



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
PSICOLOGÍA SOCIAL Y AMBIENTAL**

**FACTORES QUE FAVORECEN LA PREVENCIÓN DE  
ENFERMEDADES Y EL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS MUJERES**

## **T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**ALICIA SALDÍVAR GARDUÑO**

**JURADO DEL EXAMEN DE GRADO**

**DIRECTOR: DR. ROLANDO DÍAZ LOVING**

**COMITÉ: DRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ**

**DR. MANUEL GIL ANTÓN**

**DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS**

**DRA. TANIA ESMERALDA SÁNCHEZ ROCHA**

**DRA. SILVIA SUSANA ROBLES MONTIJO**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Nacional Autónoma de México, la casa donde he definido mi proyecto de vida académico.

Al Dr. Rolando Díaz Loving, por compartir conmigo su erudición y su preciadísimo tiempo.

A la Dra. Gabina Villagrán, por su amoroso acompañamiento.

Al Dr. Manuel Gil Antón, por haberse arriesgado a emprender este viaje conmigo y haberme hecho las preguntas correctas en el momento indicado.

A la Dra. Patricia Andrade, por encaminar mi mirada hacia otros horizontes.

A la Dra. Tania Rocha, por su generosidad y sus esmeradas revisiones.

A la Dra. Susana Robles, por sus valiosas aportaciones que indudablemente mejoraron el resultado final.

A la UAM, mi casa siempre abierta al tiempo.

A mi área de investigación, mis interlocutores siempre dispuestos, por interesarse en mis inquietudes.

Al CONACyT.

## **DEDICO ESTE TRABAJO A**

Carlos, por el amor, por compartir su conocimiento conmigo, por la complicidad.

Mariana y Anainés, por ser mi fuente de sabiduría y las estrellas que me guían.

    Mi madre, por cada lección de vida.

    Mis hermanas y hermanos, especialmente a Javier, mi ejemplo.

    Mi familia: Hugo, Lulú, Adriana, Gilberto y Javier, por su apoyo y su cariño incondicional.

    Mis colegas y amigos del SIKL: Dulce, Fredi, Luis, Enrico y Christian, por los comentarios, las críticas y las sugerencias, no siempre tersas, pero innegablemente certeras.

    Mis imprescindibles amigas y amigos: por el cariño, por la música, por la inspiración, por el apoyo, por las buenas vibras, por los abrazos, por estar... Faltarán muchos, pero no puedo dejar de mencionar a: Roberto Núñez, Alfredo Alcántara, Marichu Díaz, Blanca Ascencio, Celia Reyes, Omar Manjarrez y Mónica Valenzuela, Fernando Ortíz, Fernando Contreras, Jesús Lucero, Horacio Suárez...

    Las mujeres que todos los días enfrentan la realidad subjetiva y objetiva del cáncer de seno.

## RESUMEN

El cáncer de mama o de seno se ha convertido en los últimos años en una de las primeras causas de muerte en mujeres en edad reproductiva en muchos países alrededor del mundo. En México, los decesos por este padecimiento ocupan el primer lugar en la categoría de tumores malignos, por arriba del cáncer de útero o de pulmón. Existen diversos métodos para detectar el cáncer de seno, entre los cuales la autoexploración de las glándulas mamarias ha resultado ser la opción que se encuentra al alcance de cualquier mujer; además, el 90% de los tumores que requieren atención médica son descubiertos mediante ese procedimiento. Desafortunadamente, la autoexploración aún no es una práctica común entre las mujeres de nuestro país. En el marco de la psicología social de la salud, se han desarrollado modelos que explican el comportamiento preventivo de la salud, y que integran elementos de tipo personal, social y cultural. El objetivo de este estudio fue probar el funcionamiento de un Modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos, y se proponen diversas hipótesis sobre la influencia de sus factores sobre la intención de realizarse una autoexploración mensual, así como sobre la conducta. Se contó con la participación de 467 mujeres entre los 18 y los 65 años, provenientes de la ciudad de México y municipios conurbados, a quienes les fue aplicada la Escala de factores psicosociales asociados con el cáncer de mama en mujeres mexicanas, que evaluaba las actitudes de tres tipos, las normas individuales y sociales, la autoeficacia y el control conductual percibido, la autorregulación relacionada con la salud, el automonitoreo referido a la autoexploración, la intención, la confianza en la intención, los conocimientos sobre el tema, el riesgo personal percibido, y el comportamiento. Entre los resultados destaca el efecto consistente de la norma subjetiva y las normas descriptivas sobre la intención de realizarse una autoexploración, tanto en el modelo general como en los obtenidos para los distintos grupos (edad, escolaridad y conocimientos); en lo que toca al comportamiento, éste se vio influido sobre todo por la confianza en la intención y por las actitudes ambivalentes de tipo afectivo; excepto en uno de los modelos, la intención no tuvo efecto sobre la conducta. Se discuten las implicaciones de los hallazgos para futuras investigaciones, y para la planeación de intervenciones tendientes a aumentar la práctica de la autoexploración.

**PALABRAS CLAVE: CÁNCER DE MAMA, AUTOEXPLORACIÓN DE LOS SENOS, INTENCIONES, CONDUCTAS.**

## ABSTRACT

In recent years, breast cancer has become one of the leading causes of death in women of reproductive age in many countries around the world. In Mexico, the number of deaths by this disease ranks first in the category of malignant tumors, above uterus or lung cancer. There are various methods for breast cancer detection, including self-examination of the mammary glands, which has proven to be one of the best options, because it is available to all woman; that is why, around 90% of tumors that require medical attention are identified through this procedure. Unfortunately, self-examination is not yet a common practice among women in Mexico. In the field of health, social psychologists have developed several models that explain preventive health behavior, and integrate personal, social and cultural elements. The aim of this study was to test a Psychosocial model for the study of routine breast self-exploration, that suggests a number of hypotheses about the influence of several factors over the intention and actual behavior of conducting a monthly self-examination. 467 women from 18 to 65 year old from Mexico City and metropolitan area participated in the study. All were administrated the Scale of psychosocial factors associated with breast cancer in Mexican women, to assess three types of attitudes, individual and social norms, self-efficacy, perceived behavioral control, self-regulation on health, self-monitoring on self-examination, intention, confidence in the intention, knowledge about breast cancer, perceived personal risk, and behavior. Among the results, a consistent effect of subjective norm and also descriptive norms on the intentions of doing self-exploration is evident in the general sample, and also for the different groups (by age, education and knowledge). In the other side, behavior was mainly influenced by confidence in the intention, and the affective ambivalent attitudes, and intention had no effect on behavior. We discuss the implications of these findings for future research and for planning interventions that try to improve the practice of breast self-examination.

**KEY WORDS: BREAST CANCER, BREAST SELF-EXAMINATION, INTENTIONS, BEHAVIOR.**

# ÍNDICE

I. Introducción	6
II. El cáncer de mama: cifras y factores asociados	9
1. Cáncer mamario: causas y factores de riesgo	12
2. Estadísticas y estado epidemiológico del cáncer de mama en México	14
3. Importancia de la autoexploración de los senos y los exámenes clínicos	20
4. Factores asociados con el comportamiento preventivo en salud e identificación de variables que favorecen la detección temprana de tumores malignos en las mamas	23
4.1. Elementos que favorecen los comportamientos preventivos y el cuidado de la salud de las mujeres	24
4.2. Factores asociados con la realización de la autoexploración y exámenes clínicos para la detección de tumores malignos en las mamas	28
III. El modelo teórico de la investigación	38
1. Algunos modelos para el estudio de los comportamientos en salud	39
1.1. Modelo de Creencias en Salud	40
1.2. Modelo Psicológico de la Salud Biológica	43
1.3. Modelo de la Acción Social	44
1.4. Modelo Teórico para el Estudio de la Cultura y las Disparidades en Salud	46
1.5. Teoría de la Acción Razonada	47
1.6. Teoría de la Conducta Planeada	51
1.7. Críticas a los modelos presentados	54
2. Modelos para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos	56
2.1. Perspectivas empleadas para el estudio de la autoexploración	57
2.2. Actitudes ambivalentes	59
2.3. Normas sociales	61
2.4. Autoeficacia	63
2.5. Autorregulación	65
2.6. Automonitoreo	66
2.7. Confianza en la intención	68
2.8. Modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos	69
IV. Método	71
1. Preguntas de investigación	71

2. Objetivos	71
3. Definición de variables	72
4. Hipótesis	74
5. Muestra	74
6. Instrumento	75
7. Procedimiento	75
8. Análisis	75
V. Resultados	77
1. Descripción de la muestra	77
1.1. Características sociodemográficas	77
1.2. Antecedentes familiares y relación con personas con cáncer de mama	78
1.3. Prácticas de prevención temprana	79
1.4. Conocimientos sobre el cáncer de mama y factores de riesgo	80
1.5. Percepción de riesgo	82
1.6. Confianza en la intención	83
1.7. Comportamiento estadístico de las escalas	83
2. Resultados obtenidos mediante la aplicación del modelo	85
2.1. Análisis de correlación entre los factores	85
2.1. Actitudes, normas, control, intención y confianza en la intención	85
2.2. Autorregulación, automonitoreo en salud y autoeficacia en salud	86
2.3. Percepción de riesgo personal, conocimientos y las demás variables	87
3. Funcionamiento del modelo	89
3.1. Por grupos de edad	92
3.2. Por nivel educativo	94
3.3. Por nivel de conocimientos sobre autoexploración de los senos	96
3.4. Según antecedentes familiares	97
VI. Discusión	100
VII. Referencias	116
VIII. Anexos	129
Anexo 1. Escala de factores asociados con el cáncer de mama en mujeres mexicanas	129
Anexo 2. Análisis psicométrico de las escalas	131

# I. INTRODUCCIÓN

“La defensa más fuerte contra el cáncer de mama es la autoexploración.”

Lema usado por *Voit*, compañía manufacturera de balones de fútbol soccer.

En los últimos años hemos sido testigos de la manera como los esfuerzos por sensibilizar a las mujeres mexicanas para que se exploren los senos con el fin de detectar tempranamente el cáncer mamario se han intensificado, y el interés de los gobiernos y de las organizaciones de la sociedad civil que atienden esa problemática se traduce en campañas atractivas, creativas y que en muchos casos involucran a personajes de la vida pública del país como actrices, cantantes, comunicadoras, y recientemente hasta varones que desempeñan alguna profesión deportiva como luchadores y jugadores de fútbol soccer. Muchas de estas campañas se concentran en hacer recomendaciones para la realización de la revisión manual de los senos una vez al mes, y son difundidas en forma insistente por la radio, la televisión, los periódicos, carteles espectaculares expuestos a lo largo de las principales vías de las ciudades importantes, pósters colocados en las paradas de los autobuses, folletos que se dejan estratégicamente en las salas de espera de los consultorios de toda clase de médicos y trabajadores de la salud, y en las farmacias, etcétera.

Las campañas informativas relacionadas con este padecimiento han evolucionado en los últimos años en una forma por demás interesante, pues mientras hace unos seis u ocho años los mensajes eran tímidos y no se hacía referencia en forma directa a los senos de las mujeres y a la inevitable necesidad de tocarlos para detectar tumores que podrían estar indicando la presencia del cáncer, hoy en día las imágenes que se presentan sobre todo en las revistas, son explícitas e incluso crudas, como cuando aluden a la extirpación de alguna de las glándulas mamarias y se incluye a un bebé a quien será imposible amamantar dada la ausencia del órgano; asimismo, los mensajes escritos o auditivos —en radio, por ejemplo— hacen referencia a la preocupación de las mujeres ante la posibilidad de morir y dejar a sus hijas o hijos sin una madre que cuide de ellos. Los espectaculares en los llamados parabuses y otros espacios abiertos, y los comerciales que se transmiten en la televisión son menos agresivos en lo que respecta al tipo de imágenes y contenidos que presentan, y buscan por medios más sutiles hacer mención de un problema de salud que va en incremento en México y el mundo.

Ahora bien, aún cuando el tema hoy está más presente que nunca en nuestra sociedad, sigue habiendo obstáculos para que la información se convierta en acciones.

Desafortunadamente, el cáncer de seno es un padecimiento que en sentido estricto es imposible de prevenir, o por lo menos hasta ahora no se cuenta con los medios para hacerlo, pues aunque se han identificado una larga lista de factores que se relacionan con la enfermedad, no se puede decir todavía que se conozcan las causas que llevan a un organismo a desarrollarlo. Ante esa circunstancia, se comprende que no exista, hasta ahora, una vacuna que prevenga su aparición, ni una estrategia alimenticia o de otro tipo que ayude a evitar su aparición. De este modo, lo más que podemos hacer las mujeres ante la posibilidad de padecer ese tipo particular de cáncer, es revisar nuestros senos para detectar tumores en fases tempranas para tratarlos farmacológicamente y/o radiológicamente, y erradicarlos, o incluso para extirpar la mama y evitar que se disemine a otras partes del cuerpo.

De ahí que esta investigación se centre en la identificación de los factores que conducen a las mujeres que aceptaron participar en este estudio, a la realización de una sencilla pero minuciosa técnica para el cuidado personal de la salud y la evitación, en medida de lo posible, de una enfermedad incurable como el cáncer. Este documento presenta los resultados obtenidos después de un proceso largo, tendiente a la búsqueda de un modelo comprensivo acerca de la autoexploración, y las variaciones que se observaron al controlar el efecto de algunas variables. Así, este texto se divide en ocho capítulos, que pueden agruparse en tres grandes apartados:

En primer lugar, se presenta esta síntesis general del documento, y una guía sobre su organización para facilitar la lectura. A continuación, en el capítulo 2, se describe la situación que prevalece sobre el creciente número de casos de mujeres con cáncer de senos, y también lo que se ha reportado en relación con las prácticas de autoexploración, presentando los datos que se han podido recopilar a ese respecto, tanto en México como en algunos otros países del mundo. Como parte del panorama epidemiológico mencionado, se describen algunas investigaciones en distintas áreas del saber social, epidemiológico y médico que centran su atención en el problema de los factores que favorecen o inhiben que las mujeres se sientan motivadas a cuidar de su salud, y en particular a practicarse exámenes preventivos, como el papanicolaou o la autoexploración de los senos.

En la tercera parte del documento, se describen algunos de los modelos y teorías empleados en el estudio de los comportamientos en el terreno de la salud, y se presenta el modelo teórico que guió la ejecución de esta investigación, definiendo los constructos y variables que lo conforman, así como algunas referencias al tipo de estudios en que éstos



han sido aplicados, extrayendo los elementos que resultan útiles para integrar en una propuesta de esquema propia. Posteriormente, en el capítulo 4, se presenta el método utilizado en la realización de esta investigación, y los resultados obtenidos después de la aplicación de una encuesta que exploró los constructos y variables descritos en el marco teórico. Es preciso decir que la configuración del modelo propuesto al inicio del estudio cambió de manera sustancial, para dejar al descubierto un conjunto de relaciones con un número más reducido de elementos que, siguiendo el principio de parsimonia necesario en este tipo de ejercicios, parece mostrar con claridad cuáles son los factores relevantes para explicar el comportamiento elegido.

Es en el capítulo 5 donde se presentan nuestros principales hallazgos, y se describen los modelos obtenidos para los grupos en que se separó a la muestra con fines de comparación. El capítulo 6, por otra parte, ofrece una lectura de los resultados apoyados en la literatura especializada sobre el tema, y confrontándolos con el marco teórico desarrollado para tal fin. En el siguiente capítulo –discusión- se confrontan los resultados obtenidos con los reportados en los artículos especializados revisados para la redacción del marco teórico, y se exponen los avatares del desarrollo del cuestionario aplicado y el invaluable aprendizaje que se tuvo durante ese proceso. Asimismo, se enumeran las aportaciones de esta investigación, y se apuntan algunas ideas de desarrollo posterior del tema. Por último, se presentan las referencias bibliográficas que sustentan la redacción de esta tesis doctoral, y un capítulo final denominado Anexos, donde se colocaron una muestra del cuestionario aplicado, y la descripción detallada del proceso de validación estadística de las escalas utilizadas.

Conscientes de la complejidad de este problema, esperamos que la lectura resulte interesante y que arroje alguna luz sobre su manejo futuro desde el ámbito de la psicología social, al mismo tiempo que sensibiliza al lector o la lectora sobre su gravedad, porque al ser la epidemia por cáncer de mama un asunto de salud pública, nos involucra a todos y a todas, directa o indirectamente, y creemos que este es un buen momento para actuar y tratar de evitar que tantas mujeres mueran cada año por esta causa.

## II. EL CÁNCER DE MAMA: CIFRAS Y FACTORES ASOCIADOS

“La mejor lucha contra el cáncer de mama es el diagnóstico precoz”.

Organización Senosalud.

De acuerdo con la información estadística disponible, el cáncer puede ser considerado un mal de nuestros tiempos, ya que, como bien se sabe, en las últimas décadas, muchos países del mundo han vivido una transición epidemiológica importante, pues han dejado de predominar las enfermedades infecto-contagiosas, para dar paso a un número cada vez mayor de padecimientos crónico-degenerativos; tal es el caso de México, donde las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos han ido ganando cada vez mayor terreno y se erigen hoy en día como las tres principales causas de muerte a nivel nacional (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] e Instituto Nacional de las Mujeres [Inmujeres], 2009; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009).

Según la OMS (2002), el término cáncer se aplica actualmente a más de cien enfermedades distintas entre las que se encuentran tumores malignos localizados en diversas partes del cuerpo como las mamas, el cuello uterino, la próstata, el estómago, el colon o el recto, los pulmones y la boca, entre otros; también se consideran cánceres padecimientos como la leucemia, el sarcoma óseo, la enfermedad de Hodgkin y algunos linfomas. Todas estas formas del padecimiento tienen en común la poca efectividad de los mecanismos que regulan el funcionamiento celular en el cuerpo para evitar el crecimiento y proliferación de las células malignas, y la muerte de las células sanas; así, se produce un tumor que comienza como una anomalía leve pero que, pasado algún tiempo, se agrava, y posteriormente invade los tejidos cercanos al órgano donde se desarrolla y finalmente se propaga a otras partes del cuerpo. Así, se considera que el cáncer comprende dos procesos: uno relativo a la conducta desordenada de las células “malignas”, y otro que corresponde a un patrón de enfermedad causado por la expansión de tales células a otras partes del cuerpo (López-Carrillo, Vandale-Toney, Alonso, Fernández y Parra, 1996).

Ahora bien, aunque se habla de cáncer de mama, mamario o de seno en términos genéricos, existen al menos dos clases de genes que intervienen en el desarrollo de este tipo de cáncer, mismos que fueron identificados gracias a los avances científicos y tecnológicos de las últimas décadas, el BRCA1 y el BRCA2, y que fueron clonados en los años 90 para una mejor comprensión de su comportamiento. De acuerdo con Miki et al. (1994, en Cappelli et al., 2001), se estima que una de cada 300 mujeres porta mutaciones

de alguno de esos genes. Una mujer con el gen BRCA1 tiene un riesgo aproximado del 80% de desarrollar cáncer de mama a lo largo de su vida, mientras que aquellas que el BRCA2 está asociado en una proporción similar de riesgo con el cáncer de mama, pero con uno más bajo para cáncer de ovarios. Por esta razón, en países como Canadá y los Estados Unidos, donde la incidencia del cáncer mamario es alta y el factor hereditario ha probado jugar un papel relevante, se encuentra disponible un examen genético, que se recomienda se practiquen todas las mujeres con una historia familiar de cáncer de mamas consistente.

En nuestro país, el cáncer se encuentra entre las 10 principales causas de muerte desde la década de los 60, y la mortalidad relacionada con el mismo es distinta para las mujeres y los hombres (López-Carrillo et al., 1996). De acuerdo con el INEGI y el Inmujeres (2009), en el año 2007, los principales tipos de cáncer que afectaban a los varones eran el de próstata (15.7% del total de los casos de cáncer en ese año), el de tráquea, bronquios y pulmón (14%), el de estómago (9%), y el de hígado y vías biliares (7.1%); para las mujeres, los cánceres con mayor incidencia eran el de mama (13.8%) y el del cuello del útero (12.1%), seguidos por el de hígado y vías biliares (7.6%), el de estómago (7.5%), y el de pulmón (6.8%). Por cierto que el cáncer parece afectar en mayor medida a las mujeres que a los varones, según la información epidemiológica disponible en las últimas décadas.

En lo concerniente al cáncer de seno o mamario, éste ha mostrado un aumento considerable en los años recientes, y se ha instaurado como una importante causa de muerte en México y otros países del mundo, con consecuencias relevantes de tipo personal, familiar, económico y social. El cáncer de mama, junto con el cérvico uterino son dos displasias<sup>1</sup> que cobran en todo el mundo cada día un número mayor de víctimas de todos los estratos sociales y en los distintos grupos de edad, especialmente en las mujeres mayores de 40 años. Es por esto que el cada vez mayor número de casos ha convertido a este fenómeno en un problema de salud pública de urgente atención, que requiere del desarrollo de estrategias efectivas para prevenir un impacto de dimensiones catastróficas para la sociedad en su conjunto.

Algo que resulta peculiar en relación con el cáncer mamario es que es un padecimiento casi exclusivamente femenino, aún cuando también existen casos de

---

<sup>1</sup> De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española (<http://www.rae.es>), una displasia es una anomalía en el desarrollo de un órgano; en Wikipedia (<http://www.wikipedia.org>), por otro lado, se define a la displasia como una anormalidad en el aspecto de las células debido a los disturbios en el proceso de la maduración, y suele ser precursora de una neoplasia o tumor; se trata de una lesión que puede devenir en cáncer en diferentes zonas del cuerpo.

varones, que en conjunto constituyen el 1% del total y se presenta en promedio a los 71 años de edad (Martínez-Tlahuel, Arce y Lara, 2006; Valadez, 2009); la información disponible sobre egresos hospitalarios debidos a tumores malignos para el año 2003, consignó que el 1.1% de los casos de varones correspondían a cáncer de mama, mientras que para las mujeres la proporción fue de 35.5% del total de los egresos (INEGI e Inmujeres, 2007). Algunos de estos pacientes masculinos han plasmado sus testimonios en sitios como la página electrónica de la Asociación Mexicana contra el Cáncer de Mama A. C., mejor conocida como Fundación Cim\*ab (antes Fundación Cima, con la dirección electrónica <http://www.cimab.org>)<sup>2</sup>.

La innegable realidad sobre la cada vez mayor cantidad de personas que padecen cáncer mamario no parece tener un efecto notorio sobre las estadísticas relativas a la práctica de la mamografía y a la de la consulta de especialistas para la detección temprana de los tumores malignos (INEGI e Inmujeres, 2007; Secretaría de Salud 2005), pues, a pesar de la disponibilidad cada vez más amplia de información sobre el tema, siguen siendo realizadas por un número menor de personas, si se considera que una proporción importante de la población mexicana actual está conformada por mujeres en edad reproductiva<sup>3</sup>. A este respecto, existen estudios que muestran que muchas mujeres no acuden a solicitar atención médica -aún cuando podrían sospechar que tienen síntomas que indican que un nódulo maligno se está desarrollando en su cuerpo- por razones económicas, por falta de infraestructura y personal médico capacitado, por prejuicios y creencias negativas en torno al cáncer, o por temor a ser enteradas de un diagnóstico adverso, entre otras. Ahora bien, no sólo llama la atención la escasa frecuencia de comportamientos preventivos o para el cuidado de la salud en personas que no cuentan con información o cuyo conocimiento sobre diferentes padecimientos es tan escaso que no se ven motivadas a realizarlos, sino también en la circunstancia en la que aquellas se perciben a sí mismas en riesgo para adquirir o desarrollar enfermedades peligrosas, pero que no ejecutan conductas tendientes a la prevención o incluso al control del avance de las mismas.

---

<sup>2</sup> Uno de ellos, con 60 años de edad revela lo siguiente: "...Como hombres, también estamos expuestos aunque en un porcentaje muchísimo menor de padecer cáncer mamario. (...) ... Mi vida no cambio mucho a raíz del cáncer, solo tomé conciencia de que no podía perder tiempo, que el tiempo era valioso para realizar los planes que yo tenía. (...) ... El cáncer me enseñó a tomar conciencia de que nunca estas a salvo, nunca estás seguro..." (Nota: Los acentos faltan en el texto original).

<sup>3</sup> De acuerdo con los datos del II Conteo de Población y Vivienda realizado por el INEGI en el año 2005, la población mexicana alcanzó en ese año 103.1 millones de personas, 53 millones de mujeres y 50.1 millones de hombres, 51.4% y 48.6% respectivamente. De la población femenina, 27'823,894 tenían entre 15 y 49 años, 52% del total (ver <http://www.inegi.gob.mx/est/>).

Ante esta realidad, es necesario contar con elementos para comprender el comportamiento de las mujeres en edad reproductiva respecto de la probabilidad de desarrollar cáncer en los senos. Por ejemplo, ¿por qué las mujeres, aún cuando hayan aprendido la técnica, no se realizan la autoexploración de las mamas una vez al mes para detectar posibles tumores?, ¿cuáles son las creencias de las mujeres en relación con el cáncer?, ¿cómo influyen esas creencias sus comportamientos preventivos o la falta de realización de los mismos? Las respuestas a todas estas preguntas están ciertamente dentro de los individuos, pero también en el contexto, la cultura y la influencia de los otros que actúan como factores que se relacionan con el comportamiento para identificación –o no- de posibles síntomas, y también de búsqueda de atención especializada en forma oportuna.

A continuación se describen las principales causas del cáncer de mama, la evolución que ha tenido el padecimiento a lo largo de las últimas décadas en México y otros lugares del mundo, las estrategias recomendadas por los especialistas para su detección temprana, y los factores que hasta ahora se conocen como facilitadores para los comportamientos tendientes a la atención oportuna.

## **1. Cáncer mamario: Causas y factores de riesgo**

De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer estadounidense (National Cancer Institute, 2007), “el cáncer de seno es una afección en la cual se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la mama”; la Women’s Cancer Network (2005) por otra parte lo define simplemente como el cáncer que comienza en los senos, cuyas causas resultan aún desconocidas y que se puede dispersar rápidamente a otros órganos del cuerpo. En la página electrónica de la Fundación Cim\*ab (2007), una de las organizaciones con mayor presencia en México en la lucha contra este tipo de cáncer, se puede leer la siguiente información: (el cáncer de mama)... “Es un cáncer común en las mujeres y se caracteriza por la presencia de células cancerosas (malignas) en los tejidos de la mama.”, y más adelante se apunta que “Una de cada 13 mujeres se ve afectada a lo largo de su vida por algún cáncer de mama. Esto nos da una idea de la relevancia médica y social de esta enfermedad. Desafortunadamente, la causa del mal sigue siendo desconocida pese al descubrimiento de los factores de riesgo.”

Se ha hablado desde hace tiempo de algunos elementos que parecen estar asociados con el desarrollo de células cancerígenas en las glándulas mamarias, que van desde los genéticos hasta los ambientales, con un mayor o menor apoyo en evidencias empíricas y sobre los cuales se sigue discutiendo sobre la contundencia de dicha relación;

por ejemplo, no es irrefutable aún que el consumo de dietas altas en grasas saturadas o la exposición a determinados elementos químicos predisponen a las personas al desarrollo de cánceres. De acuerdo con diferentes fuentes, los factores de riesgo conocidos hasta hoy se pueden agrupar en cuatro tipos (Mitra, Faruque y Avis, 2004; OMS, 2002; Ortega, 2003; Women's Cancer Network, 2007).

- Reproductivos, como:
  - la edad temprana a la primera menstruación o menarca (se estiman dos momentos de corte, los 12 y los 9 años),
  - la edad tardía a la última menstruación o menopausia (55 años o más),
  - ser mayor de 30 años al nacimiento del primer hijo o hija,
  - el uso de terapia hormonal de reemplazo durante la menopausia, y por periodos mayores a 3 años,
  - el uso prolongado de anticonceptivos orales,
  - la ausencia de lactancia o lactar por periodos cortos y con baja intensidad.
- Alimenticios:
  - el consumo de dos o más copas de alcohol derivado de granos al día,
  - la ingestión de alimentos con alto contenido de grasas animales y grasas saturadas,
  - el escaso o nulo consumo de alimentos ricos en fibra y vitaminas A y C.
- Genéticos:
  - el parentesco cercano –sanguíneo y en primer grado- con alguna persona que lo haya desarrollado, como la madre, la abuela o una hermana,
  - contar con antecedentes de tumores benignos o malignos en alguna de las mamas.
- Ambientales, vinculados principalmente con la exposición a productos químicos o a contaminantes como:
  - productos agrícolas,
  - insecticidas,
  - conservadores de los alimentos y otros agentes químicos.

A todos los anteriores hay que agregar algunos relativos al estilo de vida de las mujeres como el sedentarismo, la obesidad, tener el hábito de fumar, etc. (OMS, 2002; Ortega, 2003). Hay autores que incluyen en esta larga lista la exposición crónica a radiaciones ionizantes y a campos electromagnéticos, y consideran por ejemplo, que aquellas mujeres que pasan mucho tiempo frente a una computadora o a aparatos que emiten ese tipo de energía, tienen un riesgo incrementado para desarrollar cáncer mamario (Kaur, 2003; López-Carrillo et al., 1996).

Resulta relevante considerar que no todas estas condiciones son modificables por la voluntad de las personas, y a eso hay que agregar que aún no se conocen todas las posibles causas o factores de riesgo (Women's Cancer Network, 2005), o bien muchas de éstas se han detectado en poblaciones diferentes a la mexicana (Ortega, 2003), lo que hace poco viable la comparación del comportamiento del padecimiento entre grupos similares. A pesar de lo negativo que esto pueda parecer, cuando el cáncer de seno es identificado en etapas tempranas, antes de que se haya esparcido al organismo, es posible controlar o incluso detener su desarrollo, pues hoy en día existen opciones de tratamiento con las cuales no se contaba en épocas anteriores, lo que da una esperanza real a las personas para combatirlo, y que exigen su involucramiento activo, como en el caso de la autoexploración periódica de las mamas.

## **2. Estadísticas y estado epidemiológico del cáncer de mama en México**

En la publicación titulada "Salud México" del año 2002, la Secretaría de Salud consigna que, a escala mundial se diagnosticaban aproximadamente un millón de casos de cáncer mamario, y en ese mismo lapso morían unas 372 mil mujeres (Secretaría de Salud, 2003); la OMS estimó en el año 2008 que el número de diagnósticos seguía siendo de alrededor de un millón, pero la cantidad de fallecimientos era de 548 mil (Frenk, 2009). Estados Unidos es uno de los países más afectados, pues este tipo de cáncer constituye desde hace varios años la segunda causa de muerte en la población de mujeres, y el número de casos muestra un aumento sostenido y consistente. De manera similar, en Europa los casos de cáncer mamario están aumentando en forma constante en muchas naciones y se estima que actualmente afecta a 1 de cada 16 mujeres (OMS, 2007). En otros países del mundo como los latinoamericanos se observa una tendencia similar, especialmente en Uruguay y Chile (Poblano-Verástegui, Figueroa-Perea y López-Carrillo, 2003).

De acuerdo con información generada por la American Cancer Society, citada por la Women's Cancer Network, en el año 2005 cerca de 211, 240 mujeres norteamericanas habrían desarrollado cáncer de mama. Las estadísticas demuestran que, desde hace ya varios años, el de seno es el cáncer más común entre las mujeres de ese país y el riesgo de padecerlo e incrementa con la edad, pues se sabe que la mayor parte de los casos nuevos ocurren en las de 50 años de edad o mayores, con las probabilidades que se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla 1**  
**Probabilidad de desarrollar cáncer de seno en**  
**el transcurso de la vida en mujeres norteamericanas**

<b>Edad</b>	<b>Riesgo</b>
25	1 en 19,608
35	1 en 622
45	1 en 93
55	1 en 33
65	1 en 17
75	1 en 11
85	1 en 9
85 y mayor	1 en 8

Fuente: Página electrónica de la Women's Cancer Network <http://www.wcn.org>), con datos del *National Cancer Institute*.

El mismo Centro estima que, de acuerdo con datos del Journal of the National Cancer Institute, el cáncer de mama representa un riesgo de 1 en 8 casos y sólo es precedido por los infartos (1 en 5), el alcoholismo y la diabetes (1 en 3 en ambos casos), y los ataques cardiacos (1 en cada 2) (Women's Cancer Network, 2005). Es claro pues cómo el cáncer de mama constituye un riesgo real para un número importante de personas, mujeres sobre todo, en uno de los países económicamente más desarrollados del mundo. Vale la pena mencionar que, no se tiene aún certeza de las causas, pero parece existir una asociación importante entre la aparición de padecimientos como el cáncer de mama y el cáncer cérvico uterino con el hecho de vivir en un país del llamado 'primer mundo', lo cual podría estar relacionado con factores como el tipo étnico, los estilos de vida, o la exposición a determinado tipo de contaminantes y estresores presentes en el ambiente, entre otros. En Canadá, por ejemplo, el cáncer de mama es la principal causa de muerte en mujeres entre 35 y 55 años, y se habla de una tasa de muerte de 31.9 casos por cada 100 mil mujeres, es decir que se identifica un caso cada 30 minutos aproximadamente y que 1 de cada 9 mujeres será diagnosticada con ese cáncer en algún momento de su vida (Kaur, 2003; INEGI, 2007).

México, al igual que otros países del mundo, en las últimas tres o cuatro décadas ha registrado un incremento considerable en el número de casos de cáncer mamario. En el año 2002, por ejemplo, se registraron 11,656 casos nuevos y entre el año 2000 a 2004 fue este el padecimiento más frecuente entre las mujeres mexicanas que desarrollaron algún tumor (17.5% del total de casos de cáncer), principalmente entre los 40 y los 49 años (Rizo Ríos et al., 2007; Zeichner Gancz y Candelaria, 2006). Los datos disponibles muestran que, según las estadísticas de egresos hospitalarios debidos a tumores malignos, en el año 2005 el cáncer de mama constituyó el 19.3% de los casos en esa condición, mientras que el cáncer cérvico uterino se colocó en el segundo lugar con el 13.3% (INEGI, 2009).



Entre los factores que se considera están relacionados con el cáncer mamario se encuentran:

- Un cambio en los estilos de vida de las personas, al pasar rápidamente de un ambiente predominantemente rural a uno netamente urbano, con altos niveles de estrés y un agitado ritmo de vida.
- Haber pasado de ser una población físicamente activa a una sedentaria, por razones laborales o escolares, pero también por falta de motivación personal y falta de espacios adecuados y seguros para la práctica habitual de deportes o actividades físicas.
- La modificación de los patrones de alimentación de la población. Hasta hace no mucho tiempo, las y los mexicanos solían consumir sólo alimentos frescos, libres de conservadores y preparados en casa, mientras que ahora hay un gran consumo de comidas enlatadas y procesadas para su conservación, con altas concentraciones de grasas y azúcares.
- A lo anterior habría que agregar una ingesta cada vez mayor de alimentos genéticamente modificados o transgénicos (de los cuales se sospecha que podrían predisponer a quienes los consumen a riesgos varios para la salud), y un bajo consumo de frutas y verduras.
- La transformación de los patrones de fecundidad de las mujeres. Una mayor edad al nacimiento del primer hijo o hija, el uso cada vez más frecuente de anticonceptivos orales, y la reducción en el tiempo de lactancia, entre otros.
- Finalmente, no podemos dejar de mencionar la cada vez más popular idea de que la exposición a elementos químicos presentes en productos de consumo cotidiano como los tintes para el pelo, los lápices labiales y otros productos de belleza o de uso común, así como la radiación emitida por los aparatos eléctricos o electrónicos presentes en los hogares, podría estar aumentando el riesgo para desarrollar cáncer en los senos.

Evidentemente, esta lista podría alargarse incorporando, por ejemplo, el evidente envejecimiento de la población: un estudio realizado por Calderón-Garcidueñas, Ruiz-Flores, Cerda-Flores y Barrera-Saldaña (2005) mostró que el cáncer de seno parece ser más agresivo con las mujeres más jóvenes que con las mayores, lo cual constituye un argumento de peso para procurar las prácticas de detección temprana en los grupos de menor edad.

Vale la pena señalar que es muy difícil tener una estimación más o menos precisa del número de casos de mujeres que padecen este tipo de cáncer, dado que no hay uniformidad en los registros, lo que provoca que las cifras varíen de acuerdo con la institución que las produce, ya que la información nacional e internacional proviene de cuatro tipos de fuentes principalmente: los certificados de defunción, los registros de las consultas para tratamiento en los hospitales, los registros de ingreso en las unidades de atención médica, y los estudios especiales sobre el padecimiento (López-Carrillo et al., 1996). A esto habría que agregar que en la actualidad una parte importante de la consulta

se da en instituciones privadas, mismas que producen sus propias estadísticas y es probable que no todas mantengan actualizados los datos globales de la Secretaría de Salud. A continuación se presentan las principales causas de mortalidad en mujeres de 15 a 49 años en México para el año 2002:

**Tabla 2**  
**Principales causas de mortalidad en mujeres de 15 a 64 años de edad. México, 2007**

<i>Causas</i>	<i>Defunciones</i>	<i>Tasa*</i>
Total	69 957	199.9
1 Diabetes mellitus	13 119	37.5
2 Enfermedades isquémicas del corazón	4 217	12.1
3 Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	3 355	9.6
4 Tumor maligno de la mama	3 120	8.9
5 Enfermedad cerebrovascular	3 106	8.9
6 Tumor maligno del cuello del útero	2 463	7.0
7 Nefritis y nefrosis	2 025	5.8
8 Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	1 763	5.0
9 Enfermedades hipertensivas	1 494	4.3
10 Tumor maligno del estómago	1 077	3.1
Causas mal definidas	617	1.8
Las demás causas	33 601	96.0

\* Tasa por 100 000 mujeres de 15 a 64 años

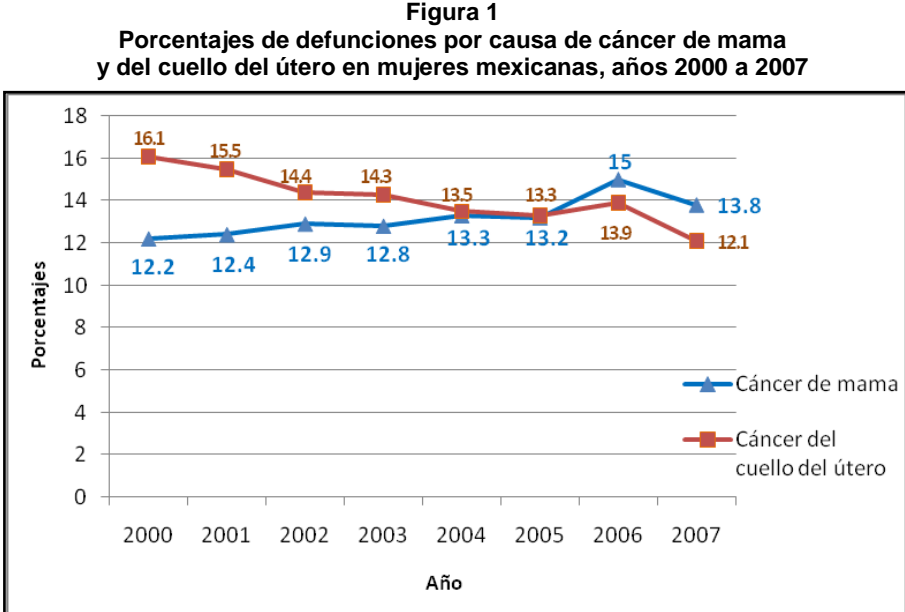
Fuente: Secretaría de salud. Dirección general de información en salud.

Como se observa en la tabla anterior, en el año 2007 el cáncer de mama era ya la cuarta causa de muerte en las mujeres mexicanas, y había sobrepasado ya al cáncer cérvico uterino; cuando se habla de tumores malignos sin embargo, el cáncer de mama es la primera causa de muerte en la población femenina en edad reproductiva de nuestro país (Rodríguez Cuevas, Guisa Hohenstein y Labastida Almendaro, s/f). Los datos que muestran el aumento constante y sostenido de casos a través de los años son contundentes: en 1982, había alrededor de 1.8 casos de cáncer mamario por cada 100 mil mujeres mayores de 25 años; en 1989, la cifra aumentó a 3.9 casos por cada 100 mil mujeres en esa condición, y a 3.9 en 1997. El incremento en 15 años fue de 116% de acuerdo con la información reportada por Verástegui et al. (2003).

En 2004 los registros parecen ser más confiables que en los años anteriores y se habla, a partir de entonces, de 21 mujeres de 25 años y más por cada 100 mil, muertas en forma prematura la mayoría de ellas, por cáncer de mama durante ese año (INEGI e Inmujeres, 2007). La mortalidad que tuvo como causa un tumor mamario ascendió en el periodo 2005-2006 al 15% del total de las muertes por tumores malignos, 1.8% más que en el año anterior posicionándose en primer lugar entre las causas de muerte por tumores

malignos en la población femenina; el último dato disponible, del año 2007 muestra una ligera disminución, de 1.2% en la proporción de muertes de mujeres por esta causa.

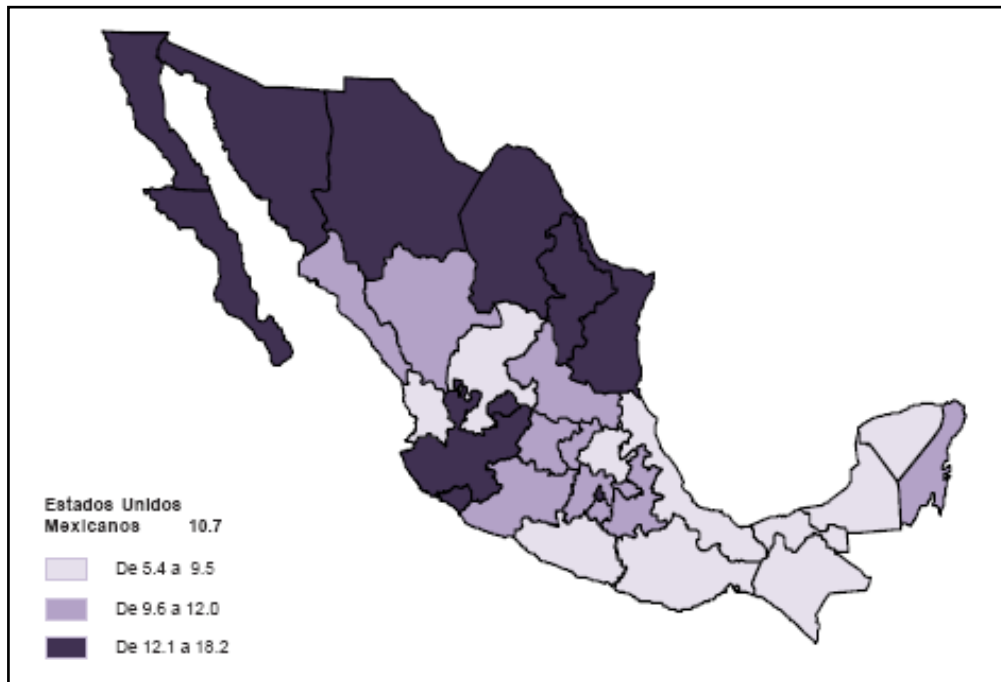
A continuación se presenta una gráfica elaborada con la información publicada a este respecto por el INEGI y el Inmujeres en los años 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009 (ver figura 1):



Fuente: Elaboración propia con datos de las estadísticas vitales del INEGI, de los años 2000 a 2007 reportados por INEGI e Inmujeres (2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009).

Sobre la distribución en las diversas regiones del país, ha llamado la atención que los estados con mayor incidencia son aquellos con mayor urbanización y desarrollo industrial, mientras que los que tuvieron la menor cantidad de casos registrados eran entidades consideradas como menos desarrolladas. La Figura 2, tomada de INEGI e Inmujeres (2009) muestra la frecuencia del cáncer mamario en las diferentes zonas del país durante el año 2007:

**Figura 2**  
**Tasa estandarizada de muertes por cáncer de mama por entidad federativa, 2007**



Nota: la tasa estandarizada se refiere al número de muertes por cáncer de mama por cada 100 mil mujeres de 25 años y más en ese año.

Fuente: Secretaría de Salud (2008). Rendición de cuentas en salud 2007. México: Secretaría de Salud.

De acuerdo con la imagen de la Figura 2, los cinco estados de la República Mexicana con mayor ocurrencia de cáncer de mama en el año 2007 fueron Baja California Sur (18.2 muertes por cada 100 mil mujeres mayores de 25 años), Baja California (15.1), Chihuahua (14.8), Nuevo León (14.7) y Sonora (14.1). Las entidades que presentaron la menor incidencia en ese mismo año fueron Yucatán (5.5), y Chiapas y Oaxaca (6.2); el promedio nacional eran 10.7 muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años y más (INEGI e Inmujeres, 2009; Secretaría de Salud, 2007). Llama la atención que sean estados del norte y algunos del centro del país los que muestran el mayor número de casos, pues son – varios de ellos- zonas con un desarrollo mayor respecto de las entidades sureñas y costeras, pues aún cuando se intuye que este tipo de regiones parece presentar una incidencia mayor, todavía se desconoce cuál es el efecto de la presencia de plantas industriales, o bien del estrés en el que viven los habitantes de esas zonas, por mencionar sólo dos factores.

### **3. Importancia de la autoexploración de los senos y los exámenes clínicos**

Como ya se anticipaba, igual que cuando se habla de otros padecimientos, en el caso del cáncer de mama, la detección temprana es la clave para ganarle la batalla... o al menos para oponerle resistencia; los expertos en el terreno de la medicina y del estudio del comportamiento humano están de acuerdo con esto. Ahora bien, los tres principales

procedimientos que hasta hoy se sabe son efectivos para la detección de tumores cancerosos en los senos son: las mamografías, los exámenes clínicos realizados por proveedores de salud en clínicas y la autoexploración de los senos; las técnicas de detección temprana, como también se conoce a estos procedimientos, han evolucionado notablemente desde los años 60 y hoy son eficientes en un grado más que aceptable, lo que ha elevado las tasas de sobrevivencia de aquellas personas que son diagnosticadas con este padecimiento (Health Hot Line, 2002).

Desafortunadamente, pocas personas en nuestro país realizan alguno de esos tres exámenes aún cuando se recomienda que todas las mujeres de 20 años y mayores se realicen una autoexploración de senos una vez al mes y que al menos una vez al año o bien si se encuentran abultamientos en alguna o ambas mamas, se acuda a consulta con un experto, y una vez cumplidos los 40, la realización de una mamografía anual. Datos recientes de la Secretaría de Salud develan que sólo el 20% de las mujeres mexicanas entre 40 y 69 años se someten a una mamografía cada año, siendo Nuevo León el estado donde se encuentra la mayor frecuencia en su realización, con un 35% (Secretaría de Salud, 2005). Este dato es relevante, pues los estudios y los análisis hechos por expertos en el área muestran que, en la mayoría de las ocasiones, la detección del cáncer se realiza en etapas tardías (III y IV), por lo que las mujeres deben someterse a severos tratamientos médicos, y sólo el 10% de los tumores son diagnosticados en el estadio I, correspondiente a una etapa temprana y relativamente más fácil de tratar (López-Carrillo et al., 2001; Ortega, 2003). De ahí las cifras tan altas de las muertes por esta causa.

Por cierto que una proporción significativa de las consultas médicas fueron hechas después de que las mujeres se habían hecho una autoexploración de senos y, al encontrar nódulos, decidieron acudir para pedir la opinión de un médico y, eventualmente realizarse los exámenes necesarios que confirmaran –o no- la existencia de cáncer. En el estudio realizado por López-Carrillo et al. (2001) con 256 mujeres que acudieron a consulta médica en tres hospitales públicos de la ciudad de México, se encontró que el 90% de las participantes identificaron por sí mismas la presencia de un abultamiento<sup>4</sup>, con frecuencia indoloro en uno o ambos senos (71%) y otra proporción de ellas localizaron tumores que sí provocaron dolor (10.2%).

---

<sup>4</sup> En algunos monitoreos norteamericanos, se reporta una proporción similar -del 83%- de mujeres que encuentran los tumores por sí mismas: 43% mediante la autoexploración, y el 40% restante a través de tocarse o sentir sus senos sin la intención explícita de revisarse (Young Survival Coalition, en Fry y Prentice-Dunn, 2006).

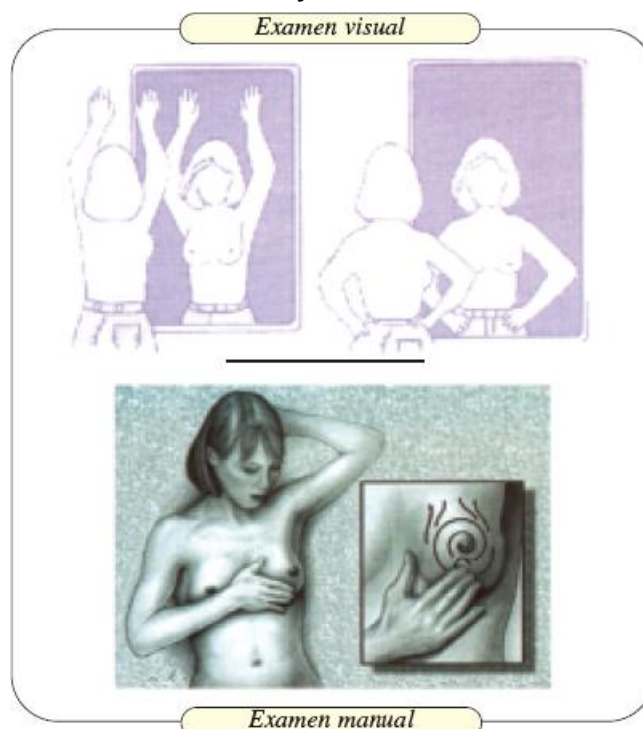
No queda duda pues de que la autoexploración de las mamas es hasta hoy la forma más económica para la detección de tumores u otros síntomas de cáncer y, aunque se considera que es esta una buena práctica –cuando se efectúa en forma regular y correcta-, en los hechos ésta no representa aún la mejor opción diagnóstica para el cáncer de seno, pues su realización adecuada es poco frecuente. A pesar de esto, una proporción menor pero importante de las mujeres que localizan tumores cancerosos en sus senos, están aún en etapas tempranas del padecimiento, pero no son la mayoría. Desafortunadamente, una proporción mayor de las mujeres que acuden a una consulta para una revisión de las mamas se encuentran ya en etapas avanzadas, lo que reduce en forma considerable su esperanza de vida.

Los índices de supervivencia asociados con los diferentes estadios que se estima tienen las mujeres con cáncer mamario en un lapso de 5 años son (Hidalgo de Quevedo, Pérez Luna y Villanueva, s/f):

I	98%
I A	88%
II B	76%
III A	56%
III B	49%
IV	16%

De acuerdo con Anderson y Cazap (2009), aproximadamente 4.4 millones de mujeres diagnosticadas alrededor del mundo con cáncer de mama en los últimos años están vivas, y en buena medida esto se debe al auto-examen. Ahora bien, en lo que se refiere a la autoexploración, ésta comprende dos aspectos: un examen visual y otro manual de los senos; en el primer caso, se trata de observar los posibles cambios en la anatomía de las mamas (alteraciones en el tamaño, la forma, el contorno, y la apariencia de la piel en la zona), y en el segundo, detectar tumores o “bolitas” en los senos que suelen ser imperceptibles a simple vista, tal como se muestra en la Figura 3:

**Figura 3**  
**Exámenes visual y manual de las mamas**

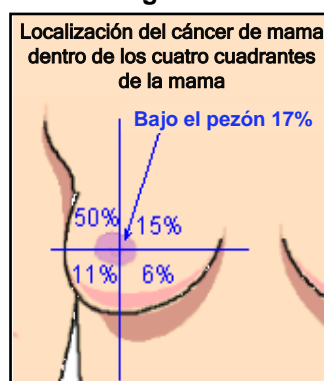


Fuente: Padilla y Vallejo. (1999).

Es importante llamar la atención sobre el hecho de que no basta con realizarse el autoexamen o autoexploración, sino que debe hacerse correctamente para una mayor confianza en los resultados. Esto porque, a pesar de que el autoexamen es actualmente una buena práctica, aún no representa la mejor opción diagnóstica para el cáncer mamario, pues la práctica adecuada del mismo es todavía poco prevalente en la población. De acuerdo con un estudio de Ortega-Altamirano, López-Carrillo y López-Cervantes (2000), cerca del 30% de las mujeres mayores de 20 años se practican de manera regular el autoexamen del seno, y de ellas un porcentaje menor lo hace en forma correcta.

Esto último es importante porque, de acuerdo con las evidencias epidemiológicas, un 50% de los tumores mamarios se localizan en el cuadrante superior más cercano a la axila, contra la creencia de muchas personas de que los abultamientos se ubicarían con mayor probabilidad alrededor del pezón, o en la zona central de la mama (ver Figura 4).

**Figura 4**



Fuente: Sánchez Ríos, A. (2006).

Así, la palpación de tejidos deberá hacerse de pie o recostada, revisando de arriba abajo y de abajo a arriba, en el sentido de las manecillas del reloj, y de afuera hacia el centro para cubrir por completo al seno, como muestran las imágenes de la Figura 5:

**Figura 5**

**Formas correctas de palpar el seno en la autoexploración**



Fuente: Hidalgo de Quevedo, Pérez Luna y Villanueva. (s/f).

En realidad, lo mejor para la detección temprana es la combinación de la autoexploración de las mamas con la mamografía, por ser esta última el único procedimiento capaz de revelar tumores no palpables<sup>5</sup>. Desafortunadamente, es un examen costoso que se recomienda a mujeres mayores de 50 años, o 40 si se considera que una mujer tiene condición de riesgo alto, por lo que la autoexploración sigue siendo una opción más viable.

#### **4. Factores asociados con el comportamiento preventivo en salud e identificación de variables que favorecen la detección temprana de tumores malignos en las mamas**

Tal como sucede en otros terrenos del comportamiento humano, conocer las razones por las que las personas cuidan su salud ejecutando comportamientos para su cuidado, o bien no toman medidas que les haga evitar el desarrollo de enfermedades involucra elementos de naturaleza diversa. En el caso particular de las mujeres, hay barreras de tipo

<sup>5</sup> Para que un tumor pueda ser detectado mediante la palpación de los senos, se requiere que su tamaño sea el de una uva o mayor.



personal y social que dificultan la atención preventiva o aún remedial de sus malestares, como los prejuicios sociales y educativos (Fonseca Villarreal, 2003; Valdés Caraveo, Barrera Valdivia y Méndez Canales, 1998), pero también porque existe un acceso diferencial a la atención médica entre mujeres y varones, además de que las mujeres en general subestiman sus molestias y aplazan la asistencia a la consulta médica por anteponer a las suyas las necesidades de otros miembros de la familia (Ortega, 2003).

Los senos de las mujeres, en culturas como la mexicana, tienen una clara connotación erótica, y su exploración se asocia con fantasías sexuales, lo que complica que acepten revisarse en búsqueda de signos anormales. Por tal motivo los varones, sobre todo las parejas de las mujeres, se oponen a que éstas acudan a recibir atención médica cuando se trata de padecimientos que involucran sus órganos genitales o los senos, o bien condicionan su aprobación para que sea una mujer quien haga la exploración correspondiente, con la finalidad de evitar que otro varón las toque o las mire desnudas; además, debemos tomar en cuenta que los tumores cancerosos remiten a muchas personas a la idea de una muerte inminente, lo que ha dado lugar a un temor excesivo ante tal posibilidad, denominado cancerofobia (Ortega, 2003).

Aplicando el marco de la investigación social, se han explorado ya algunos factores que afectan directa o indirectamente la realización de los comportamientos de las mujeres en relación con la salud, y en particular los relativos a los dos cánceres que provocan la mayor cantidad de muertes en la población femenina en edad reproductiva: el cérvicouterino y el mamario. En este apartado se describen estudios para ambos padecimientos, pues se ha encontrado que la conducta en los dos casos es similar.

#### **4.1. Elementos que favorecen los comportamientos preventivos y el cuidado de la salud de las mujeres**

En un estudio sobre las percepciones de 106 mujeres del estado de Chihuahua ante las enfermedades y el comportamiento preventivo de las mismas, se exploraron variables de tipo personal, así como las percepciones vinculadas con la salud y la enfermedad, y las expectativas correspondientes; del total de participantes, de 17 años y mayores, una proporción de 58% utilizaban los servicios médicos públicos. Entre los resultados, los autores destacan la existencia de un factor relativo a la percepción de las consecuencias emocionales de la enfermedad y otro de consecuencias físicas, uno más denominado preocupación por las consecuencias de la enfermedad, y en otra escala, uno que hacía referencia al hecho de consultar al médico en forma preventiva y otro más sobre creencias sobre la salud en el que sobresale la internalidad vinculada a la capacidad que tienen los

individuos para tomar acciones relacionadas con su salud. Los análisis de correlación realizados revelaron una relación positiva y estadísticamente significativa pero débil entre consultar al médico "...en forma preventiva" y "...cuando la persona se percibe enferma" ( $r=.254$ ); por otro lado, los análisis de regresión mostraron una influencia significativa de la preocupación por las consecuencias de la enfermedad y la percepción de sus consecuencias emocionales sobre la consulta preventiva o remedial al médico (Valdés Caraveo, Barrera Valdivia y Méndez Canales, 1996).

En las conclusiones, los autores rescatan la importancia del factor denominado estoicismo (el cual hacía referencia a la fuerza de las mujeres para resistir el dolor y las molestias asociadas con la enfermedad), mismo que fue identificado como causal sobre las conductas preventivas y de atención a la salud. Un dato que llamó la atención fue que sólo la percepción de consecuencias emocionales determinaran la preocupación de enfermarse y permanecer enfermas, lo que derivó en un comportamiento preventivo que no llegó a concretarse en una consulta médica, pues se quedó únicamente como preocupación, lo que estuvo aunado al estoicismo<sup>6</sup>. Valdés Caraveo et al. (1996) recuperaron, a partir de tales resultados, la idea propuesta por Díaz Guerrero en un trabajo publicado en 1994 relativa a la abnegación como un estilo de enfrentamiento frecuentemente utilizado por las mujeres mexicanas para resolver problemas, que en este caso se tradujo en considerar a la resignación y el sacrificio como valores más importantes que su propia salud. Evidentemente, se encontraron diferencias entre las mujeres con estilos instrumentales y las que manifestaron estilos emocionales; obviamente, las primeras mostraron una mayor tendencia a consultar al médico cuando percibían los síntomas iniciales de una enfermedad.

En 1998, Valdés Caraveo y sus colaboradores, validaron una escala de factores socioculturales que influyeron en el comportamiento preventivo de una muestra de mujeres ( $n=103$ ), con la finalidad de identificar las variables que explicaban la incidencia de comportamientos preventivos para cáncer cérvicouterino y de mama. Así, partiendo de un modelo teórico configurado con las dimensiones incluidas en la escala (estilo automodificador –general y activo-, resistencia a la enfermedad, conciencia pública, autoeficacia 1 y 2, influencia social, desventajas, ventajas, posibilidad de costear el estudio, práctica preventiva efectiva), se encontró que aquellas mujeres que se habían realizado un estudio preventivo en el último año (es decir, que tenían una práctica

---

<sup>6</sup> Poblano-Verástegui, Figueroa-Perea y López-Carrillo (2004) llaman también la atención sobre la tendencia de las mujeres mexicanas a "ver primero por los demás" y anteponer las necesidades de los otros a las propias en el terreno de la salud.

preventiva efectiva) se caracterizaron por un comportamiento autoeficaz y enumeraron una cantidad considerable de ventajas de practicarse tal examen; otro factor relevante fue la influencia social, especialmente aquella ejercida por la madre, la pareja y las hermanas, sobre el comportamiento preventivo de las mujeres; desafortunadamente, el factor resistencia a enfermarse parecía seguir indicando una tendencia consistente al estoicismo, tal como habían encontrado en su estudio anterior.

En un trabajo posterior, Valdés Caraveo, Amparán Saenz y Ramírez Gutiérrez (2000), exploraron el funcionamiento del instrumento desarrollado en 1998 en dos grupos de 50 mujeres derechohabientes de un hospital público del estado de Chihuahua, uno con comportamientos preventivos y otro sin tales conductas, que consistían en realizarse un papanicolaou anual en los tres años anteriores a la investigación o no habérselo hecho nunca. El modelo de regresión obtenido con los datos de las 100 mujeres muestra que las variables con mayor influencia sobre el comportamiento preventivo efectivo fueron la influencia social y la información sobre la enfermedad; las ventajas percibidas, por otro lado, también fue una variable relevante para explicar el comportamiento preventivo efectivo.

Valdés Caraveo y Rodríguez Ortega (2002) confirmaron que la influencia social y el apoyo percibido de parte de la pareja, la madre y las amigas parecía aumentar la probabilidad de que las mujeres se realicen un papanicolaou, y descubrieron también una relación significativa entre el hecho de haber padecido enfermedades graves y la realización del examen, lo que las llevó a cuidarse después de haber tenido una experiencia negativa con la salud. Una de las razones expresadas por las participantes para hacerse el papanicolaou fue “para prevenir el cáncer”, y se encontró una asociación significativa entre el comportamiento preventivo efectivo y la percepción de que la atención que brindaba el personal médico del hospital era buena.

Esto último es importante, pues una investigación de Poblano-Verástegui et al. (2004) ofrece pruebas de que la solicitud de un examen clínico de mama, estaría condicionado por la percepción de mala calidad de la atención, la falta de confianza en el médico (existía la percepción entre las participantes de que los médicos varones mostraban desinterés y temor a realizar el examen) y otros aspectos organizacionales de las instituciones que agregaban barreras de tipo institucional a las psicológicas, sociales y culturales, para el acceso y utilización de dicho examen.

La ignorancia sobre los padecimientos como el cáncer cérvicouterino, y el miedo a que les detecten algo grave si acuden a una consulta médica o al diagnóstico, son factores

que resalta el estudio de Rodríguez Cerda, Moreno Castillo, González Ramírez y Solís Mota (2004); a los anteriores se suman, una vez más, las creencias de que no se debe acudir a consultar al médico si no se presentan síntomas de una enfermedad, la pena de ser revisada por una persona extraña, la falta de personal y material médico para realizar el estudio, el miedo a ser lastimadas y el hecho de no tener permiso del esposo, como factores que obstaculizan que las mujeres se realicen un papanicolaou. Así, la prevención, desde el punto de vista de estas mujeres y las participantes de un estudio posterior (Rodríguez Cerda, García Luna, Ayala García, Torres Basilio y Reyes Islas, 2006), la prevención estaría íntimamente relacionada con las creencias sobre las enfermedades y la salud, más que con “anticiparse a”, como pretenden las instituciones públicas de salud.

Entre las observaciones derivadas de los resultados de los estudios descritos, destaca la sugerencia de generar en las mujeres un valor asociado con la prevención y el mantenimiento de la salud, al cual podría contribuir “la creencia de que realizar una medida de salud particular puede ayudar a evitar el enfermarse” (Valdés Caraveo et al., 1996, 1998), así como la generación de redes de apoyo e influencia social para promover y mantener los comportamientos preventivos efectivos (Valdés Caraveo et al., 2000), junto con la información realista y verídica sobre las enfermedades. Asimismo, se llama la atención sobre la necesidad de generar relaciones médico-paciente amables, responsables y de confianza, para facilitar la decisión de las mujeres de acudir a realizarse exámenes clínicos (Poblano-Verástegui et al., 2004). Por último, se propone iniciar un proceso educativo para el autocuidado y la promoción de la salud en el que intervengan las instituciones, el personal de salud y las usuarias.

Desafortunadamente, lo reducido de las muestras dificultan la generalización de los resultados obtenidos, pero indudablemente los estudios citados ofrecen pistas para seguir indagando en las líneas trazadas, por ejemplo por Valdés Caraveo y sus colaboradores, por Ortega y su equipo o por López Carrillo y sus colaboradores, principalmente.

#### **4.2. Factores asociados con la realización de la autoexploración y exámenes clínicos para la detección de tumores malignos en las mamas**

En la literatura sobre el tema, se identifican diversos factores relacionados con las estrategias de prevención señaladas en los apartados anteriores: autoexploración de los senos, realización de exámenes médicos de tipo físico y mastografías. Entre los elementos estudiados se pueden mencionar los antecedentes familiares cercanos de mujeres con cáncer mamario, el temor a desarrollar la enfermedad, la ansiedad y el distres psicológico ante la posibilidad de padecerlo. En la revisión bibliográfica parece ser un hecho que, dada

la alta prevalencia del cáncer de mama como causa de morbilidad, pero sobre todo por su contundente primer lugar en las estadísticas de mortalidad de mujeres en edad reproductiva, la población de diversos grupos étnicos y sociales está sensibilizada en diferentes grados ante el problema. Así, tanto las mujeres como otros miembros de la familia cuentan con información sobre el cáncer de mama, y muestran una disposición positiva no sólo ante la autoexploración, sino también ante la idea de realizarse exámenes clínicos de monitoreo tales como la mamografía (Bluman et al., 2003; Hailey, Carter y Burnett, 2000).

A este respecto, Hailey et al. (2000) enumeran algunos resultados de investigaciones realizadas en los Estados Unidos en las que llama la atención, en primer lugar, que una proporción considerable de personas con alto riesgo de padecer cáncer mamario desearían hacerse un examen genético para conocer su susceptibilidad ante dicho padecimiento (79%), misma que se eleva a más del 90% cuando las y los participantes tenían algún familiar en primer grado con cáncer de mama u ovárico. Entre las razones que justificaron tal interés se encontraban el deseo de conocer más sobre el riesgo de los propios hijos o hijas e incrementar el monitoreo médico mediante la realización de exámenes clínicos y el cuidado personal de la salud. En este mismo estudio, la percepción de susceptibilidad ante el cáncer de mama que tenían las mujeres fue un predictor importante; esto es, las mujeres que se percibían en riesgo alto, independientemente del riesgo real ante el cáncer de mama, reportaron niveles de interés significativamente mayores para hacerse la prueba (Struewing, Lerman y Kase, 1993, en Hailey et al., 2000).

Las autoras de este estudio sugieren que, para las mujeres que tienen algún familiar en primer grado con cáncer de senos, el conocimiento avanzado sobre la presencia o ausencia de genes de ese tipo de cáncer, tienen niveles altos de distrés psicológico, y presentan preocupaciones persistentes e intrusivas acerca de desarrollar cáncer ellas mismas, lo que impacta en su salud física y emocional. De ahí que, algunos investigadores en el área afirmen que el distrés psicológico pueda ser un predictor importante de la realización de exámenes clínicos -como la mamografía- para detectar cáncer del tipo BRCA1. También mencionan que la percepción de riesgo personal es otro de los factores que se relacionan con el interés en realizarse el examen genético y aumentan las prácticas autoprotectoras, advierten que si los niveles de estrés son demasiado altos, pueden inhibir las prácticas de adherencia a los lineamientos del monitoreo clínico en mujeres con familiares de primer grado con cáncer mamario.

Para su propia investigación, realizada con 51 mujeres entre 24 y 58 años, 25 con un familiar en primer grado con cáncer de mama y 26 sin ese antecedente, probaron positivamente las siguientes hipótesis acerca de las mujeres que tenían un familiar en primer grado con cáncer de mama: 1. Éstas tendrían actitudes más negativas hacia el cáncer que las que no tenían ese antecedente familiar, 2. considerarían su propio riesgo de desarrollar cáncer mamario como mayor que aquellas que no se encontraban en esa condición, y 3. se involucrarían en comportamientos preventivos de monitoreo clínico apropiados con mayor probabilidad que las que no tenían tal condición. Se rechazó, sin embargo, la cuarta hipótesis, que sostenía que una proporción mayor de mujeres con un familiar en primer grado con cáncer de mama que en el grupo de comparación querrían tomar un examen genético para ese padecimiento, si este fuera accesible, por no encontrar diferencias significativas entre los dos grupos de referencia.

También se encontró una correlación importante entre la percepción de riesgo y la realización de mamografías, y prevaleció el argumento de cuidarse a sí misma como el motivo principal para hacerse exámenes, planear para el futuro y aprender más sobre el riesgo de las propias hijas e hijos; la razón más frecuente para no realizarse el monitoreo clínico era la falta de un seguro médico que cubriera los gastos. Las autoras destacan en sus conclusiones cómo la existencia de una persona de la familia con la cual se guarda un parentesco de primer grado, como la madre o la hermana tuvo un efecto relevante sobre las prácticas de autocuidado de las participantes en el estudio, y llaman también la atención sobre los efectos de factores como la ansiedad y el estrés sobre dicho comportamiento. Finalmente, se sugiere hacer investigaciones similares con muestras mayores que permitan la generalización de los resultados (Hailey et al., 2000).

Por su parte, Bluman et al. (2003), consideran que los niveles de conocimiento sobre los exámenes genéticos de susceptibilidad al cáncer mamario no son los óptimos entre la población norteamericana y consideran que se tiende a sobre enfatizar los beneficios de los exámenes clínicos y, en consecuencia, a minimizar sus posibles riesgos y limitaciones. Estas autoras plantean que, en el proceso de toma de decisiones para la realización de exámenes genéticos relacionados con el cáncer de mama de las mujeres, la pareja juega un rol importante, razón por la que incluyeron a varones en el estudio; así, se contó con la información de 40 parejas, y se destacan los resultados de los esposos de mujeres que contaban con una historia personal de cáncer mamario u ovárico, quienes eran mayoritariamente de raza blanca (95%), con educación universitaria (58%), y con una edad promedio de 50 años y una duración media de 23 años unidos con sus compañeras.

A lo largo de la realización del estudio se confirmó que los esposos de estas mujeres contaban con información limitada sobre los cánceres tipo BRCA1 y BRCA2 y el riesgo asociado con las mutaciones de sus genes, pero tenían un mayor conocimiento sobre otros aspectos. Asimismo, 36% de ellos percibían dicho riesgo como moderado y un 48% como probable o muy probable que sus parejas tuvieran un gen alterado de los dos tipos de cáncer mencionados, de ahí que 46% pensara que sus esposas tenían una probabilidad moderada de desarrollar cáncer de seno de nueva cuenta, contra 21 por ciento que lo veían como probable y 4% como muy probable. Además de lo anterior, las y los participantes evaluaron los beneficios y los riesgos de los exámenes genéticos, y la toma de decisiones sobre los exámenes genéticos (65% consideraba que la pareja decidía de manera conjunta, y otro 13% dijo que su opinión no era requerida por sus esposas), con un alto grado de satisfacción por parte de ellos –y también de ellas- en relación con ese proceso. Las autoras sugieren que en posteriores estudios se examine la manera como las percepciones y los conocimientos se traducen en comportamientos, y llaman la atención sobre el hecho de que las mujeres se acercan a sus esposos, hermanas y/o los padres para tomar decisiones sobre la realización de exámenes genéticos, por lo que se debe reconocer lo significativo que son los miembros de la familia en el proceso de toma de decisiones de las mujeres (Bluman et al., 2003).

Resultados similares fueron reportados por Cappelli et al. (2001), quienes en una investigación realizada con 108 mujeres canadienses (58 con parentesco sanguíneo con al menos una mujer diagnosticada con cáncer de mama en los dos años anteriores, y 50 de la población general que nunca habían sido diagnosticadas con ningún tipo de cáncer) encontraron que, aquellas que declararon tener un miembro de la familia afectada por el cáncer, con mayor probabilidad mostraban interés en los exámenes genéticos que las extraídas de la población general. Asimismo, las percepciones de un riesgo personal incrementado ante el cáncer ovárico estuvieron asociadas con el interés en el examen genético para detectar mutaciones en BRCA1 y BRCA2 entre las mujeres con una historia familiar relacionada con la enfermedad.

O'Malley et al. (2001), investigaron la asociación entre la recomendación de los médicos para realizarse la mamografía, y la raza/etnia, nivel socioeconómico, y otras características en 1,933 mujeres de 52 años de edad y mayores de 10 condados rurales norteamericanos. Del total de las participantes, el 53% reportó haber recibido una recomendación de su médico para hacerse una mamografía en el año anterior, siendo esta proporción más alta entre las mujeres blancas que entre las negras (a pesar de que

son éstas el grupo más afectado por el cáncer mamario en los Estados Unidos), especialmente entre aquellas que tenían acceso a los servicios del sistema de salud, y era menos frecuente entre las mujeres más vulnerables (las mayores, con menor nivel educativo y menor ingreso familiar anual).

Por su parte, Ogletree, Hamming, Drolet y Birch (2004) llaman la atención sobre el hecho de que, si bien se ha encontrado consistentemente que el cáncer de mama rara vez se desarrolla en adolescentes, esa etapa de la vida es un momento óptimo para educar a las mujeres y crearles el hábito de la autoexploración correcta de los senos y, aún cuando el número de muertes por ese tipo de cáncer no ha disminuido en los Estados Unidos, lo cierto es que cuando se detectan los tumores en etapas tempranas, es posible salvar más vidas. Así, el equipo de trabajo se propuso probar si un programa educativo sobre cáncer de mama y autoexploración de los senos incrementaba la intención de cuatro grupos de jóvenes estudiantes de preparatoria para realizarse un autoexamen regular de senos y también para alentar a otras mujeres a hacerse la autoexploración.

El diseño empleado fue cuasi-experimental, y se conformaron cuatro grupos: uno con tratamiento con edades de 14 a 15 años y otro del mismo tipo sin tratamiento, y de los dos restantes, uno de 16 años o mayores con tratamiento y otro de 16 años o mayores sin tratamiento. El tratamiento consistió en un programa de educación sobre autoexploración de senos, que sólo recibió el grupo con tratamiento, y se aplicó un pretest, un postest inmediato al terminar el programa y un postest diferido seis semanas después. En la primera medición se encontró que un 28% de las participantes en el grupo con tratamiento y un 25% de las del grupo sin tratamiento contaban con un historial de cáncer de mama conocido en la familia y una proporción interesante de ellas (51% en el primer grupo y 44% en el segundo) habían recibido educación sobre autoexploración de los senos antes del estudio.

Entre los resultados, las autoras destacan que las participantes del grupo con tratamiento mostraron, en el postest diferido, promedios de conocimientos más altos que sus contrapartes: al inicio del estudio, el primer grupo obtuvo  $M=3.63$  y el segundo  $M=3.85$ , y seis semanas después, los promedios fueron  $M=6.07$  y  $M=4.16$  respectivamente; como puede apreciarse, el grupo sin tratamiento no sufrió un cambio tan notorio. Las áreas de conocimiento evaluadas incluyeron aspectos como la identificación del cáncer mamario como la segunda causa de muerte en las mujeres norteamericanas, cuándo realizarse la autoexploración de los senos, y el mejor método para llevarla a cabo. En consecuencia, el grupo con tratamiento tuvo una mayor probabilidad de realizar la autoexploración de los



senos tanto en el último mes (entre pretest y posttest) como en el futuro, pero en lo relativo a alentar a otras jóvenes a hacérsela no hubo diferencias entre éste y el grupo sin tratamiento. Finalmente, se observó un aumento general del 20 al 30% en el conjunto de la muestra de chicas que se hicieron el autoexamen, pero el grupo sin tratamiento mostró una ligera disminución del 10 al 9%. A pesar de una serie de limitaciones reconocidas por los autores, se considera que los programas de educación sí parecen aumentar la probabilidad de la realización de la autoexploración de senos en jóvenes adolescentes (Ogletree et al., 2004).

Fry y Prentice-Dunn (2006) por su parte, reportan los resultados de una intervención psicosocial sobre las actitudes y comportamientos vinculados con la autoexploración de los senos y sostienen, del mismo modo que Ogletree et al. (2001) que el autoexamen de las mamas es muy importante para las mujeres jóvenes por ser el único método de detección temprana del cáncer; desafortunadamente, la autoexploración en esa población no era una práctica frecuente. Ahora bien, como ya se ha dicho, una de las formas en que se ha intervenido para mejorar ese hábito entre las mujeres norteamericanas ha sido a través de campañas persuasivas y programas de educación que utilizan información aterrador, con resultados variados. Los autores, entonces, emplean la Teoría de la Motivación a la Protección (Protection Motivation Theory), que indica, entre otros principios, que la información que atemoriza a las personas las motiva a actuar, y que la información sobre el afrontamiento juega un rol vital para cambiar sus reacciones en direcciones más adaptativas.

El objetivo del estudio, entonces, fue evaluar los efectos de una intervención basada en la Teoría de la Motivación a la Protección sobre las actitudes y comportamientos relacionados con la autoexploración de los senos, en 197 mujeres universitarias, con la idea de que las participantes tendrían mayores respuestas adaptativas que aquellas que no hubieran colaborado en tal experiencia; el diseño (factorial mixto 2x2) contempló un seguimiento tres meses después de la intervención para saber si la frecuencia de la práctica de la autoexploración era mayor en las participantes en la intervención, como se esperaba. Se consideraron como variables dependientes dos modos de afrontamiento adaptativo (intenciones de realizarse la autoexploración y resolución racional de problemas) y tres modos de afrontamiento no adaptativos (religiosidad fatalista, evitación y desesperación); las mediciones y manipulaciones correspondientes se efectuaban en dos sesiones y en un tercer momento de seguimiento, tres meses después de la intervención.

Como se esperaba, en la sesión 2 las participantes en el grupo con intervención tuvieron puntajes mayores a las del grupo control en los modos de afrontamiento adaptativo, pero éste sufrió una disminución tres meses después (por ejemplo, las intenciones fueron menores a los tres meses que en la sesión 2), mientras que en los modos no adaptativos no se observó ninguna diferencia en esos dos momentos, lo que sugiere que los patrones de afrontamiento creados por la intervención retornaron a los niveles presentes al inicio del estudio. En lo relativo al comportamiento de autoexploración, los análisis mostraron que la confianza estaba correlacionada en forma significativa con hacer del autoexamen mamario una rutina regular. Se concluye entonces que probablemente las intervenciones que emplean la Teoría de la Motivación a la Protección primero alteran los procesos evaluativos y después afectan el uso de modos de afrontamiento no adaptativos seguidos por el uso de modos adaptativos (Fry y Prentice-Dunn, 2006).

Rowe, Montgomery, Duberstein y Bovbjerg (2005) exploraron algunas variables psicosociales vinculadas con la percepción de riesgo hacia el cáncer mamario en mujeres sanas, en particular el locus de control. En este estudio participaron 66 mujeres sanas con y sin historia familiar de cáncer de mama (34.9% y 65.1%, respectivamente), que respondieron una escala que medía varios aspectos de locus de control en salud (general, interno, externo y oportunidad), así como las creencia individual de que la salud general está determinada o no por el propio comportamiento. En los análisis de regresión ejecutados tomando como variable dependiente la percepción de riesgo se encontró que algunos factores sociodemográficos como la edad, el grupo étnico, el nivel educativo, el estatus laboral y marital no tuvieron un efecto sobre la percepción de riesgo; la distinción en el estado civil sin embargo, arrojó resultados interesantes: las mujeres casadas se percibían a sí mismas en menor riesgo que las solteras. Otra variable que mostró diferencias fue la historia familiar de cáncer de mama, pues aquellas participantes que tenían el antecedente se percibieron con mayor riesgo de desarrollar el padecimiento, que las que no tuvieron tal historia. En lo que respecta al locus de control, el interno y el vinculado específicamente con el cáncer de seno correlacionaron en forma significativa con el riesgo percibido para desarrollar ese tipo de cáncer.

En México, la literatura sobre los factores que influyen las conductas preventivas o para el cuidado de la salud de las mujeres en relación con el cáncer de mama no son aún muy abundantes, pues la atención ha estado puesta sobre el cáncer cérvico uterino que, como ya se ha dicho, era hasta hace muy poco tiempo la primera causa de muerte por

tumores malignos en mujeres en edad reproductiva en nuestro país. A pesar de esto, poco a poco se están dando a conocer los esfuerzos de los equipos de trabajo a este respecto. A continuación se presenta una síntesis de los estudios consultados.

Las perspectivas para el estudio de los factores asociados con el cáncer mamario son diversas y comprenden desde el consumo de fitoestrógenos para compensar la disminución de estrógenos durante la menopausia (Galván Portillo, Torres Sánchez, Wolf y López Carrillo, 2005; Galván-Portillo, Torres-Sánchez, Wolff y López-Carrillo, 2007), su relación con factores sociodemográficos como la edad y con comportamientos como la práctica de la lactancia (Tovar Guzmán, López Antuñano, Velasco Mondragón, Torres Mejía y Rodríguez Salgado, 2005) o la realización de actividad física (Ortiz-Rodríguez et al., 2007), la manera como se juega la subjetividad de las mujeres en la detección y el tratamiento (Ortega Altamirano, Soler Durán, Arredondo y Martínez Moctezuma, 2005), hasta la relación entre la grasa abdominal y la presencia de cáncer mamario (Zimbrón Romero, 2005).

Entre las variables más cercanas a una perspectiva psicosocial, se han explorado los conocimientos sobre lo que es el padecimiento y sobre los factores de riesgo asociados con éste (por ejemplo, Ávila Rojas y Ávalos Martínez, 2005; Rocha-Guerrero, Rodríguez-López, Ramírez-López, Fabela-Rodríguez y Martínez-Tamez, 2007; Vega-Malagón et al., 2007), los que tienen relación con la realización de exámenes de prevención secundaria como la mastografía (Castañeda Alvarado, 2005; Ortega Altamirano, Miranda-Hernández, Román Bassaure, Ríos-Rodríguez y López-Carrillo, 2007; Poblano Verástegui, Carrillo Ordaz y Ortega Altamirano, 2005), y la realización de comportamientos que pueden aumentar el riesgo como mantener el hábito de fumar (Hernández-Echenique, 2007)

Entre los hallazgos de las investigaciones mencionadas, se hacen señalamientos en relación con la necesidad de realizar más estudios que prueben el papel que juega la dieta en el desarrollo del cáncer de mama (Galván Portillo et al., 2005), pues todavía era controversial la manera como los fitoestrógenos protegen o inhiben el desarrollo de tumores en los senos; dos años más tarde, el mismo equipo de investigación presentó los resultados del seguimiento y confirmaron la función protectora ante el cáncer mamario de los fitoestrógenos consumidos en los alimentos de la dieta de las mujeres (Galván Portillo et al., 2007). En esa misma línea, Zimbrón Romero (2005) confirma que la distribución de grasa en el abdomen de las mujeres es un factor relacionado con el riesgo para desarrollar cáncer de mama, y sugiere que en las clínicas podrían tomarse medidas y estimar la relación cintura-cadera como prueba de tamizaje para detectar posibles casos. El estudio

de Vega-Malagón et al. (2007) con 60 casos e igual número de controles en Querétaro, incluyó esta última variable, junto con el índice de masa corporal, los antecedentes de casos familiares con cáncer de mama, algún antecedente de patología mamaria, la última autoexploración de los senos de más de 6 meses o nunca, como los principales factores de riesgo.

Hernández-Echenique (2007), en un estudio con 150 mujeres cubanas entre 20 y 70 años, encontró que la mitad de ellas se realizaba el autoexamen de senos y una proporción igual sabía detectar nódulos, pero sólo una proporción minoritaria conocía el período en que es propicio realizarse el examen; además, las participantes mostraron sentimientos de preocupación ante la posibilidad de desarrollar cáncer mamario; los dos factores que se destacan en relación con los riesgos, son contar con antecedentes patológicos en primera línea, y tener el hábito de fumar.

En lo que respecta, por ejemplo, al conocimiento que las mujeres estudiadas en San Luis Potosí tenían sobre el cáncer de mama, se encuentra, en el trabajo de Ávila Rosas et al. (2005), que una proporción mayor -83.5%- tenían bajo conocimiento sobre el padecimiento, y sólo aquellas con una escolaridad alta -25.7%- puntuaron mejor en ese aspecto. El mismo estudio reporta que casi todas las participantes -97.2% de 410-, se ubicaron en riesgo bajo de desarrollar cáncer de mama, y también que el 78.6% no se practicaban un autoexamen porque no conocían lo que es el cáncer, por desconocer la técnica o por falta de tiempo. Las autoras concluyen que lo que influye sobre la poca frecuencia de la realización de una autoexploración es su escaso conocimiento sobre el cáncer y sobre la técnica.

En el estado de Nuevo León, Rocha-Guerrero et al. (2007) evalúan el impacto de una intervención, consistente en proporcionar pláticas de promoción de la salud sobre cáncer cérvicouterino y de mama, con la aplicación de una encuesta antes y después de dicha intervención, a 460 mujeres de comunidades marginadas; entre los resultados, llama la atención que el 40% de las participantes tenía sobrepeso, que 60% conociera la autoexploración, pero sólo 57% la hubiera practicado, y que después de la intervención, la frecuencia de la autoexploración fuera del 52%; las autoras concluyen que, en la población estudiada no había una conciencia del riesgo ante el cáncer mamario, y que aún con la intervención, no se las había logrado sensibilizar suficiente a ese respecto.

En una investigación donde se exploraron los factores que influían la realización de la mamografía, Poblano-Verástegui et al. (2005) determinaron que su bajo empleo (sólo el 23% de las mujeres mayores de 40 años se la habían hecho en los últimos tres años)

entre las participantes (la muestra nacional total fue de 22, 369) se relacionaba, sobre todo, con variables individuales (escolaridad) y socioeconómicas (vivir en una zona metropolitana y en estados de marginación baja o muy baja) que con la incidencia del padecimiento o la mortalidad causada por el mismo. Castañeda-Alvarado (2005), en un estudio transversal realizado en el estado de Durango con mujeres que se encontraban en tratamiento, que sólo habían acudido a practicarse una mamografía o que habían muerto por cáncer de mama, identificó, como factores que limitan el acceso de las mujeres a la mastografía, el vivir en un área rural, una escolaridad y un nivel socioeconómicos bajos y la falta de difusión del autocuidado. Por su parte, Ortega Altamirano et al. (2007), concluyen que las mujeres que se realizan una mamografía y/o un ultrasonido en los senos, lo hacen por iniciativa propia y acuden, en primera instancia a instituciones privadas, pero el costo por tales servicios resulta sumamente elevado, o bien desconfían de la atención de esas organizaciones, por lo que acuden al servicio público, pero generalmente con retraso para el diagnóstico y la atención.

Finalmente, es posible encontrar que, el cáncer de mama se ha estudiado también empleando perspectivas terapéuticas de apoyo a las pacientes que ya lo han desarrollado (por ejemplo, Meza Rodríguez, Espíndola Hernández, Mota González, Rodríguez Pérez y Díaz Franco, 2005), en las que se hace hincapié en la necesidad de un manejo multidisciplinario del problema para el restablecimiento del equilibrio emocional de las mujeres, lo que obliga a los profesionales de la salud a desarrollar estrategias específicas para cada caso.

### **III. EL MODELO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN**

Estudiar el crecimiento epidemiológico de cualquier padecimiento que con el tiempo adquiere dimensiones masivas implica considerar elementos personales, sociales, e incluso culturales para explicar el comportamiento de las personas en relación con la preservación de la salud o bien con acciones que les implican algún riesgo de desarrollar una enfermedad como el cáncer de mama que, como ya se ha dicho, constituye hoy en día una de las principales causas de muerte entre las mujeres del mundo. En el marco de la psicología social, se han propuesto hace ya algún tiempo diversos modelos que explican el comportamiento relacionado con la salud de los seres humanos, algunos de los cuales han tenido un mayor impacto y, de acuerdo con lo reportado en publicaciones especializadas, una eficacia que los convierte en recursos viables para ser aplicados en poblaciones y contextos variados.

Todos estos modelos, sin embargo, no tienen los mismos objetivos, razón por la cual, el tipo de variables que incluyen pueden ser de diferentes tipos y niveles: individuales, familiares, sociales, o culturales. Es por esto que, en algunas ocasiones es necesario revisar varias de esas propuestas y recuperar algunos elementos de algunos de ellos para integrar un nuevo modelo que se adecúe a necesidades específicas de investigación y/o intervención. Tal es el caso de este estudio, en cuyo proceso fue preciso retomar elementos de modelos cuya utilidad ya ha sido probada en el estudio de la salud, e integrarlos con otros constructos teóricos para constituir una propuesta que nos permita entender el proceso que conduce a las mujeres a realizarse una autoexploración de senos para la detección temprana del cáncer mamario.

En razón de lo anterior, el contenido de este capítulo ofrece, en primer lugar, una visión general sobre el enfoque que guía a un conjunto de modelos seleccionados, en el estudio de los comportamientos en salud. Posteriormente, se describen varios de los esquemas más utilizados en los últimos tiempos, y se define a las variables o constructos que, de acuerdo con la investigación empírica reportada en las fuentes especializadas, han aportado elementos para la comprensión de las acciones que emprenden las personas para el cuidado de su salud.

## **1. Algunos modelos para el estudio de los comportamientos en salud**

De acuerdo con Rodríguez Marín (1995), es importante no perder de vista que la salud es un suceso social, en la medida en que las personas podemos otorgar un valor y un significado diferentes tanto a la propia salud como a la enfermedad, y también porque los modos de comportarse ante ambas pueden variar. Esto lleva al autor a sugerir que la salud adquiere un cierto valor de acuerdo con las percepciones y las metas que se comparten en un grupo sociocultural; así, concluye, la salud y la enfermedad son construcciones sociales. En ese marco, la psicología social de la salud aporta sus conocimientos y técnicas para la comprensión de los problemas relacionados con la salud, y la aplicación de los mismos en el diseño y puesta en práctica de diversos programas de intervención. Lo medular de tal aportación, destaca el autor, es el análisis de todas las posibles interacciones implicadas en el proceso de enfermedad (complemento fundamental de la salud).

La psicología social de la salud, entonces, “estudia la conducta humana en interacción con el medio ambiente social” (Rodríguez Marín, 1995: 24), el cual puede estar formado por otras personas, y por el ambiente físico y cultural, entre otros elementos. Es por eso que al estudiar un fenómeno desde el marco de la psicología social de la salud, lo que interesa es el estudio de la conducta vinculada a la salud-enfermedad en interacción con otras personas o con productos de la conducta humana, y diversas formas de la organización humana. Esto es importante, ya que, de acuerdo con el autor, “la conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y/o se realiza en un contexto social, y es por esto que la perspectiva a emplearse para su estudio debe ser social. A esto habría que agregar la influencia del contexto sociocultural sobre aspectos tales como las actitudes y los comportamientos individuales en relación con la salud y la enfermedad; dicha influencia permea tanto a las teorías y a las definiciones o interpretaciones de la enfermedad, como a la expresión de los síntomas, a las conductas orientadas a la salud, y a los hábitos saludables que adoptan los individuos, entre otros aspectos.

Las consideraciones anteriores dan lugar al desarrollo de diversos modelos para el estudio de los comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad. Algunos de éstos son explícitamente biomédicos o epidemiológicos, otros centran su atención en los conocimientos y/o los comportamientos de los individuos, o bien suelen poner el acento en las conductas individuales, sin considerar –con frecuencia- el contexto social y/o cultural en el que éstas son ejecutadas; algunos más consideran a los comportamientos, las competencias

individuales y las características de personalidad como cuestiones que merecen atención. Otro aspecto importante es que los comportamientos relativos a la salud son considerados como unidimensionales o como producto de una combinación múltiple de factores. El objetivo de una cantidad importante de estos modelos es la comprensión de los comportamientos saludables o de riesgo de los individuos en diversos escenarios.

Resulta obvio que los modelos pueden clasificarse de diversas maneras. Con el fin de ilustrar la variedad de posibilidades que es posible encontrar, mencionamos la propuesta de Rubio (2007) para agrupar a los modelos para el estudio de la salud en tres categorías:

- Basados en la atribución. Centrados en la percepción de control de los individuos sobre sus acciones relativas a la salud.
- Socio-cognitivos. Incluyen entre sus conceptos clave los incentivos, las expectativas sobre los resultados y las expectativas de eficacia.
- Biopsicológicos. Centrados en los mecanismos que develan cómo la salud biológica se ve afectada por la salud psicológica.

Rodríguez Marín (1995) por otra parte, afirma que los modelos surgidos en los últimos 35 años para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, si bien difieren en cuanto a la perspectiva teórica y el tipo de conducta de salud que inicialmente explican, podría decirse que contienen variables similares y que podrían incluso integrarse complementariamente. Cabrera, Tascón y Lucumí, (2001) consideran que éstos son en realidad versiones adaptadas del mismo concepto o variable explicativa del comportamiento.

Coincidencias aparte, resulta inevitable mencionar que un factor que aparece reiteradamente como antecedente, eje o factor de una cantidad importante de los modelos descritos en la literatura son las creencias en salud. Entre los más utilizados se encuentran el Modelo de Creencias en Salud de Becker y Maiman (1975, en Rodríguez Marín, 1995), la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975) y la Teoría de la Acción Social (Ewart, 1991, en Rodríguez Marín, 1995). Vale la pena agregar a estos, el Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 1990) y el Modelo Teórico para el Estudio de la Cultura y las Disparidades en Salud (Flynn y Betancourt, 2006). A continuación se describe brevemente a cada uno de ellos.

### **1.1. Modelo de Creencias en Salud**

Desarrollado en los años 50 por Hochbaum, Rosentock y Kegels, psicólogos sociales de los servicios de salud públicos norteamericanos, este modelo surge como una respuesta ante



el fracaso del programa de monitoreo gratuito de tuberculosis, y desde entonces ha sido adaptado para explorar una amplia variedad de comportamientos en salud de corta y larga duración, incluyendo comportamientos sexuales de riesgo y la transmisión del VIH/SIDA. El Modelo de Creencias en Salud es un modelo psicológico que intenta explicar y predecir los comportamientos relacionados con la salud, enfocándose sobre las actitudes y las creencias de los individuos. Así, la explicación del comportamiento preventivo o protector se centra en variables psicosociales, y tiene su base en teorías como la del campo social de Kurt Lewin, la teoría de expectativa del valor o del valor esperado, y las teorías sobre toma de decisiones en condiciones de incertidumbre (Mainman y Becker, 1974 en Rodríguez Marín, 1995; Universidad de Twente, 2007).

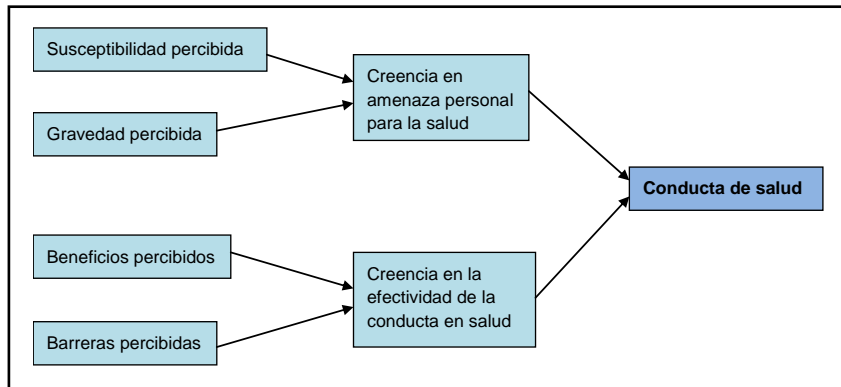
Dicho modelo se basa en la hipótesis de que una persona no ejecutará un comportamiento saludable de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, si no cuenta con los niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre la salud, se vea potencialmente como vulnerable y vea la condición de la enfermedad como amenazante, esté convencida de la eficacia de la intervención y vea pocas dificultades para la puesta en práctica de la conducta saludable. Esto es, que el Modelo está basado en el entendimiento de que una persona tomará acciones relacionadas con la salud si:

- \* siente que la condición negativa de la salud puede ser evitada (por ejemplo desarrollar cáncer de mama),
- \* tiene una expectativa positiva de que llevando a cabo una acción recomendada, evitará una condición de salud negativa (por ejemplo haciéndose la autoexploración de los senos), y
- \* cree que puede llevar a cabo una acción para su salud recomendada en forma exitosa (por ejemplo, puede hacerse la autoexploración en un ambiente relajado y confiable).

El Modelo de Creencias en Salud está planteado en términos de cuatro constructos que representan la amenaza percibida y los beneficios netos: la susceptibilidad percibida, la gravedad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas para la realización de los comportamientos (ver figura 6). Estos conceptos fueron propuestos como explicaciones para la prontitud que tienen las personas para actuar; un concepto adicional, la indicación para la acción, podría activar la prontitud y estimular el comportamiento evidente. Otro

concepto posteriormente incorporado al modelo es el de autoeficacia, o la confianza en la capacidad propia para ejecutar exitosamente una acción, quedando el esquema como sigue:

**Figura 6**  
**El Modelo de Creencias en Salud (Becker y Rosentock, 1984,**  
**en Rodríguez Marín, 1995)**



La aplicación de este modelo provee de herramientas para entender cómo la percepción de vulnerabilidad ante la enfermedad, de las consecuencias, de los beneficios y de las barreras y los costos para lograr la salud, adopta un papel relevante en el comportamiento preventivo en salud (Becker, 1974 en Carpio-Cedraro, Bracho de Carpio y Zavala, 1992). Autores como Bowes (1997) sugieren que, además de las apreciaciones individuales sobre la enfermedad, se deben tomar en cuenta variables demográficas como la edad, el género y la raza/étnia, y otras que pueden constituir factores de cambio hacia comportamientos saludables. Esto conforma un repertorio de estrategias para la intervención en el que caben las campañas masivas de prevención, los consejos de otras personas, la publicación de artículos en la prensa y las revistas, notas recordatorias del médico o el dentista, reconocer los beneficios y las barreras de las acciones de prevención, las recomendaciones de acciones preventivas en salud y las percepciones individuales que modifican los factores de acción. Según Cabrera et al. (2001), bajo este esquema, el comportamiento preventivo en salud es resultado de una función interactiva de las creencias que tienen las personas.

El Modelo de Creencias en Salud ha sido aplicado a un amplio rango de comportamientos en salud y en una variedad de poblaciones. Entre las áreas en que se ha trabajado con este modelo se encuentran: 1. los comportamientos preventivos que incluyen la promoción de la salud (por ejemplo la realización de dietas y ejercicio), y los comportamientos de riesgo (por ejemplo fumar) así como las vacunas y las prácticas anticonceptivas, 2. los comportamientos del rol del enfermo que se refieren al acatamiento de las recomendaciones

médicas posteriores al diagnóstico profesional de una enfermedad, y 3. el uso clínico que incluye las visitas al médico por una variedad de razones (Conner y Norman, 1996 en Universidad de Twente, 2007).

En los últimos años se ha trabajado profusamente con el modelo para la explicación de los comportamientos relacionados con la prevención o el riesgo ante la infección por VIH/SIDA en diversos países del mundo, incluyendo a México, el significado del consumo de drogas en estudiantes (Ortega de Medina, Osorio Rebolledo y Pedrão, 2004), y otro tipo de comportamientos, como la realización de exámenes clínicos para el monitoreo del cáncer de seno (Andreu Vaillo, Galdón Garrido, Durá Ferrandis, Carretero Gómez y Tulles Hernández, 2004), entre otros.

## **1.2. Modelo Psicológico de la Salud Biológica**

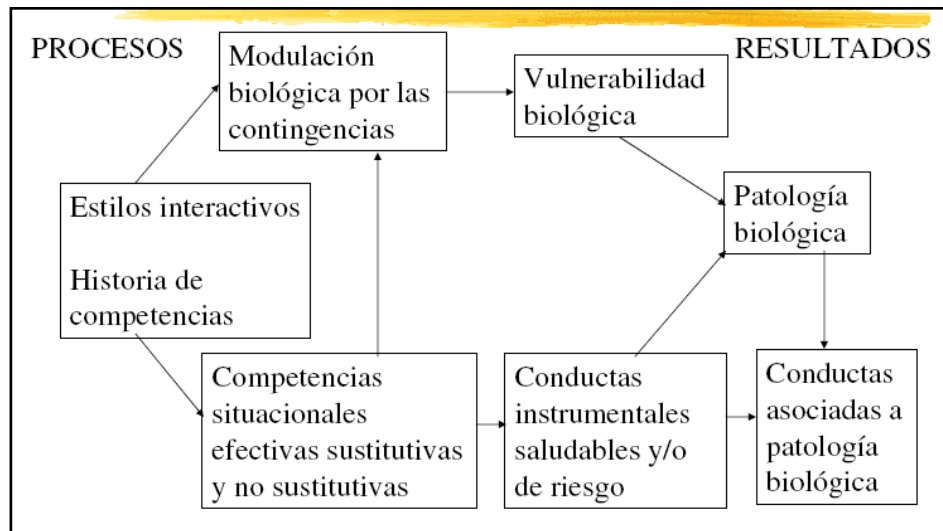
Propuesto por Ribes (1990) permite identificar los factores que intervienen en el proceso psicológico que lleva a la salud o a la enfermedad, para analizar y alterar los factores identificados con el fin de impactar el comportamiento. Sus antecedentes se encuentran en dos teorías, una de la conducta (como teoría general y de procesos) y otra de la personalidad (como teoría de las diferencias individuales), y sus postulados son:

1. La descripción psicológica del continuo salud-enfermedad corresponde a la dimensión individualizada de las variables que tienen lugar en la interacción entre los factores biológicos del organismo y aquellos que constituyen la acción funcional de las relaciones socioculturales.
2. Cuando se analizan en un modelo psicológico, los factores biológicos y socioculturales no tienen representación en forma de categorías correspondientes a las de sus disciplinas originales.
3. Los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia del individuo práctico y de las reacciones biológicas integradas a su actividad.
4. Los factores socioculturales se representan como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base en su propia historia personal (Piña y Rivera, 2006).

La dimensión psicológica de la salud en este modelo consiste en la participación del individuo comportándose de alguna manera (es decir, qué hace, cómo lo hace y bajo qué

circunstancias lo hace), y se entiende al comportamiento como la interacción del organismo con el ambiente físico, químico, ecológico y/o social (Ribes y López, 1985 citados en Piña y Rivera, 2006). Esto significa que el modelo se centra en el comportamiento de los individuos, en su hacer y decir en diferentes situaciones en las que se encuentran implicados objetos, eventos u otros individuos (ver figura 7).

**Figura 7**  
**El Modelo psicológico de la salud biológica (Ribes, 1990)**



Este modelo ha sido útil para indagar sobre las competencias conductuales de personas infectadas con el virus del VIH/SIDA (Piña López, 2004), y para delimitar el ámbito de competencia de los profesionales de la psicología social en relación con problemas de salud pública como el VIH/SIDA en un ámbito más general (Rodríguez Campuzano, Moreno Rodríguez, Robles Montijo y Díaz-González y Anaya, 2001), por mencionar sólo algunos.

### 1.3. Teoría de la Acción Social

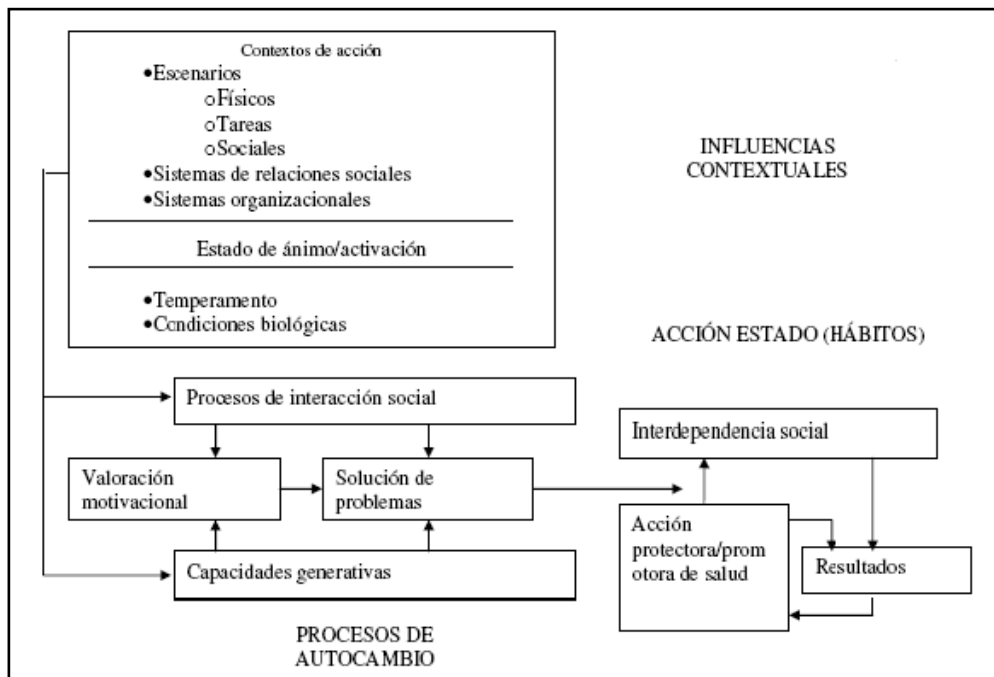
El modelo derivado de esta teoría intenta integrar los procesos psicológicos individuales con los factores sociales contextuales (ver figura 8), y tiene como base elementos de la Teoría socio-cognitiva del aprendizaje, los modelos de autorregulación, los procesos de interdependencia e interacción social, y los procesos biológicos subyacentes para predecir los comportamientos protectores en salud y sus resultados (Ewart, 1991 en National Academy of Sciences, 2001 y en Rodríguez Marín, 1995). Las personas en esta propuesta, son vistas como influidas por los contextos o escenarios ambientales en los cuales ellos o ellas tienen un temperamento particular y un contexto biológico. Así, la capacidad de los individuos para poner en práctica ciertos comportamientos saludables está influida por el acceso a recursos

como pruebas clínicas, establecimientos y por estructuras internas, creencias de autoeficacia y habilidades de resolución de problemas.

Es decir que, desde esta teoría, la biología y los contextos sociales y ambientales determinan el éxito de las intervenciones para promover el cambio conductual individual. De acuerdo con lo que Rodríguez Marín (1995) recupera del trabajo de Ewart (1991), el modelo considera tres dimensiones que representan a: 1) la auto-regulación con una acción-estado deseada; 2) un conjunto de mecanismos de cambio interconectados; 3) un subcomponente de sistemas socio-ambientales más amplios. El modelo subraya el papel que juega el contexto social en el mantenimiento de rutinas o hábitos de salud (dimensión acción-estado), proporciona de la estructura causal que liga los procesos de auto-cambio a los ambientes interpersonales (dimensión de proceso) y especifica las influencias macrosociales y ambientales que permiten o inhiben el cambio personal (dimensión contextual).

La teoría especifica los mecanismos mediadores que vinculan las estructuras organizacionales con la salud personal e incorpora conceptos clave de otros modelos teóricos como el de creencias en salud, tales como la autoeficacia y las expectativas sobre los resultados. Asimismo, algunas aplicaciones de esta teoría se enfocan sobre los mecanismos del cambio de comportamiento y su mantenimiento, de nuevo poniendo el foco sobre la influencia que ejerce el contexto sobre el comportamiento personal.

**Figura 8**  
**Teoría de la acción social (Ewart, 1991, en Rodríguez Marín, 1995)**



Por último, la teoría de la Acción Social provee un marco de aproximaciones multinivel a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Ofrece un acercamiento para definir los objetivos de la salud pública y las influencias personales y sociales modificables que pueden ser utilizadas para alentar el cambio conductual individual relacionado con la salud (National Academy of Sciences, 2001).

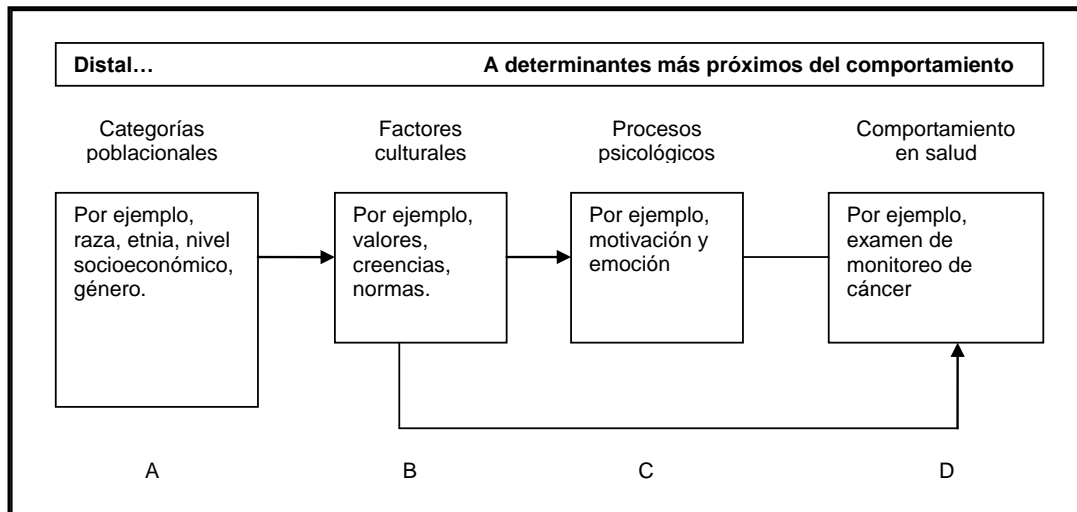
Esta teoría supone: 1. que el cambio en la pauta comportamental buscado no se pondrá en marcha, a menos que creamos que somos capaces de ejecutar la acción recomendada, 2. que es necesario el establecimiento de metas que son culturalmente apropiadas para las necesidades de un grupo determinado, 3. que los actos de solución de problemas, la formulación de metas y la valoración de las capacidades o de prevención de consecuencias de la conducta, aprovechan varias formas de conocimiento o esquemas que dirigen la atención hacia aspectos específicos de situaciones y escenarios y que proporcionan rutinas procedimentales para realizar tareas familiares, entre otras cuestiones. No hay que perder de vista que esta teoría considera de manera importante la forma como afecta el ambiente a los procesos de cambio para alterar o mantener una acción-estado dada (ver Rodríguez Marín, 1995).

#### **1.4. Modelo Teórico para el Estudio de la Cultura y las Disparidades en Salud**

En una línea similar a la del modelo anterior, el desarrollado por Flynn y Betancourt (2006) surge de la necesidad de reconocer que los factores culturales y los comportamientos relacionados con la salud pueden ayudar en parte a explicar las disparidades existentes respecto de la salud entre grupos étnicos y con diferencias socioeconómicas. Esto por el interés que tiene el equipo de investigación en comprender los comportamientos vinculados con la salud de la comunidad latina que reside en los Estados Unidos de Norteamérica, la cual es altamente vulnerable en el contexto de un país y una cultura distintas a aquellas de donde provienen, por lo que las aportaciones de la psicología social transcultural son recuperadas para el desarrollo de la propuesta.

Así, su objetivo es contar con un mejor entendimiento de los factores culturales que pueden beneficiar a la investigación social en salud, para subsanar las limitaciones de la investigación con esta orientación en las ciencias de la salud. En una perspectiva “de abajo hacia arriba”, este modelo busca identificar elementos culturales relevantes al comportamiento de los individuos de un grupo particular y desarrolla mediciones de esos elementos culturales (ver figura 9).

**Figura 9**  
**Modelo teórico para el estudio de las disparidades en salud (Flynn y Betancourt, 2006)**



Los autores anotan, sobre el funcionamiento del modelo, que las categorías poblacionales/sociales (A) representan fuentes de variación cultural, pero son más distales (menos influyentes) al funcionamiento psicológico (C) y al comportamiento en salud (D).

Este modelo ya ha sido probado en estudios que han realizado monitoreos clínicos para identificar tumores asociados con el cáncer cervical y de mama (Hodges, Navarrete, Garberoglio y Betancourt, 2006; Kaiser et al., 2006). En tales estudios, el modelo arroja datos interesantes sobre la forma como las mujeres de origen latino y las anglosajonas actúan en relación con la realización de exámenes de monitoreo de acuerdo con sus emociones, valores, etc., comprobándose la influencia de la cultura en sus percepciones y también en sus acciones.

### **1.5. Teoría de la Acción Razonada**

Esta teoría surgió a mediados de los años setenta del siglo pasado, en un momento en que el estudio de las actitudes tenía un gran auge entre los psicólogos sociales, y eran consideradas un factor fundamental en la explicación de los comportamientos. El modelo propuesto por Fishbein y Ajzen (1975; Ajzen y Fishbein, 1980) integró un conjunto de variables que trascendían la afirmación básica de que las actitudes permitían predecir con cierta precisión las conductas de los individuos, pues ese principio era muy difícil de probar empíricamente en forma suficiente, dado que las actitudes parecían requerir siempre de conjuntarse con otros constructos para lograr una mayor eficacia. Los componentes del

modelo son las actitudes, la norma subjetiva –precedidas ambas por sus creencias respectivas-, la intención y la conducta, como se puede ver en la figura 10.

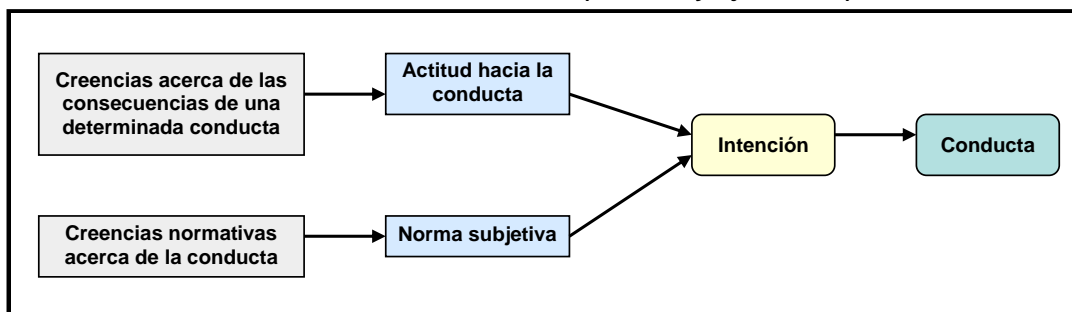
El esquema resultante integraba los tres elementos propuestos por Rosenberg y Hovland (1960), cognitivo, afectivo y conductual, vinculándolos en una cadena causal. Asimismo, los autores consideraron que los modelos de actitudes existentes y aquellos que incorporaban a las actitudes generales y los rasgos de personalidad, funcionaban sólo parcialmente, por ser demasiado generales, por lo que, en el nuevo entramado se requería identificar comportamientos específicos a través de ocasiones, situaciones y formas de acción particulares. Desde esta perspectiva, cualquier tipo de comportamiento refleja no sólo la influencia de una disposición relevante general, sino también la influencia de factores únicos de la ocasión particular, de la situación, y de la acción a ser observada (Ajzen, 1991; Saldívar Garduño, 2005).

Esta fue la primera teoría en sugerir que la intención es un mediador de la influencia de otras variables sobre la conducta y, al mismo tiempo, su antecedente inmediato (García y Barragán, 2001), siendo este el concepto central del modelo. Liska (1984) reconoce que una de las virtudes que tiene este modelo es que ofrece cierto orden conceptual para el estudio del difícil vínculo entre actitudes y conductas, ya que proporciona una definición conceptual de las actitudes, especifica una parsimoniosa estructura causal, y conceptualiza otras variables dentro de tres categorías; este orden, sin embargo, se logró limitando el tema de estudio a los comportamientos voluntarios, como la mayoría de modelos sobre el tema.

Dado que la Teoría de la Acción Razonada tiene una orientación evidentemente cognitiva (Rodríguez Marín, 1995; Saldívar Garduño, 2005), ésta asume que los seres humanos son animales racionales que deciden las acciones que han de realizar, y que sistemáticamente procesan la información disponible. El cambio de comportamientos desde esta perspectiva es visto, sobre todo, como un cambio en la estructura cognitiva que subyace a ese comportamiento (Fishbein y Middlestadt, 1989).



Figura 10  
Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975)



Como ya se dijo, este modelo, como algunos otros de los revisados en páginas anteriores, subraya el papel de los factores cognitivos como determinantes de la conducta en general, y de las conductas en salud en particular. Pero, a diferencia del Modelo de Creencias en Salud, complementa y mejora aspectos del análisis de la toma de decisiones en materia de salud separando las creencias de las actitudes y subrayando la importancia de la influencia de los llamados “otros significativos” sobre la intención de actuar de los individuos, incorporando así una dimensión social (Rodríguez Marín, 1995) importante en diversas culturas, como la mexicana.

Como es posible apreciar en el modelo, esta teoría puede ser vista como una serie de hipótesis que vinculan: a) el comportamiento a las intenciones, b) las intenciones con una influencia combinada de las actitudes y las normas subjetivas, y c) las actitudes y las normas subjetivas hacia las creencias conductuales y normativas, respectivamente (Fishbein y Middlestadt, 1989). Además, de acuerdo con la Teoría, la intención debería corresponder al comportamiento en términos de cuatro elementos: la acción, el objetivo, el contexto y el tiempo, y la variación de cualquiera de éstos cambia la definición del comportamiento considerado (Fishbein, 1997); es por esto tan importante que, cuando se están investigando las actitudes y el comportamiento bajo esta perspectiva, queden estas cuatro condiciones suficientemente especificadas. Asimismo, cuando una persona se ha formado una intención fuerte para realizar una conducta, si no hay limitaciones ambientales para prevenir a la persona de llevar a cabo su intención, la probabilidad de que el comportamiento se ejecute es cercana a 1.

Pero de la misma manera en que la intención influye a la conducta, ésta se ve determinada a su vez por las actitudes hacia la ejecución de un determinado comportamiento, y la norma subjetiva relativa al mismo. Las primeras se refieren al juicio evaluativo que hacen

las personas respecto de la realización de una determinada conducta, el cual está determinado por las creencias sobre los beneficios y los obstáculos para realizarla; las normas por otra parte, se refieren a la percepción que tienen los individuos de la presión social que reciben para que ejecuten la conducta, y también se derivan de las creencias personales sobre lo que los “otros significativos” piensan que el individuo debe hacer o no (por ejemplo, la pareja, las amigas, los padres, las hermanas y hermanos) (Fishbein, 1997; Sheeran y Taylor, 1999).

Esta propuesta tuvo una amplia aceptación desde su surgimiento y su aplicación ha abarcado un amplio espectro de comportamientos desplegados en ámbitos sociales variados. En el terreno de la salud, este modelo ha sido probado por ejemplo para predecir el uso del condón en jóvenes (Fishbein, 1990; Perelló Valls y Villagrán Vázquez, 2000; Perelló Valls, Villagrán Vázquez y Barocio Rocha, 1998) y en adultos (Stefani, 2001), para el estudio de la apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en jóvenes (Vásquez et al., 2005), y las actitudes hacia la autoexploración de los senos para prevenir cáncer mamario (Fonseca Villarreal, 2003), entre muchos otros.

En años recientes, Fishbein (2000) hizo una modificación del modelo y lo transformó en el Modelo Integral para la Predicción del Comportamiento, el cual se enfoca en el cambio de las creencias acerca de las consecuencias, las cuestiones normativas y la eficacia respecto de un comportamiento particular (Fishbein y Yzer, 2003). Este modelo considera, además de los límites ambientales, las habilidades conductuales de los individuos; ambas variables median el efecto de la intención sobre el comportamiento y mejoran su valor predictivo. Al aplicar este modelo, el primer paso es identificar el comportamiento a modificar o reforzar, incluyendo la acción que el individuo ha de realizar (obtener, usar, comprar, etc.), el objetivo a lograr (una mamografía, condones, etc.), y el contexto (en una clínica para mujeres, en un consultorio para trabajadoras/es sexuales profesionales, etc.); también debe considerarse el factor tiempo (el siguiente mes, antes de ir al trabajo, etc.).

Es necesario entonces medir las creencias grupales sobre la cuestión a estudiar, las actitudes, las normas, la autoeficacia, la intención y el comportamiento, indagando en la población qué influencia sus intenciones, e identificando las diferencias en las creencias entre aquellas personas que realizan la conducta y las que no la ejecutan. El propósito es aislar y cambiar las creencias específicas acerca de un comportamiento relacionado con la salud. Para esto, se han establecido tres criterios: 1) la creencia debe estar fuertemente relacionada

con el comportamiento o la intención que se desea cambiar; 2) debe haber una porción suficiente de la población que no adopte aún tal creencia; y 3) se debe medir cuánto puede ser cambiada la creencia a través de la evidencia y la plausibilidad (Fishbein y Yzer, 2003).

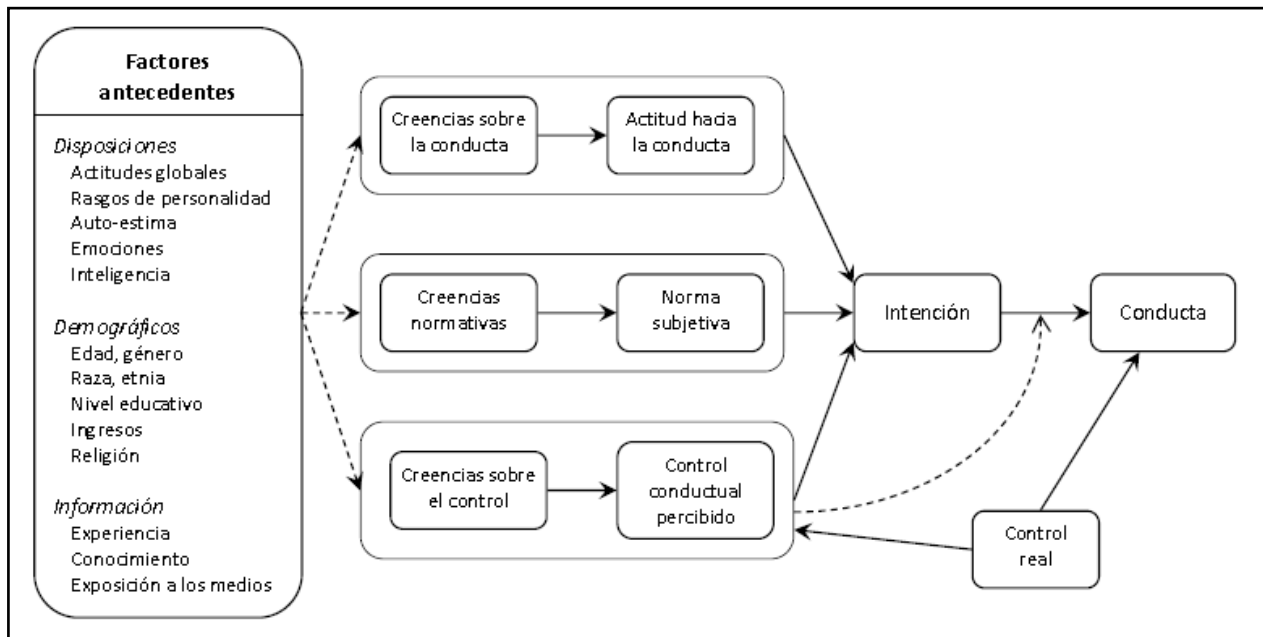
En países como Holanda se ha usado ampliamente este modelo para evaluar campañas que promueven el sexo seguro entre los jóvenes para prevenir infecciones de transmisión sexual (Yzer, 2004), otras contra el tabaquismo (Yzer y Van den Putte, 2004), y para estudiar el efecto regulador de la diversidad demográfica sobre el consumo regular de marihuana (Fishbein, Cappella y Yzer, 2003), entre otros.

### **1.6. La Teoría de la Conducta Planeada**

Surgida como una versión ampliada de la Teoría de la Acción Razonada (TAR) desarrollada por Fishbein y Ajzen en 1975, la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) ha constituido en los últimos años uno de los recursos más utilizados entre las y los investigadores en el área de las actitudes para explicar la intención (y posteriormente la conducta) de las personas a ejecutar comportamientos determinados. Estos comportamientos abarcan un amplio rango, por ejemplo el voto en elecciones de representantes políticos, conductas de preservación y cuidado de la salud, conducta del consumidor, entre otros.

De acuerdo con esta teoría, la acción de los seres humanos está influida por tres factores principales: una evaluación favorable o desfavorable del comportamiento (actitud hacia el comportamiento), la presión social percibida para ejecutar o no el comportamiento (norma subjetiva), y la autoeficacia en relación con el comportamiento (control conductual percibido). La combinación de estos tres elementos da lugar a la formación de la intención, y se asume que ésta es un antecedente inmediato del comportamiento (Ajzen, Brown y Carvajal, 2004). A continuación se presenta el modelo de la TCP:

**Figura 11**  
**Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991; Ajzen, 2005; Ajzen y Albarracín, 2007)**



Igual que en la Teoría de la Acción Razonada, las actitudes, la norma subjetiva y el control conductual percibido actúan como determinantes de las intenciones, y son elementos conceptualmente independientes entre sí (Ajzen, 1989 y 1991):

- 1. **La actitud hacia el comportamiento.** Es el grado en que la ejecución de un determinado comportamiento es evaluada positiva o negativamente, favorable o desfavorablemente.
- 2. **La norma subjetiva.** La presión social que se percibe ejercen las personas significativas para los individuos para efectuar o no una conducta.
- 3. **El grado de control conductual percibido.** La facilidad o dificultad percibida para efectuar la conducta, y se asume que refleja la experiencia pasada, así como los obstáculos o impedimentos anticipados.

Las variables a explicar, de acuerdo con este modelo, son:

- 4. **La intención.** Es la representación cognitiva de la prontitud con que una persona puede llevar a cabo un comportamiento determinado; se le considera como el antecedente inmediato del comportamiento y está determinada por la actitud hacia el comportamiento, la norma subjetiva, y el control percibido de la conducta.
- 5. **La conducta.** Es la respuesta manifiesta observable en una situación dada respecto de un blanco determinado. En la teoría de la conducta planeada, la conducta es una función de las intenciones compatibles y el control conductual percibido.

Como regla general, la TCP postula que, entre más favorable sea la actitud y la norma subjetiva y mayor el control percibido sobre el comportamiento, más fuerte será la intención

de una persona para llevar a cabo dicho comportamiento. Asimismo, dado un grado suficiente de control real sobre el comportamiento, se espera que las personas ejecuten sus intenciones cuando surja la oportunidad para hacerlo (Ajzen et al., 2004). Así, se espera que el control conductual percibido modere el efecto de la intención sobre el comportamiento de manera tal que una intención favorable produzca la conducta sólo cuando el control conductual percibido sea fuerte; en la práctica sin embargo, a menudo se encuentra que las intenciones y el control conductual percibido tienen efectos importantes sobre el comportamiento, pero ninguna interacción significativa entre sí.

Resulta significativo que, en la última versión del modelo (ver la Figura 11), ya aparecen los factores antecedentes, entre los que se encuentran los rasgos disposicionales (como las emociones), los demográficos (como la edad y el nivel educativo) y los relativos a la exposición a la información (como los conocimientos y la experiencia). Éstos podrían, de acuerdo con el modelo, afectar indirectamente a la conducta, o bien moderar el efecto de las variables dependientes sobre la(s) independiente(s), vía su influencia sobre las creencias actitudinales, normativas y de control (Ajzen, 2005; Ajzen y Albarracín, 2007).

Hoy en día es abundante la investigación empírica que se ha desarrollado en México y otros países partiendo de este modelo. Diversos estudios han mostrado la utilidad de su aplicación a problemas y contextos diversos, entre los que destacan los relacionados con la salud, como la intención de utilizar el condón femenino en poblaciones de mujeres mexicano-americanas (Bogart, Cecil y Pinkerton, 2000), la intención de mujeres de solicitar el uso del condón a sus parejas sexuales (Ardouin, Bustos, Gayó y Jarpa, 2001; Saldívar Garduño, 2005; Toledo Benítez, 2003), la solicitud y utilización del condón por parte de mujeres y hombres (Perelló Valls y Villagrán Vázquez, 2000; Perelló Valls, Villagrán Vázquez y Barocio Rocha, 1998), y otros temas tales como la realización del papanicolaou para detectar posibles síntomas del cáncer cérvico uterino en las mujeres (Ramírez Sánchez, 2002), el estudio de comportamientos saludables en grupos de estudiantes (Finlay, Trafimow y Moroi, 1999), la conducta de voto en poblaciones mexicanas (Bedolla Ramírez, 2004; García y Barragán, 2006) y la intención de estudiantes de preparatoria para realizar lectura productiva (Mújica Sarmiento, 2005).

## 1.7. Críticas a los modelos presentados

Entre las críticas que se hacen a modelos como la Teoría de la Conducta Planeada, la Teoría de la Acción Razonada o el Modelo de Creencias en Salud, destaca el hecho de que no toman en consideración factores tales como las características de personalidad, las variables sociodemográficas (sexo, clase social, edad), el papel social, etcétera, pues dichas variables no constituyen, para esas propuestas, una parte integral de las teorías, aún cuando se asume que se vinculan con las relaciones que se plantean en la misma, por lo que deben ser vistas como variables externas. Ahora bien, la Teoría de la Acción Social y el Modelo Psicológico de la Salud Biológica parecen estar demasiado centrados en los comportamientos de las personas, sin ocuparse mucho de los procesos cognitivos o afectivos que dan lugar a los mismos; además, la Teoría de la Acción Social y del Modelo para el Estudio de las Disparidades en Salud, parecen estar más orientados hacia los aspectos contextuales o sociales del cuidado de la salud, lo que podría tener poco que ver –tal vez- con los procesos cotidianos de la toma de decisiones individual en ese terreno.

Liska (1984) revisó una cantidad importante de investigaciones que emplearon la Teoría de la Acción Razonada y, derivada de sus apreciaciones, hizo la sugerencia de que la intención no es una causa necesaria y suficiente del comportamiento, por tanto, consideraba que los autores de la teoría debían reformular su ecuación para explicar la conducta voluntaria e involuntaria. En segundo término, aún cuando encontraba preciso y útil que la Teoría de la Acción Razonada hiciera una distinción conceptual clara entre las intenciones, las cogniciones y las actitudes, en su opinión, el modelo especificaba erróneamente la estructura causal subyacente a las relaciones entre los componentes; en particular, su apreciación era que las intenciones podrían no mediar necesariamente la relación entre actitudes y comportamiento, sobre todo tomando en cuenta que las actitudes son inestables y frecuentemente no se forman sino hasta inmediatamente después de que se ha dado el comportamiento. La tercera crítica era que la investigación que él conocía hasta ese momento mostraba que las actitudes no mediaban, completamente, el efecto de las cogniciones sobre las intenciones. Por último, el modelo de Fishbein y Ajzen especifica una estructura causal recursiva que subyace a las relaciones entre comportamiento, intenciones y actitudes, pero algunas tradiciones teóricas y hallazgos de la investigación empírica, parecían sugerir que el comportamiento afectaba, al mismo tiempo, a las intenciones y las actitudes (Saldívar Garduño, 2005).

En el tiempo transcurrido desde la publicación de las críticas de Liska, una gran cantidad de trabajos que han utilizado la TAR han arrojado evidencias en sentido contrario de algunos de sus juicios, pues la intención, hasta hoy, ha demostrado ser el mejor predictor de la conducta si se sigue la lógica propuesta por el modelo; ciertamente, ese único factor no explica la totalidad de la varianza en los fenómenos estudiados, pero sí proporciones importantes de ella, como es posible constatar en estudios como los de Leone, Perugini y Ercolani (1999) y Perelló Valls et al. (1998) por mencionar sólo algunos.

Más adelante, Yzer (2004) anota algunas cuestiones no resueltas que tiene, desde su punto de vista, el Modelo Integral para la Predicción del Comportamiento (Fishbein, 2000). En primer lugar, llama la atención sobre la decisión de cambiar al control conductual percibido por la autoeficacia; a continuación, se pregunta si el modelo estructural que plantea la relación intención-comportamiento tiene algún valor práctico; finalmente, indica que el cambio conductual puede ocurrir sin modificar las creencias. De manera que, aunque este modelo trata de incorporar algunos elementos que mejoran el poder predictivo de la intención, siguen quedando estas interrogantes.

En el caso de la Teoría de la Conducta Planeada en particular, la proporción de varianza que se ha logrado explicar en estas experiencias cuando la variable dependiente son las intenciones va desde el 25% hasta poco más del 50% en los casos más afortunados. Un problema con el que se han topado una parte importante de los estudios que emplean este modelo es que, a la hora de pasar a la explicación y/o predicción de las conductas la proporción de varianza explicada por las variables del modelo se reduce en forma significativa (entre 10 y 15 puntos porcentuales en promedio). De este hecho se deriva la interrogante: ¿es realmente la intención un predictor adecuado y suficiente de la conducta en el marco de esa teoría?

En varios de los estudios mencionados en los que se aplica la Teoría de la Conducta Planeada, la proporción de varianza explicada en relación con la conducta aumenta al incluir elementos que no estaban originalmente contemplados en el modelo, lo cual llama de nuevo la atención sobre lo relativo de su fortaleza. Esto es interesante, pues en algunas de las investigaciones citadas, el control o la norma subjetiva llegan a ser incluso más relevante para influir a la variable dependiente que la propia intención, que se supone es la variable con mayor peso sobre el comportamiento (por ejemplo, véase Mújica Sarmiento, 2005; Ramírez Sánchez, 2003; Saldívar Garduño, 2005). A ese mismo respecto, ya Pieters y Verplaken

(1995) sugerían que existen otros componentes que intervienen en la relación entre la intención y la conducta, como por ejemplo el grado de confianza en la intención que tienen las personas, sólo por mencionar alguno.

Otra crítica importante que se hace a la TCP es que las actitudes se entienden fundamentalmente como evaluaciones cognitivas en términos de lo positivo o negativo, lo favorable o desfavorable que resulta considerar la posibilidad de realizar un determinado comportamiento. Dicho de otro modo, esta forma de conceptualizar y operacionalizar a las actitudes deja de lado el hecho de que las actitudes no son siempre cognitivas (ver Crites, Fabrigar y Petty, 1994), aún cuando la TCP parece estar dando poca importancia al aspecto afectivo que indudablemente puede estar teniendo una influencia sobre las intenciones. Esto significa que las actitudes tendrían que considerarse no sólo en la dimensión positivo – negativo, sino también en la afectiva – cognitiva.

Ante las evidencias sobre el funcionamiento limitado de modelos como el de Ajzen (1991, 2002a), algunos autores como Pieters y Verplaken (1995) proponen la inclusión de elementos adicionales al esquema que, sin desvirtuar el sentido y las relaciones entre las variables propuestas originalmente por Ajzen (1991) mejoren el poder explicativo de la teoría. Ahora bien, como se ha visto, los otros modelos comentados tienen también aspectos que vale la pena tomar en cuenta y que en algún sentido coinciden con lo propuesto por el autor, o bien podrían ser complementarios, por tal razón, se propone un esquema que recupera elementos tanto de la Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (1991), como de los otros modelos, como las normas sociales, el automonitoreo y la autoeficacia.

## **2. Modelos para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos**

Una vez revisados algunos de los modelos con que se abordan las problemáticas de la salud, resulta conveniente hacer un alto y recuperar los elementos individuales, sociales y culturales que pueden integrarse en una nueva propuesta que incorpore, además, algunos otros constructos, con el objetivo de configurar un esquema comprensivo más amplio, mismo que ha de ser sometido a la prueba empírica correspondiente.

Antes de pasar a la propuesta para este estudio, vale la pena mencionar brevemente algunos de los modelos con que se ha estudiado el fenómeno de la autoexploración en lo específico, sólo para contextualizar la emergencia del que se propone para este estudio.



## 2.1. Perspectivas empleadas para el estudio de la autoexploración

Al tratar de indagar si, de la misma manera que se han desarrollado modelos que buscan explicar el comportamiento de las personas en relación con la salud y la enfermedad, existen teorías o esquemas que se ocupen del caso específico del cáncer de mama, no se ubicaron fuentes en las que tales propuestas se encuentren plasmadas. Se identificó, sin embargo, un texto de Lazcano-Ponce, Tovar-Guzmán, Alonso-de Ruíz, Romieu y López-Carrillo en el que daban cuenta, en 1996, de los modelos con que se había abordado su estudio hasta ese momento:

1. Hipocrático. Como un dato histórico, se menciona que Hipócrates, en el siglo V antes de Cristo pudo describir algunas manifestaciones clínicas que sugerían la presencia de cáncer de mama en estadios terminales. Asimismo, desarrolló un volumen relacionado con las enfermedades de la mujer, en el cual aparece de nueva cuenta la referencia a los tumores mamarios, y se considera que inicia una de las primeras descripciones de la historia del padecimiento.
2. Biologicista. Empleado a finales del siglo XIX, consideraba que el agente causal del cáncer mamario era de origen biológico y su modo de acción unicausal.
3. Higienista-preventivo. En éste se conceptualiza a la salud-enfermedad como un proceso continuo y causado por múltiples agentes, donde se aplican medidas de prevención del cáncer de tipo primario (eliminar la acción de los factores de riesgo nocivos y la creación de condiciones óptimas para el equilibrio de salud-enfermedad), secundario (diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado), y terciaria (evitar la progresión del tumor maligno y la rehabilitación psíquica y plástica de las mujeres que reciben tratamiento).
4. Epidemiológico tradicional. Aplica la perspectiva de un análisis poblacional de la enfermedad y considera que ésta es determinada por condiciones biológico-sociales; su modo de acción es multicausal y utiliza un modelo probabilístico de estimación de riesgo de enfermedad que toma en cuenta factores reproductivos, genéticos, consumo de hormonas, enfermedad benigna de mama, dieta, estilo de vida, migración, exposición a radiación, a campos magnéticos y plaguicidas.
5. Multidisciplinario. Sostiene que la investigación, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del cáncer de mama deben reunir diversas disciplinas del conocimiento en una integración ecléctica. Lo que se busca es una respuesta social organizada de parte de los diferentes sectores involucrados a la sobredemanda de servicios de salud que se perfila habrá en México por este padecimiento.

Betancourt y Fuentes (2001) por su parte, sugieren no perder de vista que, en relación con el cáncer de mama, el nivel socioeconómico y el nivel educativo juegan un papel relevante para que las mujeres asistan al médico y adquieran información útil para el autocuidado. A esto agregan que, el cuidado y promoción de la salud en general deberá considerar aspectos relacionados con la cultura y la familia, por ser ese el espacio en el que se transmiten las creencias, valores y costumbres que adoptan los individuos. Asimismo, apuntan que la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud son componentes importantes de una rama de la psicología que se especializa en estas temáticas, la psicología de la salud.

En el modelo al que trataremos de arribar en esta propuesta, se busca integrar un conjunto de factores que por su relevancia individual, cultural o social podrían tener una relación con el fenómeno de la autoexploración de los senos para la detección temprana del cáncer de mama. La mayoría de ellos se encuentran ya presentes en los esquemas descritos en los párrafos anteriores, y en algunos casos, también se han definido las variables que los integran. El modelo que aquí se ofrecerá, sin embargo, incluye factores o variables que no han sido mencionados aún en este documento, en virtud de su probada eficacia en la investigación o la intervención psicosocial para la promoción de comportamientos saludables.

En esta lógica, del Modelo de Creencias en salud (Becker y Rosentock, 1984), se retoma la idea de la susceptibilidad percibida, transformada en el constructo percepción de riesgo, que se refiere a la estimación de la vulnerabilidad que puede hacer una mujer en relación con el cáncer de mama; del Modelo psicológico de la salud biológica (Ribes, 1990) se recupera en forma global (aunque no conceptual) la noción de competencias situacionales efectivas y la de conductas instrumentales, y de la Teoría de la acción social (Ewart, 1991 en Rodríguez Marín, 1995), lo concerniente a las creencias de autoeficacia (traducidas como control conductual percibido y la propia autoeficacia), y la importancia de los contextos sociales. Del Modelo teórico para el estudio de la cultura y las disparidades en salud (Flynn y Betancourt, 2006), las dimensiones poblacional (nivel escolar), las normas (como un factor cultural), y el comportamiento en salud (hacerse la autoexploración) fueron las ideas que se consideró importante incorporar en nuestra propia propuesta.

De la Teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) y de la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991), se toman los siguientes conceptos: actitudes, norma subjetiva, control conductual percibido, intención y conducta. De la última versión de la Teoría

de la Conducta Planeada se retoman algunas variables contenidas entre los factores antecedentes, como el nivel escolar y los conocimientos, los cuales, junto con la edad, nos permitirán realizar algunas comparaciones entre grupos extraídos de la muestra.

Además de los elementos mencionados, el constructo denominado actitudes ambivalentes se adiciona al modelo por considerar que, dada la naturaleza del problema a investigar, aporta una perspectiva dual que generalmente no es tomada en consideración por los expertos en actitudes, pero que cada vez más ha ido adquiriendo relevancia en ese terreno; la idea es poder agregar la dimensión afectiva de las actitudes, pues se tiende a conceptualizarlas únicamente como evaluaciones racionales. Al agregar las normas sociales, se asume que permitirán una lectura del proceso que da lugar a la autoexploración rutinaria no solamente desde el aspecto subjetivo de la presión social, sino también considerando una visión social de la misma, que eventualmente refleja una cultura que alienta –o no- a las mujeres a cuidar de su salud. La incorporación de la autoeficacia por otra parte, atiende a la discusión teórica en relación con la equivalencia que algunos autores le adjudican en relación con el control conductual percibido, y poder probar el funcionamiento de ambos factores en el mismo modelo.

La autorregulación y el automonitoreo son dos constructos que atienden a dos procesos de auto-observación y auto-ajuste conductual que reflejan los estilos individuales y sociales que adoptan los individuos para automodificar sus cogniciones y sus acciones dependiendo del contexto en el que se encuentran, lo cual trasciende en algún sentido a la noción del control personal en la toma de decisiones. Por último, la confianza en la intención es un constructo que ha demostrado ser un factor que potencia la posibilidad de la realización de un comportamiento deseado al forzar a las personas a estimar una probabilidad para tal ejecución, lo cual podría estar indirectamente indicando el grado de compromiso que tienen con sus intenciones.

A continuación se define teóricamente a cada uno de los factores mencionados.

## **2.2. Actitudes ambivalentes**

Como ya se dijo, una crítica importante que se hace a las Teorías de la Acción Razonada y de la Conducta Planeada es que las actitudes se entienden fundamentalmente como evaluaciones cognitivas en términos de lo positivo o negativo, o lo favorable o desfavorable que resulta la realización de un determinado comportamiento. Dicho de otro

modo, esta forma de conceptualizar y operacionalizar a las actitudes deja de lado el hecho de que las actitudes no son siempre cognitivas (ver Crites, Fabrigar y Petty, 1994), por lo que modelos como la Teoría de la Conducta Planeada parecen estar dando poca importancia al aspecto afectivo que indudablemente puede estar teniendo una influencia sobre las intenciones vinculadas con conductas específicas como dejar de fumar, usar condón en las relaciones sexuales con parejas ocasionales, adoptar un programa de ejercicio para mantenerse en forma, etc. Esto implica que, aún cuando es probable ser univalente en la mayoría de nuestras actitudes, existen situaciones en las que una actitud dada admite evaluaciones positivas y negativas simultáneamente y causar ambivalencia, lo cual no es de ningún modo infrecuente, especialmente cuando lo que se evalúa son objetos que implican de manera directa los afectos de las personas, lo que hace que, aunque racionalmente se tenga –por ejemplo- una actitud negativa en relación con una acción como fumar, al mismo tiempo se considere positiva por las sensaciones gratificantes que este acto trae a las personas.

Ahora bien, en lo que se refiere a la manera como esta ambigüedad influye nuestras conductas, una cantidad considerable de estudios postula que entre mayor sea la ambivalencia, menor será la influencia de las actitudes sobre los comportamientos, y en algunos casos esta hipótesis efectivamente se comprueba (Conner et al., 2002; Crites et al., 1994); Glasman y Albarracín (2006), por ejemplo, enumeran las condiciones bajo las cuales las actitudes predicen con mayor probabilidad los comportamientos: las actitudes que las personas adoptan con mayor confianza (versus aquellas marcadas por la duda), las actitudes decisivas (versus las ambivalentes o internamente inconsistentes), las que se pueden recoger con facilidad (versus las difíciles de evocar), y las basadas en la experiencia directa (versus las basadas en la experiencia indirecta). Varios de los autores admiten sin embargo que no necesariamente este hallazgo es contundente, pues en ocasiones parece que el efecto de la ambivalencia sobre las actitudes y los comportamientos dependen del tipo de objeto de estudio.

En esa misma lógica, en los últimos tiempos parece haber cada vez más evidencia en relación con la poca consistencia que hay en las actitudes, es decir que ahora se sabe más sobre la existencia de actitudes ambivalentes, cuya manifestación se vuelve más probable cuando el objeto de las mismas compromete en forma importante a los individuos (ver por ejemplo Sánchez Mayorga y Saldívar Garduño, 2005; Eagly y Chaiken, 1993). Algunos estudios han demostrado que cuando se introduce una condición de ambivalencia en las

actitudes, hay una mayor consistencia entre éstas y las intenciones de efectuar un comportamiento (Jonas, Diehl y Brömer, 1997) pues en la relación causa-efecto develada podrá conocerse cuál es el tipo que predomina, si las cognitivas o las afectivas. Esta es una razón interesante para explorar la influencia diferenciada de las actitudes que integran afecto y cognición en una única evaluación, y la posibilidad de diferenciar ambos aspectos en el modelo de esta investigación, y su efecto sobre las intenciones.

Como ya se mencionó, las temáticas en las que se ha empleado esta perspectiva han sido variadas e incluyen la búsqueda del efecto de mensajes persuasivos (Roskos-Ewoldsen, s/f), sentimientos ambivalentes de niñas y niños hacia sus padres (Maio, Fincham, Regalia y Paleari, en prensa; Maio, Fincham y Lycett, 2000), conducta del consumidor (Jonas et al., 1997), y su efecto sobre el perdón de las transgresiones de la pareja (Kachadourian, Fincham y Davila, 2005) por mencionar sólo algunos. En todos estos estudios se puede apreciar el efecto diferenciado de las actitudes de base cognitiva o afectiva sobre los comportamientos.

### **2.3. Normas sociales**

El concepto normas sociales alude obligadamente a nuestra vida en grupos. Las normas sociales son líneas de conducta que regulan el comportamiento y la experiencia de los miembros de cualquier grupo (Almuina, 2008), es decir, una regla que se debe seguir o a la que se deben ajustar las conductas, tareas y actividades de todos los seres humanos. Entonces, si las normas sociales dictan las directrices que deben adoptar los comportamientos de los individuos y los grupos sociales, no es extraño que se asuma que este tipo de normas influyen tal comportamiento. Esto último, sin embargo, no es fácil de probar, porque las normas parecen tomar distintas rutas en el proceso que conduce a la realización de una acción, lo que nos lleva a preguntarnos, ¿por qué las personas no se comportan en una forma normativa en todas las circunstancias?

Dicho de otro modo, las normas sociales son las reglas que establece un grupo en relación con lo que resulta apropiado o inapropiado dentro del mismo grupo, y la no observación de las mismas por parte de sus miembros puede dar como resultado el recibir castigos severos, incluyendo la exclusión del grupo. De ahí la importancia que tienen en la regulación del comportamiento social. Recordemos que, en principio, la norma tiene que ser lo que todos aceptan que es bueno o correcto. En ciertas ocasiones, sin embargo, la norma no es lo que la mayoría de las personas hace, sino lo que piensan que se debería hacer y se da

por hecho que los individuos hacen, es decir, obedecer la regla. Evidentemente, eso no sucede en todos los casos en la realidad pues es posible constatar todos los días cómo los individuos quebrantan reglas básicas para la convivencia cotidiana, como pasarse la luz roja del semáforo cuando tienen oportunidad, tirar basura en la calle, o no respetar el orden en una fila para ser atendidos antes en una dependencia pública.

Hay que tomar en cuenta, además, que no todas las normas sociales son formales y explícitas (es decir, que se encuentren escritas, en reglamentos, normas o leyes), sino que una buena parte de ellas son informales o implícitas (que no están escritas, pero que son acatadas por los miembros del grupo) (Almuida, 2008). De manera que, en la vida cotidiana, 1) no siempre es la misma norma la que guía nuestra conducta, pues la que guía el comportamiento es aquella que se activa con mayor facilidad en una situación, y 2) las normas sociales son un concepto que se encuentra asociado con otros procesos, la mayoría de los cuales varían cuando una persona se encuentra bajo la influencia de otros individuos como en la conformidad social, la persuasión, el cambio de actitudes, la sumisión, la generación de creencias y estereotipos grupales, valores y opiniones, entre otros.

Ahora bien, las normas cumplen varias funciones importantes en la regulación del comportamiento de las personas, y lubrican la interacción social, al proporcionar a las personas un repertorio de expectativas que simplifican tanto las situaciones nuevas como las familiares (ver entre otros, los trabajos de Cialdini, Reno y Kallgren, 1990, y el de Reno, Cialdini y Kallgren, 1993), y se pueden clasificar al menos en dos tipos:

- \* Descriptiva, que consiste en reflejar lo que hace la mayoría de las personas en una situación determinada. Por ejemplo, si una persona observa que la generalidad de las personas depositan la basura en un lugar adecuado, se verá motivada a hacer lo mismo.
- \* Imperativa, que muestra a los individuos lo que deben hacer (considerando a las conductas en términos de aceptables o inaceptables). Por ejemplo, que una persona tire la basura en un lugar adecuado no porque ha observado a otras hacerlo, sino porque hay carteles que amenazan con ciertas penas a quienes tiren la basura en lugares públicos.

La realización de comportamientos que tienden al cuidado y mantenimiento de la salud, como la autoexploración de los senos, puede estar asociado con las dos funciones anteriores,

pero lo que interesa averiguar es cuál de éstas parece ser más conveniente para la adquisición de las conductas requeridas para ese fin, o bien en qué circunstancias parece funcionar mejor la saliencia de uno u otro tipo de norma y cómo puede propiciarse su surgimiento. Incorporar estas dos dimensiones de las normas sociales brindaría una mirada complementaria a la de la norma subjetiva que, si bien tiene un carácter interpersonal, no incorpora consideraciones del tipo “lo que se hace” y “lo que se debe hacer” en circunstancias específicas como la de la búsqueda de posibles indicios de tumores malignos en los senos.

Entre las cuestiones que se han estudiado bajo esta perspectiva se puede mencionar los relativos a las conductas proambientales (Reno et al., 1993; Cialdini, 2003), la expresión de juicios sobre rasgos como el razonamiento y la intuición con grupos culturales diversos, como coreanos, norteamericanos, euro-canadienses y asiáticos canadienses (Buchtel y Norenzayan, en prensa), las percepciones y los comportamientos sexuales saludables de estudiantes universitarios (Scholly, Katz, Gascoigne y Holck, 2005), los efectos de las normas sobre las prácticas higiénicas en varones adultos (Nalbone, Lee, Suroviak y Lannon, 2005), la influencia de las normas sobre la conducta de consumo de alcohol, uso de drogas y comportamiento sexual (Helek, Miller-Day y Hecht, 2006; Lewis y Neighbors, 2006; Martens, et al., 2006), y la utilización de los puentes peatonales para cruzar avenidas en la Ciudad de México (García Sánchez, 2007). Entre los resultados de esos estudios destaca la importancia que tiene alinear a las normas descriptivas con las imperativas para obtener efectos mayores sobre los comportamientos, aún cuando en otros parece ser más útil dar relevancia de unas sobre las otras para obtener resultados más favorables a los objetivos de las investigaciones, como en el caso de la conducta proambiental.

#### **2.4. Autoeficacia**

En 1977, Bandura definía a la autoeficacia como la creencia que tienen las personas de que pueden dominar las situaciones y controlar los sucesos, o dicho de otro modo, es un juicio de capacidad para llevar a cabo una conducta con el propósito de conseguir un fin. Esta percepción influye el desempeño de las personas sobre sus sentimientos de competencia, y está relacionada con los logros pasados, las experiencias vicarias, la persuasión verbal, y la interpretación adecuada de nuestro estado fisiológico. Más tarde, este autor afirmó que la autoeficacia es el conjunto de creencias sobre las capacidades individuales necesarias para producir un determinado nivel de desempeño que logre ejercer influencia sobre los eventos que afectan directamente al individuo (Bandura, 1982).

Las creencias sobre la autoeficacia determinan –entonces- la manera como las personas sienten, piensan, se motivan a sí mismas y cómo se comportan. Tales creencias producen diversos efectos sobre los procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y de selección (Bandura, 1994). Al influir la autoeficacia la probabilidad de que una persona se involucre en un comportamiento particular, así como la cantidad de esfuerzo y el tiempo que ha de dedicarse a la realización de la conducta, vale la pena no perder de vista su relación con otros conceptos tales como el locus de control y con el de autorregulación (Bandura, 1991). Bandura (2004) considera, en términos generales, que la creencia sobre la propia eficacia para ejercer control es una ruta común a través de la cual las influencias psicosociales afectan el funcionamiento de la salud; tal creencia central influye cada uno de los procesos del cambio personal tendiente al mejoramiento de la salud a través del cambio de hábitos, de la perseverancia y la motivación para alcanzar una meta en salud, y la capacidad para mantener los comportamientos saludables.

El concepto autoeficacia ha mostrado empíricamente ser ampliamente útil en diferentes áreas de la vida individual y social, por ejemplo, en la salud, donde el entrenamiento para elevar la autoeficacia aumenta la percepción de control de las personas para seguir un tratamiento clínico, como en los casos de artritis (Garrido Martín (s/f), también ha sido útil en los procesos de eliminación de ciertas fobias, ayuda a mejorar el rendimiento escolar (González Perrusquía, 2007) y el desempeño académico (Bouffard, Bouchard, Goulet, Denoncourt y Couture, 2005), a desarrollar habilidades que les permitan a las mujeres enfrentar situaciones de violencia con la pareja (Alfaro Soriano, 2001), en la capacidad de negociación de necesidades en el terreno de la salud, como por ejemplo en la solicitud del uso del condón (Smith, McGraw, Costa y McKinlay, 1996) o como auxiliar para el estudio de las actitudes en relación con el embarazo adolescente (Calixto Camacho, 2004).

Sobra decir que la razón de la elección de esta variable está sustentada en su efectividad para cambiar comportamientos no saludables hacia conductas sanas y fomenta su mantenimiento. De acuerdo con Roca Perara (2003), la expectativa de eficacia personal es muy importante para lograr el bienestar en la salud, pues de acuerdo con su experiencia, un paciente que tiene una alta expectativa de eficacia personal acude tempranamente a buscar ayuda profesional calificada ante cualquier signo en el cuerpo que le avise una posible amenaza para la salud, es responsable en el cumplimiento de las prescripciones médicas durante el tiempo que se requiera y tendrá una postura optimista en relación con la



recuperación de su salud. Todo lo anterior no sólo favorece la adherencia terapéutica, sino que además potencian el restablecimiento de la salud; el autor es contundente al afirmar que, cuando se da el caso contrario (un paciente con una baja expectativa de eficacia personal), la persona se convierte en un potencial enemigo de su propia salud.

## **2.5. Autorregulación**

En lo que toca a la autorregulación, según Bandura (1991) ésta consiste en controlar nuestro propio comportamiento, e involucra tres mecanismos: la auto-observación de nuestras propias conductas, sus determinantes y sus efectos; hacer juicios de nuestros actos en relación con un estándar personal y circunstancias ambientales; y una auto-respuesta. Esta variable se refiere, sobre todo, al control de los impulsos y hace referencia a una capacidad inmensamente adaptativa que resulta útil a todas aquellas disciplinas que buscan promover la salud física de las personas, el bienestar psicológico, y el desempeño en el trabajo (Kuhl, Kazén y Koole, 2006). Bandura (1991) sostiene que este constructo se encuentra muy vinculado con procesos como el automonitoreo y con conceptos que afectan a la motivación para la acción como la autoeficacia; asimismo, la autorregulación al referirse a un proceso intraindividual por definición, se encuentra cada vez más relacionada de alguna manera con algunas teorías de la personalidad (Kuhl et al., 2006; Little, 2006).

La autorregulación se refiere pues a los procesos por los cuales la psique humana ejerce control sobre sus funciones, estados, y sus procesos internos; es esencial para transformar la naturaleza animal interna en un ser humano civilizado (Vohs y Baumeister, 2004). Aún cuando existen diversas definiciones del término autorregulación, el cual se asocia con auto-control, y en muchas ocasiones incluso se utilizan como conceptos intercambiables; algunos autores afirman que, una definición de autorregulación se refiere al comportamiento dirigido a una meta o a circuitos de retroalimentación, mientras que auto-control puede estar asociado específicamente con control consciente de impulsos.

Bandura (1991) es contundente al afirmar que las personas no pueden influir sobre su propia motivación si no ponen la atención adecuada sobre sus propias actuaciones, las condiciones bajo las cuales éstas ocurren, y los efectos inmediatos y distantes que producen. Así, el éxito en la autorregulación depende parcialmente de la fidelidad, la consistencia y la proximidad temporal del automonitoreo, de modo que la auto-observación juega un papel muy importante en estos dos procesos pues, aún cuando las personas realizamos un número considerable de actividades, atendemos selectivamente sólo algunos aspectos de su

funcionamiento e ignoramos aquellos que no son trascendentes para nosotros. La auto-observación, entonces, tiene al menos dos funciones importantes para la autorregulación: provee la información necesaria para establecer metas realistas y para evaluar nuestro progreso en relación con éstas.

Esto puede resultar particularmente útil para la puesta en práctica de programas de intervención dirigidos a persuadir a las mujeres en edad reproductiva de realizarse una autoexploración de senos mensual, de manera que las metas y la evaluación de los avances sirvan como factores que las motiven a hacerlo. De acuerdo con Bandura (1991), la regulación cognitiva de la motivación y la acción descansa ampliamente en un sistema anticipatorio proactivo, de ahí que puede llevar, si se implementa exitosamente, a un comportamiento sistemático y sostenido en la práctica preventiva mencionada. Como sostiene Bermúdez (2006), para alcanzar un balance entre el comportamiento y lo que se proyecta hacer, las metas autodefinidas y los estándares conductuales, las personas constantemente monitorean sus comportamientos, los contrastan con los valores, metas y estándares de conducta de referencia, y hacen los ajustes necesarios para mantener la concordancia entre el comportamiento y los valores de referencia, entre lo que se hace y lo que uno tiene intención de hacer y le gustaría realizar.

Como ya se ha comentado, este constructo está muy vinculado con los conceptos de autoeficacia y automonitoreo (Behncke, s/f), y se ha utilizado para estudiar el desempeño académico en estudiantes (Bouffard et al., 2005), el proceso de toma de decisiones complejas (Bandura y Jourden, 1991), la corrección y mejoramiento de conductas erróneas (Kurgan, 2006), la elección de carrera (Kiener, 2006), entre otras temáticas.

## **2.6. Automonitoreo**

De acuerdo con Snyder (1974; Snyder, 1987 en Kumru y Thompson, 2003), el automonitoreo describe el manejo individual de la auto-presentación, los comportamientos expresivos y las exhibiciones no verbales de afecto. El automonitoreo es, entonces, una disposición para atender a las señales sociales y ajustar el propio comportamiento al ambiente social (Snyder, 1974), y se refiere al proceso por el cual las personas ajustan su propio comportamiento para “quedar bien” ante otras personas, y ser percibidas favorablemente. Así, los individuos altos en automonitoreo regulan su auto-presentación expresiva para mantener apariencias públicas deseables, y entonces, se enfocan en la apropiación interpersonal del comportamiento social y usan las expresiones de otros en

situaciones sociales como señales para regular el self. Los individuos bajos en automonitoreo, expresan más típicamente lo que realmente piensan, sienten y creen, y tienen poco interés en regular su auto-presentación expresiva, de acuerdo con el clima social. A este respecto, Von Davier y Rost (1997) consideran que el automonitoreo es un rasgo que describe y explica las diferencias individuales en el (auto)control del comportamiento expresivo, aún cuando Snyder anotó que hay diferencias importantes en el grado en el que las personas pueden monitorear y en efecto monitorean su auto-presentación, su comportamiento expresivo y su manifestación del comportamiento no verbal.

El concepto automonitoreo fue propuesto por Mark Snyder en 1974, y distingue entre personas con un automonitoreo alto, que observan o monitorean su propio comportamiento para ajustarse a diferentes situaciones, y personas con bajo automonitoreo, cuyos comportamientos son más consistentes a través de las situaciones. La Escala de automonitoreo desarrollada por Snyder estaba basada en el supuesto de que las personas con un automonitoreo alto poseen cinco características:

1. Una alta preocupación por lo apropiado que socialmente resultan sus acciones.
2. El uso de información de comparación social.
3. Capacidad para monitorear el propio comportamiento para ajustarse a diferentes situaciones.
4. Capacidad para hacerlo (ajustarse) en situaciones específicas.
5. La variabilidad es uno de sus rasgos.

Czellar (2003) llama la atención sobre la relación entre automonitoreo y accesibilidad de las actitudes, y recupera una discusión previa sobre si es más fácil acceder a las actitudes de las personas con bajo automonitoreo, o si no hay diferencias entre esa condición y la de alto automonitoreo y es más bien que los individuos que puntúan alto en ese rasgo deliberan más en ciertas tareas de respuestas actitudinales antes de responder. Investigaciones como la de Ajzen, Timko y White (1982) muestran que las personas con automonitoreo bajo se forman juicios e intenciones que son más consistentes con sus actitudes que aquellas con un alto automonitoreo.

En 1984, el mismo Snyder publica un resumen que contiene los principios básicos de su teoría, y sostiene que el automonitoreo influye la visión que tienen los individuos de ellos mismos y de sus mundos sociales, sus comportamientos en contextos sociales, y la dinámica de sus relaciones con otras personas. Es esto justamente, y el vínculo que el constructo tiene

con la autorregulación y las actitudes que vale la pena incluirlo en el modelo de esta investigación, así se puede constatar si efectivamente lo que se encuentra en otros grupos sociales ocurre también en las mujeres mexicanas en edad reproductiva.

Entre los temas que se estudian con esa perspectiva, se puede mencionar el rol del automonitoreo en las relaciones cercanas e íntimas, la influencia del automonitoreo sobre las elecciones ocupacionales y profesionales, aplicaciones del automonitoreo a cuestiones de psicología clínica y la consejería (Snyder, 1984). Más recientemente, estudios sobre personalidad de candidatos políticos y automonitoreo (Anderson, Silvester, Cunningham-Snell y Haddleton, 1999) y otros más sobre el papel moderador del automonitoreo sobre los juicios sobre el sí mismo y la conducta (DeMarree, Petty y Wheeler, 2005), son una muestra de los trabajos desarrollados en el área.

## **2.7. Confianza en la intención**

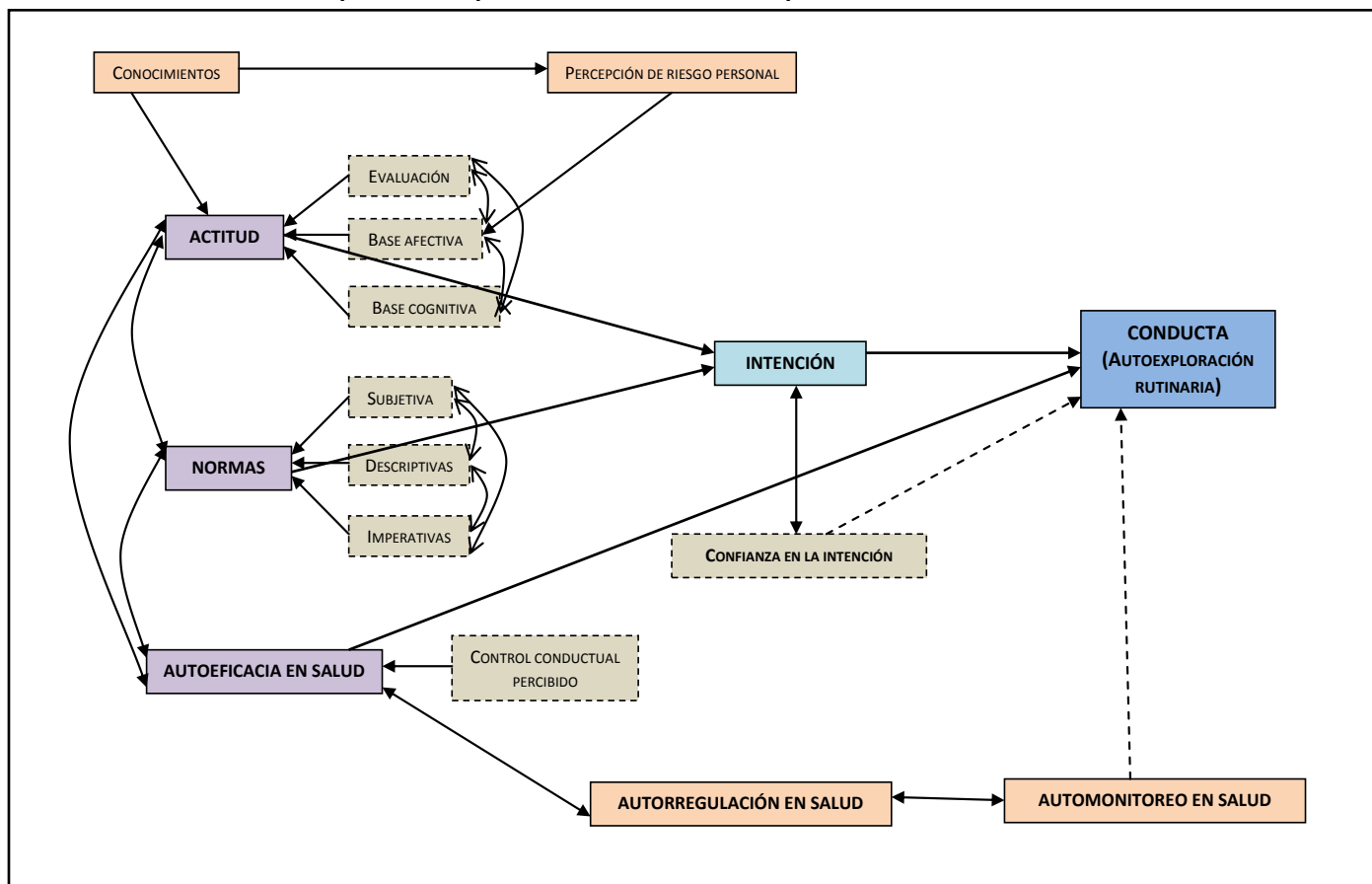
Dadas las inconsistencias que las y los autores han hecho notar en relación con la disminución del poder explicativo y predictivo de la intención sobre el comportamiento en el sentido de lo señalado por Pieters y Verplaken (1995) y otros autores, se considera necesario incluir en el modelo una variable sugerida por estos últimos autores, que es la confianza en la intención, es decir, el grado de certidumbre que tienen las personas en que realizarán la conducta objetivo. Esta variable, acuñada en el seno de los estudios sobre persuasión, parece aumentar la eficacia del impacto de los mensajes sobre las personas que se ven expuestas a los mismos, como muestran Petty, Briñol y Tormala (2002).

Dicho de otro modo, la confianza que las personas muestran para la realización de una intención propia y convertirla en conducta, es un indicador del grado de la efectividad de la persuasión, o en otro contexto, de la eficacia del cambio de actitud. Esta variable podría ser útil para determinar en qué medida el grado de confianza que la gente expresa respecto de la materialización conductual de sus propias intenciones incide en la realización de las mismas (Petty et al., 2002). Un estudio realizado en México para conocer si la variable mencionada tenía una influencia sobre la realización de lectura productiva en una muestra de adolescentes, mostró que, en efecto, la confianza en la intención era una de las variables que incidían de manera importante sobre dicho comportamiento y al mismo tiempo tuvo una correlación importante con el factor control percibido (Mújica Sarmiento, 2005). Esta variable influye, de acuerdo con los autores, directamente a la intención e indirectamente al efecto de la intención sobre la conducta y también a la conducta misma.

## 2.8. Modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos

Considerando las evidencias en relación con el funcionamiento de los modelos para el estudio de los comportamientos asociados con la salud y la enfermedad, o al menos de partes de los mismos, así como la utilidad probada de los constructos que se sugiere explorar, se propone el siguiente esquema de trabajo para la ejecución de la presente investigación:

Figura 12  
Modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos



Como se puede apreciar, se recupera al constructo actitudes, entendidas tanto como la evaluación de un objeto y también considerando una perspectiva dual de las mismas, partiendo de la idea de que no son un factor necesariamente unidimensional; las normas, por otra parte, se dividen en subjetivas y sociales (descriptivas e imperativas) para explorar tanto la dimensión personal como otra más social, y la relación que éstas pudieran tener sobre otras variables del esquema. La autoeficacia es una variable que aparece en varios de los modelos revisados, y ha probado ser útil en el estudio de los problemas vinculados con la salud (contrastándola con el control conductual percibido), y para complementarla, la autorregulación, para abarcar tanto la percepción de las capacidades personales, como la

posibilidad de planificación de acciones futuras; la intención, por otro lado sigue siendo importante en tanto que sintetizan un momento anterior a la ejecución del comportamiento, y a esta se agrega la confianza en la intención, que, de acuerdo con la literatura, aumenta el poder predictivo de dicha variable. El automonitoreo por otra parte, como la capacidad para ajustar el propio comportamiento, y que ejerce una influencia indirecta sobre la conducta.

Por último, se considera a los conocimientos como una variable previa o antecedente a algunas de los elementos centrales del modelo, que podría evidenciarse como un antecedente de las actitudes, y la percepción de riesgo general sobre el cáncer de mama, como un producto de los conocimientos sobre el tema. La percepción de riesgo personal, colocada sobre la base afectiva de las actitudes, se refiere a la consideración del peligro que puede representar para sí mismas la probabilidad de desarrollar un cáncer mamario.

## IV. MÉTODO

Probar el modelo propuesto para la investigación implicó desarrollar una serie de tareas metodológicas minuciosas que encaminaran el trabajo en dirección al objetivo que se plantea más adelante, pues las interrogantes en torno a los factores que facilitan la conducta de autoexploración de los senos en las mujeres son múltiples y de muy variada naturaleza e involucran aspectos tanto individuales como sociales y culturales. De ahí que las preguntas que guían este estudio reflejen de una o de otra manera esa complejidad, como se verá a continuación.

### 1. Preguntas de investigación

Considerando todo lo expuesto hasta aquí se plantea la siguiente pregunta general:

- ⌚ ¿Cuáles son los factores que explican la conducta rutinaria de autoexploración de los senos para detectar tempranamente el cáncer de mama en una muestra de mujeres mexicanas, considerando el modelo propuesto?

De la anterior se desprenden las siguientes preguntas específicas:

- ⌚ ¿De qué magnitud es la influencia de los conocimientos sobre el cáncer de mama de las participantes sobre su percepción de riesgo personal a padecerlo?
- ⌚ ¿Cuál de las formas de la actitud (evaluación, de base afectiva o de base cognitiva) es la que predomina sobre la intención de realizarse la autoexploración mensual de los senos?
- ⌚ ¿Se mantiene la norma subjetiva como el factor más importante para mostrar intención de autoexplorarse los senos?
- ⌚ ¿Influye en forma directa la autoeficacia en salud a la conducta rutinaria?
- ⌚ ¿Una mayor confianza en la intención aumenta la intención de autoexplorarse?
- ⌚ ¿Influye la confianza en la intención a la conducta rutinaria?
- ⌚ ¿Impacta el automonitoreo en salud a la conducta rutinaria de autoexploración de los senos?

### 2. Objetivos

El objetivo general de esta investigación fue probar el funcionamiento del *modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos*, con el fin de identificar

los factores que influyen sobre la realización de la conducta rutinaria de autoexploración de senos para la detección oportuna del cáncer mamario en mujeres mexicanas.

### Objetivos específicos:

1. Conocer el efecto de la percepción de riesgo personal sobre las actitudes ambivalentes de base afectiva hacia la realización de la autoexploración de los senos.
2. Determinar el efecto de las actitudes ambivalentes de base afectiva y el de las de base cognitiva sobre la intención de realizarse la autoexploración de los senos.
3. Conocer el impacto que las normas subjetiva, descriptivas e imperativas tienen sobre la conducta.
4. Conocer la magnitud de la relación entre la autoeficacia en salud y la autorregulación sobre la salud.
5. Conocer la magnitud del efecto de la confianza en la intención sobre la intención.
6. Conocer el efecto de la intención sobre la conducta rutinaria de autoexploración de los senos.
7. Conocer la relación entre la ejecución de la conducta y el automonitoreo.

### 3. Definición de variables:

En la Tabla 3 se presentan las definiciones conceptuales y operacionales de las variables contenidas en el modelo a utilizar en esta investigación:

**Tabla 3**  
**Definición conceptual y operacional de las variables utilizadas en el estudio**

#### Dependientes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
<b>Intención</b>	Es la representación cognitiva de la prontitud con que una persona puede llevar a cabo un comportamiento (Ajzen, 2002a).	Es la expresión del propósito de realizarse el autoexamen de los senos en el mes siguiente al momento de la investigación.
<b>Conducta (autoexploración rutinaria)</b>	Es la respuesta manifiesta observable en una situación dada respecto de un blanco determinado (Ajzen, 2002a).	Es la realización del autoexamen de senos en forma periódica y consistente: cada mes, cada dos meses o más, o cada año.

#### Independientes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
<b>Actitud (como evaluación)</b>	Es el grado en que la ejecución de un comportamiento es evaluada positiva o negativamente, favorable o desfavorablemente (Ajzen, 1991, 2002a).	Es la valoración en sentido positivo o negativo de la acción de revisarse los senos una vez al mes.
<b>Actitud ambivalente de base afectiva</b>	Es la valencia sumada de emociones y de sensaciones específicas que se asocian al objeto de actitud (Crites et al., 1994).	Es la consideración de que la autoexploración de los senos les provoca una determinada emoción, haciéndolas sentir tensas, tristes,



		animadas, etc.
<b>Actitud ambivalente de base cognitiva</b>	Es la evaluación sumaria de un objeto a lo largo de una dimensión que va de positivo a negativo, y que además no tiene implicaciones emocionales (Crites et al., 1994).	Es la consideración de que la autoexploración de los senos es agradable, útil, adecuada, etc.
<b>Norma subjetiva</b>	Es la presión social que se percibe ejercen las personas significativas para los individuos para efectuar o no una conducta (Ajzen, 2002a).	Es lo que piensan las mujeres que dirían o pensarían sus parejas, sus amigas y su familia, si tuvieran conocimiento de que ellas se autoexploran los senos.
<b>Normas descriptivas</b>	Es una regla que refleja lo que hace la mayoría de las personas en una situación determinada (Cialdini et al., 1990).	Es la expresión de que van a hacer algo porque los demás lo hacen (explorarse los senos porque otras mujeres se exploran).
<b>Normas imperativas</b>	Es una prescripción social o legal que muestra a los individuos lo que deben hacer en una situación determinada (Cialdini et al., 1990).	Es proponerse hacer algo porque hay una ley –implícita o explícita- que dicta cuál es el comportamiento a realizar y porque hay una sanción en caso de no acatarla.
<b>Control conductual percibido</b>	Es la facilidad o dificultad percibida para efectuar la conducta, así como los obstáculos o impedimentos para ejecutarla (Ajzen, 1991).	Es la percepción de que la ejecución de un comportamiento depende de la capacidad y la habilidad que se tiene para efectuarla.
<b>Autoeficacia en salud</b>	Es un juicio de capacidad para llevar a cabo una conducta con el propósito de conseguir un fin relacionado con la salud (Bandura, 2004).	Es la percepción de que se puede o se es capaz de hacer algo para cuidar su propia salud, por ejemplo, autoexplorarse los senos para detectar tempranamente el cáncer de mama.
<b>Autorregulación en salud<sup>1</sup></b>	Consiste en controlar el propio comportamiento para dirigirlo a una meta relacionada con la salud, a través de la auto-observación de las propias conductas, incluyendo la previsión de sus consecuencias futuras (Bandura, 1991).	Es la planificación de lo que se va a hacer para cuidar a la salud, por ejemplo revisarse los senos con un fin anticipatorio, como detectar en forma temprana el cáncer de mama.
<b>Automonitoreo sobre la salud</b>	Es la disposición para atender a las señales sociales y ajustar el propio comportamiento al ambiente social (Snyder, 1974), en relación con la salud.	Es la forma como las personas piensan constantemente sobre lo que deben hacer para agradar y quedar bien con los demás, por ejemplo al autoexplorar sus senos.
<b>Confianza en la intención</b>	Es el grado de certidumbre que tienen las personas en que realizarán una conducta (Petty et al, 2002).	Es la probabilidad que estiman las mujeres que tienen de realizar la autoexploración, medida en una escala de 0 a 100.
<b>Percepción de riesgo personal de desarrollar cáncer de mama</b>	Es la representación cognoscitiva que tienen las mujeres sobre la probabilidad que tienen ellas mismas de desarrollar cáncer de mama.	Es la probabilidad, entre 0 y 100 que estiman las mujeres que tienen de padecer ellas mismas cáncer mamario.
<b>Conocimiento sobre la autoexploración de los senos</b>	Es todo aquel saber que tienen las mujeres en relación con la manera correcta de realizarse la autoexploración de los senos.	Es la calificación obtenida por las mujeres en las respuestas dadas a la pregunta abierta que indaga la manera correcta de realizarse una autoexploración de senos, en una escala de 0 a 100 puntos.

### Moderadoras

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
<b>Antecedentes familiares y personales</b>	Son las referencias en la historia familiar a las mujeres con parentesco cercano que hubieran padecido cáncer de seno, así como la información sobre sí mismas como pacientes con ese padecimiento.	Son los datos proporcionados por las participantes en relación consigo mismas y con las mujeres de su familia en caso de haber padecido cáncer de seno.

<sup>1</sup> Esta variable se dividió en dos factores después de los análisis psicométricos de las escalas, y así son reportados en los resultados del estudio.

<b>Nivel escolar</b>	Es el grado de avance escolar alcanzado por las participantes.	Es el dato del último grado escolar cursado, independientemente de si se concluyó o no.
<b>Edad</b>	Los años cumplidos al momento de la aplicación del cuestionario.	Es la respuesta proporcionada por las participantes a la pregunta ¿cuál es su edad en años cumplidos?

#### 4. Hipótesis

Con los elementos ya expuestos podemos suponer que el *modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos* es adecuado para conocer los factores que influyen sobre la realización de una autoexploración de los senos para detectar tempranamente el cáncer de mama.

##### Hipótesis particulares

- H<sub>1</sub> La percepción del riesgo personal influye a las actitudes ambivalentes de base afectiva.
- H<sub>2</sub> Las actitudes ambivalentes de base afectiva y cognitiva tienen un efecto mayor sobre la intención de realizarse la autoexploración, que las actitudes como evaluación.
- H<sub>3</sub> La norma subjetiva ejerce una influencia mayor que las normas descriptivas e imperativas sobre la conducta rutinaria de autoexploración de los senos.
- H<sub>4</sub> La autoeficacia en salud está relacionada positivamente con la autorregulación sobre la salud.
- H<sub>5</sub> La confianza en la intención se relaciona positivamente con la intención.
- H<sub>6</sub> La confianza en la intención aumenta la probabilidad de que las mujeres se realicen la autoexploración.
- H<sub>7</sub> La intención de realizarse la autoexploración de los senos es el mejor predictor de la conducta rutinaria de autoexploración.
- H<sub>8</sub> El automonitoreo sobre la salud influye a la ejecución de la conducta rutinaria de autoexploración.

#### 5. Muestra

467 mujeres entre 18 y 65 años, residentes de la Ciudad de México y los municipios conurbados, elegidas de manera intencional no representativa; el promedio de edad de las mujeres de la muestra fue de 31.1 años (DE=11.4).

## **6. Instrumento**

Se desarrolló la *Escala de factores asociados con el cáncer de mama en mujeres mexicanas*, con 81 reactivos que consta de las siguientes subescalas y secciones: actitudes como evaluación, actitudes ambivalentes de base afectiva, actitudes afectivas de base cognitiva, norma subjetiva, normas descriptivas, normas imperativas, control conductual percibido, autoeficacia en salud, autorregulación orientada a la detección de tumores, autorregulación orientada a la planificación y conductas de tratamiento, automonitoreo sobre la salud, intención de realizarse la autoexploración durante el siguiente mes, confianza en la intención y percepción de riesgo personal. Asimismo, contenía secciones que exploraban los conocimientos sobre la manera correcta de realizarse una autoexploración, antecedentes familiares y personales sobre cáncer de mama, y la frecuencia con que ellas mismas se revisaban los senos. Finalmente se solicitaron algunos datos sociodemográficos para caracterizar a la muestra y para separarla en grupos susceptibles de ser comparables.

En el apartado 1.7 del capítulo de resultados se ofrecen mayores detalles sobre las características del instrumento.

## **7. Procedimiento**

Se estableció contacto con las mujeres en escuelas, oficinas, hospitales, parques, centros comerciales, etc., de la Ciudad de México y regiones aledañas del estado de México y, una vez ubicadas las posibles participantes, se les explicó el objetivo de la investigación y se les invitó a colaborar en forma voluntaria, garantizando la confidencialidad de su información. De ser necesario, las preguntas les fueron leídas y sus respuestas registradas en los cuestionarios por un encuestador o encuestadora. Al finalizar, se agradeció a las personas su participación. Esta aplicación se realizó entre los meses de agosto y septiembre del año 2007.

## **8. Análisis**

La información obtenida fue sometida en primer lugar, a un análisis de frecuencias para la discriminación y validación de los reactivos. A continuación se corrieron análisis descriptivos para conocer la forma de la distribución de las respuestas antes de someter las variables a otros procedimientos. Los análisis de correlación por otro lado, proporcionaron una visión de las relaciones entre las variables en distintos momentos del procesamiento de los datos. A

continuación, el análisis factorial permitió reducir el conjunto total de las variables a un número menor de dimensiones, y para el análisis de confiabilidad correspondiente se aplicó la fórmula alfa de Cronbach. Las comparaciones de los promedios entre grupos se realizó a través de la prueba t de Student en el caso de dos grupos, y empleando el análisis de varianza de una vía (ANOVA one-way) cuando hubo más de dos categorías. Por último, se recurrió al análisis de trayectorias con la utilización de regresiones lineales y logísticas para evaluar la estructura y el funcionamiento del modelo de la investigación.

## V. RESULTADOS

En este capítulo se describen los principales resultados obtenidos de los diferentes análisis realizados con la información recabada en la fase de trabajo de campo. La presentación de tales hallazgos se divide en dos secciones, una que se refiere a quiénes eran las mujeres que participaron en esta investigación, y otra que expone los resultados de los análisis de regresión y su organización en modelos sintéticos que dilucidan cuáles son los factores que afectan a la intención y a la conducta vinculadas a la detección temprana de tumores en los senos.

### 1. Descripción de la muestra

En esta primera parte se consideran aquellos atributos de las participantes que resultan interesantes para caracterizarlas como conjunto, tanto en lo que se refiere a sus cualidades personales, como a factores relacionados con el tema de estudio, como los antecedentes familiares relacionados con el cáncer de mama, o la percepción de riesgo, así como sus comportamientos orientados a la detección temprana de tumores.

#### 1.1. Características sociodemográficas<sup>1</sup>

Ya en el método se describió la distribución de la muestra considerando su edad. Con esa información se formaron dos grupos, considerando el valor de la Mediana (28), mismos que se organizaron de la siguiente manera: 18 a 28 años, 54.2% (n=253); 29 a 65 años, 45.8% (n=214).

Una vez organizada la información de la edad, se revisó la correspondiente a la escolaridad de las participantes, es decir el máximo nivel alcanzado, entendido como aquel que habían terminado o en el que habían hecho al menos algunos cursos, independientemente de si se obtuvo el diploma correspondiente o no, y que iba desde la primaria hasta el posgrado. Para fines prácticos, se organizaron dos grupos: en el primero de

---

<sup>1</sup> Además de lo ya reportado, se obtuvo la siguiente información:

- Estado civil: solteras o divorciadas, 52.2% (n=242); casadas o unidas, 45.7% (n=212); viudas, 1.5% (n=7); y en alguna otra condición, 0.6% (n=3).
- Empleo remunerado: 55.3% (n=256) reportó contar con un empleo pagado, y el 44.7% (n=207), no.
- Hijos o hijas: 242 (51.8%) tenían descendencia; en promedio reportaron 2 hijas/os, 1 mínimo y 7 máximo.
- Principales actividades a las que se dedicaban: 27.4% (n=116) estudiantes, 19% (n=80) empleadas, 16% (n=67) trabajo en empresa, 15.2% (n=64) hogar, y 14.2% (n=60) docentes.
- Religión: católica (75.8; n=351), 13.4% (n=62) ninguna, 6.5% (n=30) cristianas, 4.1% protestantes (n=19), entre las más importantes.

ellos se concentró a los niveles primaria, secundaria y preparatoria/bachillerato y estudios técnicos; en la segunda categoría fueron incluidas aquellas mujeres que habían cursado una licenciatura o un posgrado; los cuatro casos de las participantes sin instrucción y los siete que no proporcionaron el dato correspondiente fueron excluidos de esta clasificación. La distribución de los grupos mencionados se muestra en la Tabla 4:

**Tabla 4**  
**Escolaridad de las participantes**

<b>Máximo nivel escolar alcanzado</b>	<b>Porcentajes</b>
Básica o media	55.3% (n=252)
Superior	44.7% (n=204)

Casos perdidos: 11.

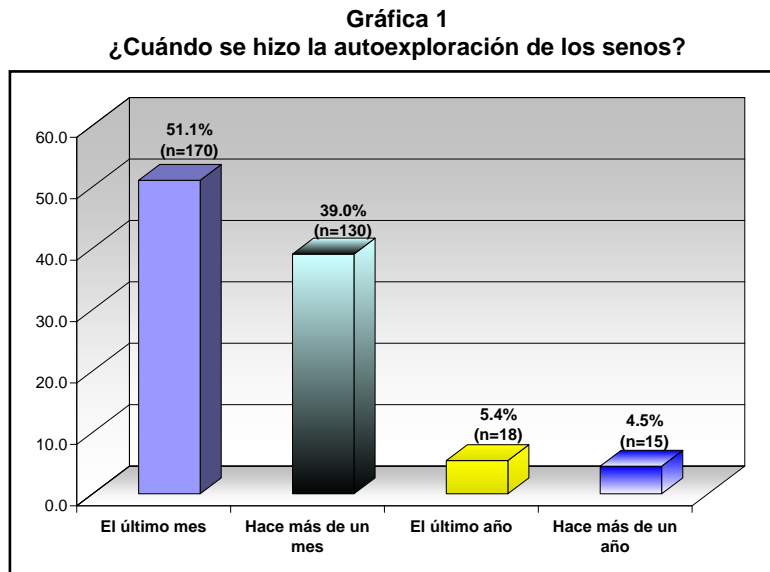
### **1. 2. Antecedentes familiares y relación con personas con cáncer de mama**

Considerando que uno de los factores que sensibiliza a las mujeres acerca de su riesgo personal ante el cáncer de mama, es el hecho de que cuenten en su historia familiar con algún antecedente, se exploró su posible contacto directo o cercano con personas que lo hubieran desarrollado. En primer lugar, se le preguntó a las participantes si conocían a alguna persona (con o sin parentesco con ellas) que hubiera padecido cáncer mamario o lo sufriera en el momento de la entrevista, a lo que el 34.4% (n=157) contestó afirmativamente, mientras el 65.6% (n=299) negó conocer a alguien en esa circunstancia. El tipo de relación que mantenían con las personas conocidas que habían tenido cáncer de mama eran principalmente amigas (40.6%, n=63), familiares lejanas (34.8%, n=54), conocidas o vecinas (24.5%, n=38).

De las 467 mujeres encuestadas, 47 (10%) reconocieron que una mujer de su familia hubiera padecido alguna vez cáncer de mama. Los parentescos mencionados con mayor frecuencia fueron: una tía materna en primer grado (n=27), una prima en línea materna (n=10), la abuela materna (n=5), una hermana (n=3) y la mamá (n=2). Respecto de sí mismas, sólo dos dijeron que alguna vez les había sido detectado cáncer en una de las mamas, y 32 más mencionaron haber tenido quistes o tumores benignos; de éstas, 24 los detectaron mediante la autoexploración, 6 más porque se hicieron una mamografía y 2 porque recibieron una sugerencia de un médico o enfermera para hacerse estudios clínicos.

### 1.3. Prácticas de detección temprana

Para conocer los hábitos de autoexploración de las mujeres, se les preguntó si alguna vez se habían hecho ellas mismas una autoexploración, a lo que el 82.8% (n=381) dijo que sí, y 17.2% (n=79) que no. De estas 381 mujeres, un 89.8% (n=325) aceptaron haber vuelto a hacerse una autoexploración, mientras que las 37 restantes (10.2%) dijeron no haberlo hecho; la última vez que habían revisado sus senos sucedió principalmente en los meses previos a la aplicación de la encuesta, pero hubo algunas que habían dejado pasar más tiempo, como se puede apreciar en la gráfica 1:

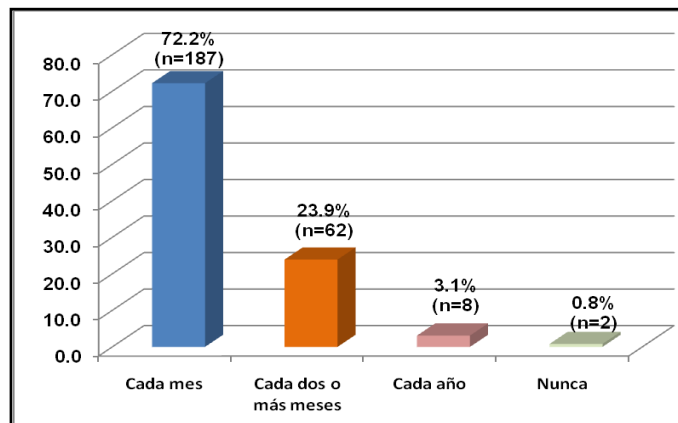


Casos perdidos: 48.

Esta práctica, sin embargo, no era constante en todos los casos, pues a la pregunta de si se autoexploraban en forma rutinaria, de las mujeres que dijeron revisarse, el 71.2% (n=259) aceptó que lo hacía en forma habitual, y el 28.8% (n=105) restante dijo que no, datos que constituyeron la variable dependiente de este estudio (se autoexplora rutinariamente los senos si/no)<sup>2</sup>. La exploración rutinaria la efectuaban con la siguiente frecuencia (ver gráfica 2):

<sup>2</sup> En la exploración de las opciones para generar un indicador de las prácticas rutinarias de la autoexploración, se intentó transformar esta variable en otra distinta que ofreciera una distribución por rangos de tiempo para emplearla en los posteriores análisis de regresión lineal como el factor de salida final. Los resultados de ese ejercicio no fueron útiles, sin embargo, pues los cuatro rangos obtenidos (nunca, cada mes, cada dos o más meses y cada año) se distribuyeron más o menos uniformemente, pero al ejecutar los análisis, éstos no llegaban a arrojar modelos que se ajustaran adecuadamente, o incluso no los generaban. Por esta razón, se decidió seguir adelante con la variable dicotómica.

**Gráfica 2**  
**¿Cada cuánto tiempo se realiza la autoexploración de los senos?**



Resulta interesante que una proporción importante de las 259 mujeres dijeron revisarse los senos cada mes, pues esto parece confirmar lo que ya se ha dicho sobre la penetración de la publicidad en la atención de las mujeres mexicanas.

#### **1.4. Conocimientos sobre el cáncer de mama y factores de riesgo**

A pesar de la gran publicidad que se ha dado en los últimos años a las campañas para detectar tempranamente el cáncer de mama, esta información, aún cuando ha alcanzado ya a las mujeres en edad reproductiva, no parece haber penetrado suficientemente su conocimiento; la que si lo ha logrado, sin embargo, parece haber tenido un impacto positivo, pues las participantes fueron capaces de reconocer la mayoría de los síntomas que pueden indicar cáncer mamario o que constituyen motivos para consultar en forma urgente a un médico<sup>3</sup>.

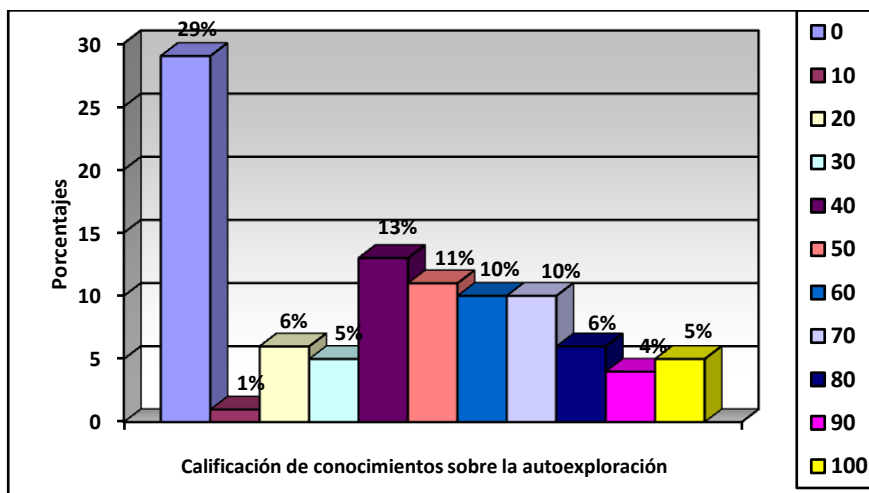
Al ponderar las respuestas dadas a la pregunta en la que se les pidió que describieran la forma correcta de realizarse una autoexploración, en una escala de 0 a 100, se otorgó la calificación mínima a un desconocimiento total admitido por las participantes en relación con el tema, mientras que la máxima reflejaba que podían detallar el procedimiento de una manera precisa. Un análisis descriptivo de estas calificaciones numéricas arrojó una  $M=40.1$  ( $DE=31.9$ ), lo que refleja un conocimiento escaso por parte de las mujeres de la muestra. Al organizar dicha información en categorías de calificación de 10 puntos, un análisis de

<sup>3</sup> Por ejemplo, edad mayor a los 40 años, no haber tenido hijas o hijos, no haber amamantado nunca, ser fumadora, en lo que respecta a probables síntomas; y signos a tomar en cuenta para acudir en forma urgente al médico, tales como la aparición de secreciones líquidas en periodos no relacionados con el amamantamiento, alteraciones de tamaño y forma o cambio de color en los senos, entre otros. Sólo se hace referencia a esta información en forma general, por no ser una variable que fuera útil para el resto de los análisis.



frecuencias mostró que un porcentaje mayor correspondió a un conocimiento nulo sobre el procedimiento (29%; n=110), seguido de una puntuación de 40 (13%; n=49), la calificación de 50 (11%; n=42), 60 y 70 (10%; n=38, en ambos casos); como puede apreciarse en la gráfica 3, sólo el 5% de las participantes (n=18) obtuvo el máximo puntaje de conocimientos.

**Gráfica 3**  
Frecuencias de los conocimientos sobre la autoexploración



Las estadísticas descriptivas de estos puntajes permitieron separar a las mujeres de la muestra en dos grupos, de acuerdo con su grado de conocimientos sobre la manera correcta de realizarse una autoexploración de senos, tomando como punto de corte el valor al percentil 50, obtuvimos un conjunto con puntajes ausentes o bajos y otro con calificaciones medias o altas (ver tabla 5):

**Tabla 5**  
Conocimientos de las participantes sobre la forma correcta de autoexplorarse los senos

Calificación	Porcentajes
Ausente o baja (0 a 40 puntos)	44.1% (n=206)
Media o alta (41 a 100 puntos)	55.9% (n=261)

Al comparar los promedios obtenidos por grupos de edad y por nivel de escolaridad en relación con su grado de conocimiento, se obtuvieron los siguientes valores al aplicar una prueba t de Student (ver tabla 6):

**Tabla 6**  
**Comparación de promedios de la calificación de conocimientos sobre la manera correcta de explorarse los senos por edad y nivel escolar**

Variable	Grupos	N	Media	DE	gl	t
Edad	18 a 28 años	220	38.4	32.6	381	-1.227
	29 a 65 años	163	42.4	30.9		
Nivel escolar	Básica o media	204	37.5	31.1	372	-1.967
	Superior	170	44	32.6		

Como puede observarse en la tabla 6, a pesar de ser mayor la media de los conocimientos sobre la autoexploración de las mujeres de 29 años y mayores, la diferencia con el promedio del grupo de las más jóvenes no resulta significativa en términos estadísticos. Por otro lado, las mujeres del grupo con escolaridad de nivel superior (licenciatura y posgrado) obtuvieron también un promedio más alto que aquellas con educación básica o media; en este caso, la diferencia entre las medias tampoco resultó estadísticamente significativa.

### 1.5. Percepción de riesgo

En el instrumento se incluyó una pregunta en las que se solicitó a las mujeres que estimaran, en una escala de 0 a 100, qué tanto riesgo tenían ellas mismas de desarrollar cáncer en las mamas. El promedio de la magnitud del riesgo percibido fue de 54 puntos (DE=26), es decir que ponderan en un nivel medio la probabilidad de padecer este tipo de cáncer, lo cual parece estar reflejando la incorporación de la información que ha sido diseminada por los medios masivos de comunicación en relación con el cáncer de mama.

Una comparación por grupos de los promedios en esta variable no reveló diferencias estadísticamente significativas entre éstos en ningún caso, aunque si se observó una percepción de riesgo distinta en cada uno de ellos, como se puede apreciar en la tabla 7:

**Tabla 7**  
**Comparación de promedios de la percepción del riesgo personal por edad, nivel escolar y nivel de conocimientos**

Variable	Grupos	N	Media	DE	gl	t
Edad	18 a 28 años	229	52.6	26.5	387	-1.198
	29 a 65 años	160	55.9	25.3		
Nivel escolar	Básica o media	193	55.3	26.7	379	.857
	Superior	188	53	24.9		
Nivel de conocimientos	Ausente o bajo	173	52.7	26.6	387	-.875
	Medio o alto	216	55	25.5		

Ahora bien, la tabla muestra que, aún cuando la diferencia entre los promedios de los grupos por edad no es suficiente como para considerarla significativa, si podemos observar una tendencia interesante: en términos generales, las mujeres cercanas a los 30 años de edad y mayores perciben un riesgo también mayor de padecer cáncer de mama<sup>4</sup>; llama la atención que, en lo que respecta al nivel educativo, sean las mujeres con educación media o un nivel menor, quienes tienen una percepción ligeramente mayor<sup>5</sup>; en lo que respecta a las dos categorías del nivel de conocimientos, las medias entre los grupos mostraron que las que no tenían idea de cómo autoexplorarse o bien tenían conocimientos bajos, también se percibían en un riesgo menor, mientras que aquellas que habían obtenido más de 40 puntos en conocimientos o más, tenían una percepción de riesgo algo mayor, sin llegar a ser significativa.

### **1.6. Confianza en la intención**

Un análisis descriptivo de la certidumbre de las participantes en relación con el propósito de realizarse la autoexploración de los senos arrojó una media de 5.6 (DE=1.4), lo que refleja que estaban confiadas en que lo harían. Los análisis de comparación de medias entre los grupos de referencia (edad, nivel escolar y nivel socioeconómico) resultaron muy similares y, en consecuencia, no mostraron diferencias estadísticamente significativas en este rubro.

### **1.7. Comportamiento estadístico de las escalas**

En la tabla 8 se presenta una síntesis sobre las características de cada una de las dimensiones incluidas en la *Escala de factores asociados con el cáncer de mama en mujeres mexicanas*, así como los resultados de la validación y un ejemplo del tipo de reactivos que se elaboraron en cada caso. En el anexo 2, que se encuentra al final del documento, se presenta la descripción detallada del procedimiento de validación de cada una de las escalas mediante el análisis de factores de primer orden, y el análisis de confiabilidad aplicando la fórmula alfa de Cronbach. Aquí sólo mencionaremos que todas tuvieron valores mayores a .70, exceptuando únicamente a las de normas descriptivas (alfa=.61), normas imperativas

---

<sup>4</sup> En un análisis descriptivo considerando estas mismas variables, se confirma la tendencia descrita: las mujeres de menor edad tenían una percepción menor, y las de mayor edad, se percibían a sí mismas en un riesgo mayor de desarrollar cáncer de mama.

<sup>5</sup> Del mismo modo que en el caso anterior, un análisis descriptivo considerando las categorías de escolaridad desagregadas mostró que las mujeres con una percepción de riesgo más alta fueron las que declararon no haber asistido a la escuela, y los puntajes descendían conforme aumentaba el nivel escolar, siendo las participantes con un nivel medio, las que obtuvieron el promedio más bajo.

(alfa=.57) y autorregulación orientada a la planificación y conductas de tratamiento (alfa=.62); a pesar de estos valores bajos, se decidió conservar los factores por razones teóricas.

**Tabla 8**

**Dimensiones de la Escala de factores asociados con el cáncer de mama en mujeres mexicanas, y comportamiento estadístico**

Escala	Reactivos	Tipo de medición	Ejemplo de reactivos	Alfa de Cronbach
1. Actitudes como evaluación	9	* Likert, de 5 puntos (1=TD a 5=TA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>No es molesto autoexplorarse los senos.</li> <li>Es conveniente hacerse la autoexploración de los senos.</li> </ul>	.73
2. Actitud ambivalente de base afectiva	8	* Diferencial semántico, con 7 intervalos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hacerme el autoexamen de senos para prevenir el cáncer de mama me hace sentir: disgustada-a gusto, abatida-animada, triste-alegre...</li> </ul>	.90
3. Actitud ambivalente de base cognitiva	7	* Diferencial semántico, con 7 intervalos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hacerme el autoexamen de senos para prevenir el cáncer de mama me parece: malo-bueno, negativo-positivo, inútil-útil...</li> </ul>	.89
4. Norma subjetiva	5	* Likert, de 5 puntos (1=TD a 5=TA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mis mejores amigas aprobarían que me autoexploro los senos.</li> <li>Mi pareja vería bien que me autoexploro los senos.</li> </ul>	.75
5. Normas descriptivas	5	* Likert, de 5 puntos (1=TD a 5=TA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todas las mujeres deben revisarse los senos.</li> <li>Yo debería poner el ejemplo a otras mujeres y hacerme una autoexploración una vez al mes.</li> </ul>	.61
6. Normas imperativas	3	* Likert, de 5 puntos (1=TD a 5=TA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>El cáncer de mama es un castigo de la vida para las mujeres que no se revisan una vez al mes.</li> </ul>	.57
7. Control conductual percibido	7	* Likert, de 5 puntos (1=TD a 5=TA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depende de mí realizarme la autoexploración de los senos.</li> </ul>	.74
8. Autoeficacia en salud	6	* Probabilidad estimada en una escala entre 0 y 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puedo decidir cuándo realizarme la autoexploración de los senos.</li> </ul>	.90
9. Autorregulación orientada a la detección de tumores	4	* Likert, de 5 puntos (1=TD a 5=TA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ya es tiempo de que me haga un autoexamen de senos para saber si tengo bolitas o tumores.</li> </ul>	.75
10. Autorregulación orientada a la planificación y conductas de tratamiento	4	* Likert, de 5 puntos (1=TD a 5=TA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Será mejor que marque en un calendario los días de cada mes en que debo hacerme la autoexploración de los senos.</li> </ul>	.62
11. Automonitoreo sobre la salud	3	* Likert, de 5 puntos (1=TD a 5=TA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Siempre estoy pendiente de lo que hacen las otras personas para cuidar su salud y procuro imitarlas.</li> </ul>	.73
12. Intención	4	* Likert, de 5 puntos (1=TD a 5=TA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voy a hacerme la autoexploración de los senos el próximo mes.</li> <li>Trataré de hacerme la autoexploración de los senos el próximo mes.</li> </ul>	.79
13. Confianza en la intención	1	* Likert, de 7 puntos (1=Totalmente confiada a 7=Nada confiada)	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué tan confiada se siente en este momento de realizarse la autoexploración de los senos a partir del próximo mes para prevenir el cáncer de mama?</li> </ul>	NA
14. Percepción de riesgo personal	1	* Probabilidad estimada en una escala entre 0 y 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>En una escala de 0 a 100, ¿qué tan probable es que usted desarrolle cáncer de mama si no se autoexplora los senos?</li> </ul>	NA
15. Conducta	5	* 3 preguntas bivariadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Alguna vez se ha hecho usted misma una</li> </ul>	NA

		* 2 preguntas de elección múltiple sobre la periodicidad	autoexploración de senos? • ¿Cada cuánto tiempo se realiza la autoexploración de senos?	
16. Conocimientos sobre la autoexploración	2	* 2 preguntas abiertas	• ¿Cuál es la manera correcta de hacerse la autoexploración de los senos? Describa el procedimiento.	NA
17. Antecedentes familiares y personales sobre cáncer de mama	6	* 2 preguntas de elección múltiple * 3 preguntas bivariadas * 1 pregunta abierta	• Entre las mujeres de su familia ¿hay alguna que haya padecido o padezca actualmente cáncer de mama? • Ha padecido usted alguna vez cáncer en alguna de las mamas?	NA
18. Datos sociodemográficos	3	* 2 preguntas abiertas * 1 pregunta bivariada	• ¿Cuál es su edad en años cumplidos? • ¿Hasta qué grado escolar estudió? • ¿Trabaja fuera de casa?	NA

## 2. Resultados obtenidos mediante la aplicación del modelo

Una vez validadas las escalas, los datos fueron sometidos a una serie de análisis orientados a la prueba de las hipótesis planteadas para este estudio, a la prueba de las relaciones planteadas en el modelo general, y a la búsqueda de las configuraciones específicas que pudieran resultar al comparar los grupos de edad, por nivel educativo y por grado de conocimientos acerca de la autoexploración.

### 2.1. Análisis de correlación entre los factores

Los análisis de correlación bivariada producto-momento de Pearson realizados, ofrecen una visión interesante sobre las relaciones entre los factores. Los resultados se presentan en la tabla 9, que se ubica al final de la descripción de todas las correlaciones, mismas que han sido separadas en cuatro bloques para facilitar su lectura.

#### 2.1.1. Actitudes, normas, control, intención y confianza en la intención

Las actitudes como evaluación correlacionaron positivamente y en forma significativa con el control conductual percibido ( $r=.676$ ;  $p<.01$ ), con las normas descriptivas ( $r=.607$ ;  $p<.01$ ), con la norma subjetiva ( $r=.371$ ;  $p<.01$ ), con la intención ( $r=.369$ ;  $p<.01$ ) y con las actitudes ambivalentes afectivas ( $r=.259$ ;  $p<.01$ ); en cambio, con las normas imperativas ( $r=-.363$ ;  $p<.01$ ), y con las actitudes ambivalentes afectivas ( $r=-.260$ ;  $p<.01$ ) la correlación fue baja, y negativa. En lo que toca a la norma subjetiva, los coeficientes de correlación producto-momento de Pearson muestran una relación positiva, fuerte y significativa con las normas descriptivas ( $r=.599$ ;  $p<.01$ ), con la intención ( $r=.447$ ;  $p<.01$ ), con el control conductual percibido ( $r=.444$ ;  $p<.01$ ) y con las actitudes ambivalentes afectivas ( $r=.214$ ;  $p<.01$ ), aún

cuando en este último caso, el valor fue menor; una correlación negativa se encontró con las actitudes ambivalentes cognitivas ( $r=-.257$ ;  $p<.01$ ), y con las normas imperativas, la relación fue prácticamente inexistente.

El control conductual percibido por otra parte, se relacionó en forma positiva con las normas descriptivas ( $r=.562$ ;  $p<.01$ ), con la intención de realizarse una autoexploración ( $r=.369$ ;  $p<.01$ ) y con las actitudes ambivalentes de base afectiva ( $r=.322$ ;  $p<.01$ ); la relación fue negativa con las normas imperativas ( $r=-.344$ ;  $p<.01$ ) y con las actitudes ambivalentes de base cognitiva ( $r=-.329$ ;  $p<.01$ ). La intención correlacionó positivamente con las normas descriptivas ( $r=.458$ ;  $p<.01$ ) y con las actitudes ambivalentes afectivas ( $r=.175$ ;  $p<.01$ ), y tuvo una relación negativa y débil con las actitudes ambivalentes cognitivas ( $r=-.184$ ;  $p<.01$ ); llama la atención aquí que las intenciones no tuvieran relación con las normas imperativas.

Las normas descriptivas correlacionaron positivamente con las actitudes ambivalentes afectivas ( $r=.306$ ;  $p<.01$ ), y negativamente con las actitudes ambivalentes cognitivas ( $r=-.342$ ;  $p<.01$ ). Las normas imperativas sólo correlacionaron –además de con los factores en los que ya se mencionó– con las actitudes ambivalentes cognitivas ( $r=.105$ ;  $p<.01$ ), aunque con un valor muy bajo. Por último, las actitudes ambivalentes afectivas correlacionaron negativamente con las actitudes ambivalentes cognitivas ( $r=-.250$ ;  $p<.01$ ). La confianza en la intención tuvo relación positiva con algunos factores tales como la autoeficacia en salud ( $r=.217$ ;  $p<.01$ ), y negativa con las actitudes ambivalentes cognitivas ( $r=-.204$ ;  $p<.01$ ); aún cuando estas dos correlaciones no fueron muy altas, fueron las más importantes, y resultaron significativas en términos estadísticos. Con el resto de las variables, el vínculo fue muy bajo o bien inexistente.

### **2.1.2. Autorregulación, automonitoreo en salud y autoeficacia en salud**

La autorregulación orientada a la detección temprana de tumores correlacionó en forma positiva y en una magnitud media tendiendo a alta con la autorregulación relativa a la planificación y conductas de tratamiento ( $r=.510$ ;  $p<.01$ ); también se aprecia una relación baja y positiva con la autoeficacia en salud, y con los demás factores, se obtuvieron valores bajos y negativos. La autorregulación orientada a la planificación y conductas de tratamiento tuvo relaciones positivas y significativas aunque bajas con los dos factores de la autoeficacia, y valores negativos pero bajos aunque significativos con el automonitoreo en salud.

El automonitoreo en salud correlacionó positivamente sólo con las actitudes ambivalentes cognitivas ( $r=.287$ ;  $p<.01$ ) y con las normas imperativas ( $r=.218$ ;  $p<.01$ ); con el resto de las variables, la relación fue negativa, destacando la encontrada con el control conductual percibido ( $r=-.307$ ;  $p<.01$ ), con las actitudes como evaluación ( $r=-.264$ ;  $p<.01$ ), y con la autoeficacia en salud ( $r=-.206$ ;  $p<.01$ ). Finalmente, la autoeficacia en salud correlacionó positivamente con el control conductual percibido ( $r=.283$ ;  $p<.01$ ) y negativamente con las actitudes ambivalentes cognitivas ( $r=-.304$ ;  $p<.01$ ).

### **2.1.3. Percepción de riesgo personal, conocimientos y las demás variables**

Un análisis de correlación producto-momento de Pearson entre la percepción del riesgo personal de las mujeres a padecer cáncer de mama, el conocimiento que mostraron tener sobre la forma correcta de autoexplorarse los senos y las demás variables contenidas en el modelo, reveló que la percepción de riesgo personal no tuvo una relación importante con ninguna de las demás variables, excepto una muy sutil pero poco relevante con la norma subjetiva y con la autorregulación para la detección temprana de tumores en los senos. Los conocimientos sobre la forma correcta de realizarse una autoexploración de senos tampoco mostró relaciones importantes con las demás variables, aunque el control conductual percibido y la autoeficacia en salud fueron las que más destacaron ( $r=.207$ ;  $p<.01$ ;  $r=.204$ ;  $p<.01$ , respectivamente).

A continuación se presenta la tabla 9, conteniendo toda la información relativa a los análisis de correlación, detallada en los tres últimos apartados:

**Tabla 9**  
**Correlaciones entre los factores del modelo**

		Actitudes eval	Actitudes amb afect	Actitudes amb cogn	Norma subjetiva	Normas descript	Normas imperat	Cont cond percibido	Autoefic salud	Autorreg tumores	Autorreg tratamto	Autom salud	Intención	Conf intención	Riesgo person
Actitudes evaluación	Correlación Sig. N	1 467													
Actitudes ambiv afectivas	Correlación Sig. N	.259** .000 463	1 463												
Actitudes ambiv cognitivas	Correlación Sig. N	-.260** .000 462	-.250** .000 460	1 462											
Norma subjetiva	Correlación Sig. N	.371** .000 464	.214** .000 460	-.257** .000 459	1 464										
Normas descriptivas	Correlación Sig. N	.607** .000 467	.306** .000 463	-.342** .000 462	.599** .000 464	1 467									
Normas imperativas	Correlación Sig. N	-.363** .000 467	-.023 .619 463	.105* .024 462	-.060 .199 464	-.043 .359 467	1 467								
Control cond percibido	Correlación Sig. N	.676** .000 464	.322** .000 460	-.329** .000 459	.444** .000 464	.562** .000 464	-.344** .000 464	1 464							
Autoeficacia salud	Correlación Sig. N	.168** .000 462	.177** .000 459	-.304** .000 458	.137** .003 459	.179** .000 462	-.108* .021 462	.283** .000 459	1 462						
Autorregulación tumores	Correlación Sig. N	.222** .000 467	.216** .000 463	-.242** .000 462	.401** .000 464	.397** .000 467	-.017 .709 467	.401** .000 464	.176** .000 462	1 467					
Autorregulación tratamiento	Correlación Sig. N	.323** .000 467	.196** .000 463	-.288** .000 462	.356** .000 464	.454** .000 467	-.046 .326 467	.433** .000 464	.179** .000 462	.510** .000 467	1 467				
Automonitoreo salud	Correlación Sig. N	-.264** .000 467	-.125** .007 463	.287** .000 462	-.102* .028 464	-.141** .002 467	-.218** .000 467	-.307** .000 464	-.206** .000 462	-.072 .121 467	-.138** .003 467	1 467			
Intención	Correlación Sig. N	.369** .000 467	.175** .000 463	-.184** .000 462	.447** .000 464	.458** .000 467	-.004 .931 467	.369** .000 464	.140** .003 462	.463** .000 467	.330** .000 467	-.033 .476 467	1 467		
Confianza en la intención	Correlación Sig. N	.095* .045 441	.188** .000 439	-.204** .000 438	.094* .048 438	.101* .034 441	-.002 .971 441	.165** .001 438	.217** .000 437	-.014 .768 441	.010 .831 441	-.053 .266 441	.011 .824 441	1 441	
Riesgo personal	Correlación Sig. N	-.061 .227 389	.106* .038 388	-.024 .631 387	.104* .041 388	.025 .629 389	.066 .195 389	-.025 .623 388	.099 .052 388	.110* .029 389	.091 .074 389	.019 .715 389	.012 .811 389	.031 .546 371	1 389
Conocimientos autoexploración	Correlación Sig. N	.189** .000 383	.138** .007 382	-.145** .005 380	.112* .030 380	.106* .038 383	-.075 .142 383	.207** .000 380	.204** .000 379	.053 .305 383	.107* .036 383	-.081 .114 383	.076 .137 383	.173** .001 364	.046 .413 322

\*\* . p<.01

\* . p<.05



### 3. Funcionamiento del modelo

Una vez dilucidadas las relaciones existentes entre las variables del modelo, se realizaron los análisis de los modelos que explicaban el comportamiento para la detección temprana del cáncer de seno por parte de las participantes. Dichos análisis se ejecutaron en dos etapas, dada la naturaleza de los factores elegidos para este estudio: en la primera se empleó una regresión lineal para conocer el efecto que ejercían las variables independientes sobre la intención de realizarse una autoexploración de senos para detectar tempranamente el cáncer de mama; en la segunda, un análisis de regresión logística para identificar las variables útiles para explicar la realización de la autoexploración<sup>6</sup>. Posterior al modelo para el conjunto total de la muestra, se corrieron de nueva cuenta los análisis distinguiendo a los grupos por edad, por nivel escolar, y por nivel de conocimientos sobre la autoexploración.

Para comenzar esta exposición de resultados, vale la pena hacer algunas precisiones sobre las relaciones entre variables sugeridas al principio del estudio. Con este propósito, se recuperan las hipótesis parciales planteadas y se reportan los resultados de los análisis ejecutados para probarlas; posteriormente, se presenta una síntesis gráfica de este proceso en la Figura 13.

1. La percepción de riesgo personal mostró tener una influencia positiva mínima sobre las actitudes ambivalentes de base afectiva ( $\beta=.106$ ), de manera que, aunque la hipótesis sobre esta relación sigue siendo útil, no es suficientemente robusta como para confirmarla ( $F_{1,387}=4.351$ ;  $p<.001$ ;  $R^2_{aj}=.009$ ). Este supuesto se acepta parcialmente.
2. La  $H_2$ , que sugería una mayor influencia de las actitudes ambivalentes de base afectiva y cognitiva sobre la intención, si se les comparaba con la actitud como evaluación, se rechaza, dado que fue esta última variable la que mostró ejercer un efecto mayor sobre la variable dependiente<sup>7</sup>.
3. La  $H_3$  se acepta, al encontrarse que, al introducir en un análisis de regresión logística (método *forward condicional*) a los tres tipos de normas estudiadas como variables independientes, y a la conducta de autoexploración rutinaria de los senos como

---

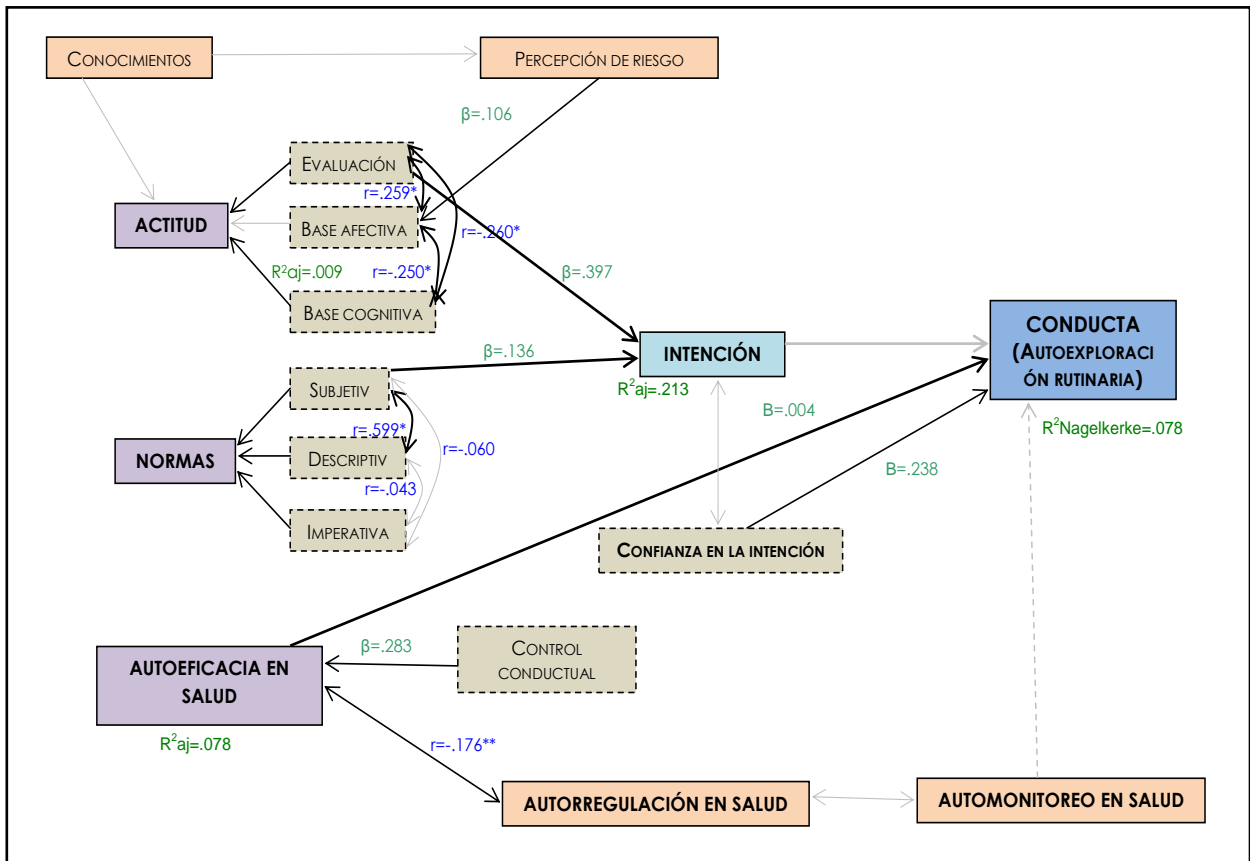
<sup>6</sup> Resulta pertinente introducir una nota recordatoria acerca de la conveniencia de emplear un análisis de regresión lineal cuando las variables independientes y la variable dependiente son de tipo intervalar o de razón, mientras que las regresiones logísticas admiten una variable dependiente nominal dicotómica. Este estudio requirió de una estrategia tipo análisis de trayectorias, ya que la intención era una variable intervalar, y la conducta rutinaria, dicotómica.

<sup>7</sup> La actitud como evaluación obtuvo una  $\beta=.343$ , y la actitud ambivalente de base cognitiva una  $\beta=-.096$ ; la actitud ambivalente de base afectiva fue excluida del modelo resultante de la regresión lineal (método *stepwise*). Dicho modelo se ajustó adecuadamente ( $F_{2,459}=38.554$ ;  $p<.001$ ), permitiendo explicar el 14.1% de la varianza.

dependiente, fue la norma subjetiva el único factor que entró al modelo obtenido ( $B=.100$ ). Éste se ajustó adecuadamente pero el nivel de varianza explicada fue bajo ( $-2 LL=621.180$ ;  $R^2\text{Nagelkerke}=.047$ ;  $p<.001$ ).

4. La autoeficacia en salud se relacionó positivamente tanto con la autorregulación orientada a la detección de tumores como con la autorregulación orientada a la planificación y conductas de tratamiento ( $r=.176$  y  $r=.179$ ;  $p<.01$ ), aún cuando dicha relación fue débil. La  $H_4$  se acepta entonces parcialmente.
5. La confianza en la intención no se relacionó con la intención, de manera que la  $H_5$  se rechaza.
6. Al contrario de lo que sucede en el vínculo descrito en el punto anterior, la confianza en la intención si mostró tener influencia sobre la conducta rutinaria de autoexploración, razón por la cual se acepta la  $H_6$ .
7. La  $H_7$  se rechaza, pues la intención no ejerció efecto alguno sobre la conducta rutinaria de autoexploración.
8. El automonitoreo en salud no tuvo influencia sobre la conducta rutinaria de autoexploración. La  $H_8$  se rechaza.

**Figura 13**  
Relaciones entre variables (resultados de las correlaciones y las regresiones)



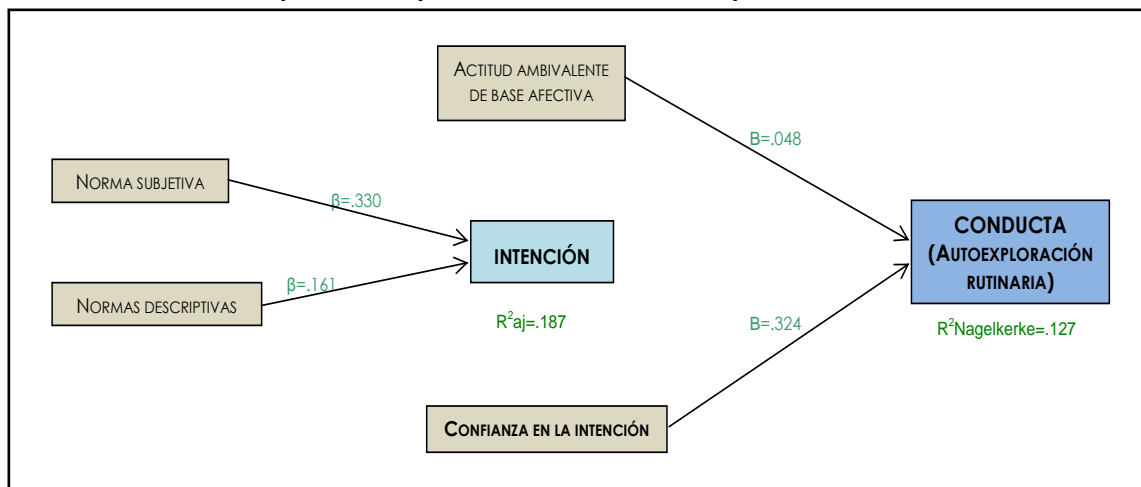
Nota: Los vínculos en color gris indican que la relación planteada en el modelo propuesto al inicio del estudio no existían; las correlaciones se muestran en color azul, y los datos arrojados por los análisis de regresión lineal y logística se presentan en color verde.

Además de las relaciones planteadas en las hipótesis, de acuerdo con lo expuesto en la Figura 13, es posible apreciar también que los conocimientos sobre la autoexploración no afectaron ni a la percepción del riesgo personal, ni a las actitudes hacia la autoexploración.

En un nuevo ejercicio de análisis de regresión lineal (método *stepwise*) se tomó como variable dependiente a la intención de realizarse la autoexploración, y como independientes a los factores que, de manera directa o indirecta se suponía la afectaban: conocimientos, percepción de riesgo, actitudes como evaluación, actitudes ambivalentes de base afectiva, actitudes ambivalentes de base cognitiva, norma subjetiva, norma descriptiva, norma imperativa y confianza en la intención. El modelo obtenido sólo incluyó a la norma subjetiva ( $\beta=.330$ ), y a la norma descriptiva ( $\beta=.161$ ), mostró ajustarse adecuadamente y explicar el 18.7% de la varianza total ( $F_{2,305}=35.998$ ;  $p<.001$ ;  $R^2_{aj}=.187$ ).

En la regresión logística con método *forward condicional*, fueron introducidas, como variable dependiente a la realización de la conducta rutinaria de autoexploración, y como independientes, a todas las anteriores, más la intención, la autoeficacia en salud, el control conductual percibido, la autorregulación orientada a la detección de tumores, la autorregulación orientada a la planificación y conductas de tratamiento y el automonitoreo en salud. Los resultados muestran que sólo la confianza en la intención ( $B=.324$ ) y la actitud ambivalente afectiva ( $B=.048$ ) influían a la conducta, obteniéndose un modelo con ajuste adecuado ( $-2 LL=377.995$ ;  $R^2_{Nagelkerke}=.127$ ;  $p<.001$ ), que explicó el 12.7% de la varianza.

**Figura 14**  
Prueba del modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos



Como puede apreciarse, a la intención la afectaban positivamente dos tipos de normas: la subjetiva, y la descriptiva; es decir, que entre mayor fuera la aprobación que las mujeres

percibieran de sus parejas, familiares o amigas, más fuerte sería la intención de autoexplorarse los senos. En lo que respecta a la conducta, los dos factores que tenían alguna influencia sobre la realización rutinaria de la autoexploración fueron la confianza en la intención, y la actitud ambivalente de base afectiva, ambas en sentido positivo; de manera que, entre más alta fuera la probabilidad estimada por las participantes de que realizarían la conducta, efectivamente más frecuente era que lo hicieran; además, entre más positivas fueran las actitudes ambivalentes de base afectiva, más probable era la ejecución de la autoexploración.

Vale la pena mencionar que se ensayaron algunos análisis introduciendo la interacción de variables como conocimientos sobre la autoexploración y actitudes como evaluación, o conocimientos y actitudes ambivalentes de base afectiva, etc., para saber si dicha combinación tenía un efecto mayor a cada uno de los factores en forma individual sobre la conducta de autoexploración. En todos los casos, la unión de elementos sin embargo, produjo un efecto contrario al esperado, y en ninguno de los análisis fue importante.

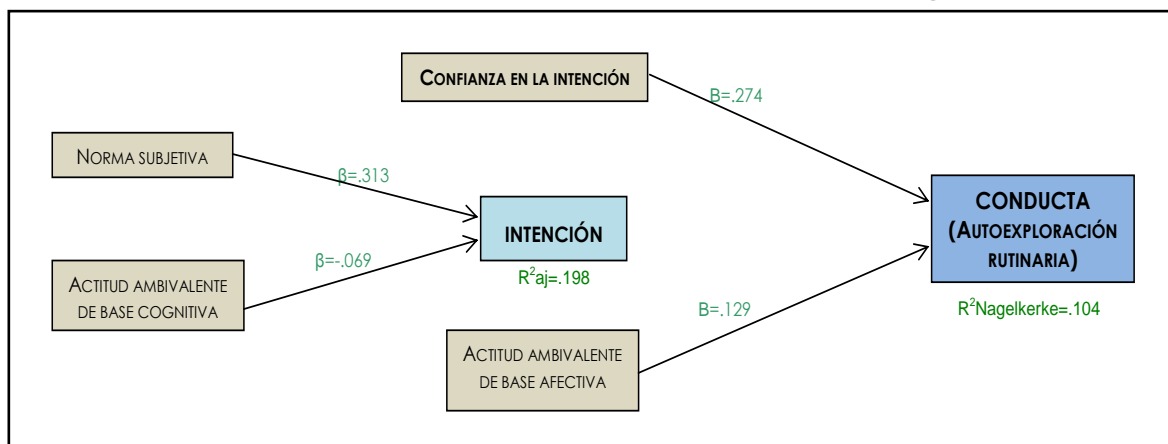
### **3.1. Por grupos de edad**

Tomando como referencia la edad de las participantes, en el grupo de 18 a 28 años, con la intención como variable dependiente, las variables independientes fueron: conocimientos, percepción de riesgo, actitudes como evaluación, actitudes ambivalentes de base afectiva, actitudes ambivalentes de base cognitiva, norma subjetiva, norma descriptiva, norma imperativa y confianza en la intención. El modelo obtenido comprendió a la norma subjetiva ( $\beta=.313$ ), y a la actitud ambivalente de base cognitiva ( $\beta=-.069$ ), mostró ajustarse adecuadamente y explicó el 19.8% de la varianza total ( $F_{2,188}=24.152$ ;  $p<.001$ ;  $R^2_{aj}=.198$ ).

El análisis de regresión logística con método *forward condicional*, por otro lado, con la realización de la conducta rutinaria de autoexploración como variable dependiente, y como independientes, las anteriores, más la intención, la autoeficacia en salud, el control conductual percibido, la autorregulación orientada a la detección de tumores, la autorregulación orientada a la planificación y conductas de tratamiento y el automonitoreo en salud. El modelo resultante para explicar la conducta incluyó a la confianza en la intención ( $B=.274$ ) y la actitud ambivalente afectiva ( $B=.129$ ), con un ajuste adecuado ( $-2 LL=245.298$ ;  $R^2_{Nagelkerke}=.104$ ;  $p<.001$ ), que explicó el 10.4% de la varianza.

La síntesis de los dos análisis descritos se presenta en la Figura 15:

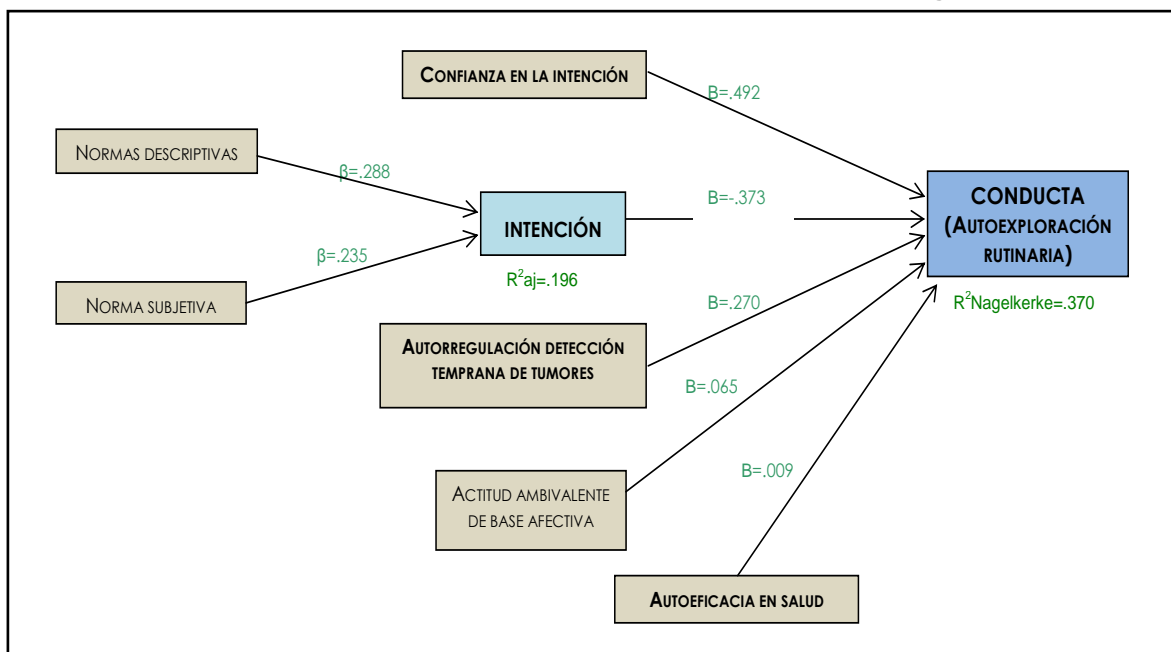
**Figura 15**  
**Modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos, grupo de 18 a 28 años**



La Figura 15 presenta un esquema parsimonioso, con pocos elementos, que muestra una influencia positiva de la norma subjetiva sobre la intención, pero un efecto negativo de la actitud ambivalente de base cognitiva sobre la misma variable. Esto significa que, entre mayor sea la presión social percibida para hacerse la autoexploración, mayor será la intención a ese respecto; por el contrario, entre mayor fuera la actitud ambivalente de base cognitiva, menor sería la intención, y viceversa. La conducta rutinaria por otro lado, se vio afectada en forma positiva por la confianza en la intención, y por la actitud ambivalente de base afectiva; en ambos casos, entre mayor fueran éstas, mayor sería la probabilidad de que se realizara la autoexploración.

En el grupo de 29 a 65 años (ver Figura 16), aplicando un análisis de regresión lineal al mismo conjunto de variables mencionado en los párrafos anteriores, se obtuvo un modelo que incluyó a la norma descriptiva ( $\beta=.288$ ) y a la norma subjetiva ( $\beta=.235$ ) para explicar a la intención de autoexplorarse ( $F_{2,116}=15.177$ ;  $p<.001$ ;  $R^2_{aj}=.196$ ); el ajuste fue adecuado y se explicaba el 19.6% de la varianza. El análisis de regresión logística aplicado para la parte relacionada con la conducta, arrojó un modelo con la confianza en la intención en primer lugar ( $B=.492$ ), seguida de la intención ( $B=-.373$ ), la autorregulación orientada a la detección temprana de tumores ( $B=.270$ ), la actitud ambivalente de base afectiva ( $B=.065$ ) y la autoeficacia en salud ( $B=.009$ ); el ajuste del modelo fue adecuado, y explicó el 37% de la varianza ( $-2 LL=93.649$ ;  $R^2_{Nagelkerke}=.370$ ;  $p<.001$ ).

**Figura 16**  
**Modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos, grupo de 29 a 65 años**



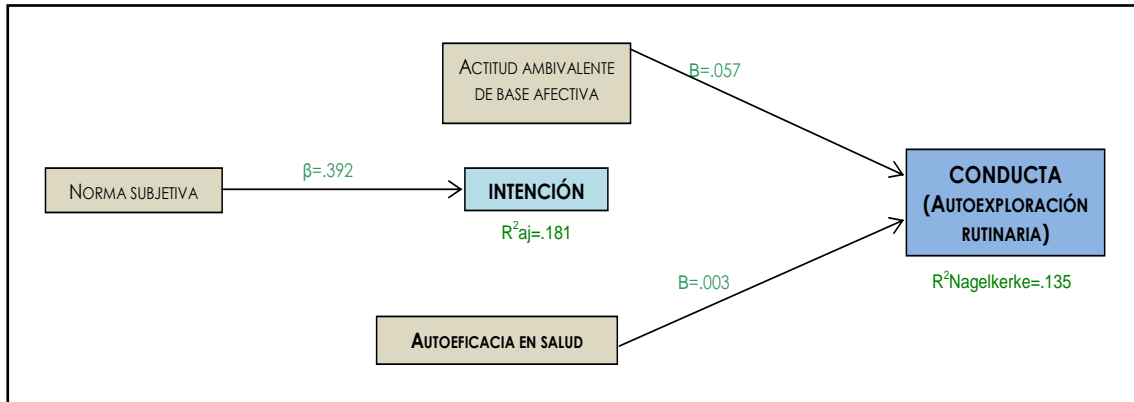
Si se comparara el modelo de la Figura 16 con el de la Figura 15, resulta interesante la influencia positiva de las normas –descriptivas y subjetiva en este caso- sobre la intención. La confianza en la intención de nueva cuenta, resultó ser la variable más importante para explicar el comportamiento de las mujeres entre 29 y 65 años. Junto con la anterior, esta fue la primera vez que la intención mostró tener un efecto sobre el comportamiento, aunque en el sentido inverso al esperado (negativo), de manera que una menor intención daría lugar a una mayor probabilidad para la autoexploración. Esta fue la primera vez que uno de los dos factores de la autorregulación (la orientada a la detección temprana de tumores) fue parte de la solución de la regresión logística, así como la autoeficacia en salud; la actitud ambivalente de base afectiva había sido uno de los factores de mayor peso en los modelos anteriores, y en esta ocasión ocupó el penúltimo lugar en importancia en el modelo para la conducta.

### 3.2. Por nivel educativo

Controlando el factor nivel educativo en los análisis de regresión, el modelo obtenido para el grupo de mujeres que habían cursado grados básicos o medios, el análisis de regresión lineal para la intención sólo incluyó a la norma subjetiva en su solución, con una ( $\beta=.392$ ) y un 18.1% de varianza explicada ( $F_{1,152}=34.594$ ;  $p<.001$ ;  $R^2_{aj}=.181$ ). El modelo obtenido mediante el correspondiente análisis de regresión logística incorporó únicamente a la actitud ambivalente de base afectiva ( $B=.057$ ) y a la autoeficacia en salud ( $B=.003$ ) para

explicar el 13.5% de la varianza relativa a la autoexploración rutinaria de los senos (-2 LL=187.111;  $R^2$ Nagelkerke=.135;  $p<.001$ ), tal como se muestra en la Figura 17:

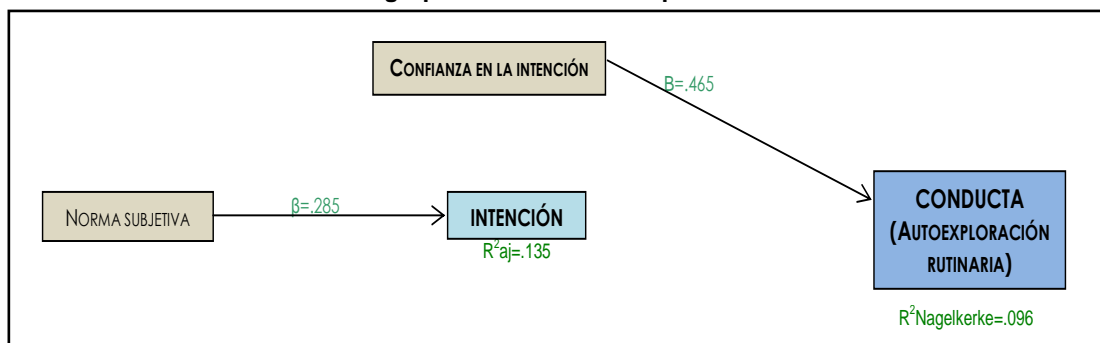
**Figura 17**  
**Modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos,**  
**grupo con educación básica o media**



Una vez más, la presión social percibida o norma subjetiva es un elemento que impacta positivamente a la intención, y la actitud ambivalente de base afectiva y la percepción de la propia capacidad para ejecutar conductas saludables afectaron a la conducta.

El modelo que explica la intención y la conducta rutinaria de autoexploración para el grupo con escolaridad de nivel superior, contó también con pocos elementos. En primer lugar, la regresión lineal incorporó únicamente a la norma subjetiva ( $\beta=.285$ ), en un modelo que se ajustó adecuadamente y que explicaba el 13.5% de la varianza ( $F_{1,146}=23.739$ ;  $p<.001$ ;  $R^2$ aj=.135). Igualmente, sólo la confianza en la intención ( $B=.465$ ) resultó ser útil para explicar el 9.6% de la varianza de la autoexploración rutinaria (-2 LL=186.245;  $R^2$ Nagelkerke=.096;  $p<.001$ ).

**Figura 18**  
**Modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos,**  
**grupo con educación superior**



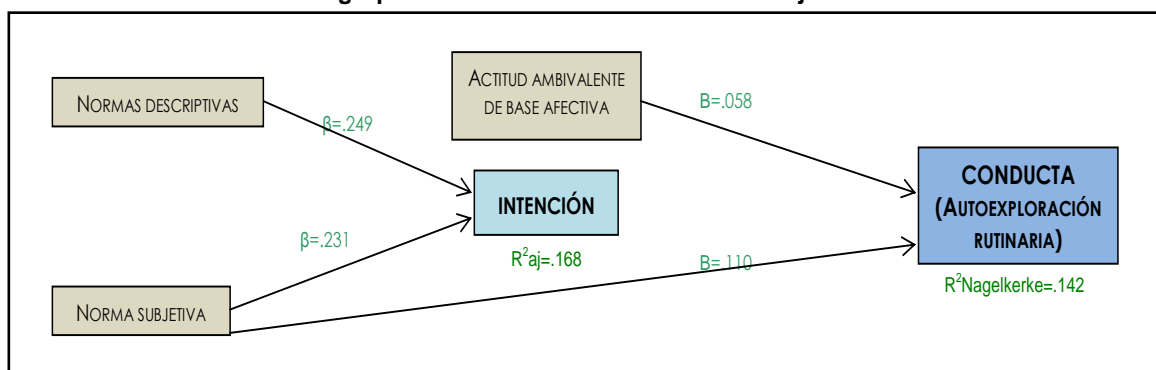
Las figuras 17 y 18 muestran con claridad cómo la intención en ambos casos depende de la presión social percibida, pero a la conducta la explican factores diferentes: en el caso de

las participantes con nivel escolar bajo o medio, hay un factor que alude a las emociones, y otro que se refiere a la percepción de la propia capacidad para realizar una tarea relativa al cuidado de la salud, mientras que en el grupo con escolaridad superior, lo la variable que adquiere un peso relevante es la estimación de la probabilidad con que se considera que ha de ejecutarse dicho comportamiento, es decir, la confianza en que se ha de hacer.

### 3.3. Por nivel de conocimientos sobre autoexploración de los senos

El modelo obtenido mediante la ejecución de un análisis de regresión lineal para explicar la intención del grupo con conocimientos ausentes o bajos (entre 0 y 40 puntos) para hacerse la autoexploración, únicamente incluyó a las normas descriptivas ( $\beta=.249$ ) y a la norma subjetiva ( $\beta=.231$ ), para explicar un 16.8% de la varianza, ajustándose adecuadamente ( $F_{2,160}=17.159$ ;  $p<.001$ ;  $R^2_{aj}=.168$ ). El análisis de regresión logística posterior incorporó a las actitudes ambivalentes de base afectiva ( $B=.058$ ) y a la norma subjetiva ( $B=.110$ ) en el modelo encontrado para explicar el 14.2% de la varianza ( $-2 LL=200.843$ ;  $R^2_{Nagelkerke}=.142$ ;  $p<.001$ ). Ambos resultados se integran en la Figura 19:

**Figura 19**  
Modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos, grupo con conocimientos ausentes o bajos



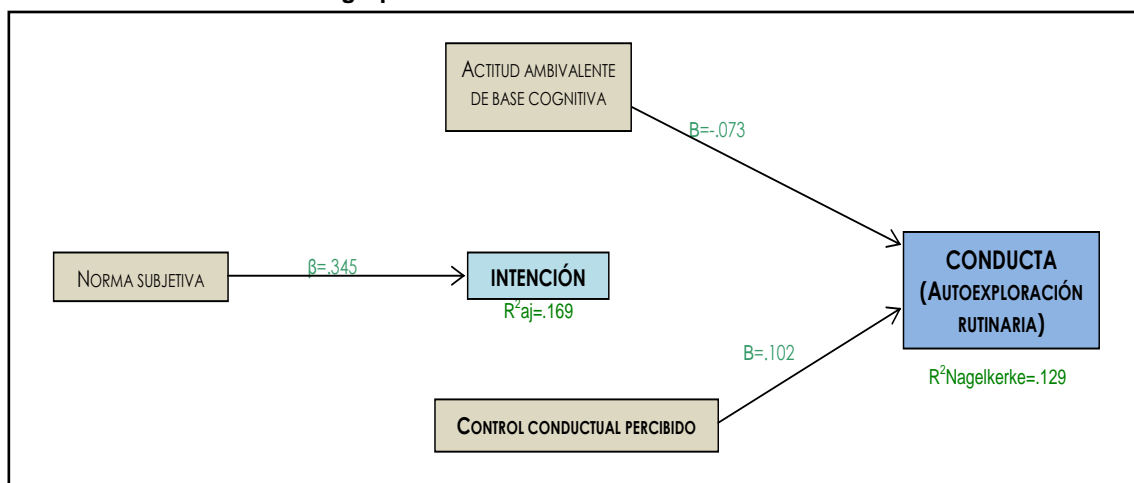
Si se atiende a la estructura presentada en la Figura 19, se apreciará el rol preponderante de las normas, tanto de tipo subjetivo como social (descriptivas) para la explicación tanto de la intención como de la conducta de autoexploración. La aportación de la actitud ambivalente de base afectiva al modelo, por otro lado, refuerza la influencia de factores de tipo afectivo sobre este grupo.

El último modelo obtenido, que configura la combinación de elementos que explican la intención y la conducta en el grupo que obtuvo puntajes medios o altos en conocimientos acerca de la autoexploración de los senos, fortalece el peso de la norma subjetiva como una



variable clave para comprender estos dos aspectos de la detección temprana, e incorpora al control conductual percibido (ver Figura 20). Así, el análisis de regresión lineal ejecutado para este grupo, únicamente incluyó a la norma subjetiva ( $\beta=.345$ ) como el factor que explica a la intención de examinarse los senos mensualmente; dicho modelo se ajustó adecuadamente y explicó el 16.9% de la varianza ( $F_{1,206}=42.825$ ;  $p<.001$ ;  $R^2_{aj}=.169$ ). El análisis de regresión logística arrojó también un modelo parsimonioso en el que sólo el control conductual percibido ( $B=.102$ ) y las actitudes ambivalentes de base cognitiva ( $B=-.073$ ) influyeron a la conducta, mismo que se ajustó en forma adecuada y explicó el 12.9% de la varianza ( $-2 LL=257.310$ ;  $R^2_{Nagelkerke}=.129$ ;  $p<.001$ ).

**Figura 20**  
**Modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos,**  
**grupo con conocimientos medios o altos**



Sorprenden dos resultados entre los mostrados en este último modelo: en primer lugar, llama la atención que la actitud ambivalente de base cognitiva afecte negativamente a la conducta (entre más negativa y desagradable fuera su valoración de la autoexploración, mayor era la probabilidad de su realización, y viceversa), y que por primera vez aparezca el control conductual percibido entre los factores que explican la conducta.

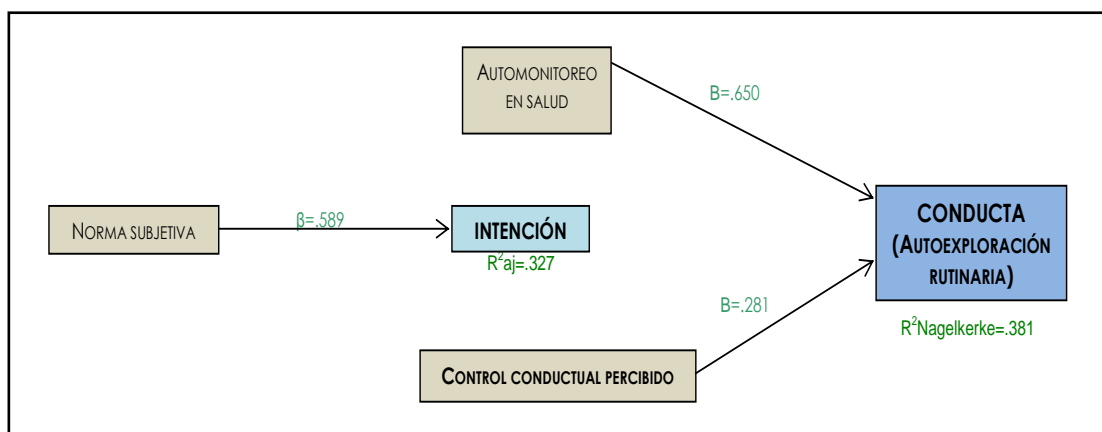
### 3.4. Según antecedentes familiares

Por último, se presentan los modelos obtenidos por grupo, separando a las participantes de acuerdo con su condición de familiares de alguna persona con cáncer de mama. Se consideró pertinente presentar este análisis a pesar de la diferencia numérica entre los conjuntos para conocer el comportamiento del modelo al controlar una variable que en países donde la incidencia del cáncer mamario es alta, como los Estados Unidos, ha resultado ser el factor más relevante para explicar el comportamiento de las mujeres orientado a la detección

temprana de tumores. En este estudio, la proporción de participantes que admitieron la existencia de algún caso en su familia fue del 10% (n=47), del total de la muestra, número que, aunque menor, resulta significativo si se toma en cuenta el incremento que ha tenido el padecimiento en los últimos años en nuestro país. Se decidió incluir este análisis con todas las reservas del caso, en un afán comprensivo del fenómeno, antes que en la busca de significancia estadística.

Así, en el grupo de mujeres con antecedentes familiares, el análisis de regresión lineal ejecutado para obtener un modelo para explicar la intención de realizarse la autoexploración (ver Figura 21), mostró que la única variable que incide sobre la misma es la norma subjetiva ( $\beta=.589$ ), explicando un 32.7% de la varianza total, con un ajuste adecuado ( $F_{1,34}=17.494$ ;  $p<.001$ ;  $R^2_{aj}=.327$ ). El posterior análisis de regresión logística, arrojó un modelo que incluye al automonitoreo en salud ( $B=.650$ ) y al control conductual percibido ( $B=.281$ ) como las variables que influyen positivamente a la conducta, explicando el 38.1% de la varianza ( $-2 LL=32.509$ ;  $R^2_{Nagelkerke}=.381$ ;  $p<.001$ ).

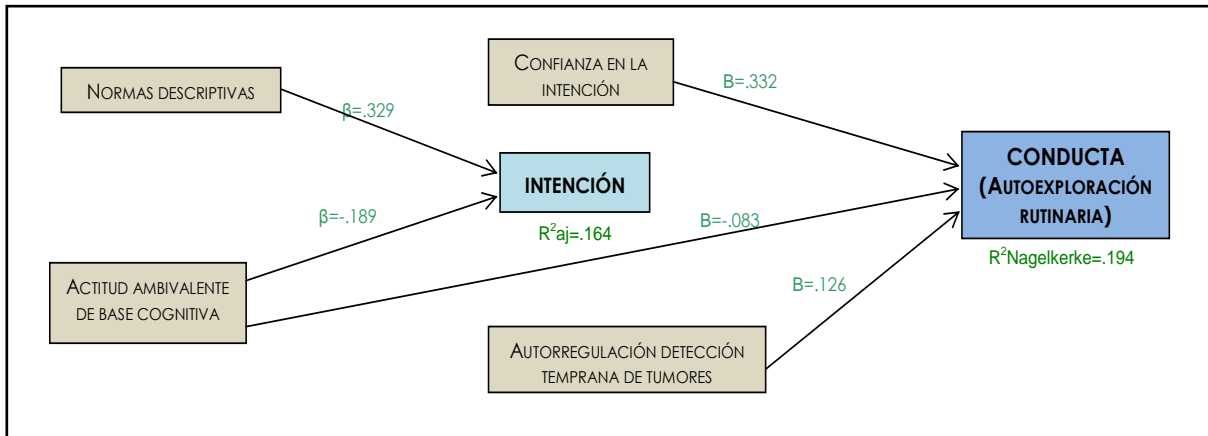
**Figura 21**  
**Modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos, grupo con antecedentes familiares**



Para el conjunto sin antecedentes familiares de cáncer de mama, el análisis de regresión efectuado para conocer los factores que determinaban la intención, arrojó un modelo que se ajustó adecuadamente ( $F_{2,193}=19.989$ ;  $p<.001$ ;  $R^2_{aj}=.164$ ), y que incorporó a las normas descriptivas ( $\beta=.329$ ) y a la actitud ambivalente de base cognitiva ( $\beta=-.189$ ), para explicar un 16.4% de la varianza. Un análisis de regresión logística arrojó un modelo que incluyó a la confianza en la intención en primer término ( $B=.332$ ), a la autorregulación orientada a la detección temprana de tumores ( $B=.126$ ) y a la actitud ambivalente de base cognitiva ( $B=-$

.083), mismo que se ajusta en forma adecuada (-2 LL=223.390;  $R^2$ Nagelkerke=.194;  $p < .001$ ) y explica el 19.4% de la varianza.

**Figura 22**  
**Modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos,**  
**grupo sin antecedentes familiares**



Estos resultados plantean varias interrogantes, en relación con el papel que juegan las normas individuales y sociales en relación con la intención, y la eventual influencia que podrían estar ejerciendo, de manera directa o indirecta, las mujeres con quienes mantienen algún parentesco y que padecen cáncer de mama. Por otra parte, sigue siendo interesante la influencia en sentido negativo de la actitud ambivalente de base cognitiva tanto sobre la intención como sobre la conducta, en el modelo de la Figura 22. Parece quedar claro, entonces, que a la intención de ambos grupos la afectan variables que aluden a la influencia de los otros, mientras que a la conducta la explican variables que de una u otra forma tienen relación con el auto-control.

Hasta aquí la descripción de los principales resultados de esta investigación. Es preciso ahora reflexionar sobre su relevancia y sus posibles implicaciones en el trabajo futuro para la educación para la salud y la sensibilización de las mujeres en relación con la autoexploración de los senos y la detección temprana del cáncer de mama.

## VI. DISCUSIÓN

Desde hace mucho tiempo, el estudio de la conducta humana ha mostrado una y otra vez la complejidad inherente a los procesos del pensamiento y la toma de decisiones individuales y colectivas en los diversos ámbitos del quehacer social. La salud es una de las áreas que ha propiciado la investigación sobre los comportamientos de las personas tanto en lo que toca a la falta de acciones para la prevención de enfermedades y la búsqueda del bienestar físico, emocional y cognitivo, como en lo relativo a aquellas acciones que devienen en un riesgo para la salud. Es así que durante mucho tiempo los expertos se han dado a la tarea de buscar respuestas a la interrogante sobre lo que motiva a las personas a cuidar de su salud o bien a mantener prácticas de riesgo.

El cáncer de mama es un padecimiento cuyo acelerado crecimiento entre la población femenina ha demandado que los científicos se ocupen en tratar de develar sus causas, mismas que aún no han sido identificadas en su totalidad. Lo que sí se sabe hoy es que, de ser detectado a tiempo, este tipo de cáncer es curable, igual que muchos otros, pero también queda cada vez más claro que en esa tarea es fundamental la participación activa de los individuos (las mujeres en principio, pero también los hombres). Esto es especialmente importante en un contexto en el que resulta evidente la falta de recursos para practicar exámenes clínicos a todas las mujeres en edad reproductiva, y sin equipo suficiente ni personal capacitado para la realización anual de mastografías a todas aquellas que han alcanzado los cuarenta años. Nuestra expectativa es que los resultados de esta investigación permitan comprender mejor el fenómeno y ofrezcan elementos para futuras intervenciones.

Entre los productos obtenidos, un primer hallazgo a destacar es la proporción de mujeres que aceptaron contar con algún antecedente familiar sobre el padecimiento, que alcanzó el 10%. Si bien es cierto que aún no es posible compararla con la encontrada en países con una alta incidencia como pueden ser los Estados Unidos de Norteamérica, este dato debería alertar a las mujeres sobre la posibilidad cada vez mayor de desarrollarlo. La magnitud de la percepción del riesgo personal (M=54) parece reflejar que, a pesar de que la probabilidad de conocer a alguna mujer cercana –familiar o no- con cáncer de seno es cada vez mayor, todavía no hay una conciencia de la vulnerabilidad suficiente como para practicarse la autoexploración con la frecuencia necesaria para identificar el padecimiento en una fase muy temprana.

Sobre dicha percepción de riesgo, vale la pena llamar la atención sobre la homogeneidad de las medias obtenidas entre las participantes para los diferentes grupos (edad, nivel escolar y nivel de conocimientos sobre el cáncer de mama). Tal semejanza recuerda a lo sucedido en la década de los años ochenta del siglo pasado en relación con el VIH/SIDA, pues a pesar del enorme esfuerzo de las instituciones para hacer llegar la información a todos los estratos de la población con la esperanza de que fuera aprehendida y transformada en acciones, ésta no parecía concretarse en conocimientos con la calidad suficiente como para llevar a las personas a la utilización o a la solicitud del condón para prevenir el contagio (ver Saldívar Garduño, 2005; se recomienda también Sepúlveda Amor, Bronfman, Ruíz Palacios, Stanislawsky y Valdespino, 1989). Quizás entonces siga siendo real que, como aseveraron Slovic, Fischhoff y Lichstein (1980) “la gente responde únicamente ante los riesgos que percibe”, pues en este caso no parece haber una consciencia suficiente sobre la dimensión de tal riesgo, y en consecuencia, la respuesta no es aún contundente.

A continuación, es importante hacer notar la relación positiva y lineal entre los factores edad y percepción de riesgo, ya que, de acuerdo con las estadísticas descriptivas obtenidas, la apreciación de la vulnerabilidad de las mujeres fue mayor en las de 29 a 65 años, lo cual resulta comprensible si se considera lo que algunos autores han reportado acerca de la sensación de inmunidad que muestran los individuos más jóvenes, frente a una mayor toma de conciencia de los de más edad sobre cuestiones tales como los efectos del deterioro ambiental (Corral Verdugo, Frías Armenta y González Lomelí, 2003), o el posible contagio por gripe en situación de pandemia (Kristiansen, Halvorsen y Gyrd-Hansen, 2007), entre otros.

En esa misma lógica, los resultados obtenidos al procesar la variable conocimientos sobre la autoexploración devela una dinámica que se antoja interesante para profundizar en un estudio posterior, pues no es posible saber con precisión aún si en realidad las respuestas dadas a la pregunta abierta en la que se pidió que describieran el procedimiento correcto para hacerse el autoexamen está reflejando conocimientos o un alto grado de información (o de exposición a la información) que les ha sido allegada por diversos medios, como las campañas en radio, televisión, prensa escrita e internet, entre otros, en los que participan figuras públicas del espectáculo y los deportes. Quizás lo vertido por las participantes refleja un conocimiento teórico más que la experiencia de su práctica personal; baste recordar que únicamente un 5% de la muestra alcanzó la máxima calificación en ese rubro, mientras que un 29% reconoció no saber cómo revisarse las mamas.

En lo que respecta al funcionamiento del modelo propuesto para la realización de esta investigación, si bien los conocimientos no influyen a la percepción de riesgo ni a las actitudes, éstos resultaron sumamente útiles para la comparación grupal de las personas que mostraron tener ninguna o poca información con aquellas que parecen haber incorporado una mayor cantidad de información. De manera que no podemos probar una relación causal directa de la variable conocimiento sobre las otras dos mencionadas, pero sí es posible pensar que actúa como antecedente de la manera como suceden las relaciones entre el resto de los factores, tal como sugiere Ajzen (2005) en su última versión del Modelo de la conducta planeada.

A ese respecto, es lamentable que, dada la gravedad de la situación, hoy en día en México la proporción de mujeres que se practican la autoexploración de senos sea aún menor. Al inicio de este documento se llamó la atención sobre la falta de un dato confiable sobre la cantidad aproximada de mujeres que se practican el autoexamen de senos, pero si se toma como referencia al 30% reportado por Ortega-Altamirano et al. (2000), veremos que las participantes en este estudio que dijeron revisarse mensualmente alcanzaron el 40%. Esta proporción, aunque significativa e importante, no se acerca aún a la meta de que todas las mujeres adultas se realicen una revisión mensual. Asimismo, consideramos que en nuestra investigación se confirma la utilidad de la autoexploración, mencionada por López-Carrillo et al. (2001), pues del mismo modo que en su estudio, 24 de las 32 participantes que habían tenido alguna vez quistes o tumores benignos (75%), los habían identificado por sí mismas a través del reconocimiento manual de las mamas.

Entrando en materia de lo que nuestro modelo plantea, resulta interesante observar las correlaciones entre los tres tipos de actitud: llama la atención la relación positiva entre las actitudes como evaluación y las actitudes ambivalentes de base afectiva, pues la lógica indicaría que si la primera de éstas es conceptualizada como un factor racional, tendría mayor relación con las actitudes ambivalentes de base cognitiva, pero esto no fue así; en cambio, la correlación entre las dos formas de las actitudes ambivalentes sí se comportó conforme a lo esperado (fue negativa), exhibiendo la ambigüedad esperada entre el afecto y la cognición (Crites et al., 1994). Quizás valga la pena atender a la pregunta planteada por Sorolla (2004) sobre la posibilidad de estar observando a través de este tipo de datos una mayor accesibilidad a las actitudes de base afectiva que la que se puede tener a las de tipo cognitivo, cuando el objeto de evaluación es de naturaleza afectiva, como parece ser el caso

de la autoexploración de los senos, lo que vendría a confirmar la primacía afectiva en las actitudes sobre determinados objetos, planteada por Verplanken, Hofstee y Janssen (1998), y la poca consistencia entre los aspectos afectivo y cognitivo de las actitudes. De ahí que no sorprenda su influencia diferenciada sobre la intención y la conducta, pero sí el tipo de efecto de las de base cognitiva, que consistentemente resultó negativa.

Por otro lado, en las asociaciones entre los tres tipos de normas, se obtuvo una relación positiva y relativamente fuerte entre la norma subjetiva y la descriptiva, pero la imperativa no tuvo relación con ninguna de las otras dos; recordemos que la norma subjetiva se refiere a la presión social percibida de parte de los otros significativos, y la descriptiva se refiere a una pauta de comportamiento generada por las personas que forman parte del entorno social de los individuos, como puede ser el hecho de que las mujeres que rodean a las participantes se realicen, ellas mismas, el autoexamen, lo cual haría deseable tal conducta para las mujeres de nuestra muestra. Una posible interpretación de este hecho es que, en términos del significado, hay una mayor cercanía entre la presión social percibida de parte de sus parejas, familiares y amigas, y directriz generada por las mujeres del entorno, antes que, por ejemplo, con las normas institucionales de los organismos de salud pública del país, que advierten sobre las consecuencias negativas de no realizarse la autoexploración, o del castigo divino o terrenal que podrían recibir en caso de no cumplir con esta expectativa sobre su actuación. Consideramos que esto constituye una veta a explotar en el futuro, por el sustrato cultural que se intuye hay detrás de este comportamiento de los factores relativos a las normas, lo cual puede dar lugar a interesantes estudios desde marcos conceptuales diversos como puede ser la influencia social, redes sociales, y apoyo social, entre otros.

La autoeficacia (en salud en este caso), y el control conductual percibido, elementos considerados por algunos autores como equivalentes, y por otros como partes complementarias de una especie de meta-constructo referido al poder de acción de las personas (Ajzen, 2002b), mostraron tener, en este caso, una relación no tan fuerte, pero positiva, lo que nos lleva a seguir pensando en la pertinencia de buscar una integración de ambos elementos en un constructo que eventualmente cuente con una mayor consistencia interna y que permita explicar de mejor manera la forma como las creencias sobre el propio control y la capacidad percibida para ejecutar una tarea influyen a la intención de realizar una acción orientada al cuidado de la propia salud. Vale la pena atender a la anotación que hacen Marks et al. (2008) acerca de la naturaleza bidireccional de la autoeficacia, ya que ésta

contribuye al incremento del esfuerzo conductual para ejecutar una acción, sino que, del mismo modo, el éxito de un comportamiento puede contribuir a incrementar la autoeficacia.

La prueba del modelo de este estudio, vía la ejecución del análisis de trayectorias respectivo permitió eliminar algunos elementos que no funcionaron como se había previsto, razón por la cual hubo que rechazar varias de las hipótesis formuladas. Lo que sí persistió fue la influencia consistente de las actitudes como evaluación y la norma subjetiva sobre la intención, sin observar ningún efecto del control (ver Figura 13); por el otro lado, sólo la autoeficacia en salud y la confianza en la intención afectaron a la conducta. Estos resultados confirman los hallazgos previos de investigaciones en el terreno de la salud sexual y reproductiva como el de Saldívar Garduño (2005), donde la presión social percibida resultó fundamental no sólo para determinar la intención de solicitar el uso del condón a la pareja regular, sino también para llevar a cabo tal acción (la norma subjetiva actúa en ese caso junto con el control conductual percibido, el cual según Ajzen -2002b- probablemente implique a la autoeficacia, y la confianza en la intención). En el estudio citado, la intención no resultó ser un predictor del comportamiento.

De manera que, en la configuración del *Modelo psicosocial para el estudio de la autoexploración rutinaria de los senos*, obtenida mediante el análisis que incluyó a todas las variables que tenían probabilidad de estar relacionadas tanto con la intención en el primer caso, como con el comportamiento como variable de salida, se muestra la contundente influencia de las normas subjetiva y descriptiva sobre la intención, y por otro lado, la preeminencia de la confianza en la intención sobre el comportamiento, con una aportación consistente de las actitudes ambivalentes afectivas. La proporción de la varianza explicada en uno y otro caso no difiere demasiado, pero revela el efecto que ya se ha observado en otros estudios en relación con la disminución del tamaño de la explicación cuando se trata de la intención o del comportamiento.

Una vez más, el factor intención no es un elemento que explique el comportamiento rutinario de autoexploración de los senos en este estudio. Lo anterior confirma lo que ya se ha dicho en otras investigaciones sobre la relevancia de variables distintas a la intención como predictoras de la conducta (Mújica Sarmiento, 2005; Ramírez Sánchez, 2003; Saldívar Garduño, 2005), y parece apuntar en el sentido de lo sostenido por Pieters y Verplaken (1995) sobre la posible existencia de otros componentes que median la relación entre la intención y la conducta, que se confirma en esta investigación. En consecuencia, lo que se obtuvo en



realidad fueron dos modelos: uno que explica la intención, y otro para el comportamiento. De manera que parece que, en determinadas circunstancias, y dependiendo de la naturaleza de lo que se estudia, es preciso pensar en variables distintas a la intención como antecedentes directas de las conductas.

Por otra parte, resulta interesante que la actitud no afecte a la intención de revisarse los senos, pero sí directamente al comportamiento rutinario de autoexploración, lo que difiere de lo reportado en estudios previos como el de Ramírez Sánchez (2003) y el de Saldívar Garduño (2005). Vale la pena, además, destacar que fue la actitud ambivalente de base afectiva la que afectó a la conducta, y no la de base cognitiva o la conceptualizada como una evaluación, lo que invita a repensar en la necesidad de incorporar la dimensión emocional en la medición de las actitudes, especialmente cuando éstas hacen referencia a objetos de alta relevancia personal, como pueden ser temas cercanos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, como la solicitud del uso del condón a la pareja regular (Saldívar Garduño, 2005; Toledo Benítez, 2003) o la realización de dietas para tener un cuerpo esbelto (Sánchez Mayorga, 2005; Sánchez Mayorga y Saldívar Garduño, 2005), por mencionar sólo dos.

La intención de autoexplorarse sí se vio afectada, sin embargo, por dos variantes de las normas: la norma subjetiva y las normas descriptivas. Si se recuerda, la norma subjetiva es la percepción que tienen las mujeres de lo que suponen que piensan los otros significativos sobre su comportamiento, y las normas descriptivas se refieren a la influencia de una conducta más o menos generalizada en el entorno de las mujeres, que las lleva a querer ejecutar tal comportamiento. Esto significaría que, entre mayor sea la presión social percibida por las mujeres para realizarse la autoexploración de los senos, y entre mayor sea el número de personas semejantes a ellas que lo hagan, mayor será también su intención para hacerse la revisión visual y manual en forma mensual.

La inclusión de la autoeficacia en salud en el modelo final resulta también interesante, puesto que ya en estudios como el de Valdés Caraveo et al. (1998) uno de los elementos que propician el comportamiento preventivo de mujeres en relación con el cáncer cérvico uterino y de mama, es precisamente la autoeficacia. De manera que una percepción de que el propio comportamiento está siendo eficaz es, en opinión de Roca Perara (2003), muy importante para lograr el bienestar.

La confianza en la intención, por otro lado, resultó ser una revelación en la configuración final del modelo, ya que la expectativa al inicio de esta investigación era que sería una variable que mediaría y eventualmente potenciaría el efecto de la intención sobre el comportamiento, pero los resultados no sólo mostraron que la relación entre intención y conducta era inexistente, sino que además, develaron una mejor explicación de la exploración rutinaria de los senos mediante la confianza en la intención. Este efecto directo de la confianza en la intención sobre un comportamiento específico ya se ha observado en estudios anteriores (ver Mújica Sarmiento, 2005). En ese sentido, quizás sea preciso atender a la advertencia hecha por Liska (1984) en el sentido de que, en muchos casos –y tal vez este sea uno- la intención no es una causa necesaria y suficiente del comportamiento, como sí parecen serlo otros elementos como las normas, como ya se ha mencionado.

Además, asumimos que la autoexploración de los senos es una conducta voluntaria, siguiendo la lógica de modelos como la Teoría de la Acción Razonada o de la Teoría de la Conducta Planeada, pero no queda plenamente probado que así sea. Por lo pronto, vale considerar la posibilidad de un procesamiento más complejo que involucra no solamente a las cogniciones, sino que incorpora en forma muy importante a los afectos, razón por la que se introdujo al modelo a las actitudes ambivalentes, dado el innegable sesgo cognitivo que se aprecia en varios de los esquemas que las estudian, tal como señalan Crites et al. (1994).

Evidentemente, habría que considerar el tipo de objeto que se está estudiando, pues en otras experiencias de investigación, la intención efectivamente es la variable que mejor explica el comportamiento, como por ejemplo en el área de la política, la participación ciudadana y la asistencia a las urnas para emitir un voto, según muestran los estudios de García y Barragán (2006) y Contreras Ibáñez y Saldívar Garduño (2006). Sin embargo, cuando se indagan temáticas que parecen comprometer afectiva o personalmente a los individuos, la intención no explica el comportamiento, como en el caso de la solicitud del condón a la pareja regular (Saldívar Garduño, 2005) o la realización del Papanicolaou (Ramírez Sánchez, 2002).

Vale la pena comentar que parece necesario explorar más sobre el papel que juegan los conocimientos sobre la forma correcta de realizarse una autoexploración en el modelo, y en el comportamiento de las variables estudiadas. La razón es que, en estudios previos, como el de Valdés Caraveo et al. (2000), de alguna manera se aproximan a este factor al observar que la información sobre el cáncer cérvico uterino afectó de manera importante el comportamiento preventivo efectivo (practicarse un papanicolaou anual), junto con la influencia social. En esta

investigación encontramos que, aún cuando las mujeres poseían información sobre la autoexploración y su utilidad para la detección temprana de tumores cancerosos, una proporción importante de ellas no podían describir el procedimiento correcto. Ya autores como Hernández-Echenique (2007) advierten sobre las imprecisiones en los conocimientos sobre el tema en una muestra de mujeres cubanas.

Esto llama la atención porque dichos conocimientos son, en primer lugar, menores a los que se esperaba encontrar, si se consideran algunas características de la muestra, tales como la edad, el nivel escolar –mayoritariamente universitario- y la constante exposición a los mensajes que por diversos medios advierten sobre la necesidad de revisarse mensualmente las mamas. Por otro lado, su mínimo -cuando no inexistente- efecto sobre otras variables, nos llevan a cuestionar si no estas mujeres operan, en promedio, siguiendo la lógica propuesta por autores como Petty y Cacciopo (1986) respecto del procesamiento de la información, es decir, que las mujeres que contestaron a nuestra encuesta utilicen principalmente la ruta periférica para incorporar el contenido de los mensajes sobre el tema, en vez de la ruta central, que haría más significativa su apropiación de tal información, de acuerdo con esquemas como el de el Modelo de Probabilidad de Elaboración (Elaboration likelihood model).

Todas las consideraciones anteriores aplican casi para todos los modelos obtenidos a través de los análisis para los grupos en que se separó a la muestra, aunque con algunas variantes. Por ejemplo, en la comparación de los grupos de edad, los datos de las mujeres en el rango entre 18 y 28 años arrojaron un modelo muy similar al general, excepto por la combinación entre la norma subjetiva y la actitud ambivalente de base afectiva como predictoras de la intención, y a la conducta la influyeron la confianza en la intención y la actitud ambivalente de base afectiva. En el grupo entre 29 y 65 años, por otro lado, el modelo requirió de una cantidad mayor de factores para explicar a la conducta (confianza en la intención, autorregulación orientada a la detección temprana de tumores, actitud ambivalente de base afectiva y autoeficacia en salud), mientras que a la intención la afectaron las normas descriptivas y la norma subjetiva. Este hecho admite una interpretación de tipo cultural, en lo que se refiere al carácter colectivista de algunas decisiones vinculadas con el cuidado de la salud personal, como es la autoexploración mensual de los senos, ya que, según esta información, el entorno social estaría ejerciendo una influencia muy importante en la realización del comportamiento tanto al nivel de la interacción cercana y directa como puede

ser con familiares, como con otras mujeres que ejecutan la conducta, aún cuando la decisión podría parecer personal.

Es probable entonces, que con las más jóvenes funcionen mejor las estrategias que diseminan información a través de las redes sociales para tomar ventaja de la cercanía y el contacto con mujeres significativas (norma subjetiva), incluso para salvar el obstáculo de la ambigüedad actitudinal que muestran en relación con el procesamiento cognitivo de la información, pues al mostrarse las mujeres del contexto de acuerdo con el comportamiento deseable, dejarían las participantes de considerarlo como negativo, malo, desagradable o inútil y mejorar la intención; desafortunadamente, la norma subjetiva no tiene relación alguna con la confianza en la intención, así que no parece viable proponer que se utilice la estrategia de acrecentar a la primera con la finalidad de mejorar el potencial predictivo de la segunda. El comportamiento, entonces, depende en una mayor medida de la confianza que muestran las mujeres en que realizarán la conducta, y a eso podría aumentarse elementos de tipo afectivo que motiven a las mujeres a revisarse los senos.

Con las mujeres mayores, en cambio, si bien aplica el mismo principio que para las jóvenes en relación con las intenciones, habría que agregar a la diseminación vía redes sociales cercanas, de la información de que las mujeres que forman parte de éstas realmente se están autoexplorando, para mejorar la predicción de la intención. La conducta por otra parte, requerirá de fomentar la confianza en la realización del comportamiento, de mejorar la intención, y de incorporar una estrategia de auto-control del comportamiento y auto-observación (autorregulación) que les permita, por ejemplo, programar su revisión mensual; habrá que generar respuestas afectivas positivas sobre la autoexploración, y aumentar la percepción de su eficacia para realizarla.

En los grupos por nivel educativo resultó un modelo más complejo para el nivel básico o medio, donde únicamente la norma subjetiva afecta a la intención, y a la conducta las actitudes ambivalentes de base afectiva, y la autoeficacia en salud. Para el grupo con educación superior bastó la norma subjetiva para explicar la intención y la confianza en la intención para predecir a la conducta. Quizás sea razonable rescatar lo manifestado por Flynn y Betancourt (2006) sobre la importancia de los factores distales como pueden ser algunas categorías poblacionales, para la generación de normas, valores y creencias que motivan y movilizan emocionalmente a las personas para actuar; asimismo, es posible recordar la última versión del modelo de la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 2005) en el que se incluyen

este tipo de variables como factores antecedentes al proceso que llevará a la conducta. Esto es, quizás sea más productivo observar el efecto del nivel escolar utilizando dicho factor como una variable moderadora, más que introduciéndola como una variable independiente en los modelos, como ha sucedido en este caso.

En consecuencia, una estrategia que aspire a ser eficaz en el grupo con grado de estudios básico o medio tendrá que explotar, igual que en los casos anteriores, el poder de la presión social para aumentar la intención de realizarse el autoexamen de senos, y para el comportamiento, generar evaluaciones afectivas positivas sobre la acción, junto con una percepción de una mayor eficacia para atender los asuntos relacionados con su salud. Para el grupo con un nivel escolar superior, bastará aprovechar la presión social para aumentar la intención, y a la confianza en la realización de la autoexploración para incrementar la posibilidad de su ejecución.

Los grupos separados por grado de conocimientos sobre el tema, también mostraron una dinámica interesante, que de nuevo se remite a lo sugerido por Flynn y Betancourt (2006) y por Ajzen (2005). De manera que, para los que no poseían conocimientos o bien eran menores, las normas descriptivas y subjetiva explican su intención, mientras que su comportamiento estaba influido tanto por la norma subjetiva como por la actitud ambivalente de base afectiva. A las que mostraron contar con un conocimiento medio (saber algunos de los pasos del procedimiento, como el hecho de revisarse minuciosamente las mamas, pero no poder dar detalles como la dirección en que deben palparse) o alto (poder describir la técnica con los detalles precisos), la norma subjetiva fue un factor suficiente para explicar la intención, y el control conductual percibido junto con la actitud ambivalente para predecir el comportamiento. De nuevo, son la presión social percibida y la pauta de conducta generada por la mujeres del entorno, lo que resulta más conveniente para provocar la intención en el grupo con conocimientos ausentes o bajos; así que, aparte de aumentar la presión social para dar lugar al comportamiento, se deberá agregar un incentivo afectivo que les haga sentir relajadas, alegres, a gusto, y animadas para hacerlo. En el grupo con conocimientos medios o altos, la presión social para autoexaminarse generará la intención, pero para que realmente ocurra la autoexploración, deberá aumentarse la percepción del control sobre la conducta y disminuir la ambivalencia generada por las actitudes de base cognitiva.

Finalmente, la norma subjetiva resultó sumamente importante para tratar de configurar el modelo de la intención para el pequeño conjunto de mujeres que contaban con algún

antecedente familiar con cáncer de mama, mientras que el automonitoreo en salud y el control conductual percibido son requeridos para propiciar la conducta. El conjunto mayor de participantes que no contaba con ese antecedente en su historia personal, precisa de las normas descriptivas y de las actitudes ambivalentes de base afectiva para provocar el propósito de realizarse la autoexploración, y a la conducta la propiciaban la confianza en la intención, la autorregulación orientada a la detección temprana de tumores y la actitud ambivalente de base cognitiva.

Conscientes de la validez relativa del modelo para el grupo con antecedentes familiares, creemos que la configuración obtenida abre una veta valiosa para futuras investigaciones en las que se habrá de confirmar (o no) que la presión social que se percibe ejercen los otros significativos habrá de incrementar la intención de autoexaminarse, y que la automodificación conductual (automonitoreo) relacionada con los comportamientos en salud y su capacidad personal percibida para hacerse la autoexploración aumentará la probabilidad de su ejecución. Del modelo para el grupo mayoritario de la muestra, que constituyó el 90% que no tenía antecedentes familiares, sólo sorprende la aparición en la sección que corresponde a la conducta, de la autorregulación orientada a la detección temprana de tumores, la cual se agrega a la estimación de la probabilidad con que se prevé que se ha de realizar la conducta y a la evaluación afectiva de dicho comportamiento.

Si esta información se confirma, quizás estaremos aportando una posibilidad para manejar de manera específica a las mujeres que ya han tenido un contacto cercano con la experiencia de la enfermedad, a través de una pariente cercana, con vistas a la intervención que las aliente a mejorar sus prácticas de detección temprana. Por supuesto, surgen dudas acerca de quiénes son quienes están ejerciendo la presión que refleja la norma subjetiva en ese grupo, pues una vía probable apunta hacia las tías maternas, primas, abuelas, hermanas y madres que forman parte de la proporción que alguna vez en su vida habrá de desarrollar cáncer. Por supuesto, surge la pregunta: ¿será más efectiva la influencia de una mujer de la familia que ha padecido cáncer mamario sobre la intención de realizarse la autoexploración, que aquella proveniente de cualquier otra mujer?, ¿se encontrarán especialmente receptivas las participantes con antecedentes familiares a las sugerencias para autoexaminarse?, ¿será real que en esa circunstancia ajustan sus estilos de auto-presentación conductual para “quedar bien” con las otras personas?

Haciendo un esfuerzo de síntesis e integración de tan vasta y variada información derivada de los resultados generales y particulares de este estudio, podemos decir que, de la misma manera que en investigaciones anteriores, en las que se aplican modelos teóricos centrados en el conocimiento de las actitudes y su influencia sobre los comportamientos en la salud, en este caso se encuentra que hay una distancia importante entre decir que se evalúa como positiva o que se quiere realizar una conducta para detectar en forma temprana un tumor que eventualmente puede ser síntoma del cáncer de mama, y su ejecución. Como en otros trabajos realizados con poblaciones similares, la varianza explicada en el caso de la conducta de autoexploración es significativamente menor que aquella relativa a la intención de realizarse mensualmente la autoexploración para identificar tumores, pero ciertamente la diferencia entre ambas es menor que lo que se reporta en otros estudios.

Por otra parte, la variable percepción de riesgo está llamando la atención sobre una representación media, tendiendo a baja, de las participantes acerca de su riesgo de desarrollar cáncer mamario, lo que resulta congruente con lo reportado, por ejemplo, por Ávila Rosas et al. (2005). Quizás el desconocimiento o la deficiente calidad de la información con la que suponemos que cuentan las mujeres, podría estar influyendo en la baja frecuencia de la realización de la autoexploración.

La aparición consistente de las actitudes ambivalentes de base afectiva, y la incorporación ocasional de las actitudes ambivalentes de base cognitiva en los modelos presentados apuntan en el sentido señalado por algunos autores en relación con una accesibilidad más fácil del material afectivo (Sorolla, 2004; Verplanken et al., 1998; Lavine, Thomsen, Zanna y Borgida, 1998), pero también plantean la problemática de la posible disminución del poder predictivo de las actitudes duales sobre la intención en primer lugar, y posteriormente sobre el comportamiento, tal como lo plantean Conner et al. (2002), así como Jonas et al. (1997), porque como afirman Glasman y Albarracín (2006), en nuestro estudio, la ambivalencia parece estar poniendo en evidencia la duda, la ambigüedad de las participantes ante el objeto de la actitud, y la lejanía que la mayoría de ellas tienen en relación con el cáncer de mama al no contar en el 90% de los casos con una experiencia directa.

¿Será entonces que uno de los factores principales, implícito en las actitudes duales, es el miedo a desarrollar cáncer de mama? Resulta común conocer personas que prefieren no saber que padecen una enfermedad, para evitar la angustia, lo que provoca que, aunque tengamos conocimiento por ejemplo de que es conveniente realizarse la autoexploración o

asistir a la consulta médica para hacerse un chequeo (actitud ambivalente de base cognitiva), el miedo ante la posibilidad de detectar algún tumor o a un diagnóstico negativo (actitud ambivalente de base afectiva), inhibe la acción. Como parte de esa ambigüedad, sin embargo, puede darse el caso de que sea precisamente el miedo lo que impele a la acción. Esa es una manera de proceder muy frecuente en la sociedad mexicana, fácil de apreciar en la vida cotidiana, y las mujeres no escapan a ésta. Consideramos conveniente seguir explorando esta dimensión en futuras investigaciones.

Es la norma subjetiva por cierto, uno de los factores que afectan en forma importante al comportamiento, lo cual apuntalaría la idea de que la percepción de una mayor presión social no solamente incrementa la intención de las mujeres de ejecutar el comportamiento, sino que efectivamente aumenta la frecuencia de los casos en los que se realiza la autoexploración. Esto es, que cuando se considera que la valoración de las personas que resultan significativas para las mujeres, como las amigas, la pareja y miembros de la familia, es positiva, ellas se autoexploran con mayor frecuencia, tal como ya se anticipaba en el estudio de Valdés Caraveo et al. (1998). Por cierto que las normas imperativas no afectaron ni a la intención ni a la conducta, es decir, que no parece existir una idea en las participantes de que aquellas mujeres que no se revisan los senos deban recibir un castigo ejemplar.

Estos resultados merecen una mayor reflexión que permita comprender la aparente separación entre un mundo subjetivo, centrado en las disposiciones emanadas de las normas individuales, y otro externo, más cercano a decisiones instrumentales, tendientes a satisfacer las prescripciones de una sociedad y una cultura en la que aún no se otorga una relevancia contundente a la promoción de comportamientos preventivos de enfermedades de larga duración que devienen en un elevado costo económico y social. Dicho mundo interno no está, sin embargo, alejado de la cultura y sus dictados, interiorizados por los individuos, en este caso las mujeres, en forma de creencias en torno a lo que resulta deseable o bien inadecuado para propiciar estilos de vida saludables.

Para futuras investigaciones habría que incorporar una indagación más exhaustiva de dimensiones culturales como la orientación individualista-colectivista (Triandis, Bontempo y Villareal, 1988) de los diversos grupos de población, si se considera que las culturas colectivistas valoran la tradición heredada y la dependencia emocional de los endogrupos, ya que el individuo es un ser que adquiere sentido como parte de una colectividad (Ros y Gómez, 1997), lo cual podría estarse reflejando en nuestros resultados, donde las normas



descriptivas adquieren la relevancia que ya se describió. Asimismo, requerimos incorporar una visión que considere algunas de las premisas histórico-socioculturales, como es el caso de la obediencia afiliativa, propuesto por Díaz Guerrero (1986, 2000), que podrían estar dando lugar a un desplazamiento del sometimiento al padre y la madre a la sujeción de nuestras decisiones para el cuidado de la salud a los llamados otros significativos, que en este estudio estuvieron representados por la pareja, las amigas y la familia, gracias al vínculo afectivo que nos une a ellos.

Es cierto que uno de los factores más importantes para predecir el comportamiento relacionado con la autoexploración es contar con antecedentes familiares cercanos del padecimiento; una cantidad considerable de estudios con poblaciones de mujeres norteamericanas lo demuestran así. Esto es, que la madre, una hermana, la abuela, una prima o alguna otra mujer de la familia sanguínea en línea directa lo haya desarrollado; en este estudio, sin embargo, fueron muy pocos los casos que se encontraban en esa condición. Probablemente esa sea una razón de la baja percepción de riesgo en la muestra, pues aún cuando cada vez es más frecuente el conocimiento de casos de primera mano, y que los medios de información masiva transmiten intermitentemente datos sobre el número de muertes diarias por esa causa, aún no se ha logrado sensibilizar en forma significativa a la población mexicana. Así, al no ser un objetivo de este estudio incorporar predominantemente a mujeres con antecedentes familiares de cáncer mamario (aún cuando las tuvimos), y al haber captado una proporción relativamente menor, no nos es posible conocer si, como sucede en otros países como los Estados Unidos, un antecedente familiar directo es el principal elemento que permite predecir si una mujer va a realizarse la autoexploración de senos u otro tipo de exámenes para detectar tempranamente un cáncer, pero sí podemos acercarnos a ellas como grupo para conocer la manera como probablemente se generan una intención y una conducta. Es preciso recuperar de mejor manera en el futuro, el factor de la cercanía de las mujeres con otras que hayan pasado ya por la experiencia, para conocer mejor el fenómeno.

Finalmente, quisiéramos reflexionar sobre el hecho de que la autoexploración de los senos es, hoy en día, una conducta atípica entre las mujeres de nuestro país, y desconocemos si, dada la evolución que está teniendo la epidemia, vaya a convertirse en el futuro en un hábito personal o en una tradición cultural en el ámbito de la salud. Lo que sí sabemos, después de haber realizado esta investigación, es que ya contamos con recursos

en nuestro ámbito sociocultural para educar de mejor manera a las mujeres de hoy y mañana para que se ocupen de su salud y hagan de la autoexploración una práctica consistente que puede salvarles (salvarnos) la vida. Considerando la tendencia actual de los organismos de salud a la implementación de campañas sustentadas en evidencias empíricas, este tipo de información resulta invaluable para la planificación futura de las estrategias de intervención dirigidas tanto a la población general como a grupos específicos, para transitar, como afirma Bandura (2004), de los modelos centrados en la enfermedad a otros enfocados en la salud.

Obviamente, como cualquier otro trabajo, esta investigación es perfectible, y existen aspectos que pueden mejorarse en estudios futuros. En primer lugar, para hacer generalizables los hallazgos, será necesario diversificar el tipo de muestras, incorporando a grupos semiurbanos o rurales, o a personas de diferentes grupos sociales (marginales, con mayores recursos culturales y materiales, etc.). Será preciso entonces modificar el instrumento con el que se recopila la información, dando una mayor claridad a la redacción de los reactivos para hacerlos más accesibles a todo tipo de participantes; además, vale la pena considerar la posibilidad de complementar los cuestionarios estandarizados con entrevistas abiertas, para explorar los significados del riesgo, de la enfermedad, y de la práctica de la autoexploración.

A pesar de las limitaciones enunciadas, vale la pena destacar los aprendizajes derivados de esta investigación, y sus posibles aplicaciones. Por ejemplo, queda clara ahora la necesidad de contar con modelos que incorporen sólo los elementos necesarios para la comprensión de un fenómeno. La parsimonia de los esquemas en este caso brinda pistas concretas sobre las cuales se pueden construir las futuras propuestas para la intervención en los distintos niveles: individual, grupal y masivo, sea vía campañas informativas, talleres, agregados en los textos escolares, o cualquier otro medio. De manera que, resultados como los que aquí se presentan, pueden sustentar el diseño de acciones diferenciadas, de acuerdo con características que definen los requerimientos de los diversos grupos de población, como pueden ser la edad o el nivel educativo, incrementando su certidumbre respecto de la ejecución de la conducta, manejando un mensaje con mayor o menor intensidad afectiva, induciendo a las mujeres a planificar sus acciones, aumentando o reforzando percepción acerca de su eficacia, entre otras.

Las implicaciones de este tipo de recomendaciones sobre, por ejemplo, las campañas publicitarias que alientan a las mujeres a autoexplorarse, pueden derivar en un cambio

significativo en el tipo de mensajes a transmitir, así como en la optimización de los recursos, pues ya no se buscará afectar un número ilimitado de dimensiones, sino sobre todo, las que las evidencias empíricas han mostrado que son las más importantes para el cambio de comportamientos. Estrategias fundamentadas y sistemáticas tenderán idealmente a generar una cultura del cuidado del propio cuerpo y de la atención oportuna de la salud en las futuras generaciones de mujeres en nuestro país. Nuestra expectativa es que investigaciones como estas contribuyan en algo a aumentar la conciencia que lleve a salvar la vida de muchas mujeres, y en el mejor de los casos, a un estilo de vida más saludable en todos los ámbitos de su vida.

## VIII. REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1989). Attitude structure and behavior. En: Pratkanis, A. R., Breckler, S. J. y Greenwald, A. G. (Eds.). *Attitude Structure and Function*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Cap 10. Pp. 241-274.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002a). *TpB Diagram*. En el sitio de internet: <http://www.unix.oit.umass.edu/~ajzen/> consultado el 25 de julio de 2002.
- Ajzen, I. (2002b). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1-20.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior*. New York: Open University Press.
- Ajzen, I. y Albarracín, D. (2007). Predicting and changing behavior: A reasoned action approach. En: Ajzen, I., Albarracín, D. y Hornik, R. (Eds.). *Predicting and change of health behavior. Applying the reasoned action approach*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates. Pp. 3-21.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., Brown, T. C. y Carvajal, F. (2004). Explaining the discrepancy between intentions and actions: the case of hypothetical bias in contingent valuation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 9, 1108-1121.
- Ajzen, I., Timko, C. y White, J. B. (1982). Self-monitoring and the attitude-behavior relation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 426-435.
- Alfaro Soriano, M. (2001). Violencia conyugal en mujeres. Tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- Almuina, S. (2008). Dinámica de grupo-normas sociales. Blog: Psicología del comportamiento. En el sitio de internet: <http://salvadoralmuina.blogspot.com/2008/04/dinmica-de-grupos-normas-sociales.html>, consultado el 6 de julio de 2009.
- Anderson, N., Silvester, J., Cunningham-Snell, N. y Haddleton, E. (1999). Relationships between candidate self-monitoring, perceived personality, and selection interview outcomes. *Human Relations*, 52, 9, 1115-1131.
- Andreu Vaillo, Y., Galdón Garrido, J., Durá Ferrandis, E., Carretero Gómez, S. y Tullés Hernández, J. (2004). Edad, creencias de salud y asistencia a un programa de cribado mamográfico en la comunidad valenciana. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 1, 65-82.
- Ardouin, J., Bustos, C., Gayó, R. y Jarpa, M. (2001). Locus de control, control conductual percibido y su relación con la intención de petición de uso del condón en mujeres universitarias de la ciudad de Concepción. Universidad de Concepción. Manuscrito.
- Ávila Rojas, T. L. y Ávalos Martínez, J. G. (2005). Factores de riesgo y conocimientos acerca del cáncer de mama. Libro de resúmenes del *XI Congreso de Investigación en Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. P. 28.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 2, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. En Ramachaudran, V. S. (Ed.). *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press. Vol. 4, pp. 71-81.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31, 2, 143-164.
- Bandura, A. y Jourden, J. (1991). Self-regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 6, 941-951.
- Bedolla Ramírez, B. (2004). Explicación psicosocial del proceso que antecede al voto: elecciones para gobernador en Zacatecas. Tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- Behncke, L. (s/f). Self-regulation: A brief review. *Athletic Insight. The Online Journal of Sport Psychology*, 4, 1, 12 pp. En el sitio de internet: <http://www.athleticinsight.com/Vol4Iss1/SelfRegulation.htm> consultado el 3 de febrero de 2006.
- Bermúdez, J. (2006). Personality science, self-regulation, and health behavior. *Applied Psychology: An International Review*, 55, 3, 386-396.
- Betancourt, H. y Fuentes, J. L. (2001). Culture and latino issues in health psychology. En: Kazarian, S. S. y Evans, D. R. (Eds.). *Handbook of Cultural Health Psychology*. San Diego: Academic Press. Pp. 305-321.
- Biais, B., Hilton, D., Pouget, S. y Mazurier, K. (2003). Overconfidence, self-monitoring and trading performance in an experimental financial market. Sin más datos.
- Bluman, L. G., Rimer, B. K., Sterba, K. R., Lancaster, J., Clark, S., Borstelmann, N., Iglehart, J. D. y Winer, E. P. (2003). Attitudes, knowledge, risk perceptions and decision-making among women with breast and/or ovarian cancer considering testing for BRCA1 and BRCA2 and their spouses. *Psycho-oncology*, 12, 410-423.
- Bogart, L. M., Cecil, H. y Pinkerton, S. D. (2000). Hispanic adults' beliefs, attitudes, and intentions regarding the female condom. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 2, 181-206.
- Bouffard, T., Bouchard, M., Goulet, G., Denoncourt, I. y Couture, N. (2005). Influence of achievement goals and self-efficacy on students' self-regulation and performance. *International Journal of Psychology*, 40, 6, 373-384.
- Bowes, J. E. (1997). Communication and community development for health information: Constructs and models for evaluation. Revisión preparada por el National Network of Libraries of Medicine, Pacific Northwest Region, Seattle. En el sitio de internet: <http://www.comminit.com/la/lacth/sld-257.html>, consultado el día 30 de enero de 2006.

- Buchtel, E. E. y Norenzayan, A. (En prensa). Intuition versus logia? Injunctive norms about reasoning across cultures and contexts. Manuscrito.
- Calderón-Garcidueñas, A. L., Ruiz-Flores, P., Cerda-Flores, R. y Barrera-Saldaña, H. A. (2005). Clinical follow up of Mexican women with early onset of breast cancer and mutations in the BRCA1 and BRCA2 genes. *Salud Pública de México*, 47, 2, 110-115.
- Calixto Camacho, L. (2004). El autoconcepto, la autoestima y la autoeficacia y su implicación hacia la actitud del embarazo adolescente desde la perspectiva de género. Tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- Cappelli, M., Surh, L., Walter, M., Korneluk, Y., Humphreys, L., Verma, S., Hunter, A., Allanson, J. y Logan, D. (2001). Psychological and social predictors of decisions about genetic testing for breast cancer in high-risk women. *Psychology, Health and Medicine*, 6, 3, 321-333.
- Carpio-Cedraró, F., Bracho de Carpio, A. y Zavala, C. (1992). El Programa “comida para el pensamiento”: un enfoque participativo en la prevención del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24, 1-2, 137-156.
- Castañeda Alvarado, M. R. (2005). Factores asociados al diagnóstico tardío del cáncer de mama en mujeres de Durango. Libro de resúmenes del *XI Congreso de Investigación en Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. P. 215.
- Cialdini, R. (2003). Crafting normative messages to protect the environment. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 4, 105-109.
- Cialdini, R., Reno, R. R. y Kallgren, C. A. (1990). A focus theory of normative conduct: Recycling the concept of norms to reduce littering in public places. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 1015-1026.
- Conner, M., Sparks, P., Povey, R., James, R., Sheperd, R. y Armitage, C. J. (2002). Moderator effects of attitudinal ambivalence on attitude-behaviour relationships. *European Journal of Social Psychology*, 32, 705-718.
- Contreras-Ibáñez, C. C. y García y Barragán, L. F. (2004). Escala de relaciones sociales. Inédita.
- Contreras Ibáñez, C. C. y Saldívar Garduño, A. (2006). Funcionamiento de la teoría de la conducta planeada en contextos electorales. Ponencia presentada en el *V Congreso Iberoamericano de Psicología (FIAP) y XXXIII Congreso del CNEIP*, efectuado en Boca del Río, Veracruz. 17 al 19 de mayo.
- Corral Verdugo, V., Frías Armenta, M. y González Lomelí, D. (2003). Percepción de riesgos, conducta proambiental y variables demográficas en una comunidad de Sonora, México. *Región y sociedad*, XV, 50-72.
- Crites Jr, S. L., Fabrigar, L. R. y Petty, R. E. (1994). Measuring the affective and cognitive properties of attitudes: Conceptual and methodological issues. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 6, 619-634.
- Czellar, S. (2003). Self-monitoring and attitude accessibility: Self-monitoring and attitude accessibility revisited. Université de Lausanne. Manuscrito.

- DeMarree, K. G., Petty, R. E. y Wheeler, S. C. (2005). Priming a new identity: Self-monitoring moderates the effects of nonself primes on self-judgments and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 5, 657-671.
- Díaz Guerrero, R. (1986). Historia, sociocultura y personalidad. Definición y características de los factores de la familia mexicana. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 2, 1, 15-42.
- Díaz Guerrero, R. (1994). *Psicología del mexicano: descubrimiento de la etnopsicología*. México: Trillas.
- Díaz Guerrero, R. (2000). Evolución de la obediencia afiliativa. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32, 3, 467-483.
- Díaz, P. F., Pandolfi, M. P. y Perfetti, R. (2001). Atractivo físico. Revista electrónica *APSIQUE*. Psicología en la Universidad de Concepción. En el sitio de Internet: <http://www.apsique.com> consultado el día 20 de agosto de 2006.
- Eagly, A. H., y Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Finlay, K. A., Trafimow, D. y Moroi, E. (1999). The importance of subjective norms on intentions to perform health behaviors. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 11, 2381-2393.
- Fishbein, M. (1990). Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 6, 1-2, 1-16.
- Fishbein, M. (1997). Predicting, understanding and changing socially relevant behaviors: Lessons learned. En: McGarty, C. y Haslam, S. A. (Eds.). (1997). *The message of social psychology*. Oxford: Blackwell Publishers. Cap. 6. Pp. 77-91.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS care*, 12, 273-278.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour. An introduction to theory and research*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. y Middlestadt, S. E. (1989). Using the Theory of Reasoned Action as a framework for understanding and changing AIDS-related behaviors. En: Mays, V. M., Albee, G. W. y Schneider, S. F. (Eds.). *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches, primary prevention of Psychopathology*. Newbury Park, CA: Sage. Cap. 7. Pp. 93-110.
- Fishbein, M. y Yzer, M. C. (2003). Using theory to design effective health behavior interventions. *Communication theory*, 13, 164-183.
- Fishbein, M., Cappella, J. y Yzer, M. C. (2003). Demographic diversity and effective message design: How behavioral theory can help. Ponencia presentada en la reunión anual de la International Communication Association, realizada en la ciudad de San Diego, California, el día 27 de mayo. En el sitio de internet: [http://www.allacademic.com/meta/p111869\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p111869_index.html).
- Flynn, P. y Betancourt, H. (2006). A model for the study of culture and health behavior. Ponencia presentada en la 2006 Bienal Convention of the Society for the Psychological Study of Social Issues, realizada del 22 al 25 de junio en Long Beach, California.

- Fonseca Villarreal, N. A. (2003). Predictores de la autoexploración de los senos como medida preventiva de desarrollar cáncer en mujeres de 20 a 30 años de edad. Tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- Fry, R. B. y Prentice-Dunn, S. (2006). Effects of a psychosocial intervention on breast self-examination attitudes and behaviors. *Health Education Research*, 21, 2, 287-295.
- Fundación Cima. (2007). Acerca del cáncer de mama. Preguntas frecuentes. En el sitio de Internet: <http://www.fundacioncima.org/cAcercaCancerMama/05pregunta.htm>, consultado el día 15 de enero de 2007.
- Galván Portillo, M., Torres Sánchez, L., Wolf, M. y López Carrillo, L. (2005). Ingesta de flavonol asociada al riesgo de cáncer gástrico y enfermedad benigna de mama en mujeres mexicanas. Libro de resúmenes del *XI Congreso de Investigación en Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. P. 29.
- Galván-Portillo, M., Torres-Sánchez, L., Wolf, M. y López-Carrillo, L. (2007). Ingesta de fitoestrógenos y riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas. Libro de resúmenes del *XII Congreso de Investigación en Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. P. 36.
- García Sánchez, L. A. (2007). El uso de la teoría de la Conducta Planeada para aumentar el uso de puentes peatonales en el Distrito Federal. Proyecto de tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- García y Barragán, L. F. (2001). Uso de condón en jóvenes: Un modelo de simulación por computadora. Tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- García y Barragán, L. F. (2006). Formación de intención de voto: una aproximación psicosocial. Tesis de doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Garrido Martín, E. (s/f). Autoeficacia y conductas de salud: la experiencia de Kate Lorig en el centro de tratamiento de artríticos de la Universidad de Stanford. Documento inédito. Universidad de Salamanca.
- Glasman, L. R. y Albarracín, D. (2006). Forming attitudes that predict future behavior: A meta-analysis of the attitude-behavior relation. *Psychological Bulletin*, 132, 5, 778-822.
- González Perrusquía, M. (2007). Autoconcepto, autoeficacia y desempeño escolar en niños de primaria de tiempo completo y parcial. Proyecto de tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- Hailey, B. J., Carter, C. L. y Burnett, D. R. (2000). Breast cancer attitudes, knowledge, and screening behavior in women with and without a family history of breast cancer. *Health Care for Women International*, 21, 701-715.
- Health Hot Line. (2002). Breast cancer. *Black Health & Fitness*, 57, 9, 58.
- Helek, E., Miller-Day, M. y Hecht, M. (2006). Influences of personal, injunctive, and descriptive norms on early adolescent substance use. *Journal of Drug Issues*, 36, 1, 147-172.



- Hernández-Echenique, M. (2007). La mujer y la conducta ante el riesgo del cáncer de mama. Libro de resúmenes del *XII Congreso de Investigación en Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. P. 128.
- Hidalgo de Quevedo, Pérez Luna y Villanueva. (s/f). Presentación sobre la prevención y diagnóstico precoz del cáncer de mama. Organización Senosalud, Venezuela. Disponible en el sitio de internet: <http://www.senosalud.org>, consultado el 16 de abril de 2007.
- Hodges, M., Navarrete, B., Garberoglio, C. y Betancourt, H. (2006). Disparities in breast cancer screening. Ponencia presentada en la 2006 Bienal Convention of the Society for the Psychological Study of Social Issues, realizada del 22 al 25 de junio en Long Beach, California.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. (2005). II Censo de Población y Vivienda 2005. Resultados definitivos. En el sitio de Internet <http://www.inegi.gob.mx/est/> consultado el día 28 de febrero de 2007.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEGI] e Instituto Nacional de las Mujeres [Inmujeres]. (2003). *Mujeres y Hombres en México 2002*. México: INEGI – Instituto Nacional de las Mujeres.
- INEGI e Inmujeres. (2004). *Mujeres y Hombres en México 2003*. México: INEGI – Instituto Nacional de las Mujeres.
- INEGI e Inmujeres. (2005). *Mujeres y Hombres en México 2004*. México: INEGI – Instituto Nacional de las Mujeres.
- INEGI e Inmujeres. (2006). *Mujeres y Hombres en México 2005*. México: INEGI – Instituto Nacional de las Mujeres.
- INEGI e Inmujeres. (2007). *Mujeres y Hombres en México 2006*. México: INEGI – Instituto Nacional de las Mujeres.
- INEGI e Inmujeres. (2008). *Mujeres y Hombres en México 2007*. México: INEGI – Instituto Nacional de las Mujeres.
- INEGI e Inmujeres. (2009). *Mujeres y hombres en México 2008*. México: INEGI – Instituto Nacional de las Mujeres.
- Jonas, K., Diehl, M. y Brömer, P. (1997). Effects of attitudinal ambivalence on information processing and attitude-intention consistency. *Journal of Experimental Social Psychology*, 33, 190-210.
- Kachadourian, L. K., Fincham, F. y Davila, J. (2005). Attitudinal ambivalence, rumination, and forgiveness of partner transgressions in marriage. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 3, 334-342.
- Kaiser, N., Coker, C., Argueta, C., Riggs, M. y Betancourt, H. (2006). Disparities in cervical cancer screening. Ponencia presentada en la 2006 Bienal Convention of the Society for the Psychological Study of Social Issues, realizada del 22 al 25 de junio en Long Beach, California.
- Kaur, S. D. (2003). Breast cancer, the environment & protection. *Women and Environments*, 60-61, 44-46.

- Kiener, M. (2006). Decision making and motivation and its impact on career search behaviors: The role of self-regulation. *College Student Journal*, 40, 2, 350-360.
- Knight Lapinski, M. y Rimal, R. N. (2005). An explication of social norms. *Communication Theory*, 15, 2, 127-147.
- Kristiansen, I., Halvorsen, P. A. y Gyrd-Hansen, D. (2007). Influenza pandemic: perception of risk and individual precautions in a general population. Cross sectional study. *BMC Public Health*, 7, 48.
- Kuhl, J., Kazén, M. y Koole, S. L. (2006). Putting self-regulation theory into practice: A user's manual. *Applied Psychology: An international Review*, 55, 3, 408-418.
- Kumru, A. y Thompson, R. A. (2003). Ego identity status and self-monitoring behaviour in adolescents. *Journal of Adolescent Research*, IX, 10, 1-16.
- Kurman, J. (2006). Self-enhancement, self-regulation and self-improvement following failures. *British Journal of Social Psychology*, 45, 339-356.
- Lavine, H., Thomsen, C. J., Zanna, M. P. y Borgida, E. (1998). On the primacy of affect in the determination of attitudes and behaviour: the moderating role of affective-cognitive ambivalence. *Journal of Experimental Social Psychology*, 34, 398-421.
- Lazcano-Ponce, E. C., Tovar-Guzmán, V., Alonso-de Ruíz, P., Romieu, I. y López-Carrillo, L. (1996). Cáncer de mama. Un hilo conductor histórico, presente y futuro. *Salud Pública de México*, 38, 2, 139-152.
- Leone, L., Perugini, M. y Ercolani, A. P. (1999). A comparison of three models of attitude-behavior relationships in the studying behavior domain. *European Journal of Social Psychology*, 29, 161-189.
- Lewis, M. A. y Neighbors, C. (2006). Social norms approaches using descriptive drinking norms education: A review of the research on personalized normative feedback. *Journal of American College Health*, 54, 4, 213-218.
- Liska, A. E. (1984). A critical examination of the causal structure of the Fishbein/Ajzen attitude-behavior model. *Social Psychology Quarterly*, 47, 1, 61-74.
- Little, B. R. (2006). Personality science and self-regulation: Personal projects as integrative units. *Applied Psychology: An International Review*, 55, 3, 419-427.
- López-Carrillo, L., Torres-Sánchez, L., López-Cervantes, M. y Rueda-Neria, C. (2001). Identificación de lesiones mamarias malignas en México. *Salud Pública de México*, 43, 3, 199-202.
- López-Carrillo, L., Vandale-Toney, S., Alonso, P., Fernández, C. y Parra, M. S. (1996). Cáncer cérvicouterino y mamario en la mujer mexicana. En: Langer, A. y Tolbert, K. (Eds.). *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. México: The Population Council – Edamex. Pp. 317-341.
- Maio, G., Fincham, F. D. y Lycett, E. J. (2000). Attitudinal ambivalence toward parents and attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 12, 1451-1464.
- Maio, G., Fincham, F. D., Regalia, C. y Paleari, G. (En prensa). Ambivalence and attachment in family relationships. En: Pillemer, K. y Lüscher, K. *Intergenerational ambivalences: New perspectives on parent-child relations in later life*. A publicarse por Elsevier/JAI.

- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. y Sykes, C. M. (2008). *Health psychology. Theory, research & practice*. Londres: Sage.
- Martens, M. P., Page, J. C., Mowry, E. S., Damman, K. M., Taylor, K. K. y Cimini, M. D. (2006). Differences between actual and perceived student norms: An examination of alcohol use, drug use, and sexual behavior. *Journal of American College Health, 54*, 5, 295-300.
- Martínez-Tlahuel, J. L., Arce, C. y Lara, F. U. (2006). Cáncer de mama en el hombre. *Cancerología, 1*, 201-210.
- Meza Rodríguez, M. P., Espíndola Hernández, J. G., Mota González, C., Rodríguez Pérez, M. L. y Díaz Franco, E. C. (2005). Factores que inciden en la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama. *Psicología Iberoamericana, 13*, 43-47.
- Mitra, A. K., Faruque, F. S. y Avis, A. J. (2004). Breast cancer and environmental risks: Where is the link? *Journal of Environmental Health, 66*, 7, 24-32.
- Mújica Sarmiento, A. (2005). Persuasión: Fomento de la lectura productiva en adolescentes mediante el cambio actitudinal y su impacto en la conducta. Tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- Nalbone, D. P., Lee, K. P., Suroviak, A. R. y Lannon, J. M. (2005). The effects of social norms on male hygiene. *Individual Differences Research, 3*, 3, 171-176.
- National Academy of Sciences. (2001). Social Action Theory. En: Health and behavior: The interplay of biological, behavioral and societal influences. En el sitio de internet: <http://www.nap.edu/openbook/0309070309/html/190.html> consultado el 23 de febrero de 2007.
- National Cancer Institute. (2007). Información general sobre el cáncer de seno (mama). En el sitio de Internet: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/Patient>, consultado el día 2 de enero de 2007.
- O'Malley, M. S., Earp, J. A., Hawley, S. T., Schell, M. J., Mathews, H. F. y Mitchell, J. (2001). The association of race/ethnicity, socioeconomic status, and physician recommendation for mammography: Who gets the message about breast cancer screening? *American Journal of Public Health, 91*, 1, 49-54.
- Ogletree, R. J., Hamming, B., Drolet, J. C. y Birch, D. A. (2004). Knowledge and intentions of ninth-grade girls after a breast self-examination program. *Journal of School Health, 74*, 9, 365-369.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2002). *Programas nacionales de lucha contra el cáncer. Directrices sobre política y gestión*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2007). Breast cancer. Oficina regional en Europa. En el sitio de internet: <http://www.euro.who.int/reproductivehealth/areas/cancer?language=German>, consultado el día 10 de marzo de 2007.
- OMS. (2009). ¿Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo? En el sitio de internet: <http://www.who.int/features/qa/15/es/index.html>, consultado el día 2 de enero de 2009.
- Ortega, D. (2003). Diagnóstico tardío del cáncer de mama en México: Desencuentro entre las mujeres y los servicios de salud. En: Bronfman, M. y Denman, C. (Eds.). *Salud*

*reproductiva. Temas y debates.* México: Instituto Nacional de Salud Pública. Pp. 157-180.

- Ortega-Altamirano, D., López-Carrillo, L. y López-Cervantes, M. (2000). Tres estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno en mujeres en edad reproductiva. *Salud Pública de México*, 42, 1, 17-25.
- Ortega Altamirano, D. V., Miranda-Hernández, H., Román Bassaure, E., Ríos-Rodríguez, N. y López-Carrillo, L. (2007). Utilización del ultrasonido y la mamografía para detectar cáncer mamario en la Secretaría de Salud. Libro de resúmenes del *XII Congreso de Investigación en Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. P. 89.
- Ortega Altamirano, D. V., Soler Durán, G. A., Arredondo, M. L. y Martínez Moctezuma, L. (2005). El cuerpo y la subjetividad de las mujeres en la detección y el tratamiento del cáncer de mama. Libro de resúmenes del *XI Congreso de Investigación en Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. P. 192.
- Ortega de Medina, N. M., Osorio Rebolledo, E. A. y Pedrão, L. J. (2004). El significado de drogas para el estudiante de enfermería según el modelo de creencias en salud de Rosenstock. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 12, 316-323.
- Ortiz-Rodríguez, S. P., Torres-Mejía, G., Mainero-Ratchelous, F., Ángeles-Llerenas, A., López-Caudana, A. E. y Lazcano Ponce, E. (2007). Actividad física moderada y riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas, un estudio multicéntrico. Libro de resúmenes del *XII Congreso de Investigación en Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. P. 116.
- Padilla, G. y Vallejo, M. (1999). Cáncer de mama. *Práctica Médica Efectiva*. Vol. 1, No. 1. México: Subsecretaría de prevención y control de enfermedades. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Perelló Valls, M. y Villagrán Vázquez, G. (2000). Predictores del uso del condón en hombres. *La Psicología Social en México*, 8, 741-747.
- Perelló Valls, M., Villagrán Vázquez, G. y Barocio Rocha, S. (1998). Predictores de uso de condón en mujeres. *La Psicología Social en México*, 7, 318-323.
- Petty, R. E. y Cacioppo, J. T. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. En Berkowitz, L. (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 19, 123-205.
- Petty, R. E., Briñol, P. y Tormala, Z. L. (2002). Thought confidence as a determinant of persuasion: The self-validation hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 5, 722-741.
- Pieters, R. J. y Verplaken, B. (1995). Intention-behavior consistency: effects of consideration set size, involvement and need for cognition. *European Journal of Social Psychology*, 531-543.
- Piña López, J. A. (2004). Validación de un instrumento para medir competencias conductuales en personas VIH positivas. *Salud Pública de México*, 45, 4, 293-297.
- Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Univ. Psicol. Bogotá (Colombia)*, 5, 3, 669-679.
- Poblano Verástegui, O., Carrillo Ordaz, C. E. y Ortega Altamirano, D. V. (2005). Utilización de la detección del cáncer cérvicouterino y mamario, ENED 2002. Libro de

resúmenes del *XI Congreso de Investigación en Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. P. 165.

Poblano-Verástegui, O., Figueroa-Perea, J. G. y López-Carrillo, L. (2003). Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del exámen clínico de mama. *Salud Pública de México*, 46,4, 294-305.

Ramírez Sánchez, Z. (2002). Factores que determinan que las mujeres acudan o no al médico a practicarse el papanicolaou. Una explicación basada en el modelo de la Teoría de la Conducta Planeada. Tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.

Reno, R. R., Cialdini, R. y Kallgren, C. A. (1993). The transsituational influence of social norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 104-112.

Revista Salud Pública de México. (2004). Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México, 2002. *Salud Pública de México*, 46, 1, 75-88.

Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

Rizo Ríos, P., Sierra Colindres, M. I., Vázquez Piñon, G., Cano Guadiana, M., Meneses García, A. y Mohar, A. (2007). Registro hospitalario de cáncer: Compendio de cáncer 2000-2004. *Cancerología*, 2, 3, 203-287.

Roca Perara, M. A. (2003). Autoeficacia percibida: un nutriente para el bienestar. Infomed, salud para la vida. En el sitio de Internet: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=116> consultado el 20 de enero de 2007.

Rocha-Guerrero, L. M., Rodríguez-López, M. G., Ramírez-López, L. E., Fabela-Rodríguez, J. H. y Martínez-Tamez, G. I. (2007). Impacto de una intervención para cáncer cérvicouterino y mamario en área metropolitana de Monterrey, N. L. Libro de resúmenes del *XII Congreso de Investigación en Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. P. 99.

Rodríguez Campuzano, M. L., Moreno Rodríguez, D., Robles Montijo, S. y Díaz-González y Anaya, E. (2001). El sida desde el modelo psicológico de la salud biológica. *Psicología y Salud*, 10, 2, 161-176.

Rodríguez Cerda, O., García Luna, E., Ayala García, S., Torres Basilio, A. y Reyes Islas, R. (2006). Sobre el rol de algunas creencias intervinientes en la prevención del cáncer cérvico-uterino. *La Psicología Social en México*, XI, 289-295.

Rodríguez Cerda, O., Moreno Castillo, B., González Ramírez, S. E. y Solís Mota, A. (2004). Análisis de las creencias en torno a la prevención del contagio del virus del papiloma humano. *La Psicología Social en México*, X, 409-416.

Rodríguez Cuevas, S., Guisa Hohenstein, F. y Labastida Almendaro, S. (s/f). Primer programa de detección oportuna de cáncer de mama en México mediante pesquisa con mastografía. Resultados iniciales 2005-2006. Inédito. México: Fundación de Fomento Educativo para la Prevención y Detección del Cáncer de Mama, A. C.

Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

Ros, M. y Gómez, A. (1997). Valores personales individualistas colectivistas y su relación con la autoestima colectiva. *Revista de Psicología Social*, 12, 2, 179-199.

- Rosenberg, M. J. y Hovland, C.I. (1960) Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. En: C.I. Hovland, y M.J. Rosenberg. (Eds.). *Attitude Organization and Change*. New Haven: Yale University Press.
- Roskos-Ewoldsen, D. R. (s/f). Attitude measurement, attitude ambivalence and the effects of persuasive messages. Mecanografiado.
- Rowe, J. L., Montgomery, G. H., Duberstein, P. R. y Bovbjerg, D. H. (2005). Health locus of control and perceived risk for breast cancer in healthy women. *Behavioral Medicine*, 31, 1, 33-40.
- Rubio, V. J. (2007). Modelos psicológicos del comportamiento saludable. Notas para el curso del programa de doctorado en Ciencia de la Conducta. Universidad Autónoma de Madrid. En el sitio de Internet [http://www.uam.es/personal\\_pdi/psicologia/victor/DOCTORADO/index.html](http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/DOCTORADO/index.html) consultado el 5 de marzo de 2007.
- Saldívar Garduño, A. (2005). Creencias, actitudes y percepción de riesgo de contagio por VIH/SIDA en mujeres de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. Tesis de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Sánchez Mayorga, R. E. (2005). Valoración hacia la esbeltez: Actitudes ambivalentes (afecto versus cognición) en el cambio de actitud hacia las dietas en las adolescentes de bachillerato de la Zona Oriente con la aplicación del Modelo de Probabilidad de Elaboración. Tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- Sánchez Mayorga, R. E. y Saldívar Garduño, A. (2005). Explorando las actitudes ambivalentes hacia las dietas y la consulta a un nutriólogo en una muestra de mujeres jóvenes mexicanas. Ponencia presentada en el 30º Congreso Interamericano de Psicología, del 26 al 30 de Junio en Buenos Aires, Argentina.
- Sánchez Ríos. A. (2006). Amor verdadero. Presentación de powerpoint. Disponible en el sitio de internet: <http://www.scribd.com/doc/25164/REFLEXION-SOBRE-EL-CANCER-DE-MAMA>
- Scholly, K., Katz, A. R., Gascoigne, J. y Holck, P. S. (2005). Using Social Norms Theory to explain perceptions and sexual health behaviours of undergraduate College students: An exploratory study. *Journal of American College Health*, 53, 4, 159-166.
- Secretaría de Salud. (2003). *Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2005). *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2007). *Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas*. México: Secretaría de Salud.
- Sepúlveda Amor, J., Bronfman, M., Ruíz Palacios, G., Stanislawsky, E. y Valdespino, J. L. (1989). *SIDA, ciencia y sociedad en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sheeran, P. y Taylor, S. (1999). Predicting intentions to use condoms: A meta-analysis and comparison of the theories of Reasoned Action and Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 8, 1624-1675.

- Slovic, P., Fischhoff, B. y Lichtenstein, S. (1980). Facts and fears: understanding perceived risk. En: Schwing, R. C. y Albers, W. A. (Eds.). *Societal risk assessment: how safe is safe enough?* New York: Plenum.
- Smith, K. W., McGraw, S. A., Costa, L. A. y McKinlay, J. B. (1996). A self-efficacy scale for HIV risk behaviors: development and evaluation. *AIDS Education and Prevention*, 8, 2, 97-105.
- Snyder, M. (1974). Self monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 526-537.
- Snyder, M. (1984). This week's citation classic: Snyder M. Self-monitoring of expressive behavior. *CC*, 7, 13 de febrero.
- Sorolla, G. (2004). Is affective material in attitudes more accessible than cognitive material? The moderating role of attitude basis. *European Journal of Social Psychology*, 34, 761-780.
- Stefani, D. (2001) Género y prevención primaria del SIDA en ancianos: un análisis desde la teoría de la acción razonada. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 19, 51-66.
- Toledo Benítez, S. A. (2003). Actitud hacia la petición de uso del condón en mujeres casadas de una zona del Estado de México. Tesis de licenciatura en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México.
- Tovar Guzmán, V. J., López Antuñano, F. J., Velasco Mondragón, E., Torres Mejía, G. y Rodríguez Salgado, N. (2005). Mortalidad por cáncer de mama en México 1980-2002. Libro de resúmenes del *XI Congreso de Investigación en Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. P. 114.
- Triandis, H.C., Bontempo, R. y Villareal, M. J. (1988). Individualism and collectivism: Cross-cultural perspectives on self-ingroup relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 2, 323-338.
- Universidad de Twente. (2007). Health Belief Model. Universidad de Twente, Países Bajos. En el sitio de Internet [http://www.tcw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Health\\_Belief\\_Model.doc/](http://www.tcw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Health_Belief_Model.doc/) consultado el 25 de marzo de 2007.
- Valadez, B. (2009). Cáncer de mama afecta también a los hombres. Periódico Milenio. Viernes 24 de julio. Pp. 48.
- Valdés Caraveo, R. y Rodríguez Ortega, G. (2002). La psicología de la salud y la prevención del cáncer cérvicouterino. *La Psicología Social en México*, 9, 38-44.
- Valdés Caraveo, R., Amparán Saenz, G. y Ramírez Gutiérrez, R. (2000). Comportamiento preventivo en el cáncer cérvicouterino. *La Psicología Social en México*, VIII, 697-703.
- Valdés Caraveo, R., Barrera Valdivia, P. y Méndez Canales, R. (1996). Percepción de estados de salud en mujeres chihuahuenses y comportamiento preventivo. *La Psicología Social en México*, VI, 456-462.
- Valdés Caraveo, R., Barrera Valdivia, P. y Méndez Canales, R. (1998). Variables que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cérvicouterino. *La Psicología Social en México*, VII, 346-351.

- Vásquez, M. L., Argote, L. A., Castillo, E., Cabrera, M. J., González, D., Mejía, M. E. y Villaquirán, M. E. (2005). Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: una experiencia desde la Teoría de la Acción Razonada. *Colombia Médica*, 36, 14-24.
- Vega-Malagón, G., Hernández-Lomelí, A., Vega-Malagón, A., Leo-Amador, G., Solorio-Montoya, C. y Torres-García, L. (2007). Factores de riesgo en cáncer de mama en el Hospital General de Querétaro. Libro de resúmenes del *XII Congreso de Investigación en Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. P. 108.
- Verplanken, B., Hofstee, G. y Janssen, H. J. W. (1998). Accessibility of affective versus cognitive components of attitudes. *European Journal of Social Psychology*, 28, 23-35.
- Vohs, K. D. y Baumeister, R. F. (2004). Understanding self-regulation. An introduction. Pp. 1-11. En: Baumeister, R. F. y Vohs, K. D. (Eds.). *Handbook of self-regulation. Research, theory, and applications*. New York: Guilford Press.
- Von Davier, M. y Rost, J. (1997). Self monitoring – A class variable? En: Rost, J. y Langeheine, R. (Eds.). *Applications of Latent Trait and Latent Class Models in the Social Sciences*. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann. Pp. 296-305.
- Women's Cancer Network. (2005). Breast cancer information. Desarrollada por el Gynecologic Cancer Foundation and Cancer Source for Women and their families. En el sitio de internet: <http://www.wcn.org/interior.cfm?diseaseid=2&featureid=1> consultado el 15 de febrero de 2007.
- Women's Cancer Network. (2007). Cancer risk assessment survey. Desarrollada por el Gynaecologic Cancer Foundation and Cancer Source for Women and their families. En el sitio de internet: <http://www.wcn.org/interior.cfm?diseaseid=2&featureid=3> consultado el 15 de febrero de 2007.
- Yzer, M. (2004). The integrative model of behavioral prediction as a tool for designing STD prevention messages. Presentación para el EPIDASA workshop, realizado en The Amsterdam School of Communications Research, Universiteit Van Amsterdam, Holanda, el día 22 de septiembre.
- Yzer, M. y Van den Putte, B. (2004). Using theory to evaluate campaign strategy: The Dutch "The Netherlands start stopping" smoking cessation campaign. Ponencia presentada en la reunión anual de la International Communication Association, realizada en la ciudad de Nueva Orleans, el día 24 de mayo. En el sitio de internet: [http://www.allacademic.com/meta/p112861\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p112861_index.html)
- Zeichner Gancz, I. y Candelaria, M. (2006). Cáncer de mama: Un problema de salud. Editorial. *Cancerología*, 1, 1, 143-145.
- Zimbrón Romero, E. A. (2005). Relación entre la grasa abdominal y la presencia de cáncer mamario en mujeres mexicanas. Libro de resúmenes del *XI Congreso de Investigación en Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. P. 115.



## IX. ANEXOS

### ANEXO 1



## Escala de factores asociados con el cáncer de mama en mujeres mexicanas



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO

### Introducción:

Como muy probablemente usted ya se habrá enterado, cada vez es más frecuente que las mujeres de nuestro país mueran a causa del cáncer de mama. Por esta razón, queremos hacerle unas preguntas acerca de lo que usted considera que causa dicho padecimiento, así como sobre las cosas que podemos hacer las mujeres para prevenir que se desarrolle en nuestro organismo.

Le pedimos que conteste con la mayor sinceridad posible este cuestionario; en caso de que no entienda lo que se le pregunta, por favor consulte a la persona que se lo entregó. Esto no es un examen, así que no hay respuestas buenas o malas, simplemente queremos saber lo que piensa. Nos comprometemos a mantener su identidad en el anonimato, y dar un manejo totalmente confidencial a la información que usted nos proporcione, la cual sólo será utilizada con propósitos estadísticos.

### SECCIÓN I

#### Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas que le presentamos a continuación y tache la opción que se acerca más a lo que usted piensa. Las letras colocadas en cada renglón significan lo siguiente:

<b>TD</b> Totalmente en desacuerdo	<b>D</b> En desacuerdo	<b>NA</b> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<b>A</b> De acuerdo	<b>TA</b> Totalmente de acuerdo
--	---------------------------	--	------------------------	---------------------------------------

Es importante que responda a todas las preguntas y que marque sólo una de las cuatro opciones presentadas; asimismo, le pedimos que observe cuidadosamente las opciones antes de elegir, pues el sentido de los valores puede cambiar. A continuación le mostramos un ejemplo:

Las personas que usan condón en sus relaciones sexuales son responsables	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<del><b>A</b></del>	<b>TA</b>
--	-----------	----------	-----------	---------------------	-----------

En el caso anterior, la persona que respondió está de acuerdo con el contenido de la afirmación presentada, y considera que es importante que las personas utilicen condón en sus relaciones sexuales porque eso quiere decir que son responsables.

Le pedimos que en las siguientes frases elija la opción que se acerque más a lo que usted piensa. **Recuerde que en todos los casos nos estamos refiriendo a la realización de la autoexploración de los senos una vez al mes para prevenir el cáncer de mama.**

1. Mis amigas me dejarían de hablar si se enteraran que me auto-exploro los senos.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
--	-----------	----------	-----------	----------	-----------

2. Es conveniente hacerse la autoexploración de los senos.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
3. Yo no puedo decidir en qué momento del mes hacerme la autoexploración de los senos.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
4. Las mujeres deberían hacerse la autoexploración de los senos cada mes.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
5. Si yo supiera que la mayoría de las mujeres que conozco se autoexploran los senos, yo también lo haría.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
6. La naturaleza debería castigar a las mujeres que no se autoexploran los senos, haciendo que les de cáncer de mama.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
7. Trataré de hacerme la autoexploración de los senos el próximo mes para prevenir el cáncer de mama.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
8. Es bueno hacerse la autoexploración de los senos una vez al mes para prevenir el cáncer de mama.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
9. Mi pareja vería bien que me autoexplore los senos.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
10. Debería existir una ley que castigue a las mujeres que no se practican un autoexamen de senos una vez al mes.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
11. Hacerme la autoexploración de los senos es dañino para mi salud.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
12. El cáncer de mama es un castigo de la vida para las mujeres que no se revisan los senos una vez al mes.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
13. Voy a hacerme la autoexploración de los senos el próximo mes.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
14. Mi familia vería bien que me haga la autoexploración de los senos una vez al mes para prevenir el cáncer de mama.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
15. Yo debería poner el ejemplo a otras mujeres y hacerme una autoexploración una vez al mes para prevenir el cáncer de mama.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
16. Depende de la suerte hacerme la autoexploración de los senos el próximo mes para prevenir el cáncer de mama.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
17. Tengo la intención de hacerme la autoexploración de los senos el próximo mes.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
18. Si yo me enterara que mis amigas se autoexploran los senos una vez al mes para prevenir el cáncer de mama, yo también lo haría.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
19. Soy capaz de hacerme la autoexploración de los senos.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
20. Autoexplorarse los senos es engorroso.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
21. Es doloroso hacerse la autoexploración de los senos.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
22. Tengo planeado hacerme la autoexploración de los senos el próximo mes.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
23. Mis mejores amigas aprobarían que me autoexplore los senos.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
24. Es benéfico hacerse la autoexploración de los senos.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
25. Mi familia piensa que yo debería autoexplorarme los senos.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
26. Depende de mí realizarme la autoexploración de los senos el próximo mes para prevenir el cáncer de mama.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
27. Si las mujeres que nunca se han hecho una autoexploración ven que la mayoría de las mujeres se revisan los senos, seguirán su ejemplo y se la harán.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
28. Las mujeres como yo somos capaces de autoexplorar nuestros senos.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
29. Puedo hacerme la autoexploración de los senos el próximo mes para prevenir el cáncer de mama.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
30. Las personas que son importantes para mí aprobarían que me haga la autoexploración de los senos.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>

31. Es difícil para mí hacerme la autoexploración de los senos el próximo mes para prevenir el cáncer de mama.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
32. Aunque tuviera el tiempo para hacerlo, me siento incapaz de explorar mis senos.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
33. Es molesto autoexplorarse los senos.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
34. Autoexplorarse los senos es inmoral.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
35. Todas las mujeres tienen el deber de revisarse los senos.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
36. Hacerse la autoexploración de los senos es positivo.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
37. Todas las mujeres deben revisarse los senos.	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>

## SECCIÓN II

### Instrucciones:

Por favor lea cuidadosamente las preguntas que le presentamos a continuación y tache la opción que se acerca más a lo que usted piensa. La escala es similar a las preguntas del cuadro anterior, pero ahora usamos números, en vez de letras, y significan lo siguiente:

<b>1</b> Totalmente en desacuerdo	<b>2</b> En desacuerdo	<b>3</b> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<b>4</b> De acuerdo	<b>5</b> Totalmente de acuerdo
---	---------------------------	---	------------------------	--------------------------------------

Ejemplo:

Es muy importante para mí la opinión que tienen los otros sobre mi forma de ser.	<b>1</b>	<b>2</b>	<del><b>3</b></del>	<b>4</b>	<b>5</b>
--	----------	----------	---------------------	----------	----------

Como se puede ver, a la persona que ha respondido a esta pregunta le resulta indiferente la opinión que sobre ella tienen las otras personas.

Elija por favor, la opción que refleje de la mejor manera lo que usted piensa en cada caso.

1. Me es difícil imitar la conducta de los demás.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2. Siempre soy la persona que aparento ser, aunque a los demás no les guste.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3. No cambiaría mis opiniones o la manera como hago las cosas para complacer a otra persona o ganarme su simpatía.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4. Mejor comienzo ya a planear cuál es el mejor momento para hacerme un autoexamen de senos para descartar posibles síntomas de cáncer de mama.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5. Sólo puedo defender las ideas en las que realmente creo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6. Cuidar mi salud es importante para mí y por esa razón me voy a revisar los senos para prevenir el cáncer de mama.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
7. Si otras mujeres cercanas a mí se hicieran cada mes la autoexploración de los senos, yo también me la realizaría para quedar bien con ellas.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
8. Siempre estoy pendiente de lo que hacen las otras personas para cuidar su salud y procuro imitarlas.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
9. Con gusto cambiaría mis opiniones negativas sobre el autoexamen de senos si con eso me ganara la simpatía de las demás personas.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
10. Será mejor que marque en un calendario los días de cada mes en que debo hacerme la autoexploración de los senos.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
11. Siempre me preocupo por agradar a los demás.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

12. Ya es tiempo de que me haga un autoexamen de senos para saber si tengo bolitas o tumores.	1	2	3	4	5
13. Es fácil para mí imitar a otras personas.	1	2	3	4	5
14. A veces me digo a mí misma que debo explorar mis senos para saber si tengo bolitas o tumores.	1	2	3	4	5
15. A veces me doy ánimos para hacer cosas que me ayudan a cuidar mi salud, como revisarme los senos y comprobar que no tengo bolitas o tumores.	1	2	3	4	5
16. Si no me reviso los senos una vez al mes para detectar bolitas, puedo enfermarme de cáncer de mama.	1	2	3	4	5
17. Después de hacerme la autoexploración de los senos, deberé programar una cita con un doctor para hacerme un examen de mamas y confirmar que lo estoy haciendo bien.	1	2	3	4	5
18. Siempre termino haciendo lo que los demás quieren que haga, aún sin darme cuenta.	1	2	3	4	5
19. Cuando llego a un lugar nuevo, observo lo que hacen las personas y procuro imitarlas para no parecer 'fuera de lugar'.	1	2	3	4	5
20. Es muy importante para mí el 'qué dirán'.	1	2	3	4	5

---

### SECCIÓN III

#### Instrucciones:

Por favor, piense qué tan segura está de poder hacer lo que se le pide a continuación, y coloque un número entre 0 y 100 en las líneas del final de cada renglón:

- |   | <b>Confianza<br/>(0-100)</b> |
|---|------------------------------|
| 1. Puedo realizar casi todo lo que me propongo.   | _____                        |
| 2. Cuando las cosas salen mal, vuelvo a intentarlo.   | _____                        |
| 3. Puedo ser capaz de decidir sobre mi vida.  | _____                        |
| 4. Tengo confianza en que puedo solucionar mis problemas personales.  | _____                        |
| 5. Puedo hacer planes a largo plazo sobre mi vida.  | _____                        |
| 6. Puedo solucionar cualquier problema, por difícil que parezca.  | _____                        |
| 7. Una vez que me defino una meta, no me detengo hasta alcanzarla.  | _____                        |
| 8. Puedo decidir cuándo realizarme la autoexploración de los senos para prevenir el cáncer de mama.                               | _____                        |
| 9. Puedo ser capaz de tener control sobre la decisión de realizarme una autoexploración de senos para prevenir el cáncer de mama. | _____                        |
| 10. Puedo estar segura de que no quiero desarrollar cáncer de mama.   | _____                        |
| 11. Puedo ser capaz de decidir si voy a hacerme la autoexploración de los senos para prevenir el cáncer de mama.                  | _____                        |
| 12. Soy capaz de dejar de hacer otras cosas importantes para realizarme la autoexploración de senos para prevenir cáncer de mama. | _____                        |
| 13. Puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración de los senos para prevenir el cáncer de mama.                  | _____                        |

---

### SECCIÓN IV

### Instrucciones:

A continuación le presentamos una pregunta sobre el grado de confianza que usted piensa que tiene sobre una conducta específica. Observe con cuidado el ejemplo:

**¿Qué tan confiada se siente en este momento de renovar su credencial de elector en el transcurso de la siguiente semana?**

Totalmente confiada    1    2    ~~3~~    4    5    6    7    Nada confiada

La persona que ha contestado a esta pregunta confía moderadamente en que renovará su credencial para votar durante la semana siguiente a la aplicación del cuestionario.

Por favor, tache la opción que refleje mejor lo que usted piensa acerca de lo que se le plantea a continuación:

**¿Qué tan confiada se siente en este momento de realizarse la autoexploración de los senos a partir del próximo mes para prevenir el cáncer de mama?**

Totalmente confiada    1    2    3    4    5    6    7    Nada confiada

---

### SECCIÓN V

#### Instrucciones:

Lea cuidadosamente las dos afirmaciones que se le presentan a continuación y marque con una cruz (X) la opción que le parezca más cercana a lo que usted piensa, como se muestra en el ejemplo:

**Siempre que voy a hablar de un tema importante con mi pareja me siento:**

Tensa “    “    ” ~~X~~ “    “    “    “    “ Calmada

En el ejemplo anterior, la persona que responde elige una opción que se encuentra más cerca de la palabra “tensa”, lo que hace suponer que tener una conversación importante con su pareja la pone ligeramente nerviosa; en cambio, si la cruz estuviera más cerca de la izquierda, pensaríamos que quien responde realmente se estresa cuando habla de temas importantes con su pareja.

**1. Hacerme el autoexamen de senos para prevenir cáncer de mama me hace sentir:**

Jubilosa “ 7 “ 6 ” 5 ” 4 “ 3 “ 2 “ 1 “ Afligida  
Disgustada “ 1 “ 2 ” 3 ” 4 “ 5 “ 6 “ 7 “ A gusto  
Enojada “ 1 “ 2 ” 3 ” 4 “ 5 “ 6 “ 7 “ Relajada  
Triste “ 1 “ 2 ” 3 ” 4 “ 5 “ 6 “ 7 “ Alegre  
Animada “ 7 “ 6 ” 5 ” 4 “ 3 “ 2 “ 1 “ Abatida  
Tensa “ 1 “ 2 ” 3 ” 4 “ 5 “ 6 “ 7 “ Calmada  
Plácida “ 7 “ 6 ” 5 ” 4 “ 3 “ 2 “ 1 “ Molesta  
Querida “ 7 “ 6 ” 5 ” 4 “ 3 “ 2 “ 1 “ Odiada

**2. Hacerme el autoexamen de senos para prevenir cáncer de mama me parece:**

Malo “ 7 “ 6 ” 5 ” 4 “ 3 “ 2 “ 1 “ Bueno  
Negativo “ 7 “ 6 ” 5 ” 4 “ 3 “ 2 “ 1 “ Positivo  
Útil “ 1 “ 2 ” 3 ” 4 “ 5 “ 6 “ 7 “ Inútil  
Imperfecto “ 7 “ 6 ” 5 ” 4 “ 3 “ 2 “ 1 “ Perfecto  
Benéfico “ 1 “ 2 ” 3 ” 4 “ 5 “ 6 “ 7 “ Perjudicial

Desgradable “ 7 “ 6 ” 5 ” 4 “ 3 “ 2 “ 1 “ Agradable

Inseguro “ 7 “ 6 ” 5 ” 4 “ 3 “ 2 “ 1 “ Seguro

---

## SECCIÓN VI

### Instrucciones:

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es su edad en años cumplidos? \_\_\_\_\_
2. ¿Trabaja fuera de casa?  SI  NO
3. ¿Qué actividad desarrolla? \_\_\_\_\_
4. ¿Hasta qué grado escolar estudió? \_\_\_\_\_
5. Su estado civil es:
  - a) Soltera.
  - b) Casada.
  - c) Vive en unión libre.
  - d) Divorciada.
  - e) Otra \_\_\_\_\_
6. ¿Qué religión practica?
  - a) Católica
  - b) Protestante
  - c) Otra, ¿cuál? \_\_\_\_\_
  - d) Ninguna
7. Número de hijas o hijos que tiene \_\_\_\_\_
8. ¿Qué edad tenía usted cuando nació su primer hijo o hija? \_\_\_\_\_
9. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? \_\_\_\_\_
10. ¿Conoce a alguna persona que haya padecido o padezca actualmente cáncer de mama?  
 SI  NO
11. ¿Qué tipo de relación tiene usted con esa persona? \_\_\_\_\_
12. Entre las mujeres de su familia, ¿hay alguna que haya padecido o padezca actualmente cáncer de mama? ¿Quién?
  - a) Su mamá.
  - b) Una hermana.
  - c) Su abuela materna.
  - d) Una prima en la línea materna.
  - e) Una tía materna en primer grado.
  - f) Ninguna.
13. ¿Ha padecido usted alguna vez cáncer en alguna de las mamas?  SI  NO

14. ¿Ha padecido usted alguna vez quistes o tumores benignos en alguna de las mamas?  SI  NO

15. En caso de que así haya sido, ¿cómo se enteró de que tenía cáncer, quistes o tumores?

- a) Usted lo detectó por la autoexploración de los senos.
- b) Un médico o enfermera le sugirió que se hiciera estudios.
- c) Se realizó una mamografía.
- d) Otro. ¿Cómo? \_\_\_\_\_

16. En caso de haber padecido cáncer de seno, ¿cuál fue el tratamiento que siguió y por cuánto tiempo?

\_\_\_\_\_

---

## SECCIÓN VII

### Instrucciones:

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

1. El cáncer de mama es:

- a) Una enfermedad en la que un tumor maligno ataca los tejidos de la mama.
- b) Un padecimiento contagioso.
- c) Una molestia menor en los senos por dormir boca abajo.
- d) Otra \_\_\_\_\_

2. El cáncer de mama lo padecen:

- a) Sólo las mujeres.
- b) Sólo los hombres.
- c) Mujeres y hombres.

3. De la siguiente lista, ¿cuáles son considerados factores de riesgo para el cáncer de mama?

a) Ser una mujer mayor de 40 años.	SI	NO
b) Ser hija o hermana de una mujer que haya padecido cáncer de mama.	SI	NO
c) Haber tenido el primer embarazo después de los 30 años.	SI	NO
d) No haber tenido bebés.	SI	NO
e) No haber amamantado nunca.	SI	NO
f) Ser una persona obesa.	SI	NO
g) Beber más de dos copas de bebidas alcohólicas de grano al día.	SI	NO
h) Ser fumadora.	SI	NO
i) Tomar hormonas por un tiempo prolongado.	SI	NO
j) Usar el brassiere muy apretado.	SI	NO

4. ¿Alguna vez se ha hecho usted misma una autoexploración de senos?  SI  NO

5. ¿Puede describir cómo lo hizo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Después de esa ocasión, ¿ha vuelto a hacerse la autoexploración de senos?  SI  NO

7. ¿Cuándo?

EL ÚLTIMO MES    HACE MÁS DE UN MES    EL ÚLTIMO AÑO    HACE MÁS DE UN AÑO

8. ¿Se auto-explora rutinariamente los senos?  SI  NO

9. ¿Cada cuánto tiempo se realiza la autoexploración de senos?

- a) Cada mes.
- b) Cada dos o más meses.
- c) Cada año.
- d) Nunca.

10. En una escala del 0 al 100, ¿qué tan probable es que...?

**(0-100)**

10a. cualquier mujer desarrolle cáncer de mama si no se auto-explora los senos? \_\_\_\_\_

10b. una mujer conocida desarrolle cáncer de mama si no se auto-explora los senos? \_\_\_\_\_

10c. una mujer de su familia desarrolle cáncer de mama si no se auto-explora los senos? \_\_\_\_\_

11. ¿Cuáles son las formas en que puede detectarse el cáncer de mama? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. ¿Cuál es la manera correcta de hacerse la autoexploración de los senos? Por favor, describa los pasos.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Por último, ¿cuál o cuáles de los siguientes síntomas son motivo de consulta urgente con un médico?

a) Cambio de color en la piel de los senos. **SI** **NO**

b) Si hay secreciones líquidas en alguno de los pezones cuando no se está amamantando. **SI** **NO**

c) Si se detectan abultamientos con el tacto. **SI** **NO**

d) Alteraciones del tamaño y la forma de las mamas. **SI** **NO**

**¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**

Si tiene dudas o desea mantenerse informada sobre esta investigación puede comunicarse con Alicia Saldívar Garduño al Tel. 58 04 46 00 ext. 2772 de la UAM-Iztapalapa o al correo electrónico [sga@xanum.uam.mx](mailto:sga@xanum.uam.mx)



## ANEXO 2

### Análisis psicométrico de las escalas

A continuación se presentan los resultados de los análisis factoriales realizados con la base de datos constituida con la información recopilada a través del cuestionario. Vale la pena anotar que todos los análisis exploratorios de factores que se reportan a continuación se efectuaron aplicando una rotación varimax, normalización Kaiser y método de extracción de componentes principales, de manera que esta información se eliminó de las descripciones para agilizar su lectura.

#### 1. Actitudes como evaluación

El análisis factorial realizado a la escala de actitudes con los 9 reactivos redactados, convergió en 3 iteraciones. De acuerdo con la tabla de valores propios (*eigen values*), la escala era unidimensional, y arrojó dos factores, uno referido a las ventajas de la autoexploración y otro orientado a la evaluación positiva de la autoexploración. A pesar de esta concentración en dos factores, por pertinencia teórica se tomó la decisión de conservar sólo un factor de actitudes, con el siguiente orden de reactivos:

**Tabla 1**  
**Factor de la escala de actitudes como evaluación**

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. item-total
(No) es molesto autoexplorarse los senos.	.707	4.2	0.9	.54
Autoexplorarse los senos (no) es inmoral.	.698	4.5	0.9	.53
Hacerme la autoexploración de los senos (no) es dañino para la salud.	.574	4.6	0.8	.42
(No) es doloroso hacerse la autoexploración de los senos.	.557	4.2	1.0	.37
Es conveniente hacerse la autoexploración de los senos.	.556	4.4	1.0	.38
Es benéfico hacerse la autoexploración de los senos.	.533	4.5	0.8	.36
Es bueno hacerse la autoexploración de los senos una vez al mes.	.513	4.3	0.9	.37
Hacerse la autoexploración de los senos es positivo.	.505	4.4	0.7	.35
Autoexplorarse los senos (no) es engorroso	.446	4.2	1.6	.31
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>.73</b>	<b>34.3</b>	<b>5.3</b>	

Escala de respuestas: 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo.

La confiabilidad del factor fue de .73, y explicaba el 45.5% de la varianza total. Las respuestas de las mujeres mostraron una tendencia positiva en sus actitudes, como se puede observar en la columna de las medias, si se considera que el valor mínimo de la escala era 1 y el máximo, 5; es decir, que se mostraban de acuerdo con las afirmaciones

presentadas, o totalmente de acuerdo. El promedio del factor también sigue esta tendencia, pues el valor de 34.3 se encontraba en un rango entre 3 y 40.

## 2. Actitudes ambivalentes

Las dos escalas (diferencial semántico con siete intervalos), que midieron la ambivalencia de las participantes en relación con la autoexploración de los senos, es decir, la situación en la que pueden pensar en una dirección positiva, pero tener sentimientos negativos, o viceversa, fueron analizadas en forma independiente, pero se presentan en una tabla única para facilitar la lectura de los datos. Así, la escala de actitudes de base afectiva, que exploraba las emociones asociadas con la autoexploración de las mamas, con ocho reactivos, arrojó un único factor como solución en el análisis factorial exploratorio, mismo que explica el 59.9% de la varianza, con una confiabilidad de .90. Por otra parte, la escala de base cognitiva con siete reactivos, arrojó un solo factor, que explica el 62% de la varianza y que tuvo una confiabilidad de .89.

**Tabla 2**  
**Factores de la escala de actitudes ambivalentes**

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. item-total
<b>Factor 1. Actitudes de base afectiva.</b>				
<b>Hacerme el autoexamen de senos para prevenir el cáncer de mama me hace sentir:</b>				
Disgustada-a gusto	.817	5.5	1.4	.74
Abatida-animada	.808	5.3	1.3	.73
Molesta-plácida	.807	5.1	1.3	.73
Triste-alegre	.802	5.0	1.4	.72
Enojada-relajada	.778	5.6	1.3	.70
Tensa-calmada	.756	5.1	1.6	.67
Afligida-jubilosa	.729	4.7	1.3	.64
Odiada-querida	.687	5.5	1.3	.60
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>.90</b>	<b>41.8</b>	<b>8.5</b>	
<b>Factor 2. Actitudes de base cognitiva.</b>				
<b>Hacerme el autoexamen de senos para prevenir el cáncer de mama me parece:</b>				
Negativo-positivo	.848	1.5	1.1	.76
Malo-bueno	.835	1.5	1.1	.74
Inútil-útil	.829	1.6	1.1	.74
Inseguro-seguro	.812	1.8	1.2	.74
Imperfecto-perfecto	.779	1.9	1.3	.69
Perjudicial-benéfico	.736	1.6	1.5	.63
Desagradable-agradable	.656	2.4	1.5	.56
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>.89</b>	<b>12.3</b>	<b>6.8</b>	

### 3. Norma subjetiva

Después de ejecutar el análisis factorial, se confirmó la estructura unidimensional de la escala, y se conservaron sus cinco ítems. En la siguiente tabla se presentan los valores del factor:

**Tabla 3**  
**Factor de la escala de la norma subjetiva**

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. item-total
Mi familia vería bien que me haga la autoexploración de los senos una vez al mes.	.789	4.0	1.0	.62
Mis mejores amigas aprobarían que me autoexploro los senos.	.739	3.8	1.1	.55
Las personas que son importantes para mí aprobarían que me haga la autoexploración de los senos.	.737	4.1	1.0	.55
Mi familia piensa que yo debería autoexplorarme los senos.	.673	3.8	1.0	.47
Mi pareja vería bien que me autoexploro los senos.	.608	4.0	1.0	.42
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>.75</b>	<b>19.6</b>	<b>3.7</b>	

Escala de respuestas: 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo.

La proporción de varianza explicada para este factor fue del 50.7%, y su confiabilidad de .75, según el valor alfa de Cronbach. Las medias de cada reactivo muestran una tendencia positiva en las respuestas, aunque sin llegar al extremo “totalmente de acuerdo” en ninguno de los casos.

### 4. Normas descriptivas

La escala contaba con siete reactivos que, al someterse al análisis factorial se redujeron a cinco al eliminar los ítems: “Si yo supiera que la mayoría de las mujeres que conozco se auto-exploraran los senos una vez al mes para prevenir el cáncer de mama, yo también lo haría”, y “Si yo me enterara que mis amigas se auto-exploran una vez al mes para prevenir el cáncer de mama, yo también lo haría”, por separarse ambos en un factor que no resultaba primordial. La confiabilidad de este conjunto de reactivos, sin ser alta, resultó suficiente; el valor alfa de Cronbach fue de .61, y la varianza explicada alcanzó el 40.5%. De acuerdo con las medias de los reactivos en el factor, la tendencia de las respuestas se orientó hacia las opciones “ni de acuerdo ni en desacuerdo” y “de acuerdo”, sin llegar a mostrarse como grupo “totalmente de acuerdo” con ninguno de los ítems.

La tabla 4 presenta la composición del factor y sus valores psicométricas:

**Tabla 4**  
**Factor de la escala de las normas descriptivas**

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. item-total
Todas las mujeres deben revisarse los senos.	.711	4.5	0.8	.44
Todas las mujeres tienen el deber de revisarse los senos.	.689	4.4	0.8	.42
Yo debería poner el ejemplo a otras mujeres y hacerme una autoexploración una vez al mes	.618	4.0	1.1	.37
Si las mujeres que nunca se han hecho una autoexploración ven que la mayoría de las mujeres se revisan los senos, seguirán su ejemplo y se la harán.	.590	3.8	1.0	.34
Las mujeres deberían hacerse la autoexploración de los senos cada mes.	.565	4.2	1.0	.32
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>.61</b>	<b>20.9</b>	<b>8.8</b>	

Escala de respuestas: 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo.

## 5. Normas imperativas

En un principio, la escala correspondiente contaba con cuatro reactivos, mismos que al someternos al análisis exploratorio de factores, cargaron en un único factor; fue necesario, sin embargo, eliminar el ítem 1 “mis amigas me dejarían de hablar si se enteraran que me autoexploro los senos una vez al mes”, después de correr el análisis de confiabilidad. Los tres reactivos restantes se presentan en la tabla 5:

**Tabla 5**  
**Factor de la escala de normas imperativas**

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. item-total
La naturaleza debería castigar a las mujeres que no se autoexploran los senos, haciendo que les de cáncer de mama.	.765	1.5	0.9	.42
El cáncer de mama es un castigo de la vida para las mujeres que no se revisan los senos una vez al mes.	.731	1.6	1.0	.43
Debería existir una ley que castigue a las mujeres que no se practican un autoexamen de senos una vez al mes.	.606	1.9	1.0	.30
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>.57</b>	<b>4.9</b>	<b>2.1</b>	

Escala de respuestas: 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo.

El nivel de varianza explicada que se alcanzó con esta solución fue de 48.5%, y la confiabilidad de .57, baja de acuerdo a los estándares estadísticos para este tipo de pruebas, pero suficiente para justificar la decisión de mantener el factor para los análisis posteriores, dada la homogeneidad del mismo, de acuerdo con el sentido de los ítems.

## 6. Control conductual percibido

Esta escala contaba con ocho reactivos, y mediante el análisis factorial se eliminó el ítem “3. Yo no puedo decidir en qué momento hacerme la autoexploración de los senos”, por no cargar en la matriz de componentes. Con los siete restantes y después de 3 iteraciones, se obtuvieron dos factores, uno orientado al control centrado en ellas mismas y otro en las dificultades percibidas para ejercerlo sobre la conducta de autoexploración. Después de analizar cuidadosamente el conjunto de reactivos, se tomó la decisión de conservar un solo factor, cuya composición se presenta en la tabla 3, con sus correspondientes valores:

**Tabla 6**  
**Factores de la escala del control conductual percibido**

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. ítem-total
Las mujeres como yo somos capaces de autoexplorar nuestros senos.	.732	4.3	0.8	.54
Depende de mí realizarme la autoexploración de los senos.	.685	4.4	0.8	.48
Puedo hacerme la autoexploración de los senos.	.683	4.2	0.8	.49
Soy capaz de hacerme la autoexploración de los senos.	.648	4.3	0.9	.46
Aunque tuviera el tiempo para hacerlo, (no) me siento incapaz de explorar mis senos.	.600	4.2	1.0	.47
(No) depende de la suerte hacerme la autoexploración de los senos.	.541	4.2	1.0	.40
(No) es difícil para mí hacerme la autoexploración de los senos.	.538	4.0	1.1	.40
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>.74</b>	<b>29.4</b>	<b>4.2</b>	

Escala de respuestas: 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4=De acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo.

La confiabilidad fue de .74, y explicaba el 57.2% de la varianza. La tendencia de las respuestas a esta escala fue positiva en términos generales, pues en todos los casos las medias se situaron en la opción “de acuerdo”, situación que se puede observar también en el valor promedio de la escala completa, que fue de 29.4, en un rango de 13 a 35. Las correlaciones entre cada uno de los reactivos y el total de la escala, mostraron que la relación entre ellos era suficientemente sólida para considerarla consistente.

## 7. Autoeficacia en salud

La autoeficacia en salud, fue medida a través de una escala con seis afirmaciones en la que se le pidió a las participantes que estimaran en qué medida se consideraban capaces de autoexplorarse los senos y buscar evitar desarrollar cáncer, considerando una probabilidad entre 0 y 100. El factor obtenido tuvo una confiabilidad de .90 y una varianza explicada de 55.6%. Las medias de los reactivos y del factor resultaron altas (cerca de

100), lo que refleja una confianza importante en sí mismas para realizar acciones para el cuidado de su salud, datos que se pueden observar en la tabla 7:

**Tabla 7**  
**Factor de la escala de autoeficacia en salud**

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. item-total
Puedo ser capaz de decidir si voy a hacerme la autoexploración de los senos.	.880	94.3	14.0	.83
Puedo ser capaz de tener control sobre la decisión de realizarme una autoexploración de senos.	.858	93.2	14.9	.84
Puedo decidir cuándo realizarme la autoexploración de los senos.	.825	92.7	15.7	.78
Puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración de los senos.	.813	91.7	16.6	.77
Soy capaz de dejar de hacer otras cosas importantes para realizarme la autoexploración de senos.	.726	89.3	17.8	.68
Puedo estar segura de que no quiero desarrollar cáncer de mama.	.682	92.9	17.3	.53
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>.90</b>	<b>554.3</b>	<b>79.2</b>	

La escala de respuestas iba de 0 a 100 y se pidió a las participantes que calcularan la probabilidad con la que pensaban que podían hacer lo que se señala en los reactivos.

## 8. Autorregulación

Esta escala contenía ocho reactivos que evaluaban la forma como moderamos nuestro comportamiento para la autoexploración de los senos, así como las implicaciones que tiene el realizársela o no, sobre el estado de la salud futura. Al someter a ese grupo de reactivos al análisis factorial, después de 3 iteraciones se obtuvieron dos factores con cuatro elementos cada uno, con los que se explica el 53% de la varianza, y que tenían una confiabilidad conjunta de .78.

Como se aprecia en la tabla 8, el primer factor contiene reactivos que se refieren sobre todo al propósito de la autoexploración, que es el de detectar tempranamente los nódulos o protuberancias en los senos que pueden ser síntomas de cáncer, razón por la cual se le denominó *Autorregulación orientada a la detección de tumores*; este primer factor explica el 40% de la varianza, y tiene una confiabilidad de .75. El segundo factor contenía reactivos propios de la planificación de la autoexploración o de visitas al médico con el propósito de realizar la revisión de los senos, lo que da sentido a su etiqueta: *Autorregulación orientada a la planificación y conductas de tratamiento*. La proporción de la varianza explicada fue de 13%, con una confiabilidad de .62.

**Tabla 8**  
**Factores de la escala de autorregulación**

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. item-total
<b>Factor 1. Autorregulación orientada a la detección temprana de tumores.</b>				
A veces me digo a mí misma que debo explorar mis senos para saber si tengo bolitas o tumores.	.799	3.9	0.9	.61
Ya es tiempo de que me haga un autoexamen de senos para saber si tengo bolitas o tumores.	.750	4.0	0.9	.57
A veces me doy ánimos para hacer cosas que me ayudan a cuidar a mi salud, como revisarme los senos y comprobar que no tengo bolitas o tumores.	.732	3.9	1.0	.57
Mejor comienzo ya a planear cuál es el mejor momento para hacerme un autoexamen de senos para descartar posibles síntomas de cáncer de mama.	.589	4.1	0.9	.42
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>.75</b>	<b>15.8</b>	<b>8.2</b>	
<b>Factor 2. Autorregulación orientada a la planificación y conductas de tratamiento.</b>				
Después de hacerme la autoexploración de los senos, deberé programar una cita con un doctor para hacerme un examen de mamas y confirmar que lo estoy haciendo bien.	.785	3.9	1.0	.48
Si no me reviso los senos una vez al mes para detectar bolitas, puedo enfermarme de cáncer de mama.	.745	3.7	1.2	.41
Cuidar mi salud es importante para mí y por esa razón me voy a revisar los senos para prevenir el cáncer de mama.	.565	4.4	0.7	.41
Será mejor que marque en un calendario los días de cada mes en que debo hacerme la autoexploración de los senos.	.494	3.8	1.0	.36
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>.62</b>	<b>15.9</b>	<b>2.7</b>	

Escala de respuestas: 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo.

## 9. Automonitoreo en salud

La escala de automonitoreo en salud constaba de tres reactivos que se referían a la forma como las participantes consideraban que adecuarían lo que hacen o piensan para agradar y quedar bien con las demás personas, mismos que fueron conservados en su totalidad después de ejecutar el correspondiente análisis exploratorio de factores (tabla 9).

**Tabla 9**  
**Factor de la escala de automonitoreo en salud**

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. item-total
Con gusto cambiaría mis opiniones negativas sobre el autoexamen de senos si con eso me ganara la simpatía de las demás personas.	.830	1.8	1.0	.59
Siempre estoy pendiente de lo que hacen las otras personas para cuidar su salud y procuro imitarlas.	.803	2.0	1.0	.55
Si otras mujeres cercanas a mí se hicieran cada mes la autoexploración de los senos, yo también me la realizaría para quedar bien con ellas.	.790	2.1	1.0	.53
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>.73</b>	<b>6.0</b>	<b>2.5</b>	

Escala de respuestas: 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo.

El factor obtenido, explicaba 65.2% de la varianza, y su confiabilidad fue .73. Como se puede apreciar en la tabla 9, a diferencia de lo que ocurrió con otras escalas, en esta ocasión la tendencia de las respuestas muestra un desacuerdo o un casi total desacuerdo con las afirmaciones presentadas a las participantes, obteniendo un patrón consistente acerca de la negativa de las mujeres a ajustarse a las circunstancias tanto cognitiva como conductualmente, para ser aceptadas por otras personas o para agradecerlas, lo cual puede interpretarse como un bajo automonitoreo.

## 10. Intención

La escala de la intención o el propósito de realizarse la autoexploración de los senos conservó, después del análisis factorial, sus cuatro reactivos, y también se confirmó su estructura unidimensional, obteniendo los siguientes valores:

**Tabla 10**  
**Factor de la escala de intención**

Reactivos en el factor	Carga factorial	M	DE	Corr. item-total
Tengo planeado hacerme la autoexploración de los senos el próximo mes.	.805	3.9	1.0	.62
Voy a hacerme la autoexploración de los senos el próximo mes.	.799	4.0	0.9	.62
Tengo la intención de hacerme la autoexploración de los senos el próximo mes.	.787	3.7	1.1	.61
Trataré de hacerme la autoexploración de los senos el próximo mes.	.749	3.8	1.1	.56
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>.79</b>	<b>15.5</b>	<b>3.3</b>	

Escala de respuestas: 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo.

Este conjunto de reactivos obtuvo un valor alfa de Cronbach de .79, y explica el 61.6% de la varianza. Las medias de cada reactivo muestran una tendencia en las respuestas orientada hacia la opción “de acuerdo”, en términos generales, lo que muestra que las participantes expresaron una disposición a realizarse la autoexploración.