento podríamos hipotetizar que las mujeres que dicen estar ya sometidas a controles de mama se encuentran en un estadio de mantenimiento de la conducta

preventiva, mientras que las que acuden al programa se encontrarían en la fase de iniciación. Los resultados de esta investigación no permiten contrastar esta última hipótesis que necesitaría ser puesta a prueba en posteriores estudios.

Finalmente, señalar que en los análisis multivariados realizados en este estudio se ha podido evaluar la contribución relativa de cada tipo de posibles predictores considerados: creencias de salud, variables sociodemográficas y conductas preventivas previas. Según nuestros resultados, parece importante destacar dos aspectos. En primer lugar, prácticamente todas las variables cognitivas parecen realizar una aportación significativa en la discriminación de los tres grupos establecidos, ya se contemplen como variables discriminantes ellas solas o junto con las sociodemográficas y conductas preventivas previas. Este resultado nos hablaría a favor del papel relevante, y no redundante, jugado por las creencias de salud evaluadas respecto a la conducta mamográfica. Por otro lado, la inclusión de las variables sociodemográficas y de conductas preventivas previas no incrementa sustancialmente el poder clasificatorio de las variables actitudinales y de creencias. Teniendo en cuenta además, que son estas últimas las susceptibles de modificación, nuestro trabajo confirma la importancia de incidir en estas variables de tipo cognitivo a través de las campañas públicas de promoción de la salud dirigidas al fomento de conductas preventivas del cáncer de mama.

A este respecto, nuestros resultados sugieren posibles estrategias de intervención de cara a incrementar la utilización de esta técnica de cribado en la población general. Las campañas de educación para la salud deberían fomentar el papel activo de la mujer en el cuidado de su salud, insistiendo en los beneficios de una orientación preventiva hacia la misma e intentando aumentar, en este sentido, el nivel de control percibido en el mantenimiento de la salud. Respecto al cáncer de mama en concreto, en estas campañas se debería proporcionar información sobre las distintas estrategias de detección temprana de esta enfermedad, fomentando la actitud positiva hacia las mismas y, particularmente, hacia la mamografía —enfaticando sus beneficios— y aumentando la presión social percibida para llevarla a cabo. Por último, en estas campañas se podría incluir información sobre la incidencia del cáncer de mama y sus factores de riesgo con el objetivo de aumentar la percepción de vulnerabilidad a esta enfermedad. Sin embargo, no hay que olvidar que toda información de este tipo debe presentarse de forma balanceada con mensajes tranquilizadores de tal manera que no aumente la gravedad percibida de esta enfermedad y el nivel general de amenaza percibida a la salud que, según nuestros datos, podrían inhibir la utilización de esta técnica.

Referencias

- Azjen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey.
- Azjen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Azjen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

- Becker, M.H. (dir.) (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473.
- Bennett, I.C., Robert, D.A., Osborne, J.M. y Baker, C.A. (1994). Discomfort during mammography: A survey of women attending a breast screening center. *Breast Disease*, 7, 35-41.
- Bundek, N.I., Marks, G. y Richardson, J.L. (1993). Role of health locus of control beliefs in cancer screening of elderly hispanic women. *Health Psychology*, 12, 193-199.
- Champion, V. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*, 42, 139-143.
- Champion, V.L. (1994). Beliefs about breast cancer and mammography by behavioral stage. *Oncology Nursing Forum*, 21, 1009-1014.
- Champion, V. y Miller, Y. (1996). Predicting mammography utilization through model generation. *Psychology, Health & Medicine*, 1, 273-283.
- Conner, M. y Norman, P. (1994). Comparing the health belief model and the theory of planned behaviour in health screening. En D.R. Rutter y L. Quine (dirs.), *Social psychology and health: European perspectives* (pp. 1- 24). Aldershot: Avebury.
- Conner, M. y Norman, P. (1996a). The role of social cognition in health behaviours. En M. Conner y P. Norman (dirs.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (pp. 1-22). Buckingham: Open University Press.
- Conner, M. y Norman, P. (dirs.) (1996b). *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press.
- 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.
- Fajardo, L.L., Saint-Germain, M., Meakem, T.J., Rose, C. y Hillman, B.J. (1992). Factors influencing women to undergo screening mammography. *Radiology*, 184, 59-63.
- Forrest, A.P.M. (1991). Breast cancer: the decision to screen. *Journal of Public Health Medicine*, 13, 2-12.
- Glanz, K., Lewis, F.M.. y Rimer, B.K. (dirs.) (1990). *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Glanz, K., Rimer, B.K., Lerman, C. y McGovern, P. (1992). Factors influencing acceptance of mammography: Implications for enhancing worksite cancer control. *American Journal of Health Promotion*, 7, 28-37.
- Jepson, C. y Rimer, B.K. (1993). Determinants of mammography intentions among prior screenees and non-screenees. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 40-51.
- 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.
- Kerlikowske, K., Grady, D., Rubin, S.M., Sandrock, C. y Ernster, V.L. (1995). Efficacy of screening mammography: A meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 273, 149-154.
- King, E.S., Rimer, B.K., Trock, B., Balslem, A. y Engstrom, P. (1990). How valid are mammography self-reports? *American Journal of Public Health*, 80, 1386-1388.
- Kurtz, M.E., Given, B., Given, C.W. y Kurtz, J.C. (1993). Relationship of breast barriers and facilitators to breast self-examination, mammography, and clinical breast examination in a worksite population. *Cancer Nursing*, 16, 251-259.
- Lau, R.R. (1988). Beliefs about control and health behavior. En D.S. Gochman (dir.), *Health behavior: emerging research perspectives* (pp. 43-63). Nueva York: Plenum.
- Lau, R.R. y Ware, J.F. (1981) Refinements in the measurement of health-specific locus-of-control beliefs. *Medical Care*, 19, 1147-1157.

- 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.
- Meystre-Agustoni, G., Dubois-Arber, F., Landstheer, J.P. y Paccaud, F. (1998). Exploring the reasons for non-participation of women in a breast cancer screening campaign. *European Journal of Public Health*, 8, 143-145.
- 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.
- Pelfrene, E.R., Bleyen, L.J. y Backer, G. (1998). Uptake in breast cancer screening. A sociogeographical analysis. *European Journal of Public Health*, 8, 146-149.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Rimer, B.K. (1992). Understanding the acceptance of mammography by women. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 197-203.
- Rimer, B.K. y King, E.S. (1992). Why aren't older women getting mammograms and clinical breast exams? *Women's Health Issues*, 2, 94-101.
- Redeker, N.S. (1989). Health beliefs, health locus of control, and frequency of practice of breast self-examination. *Journal of Obstetrics, Gynaecology and Neonatal Nursing*, 18, 45-51.
- Rosenstock, I.M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-124.
- Rosenstock, I.M. (1990). The health belief model: explaining health behavior through expectancies. En K. Glanz, F.M. Lewis y B.K. Rimer (dirs.) (1990), *Health behavior and health education: theory, research and practice* (pp. 39-62). San Francisco: Jossey-Bass.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., y Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15, 175-183.
- Rothman, A.J., Salovey, P., Turvey, C. y Fishkin, S.A. (1993). Atributions of Responsibility and Persuasion: Increasing mammography utilization among women over 40 with an internally oriented message. *Health Psychology*, 12, 39-47.
- Rutter, D., Calnan, M., Field, S. y Vaile, M.S.B. (1996). 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 (manuscrito no publicado).
- Shapiro, S., Venet, W., Strax, P. y Venet, L. (1988). *Periodic screening for breast cancer. The Health Insurance Plan Project and its sequale 1963-1986*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- 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.
- 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.
- 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.
- Vernon, S.W., Laville, E.A. y Jackson, G.L. (1990). Participation in breast screening programs: A review. *Social Science Medicine*, 30, 1107-1118.
- Wallston, K.A. y Wallston, B.S. (1981). Health locus of control scales. En H. Lefcourt (dir.), *Research with the Locus of Control construct, vol. 1* (pp. 189-243). Nueva York: Academic Press.
- Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 355-386.
- Zapka, J.G., Stoddard, A.N., Maul, L. y Costanza, M.E. (1991). Interval adherence to mammography screening guidelines. *Medical Care*, 29, 697-707.