

# Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer

YAMILET EHRENZWEIG SÁNCHEZ\*  
Universidad Veracruzana, México

## Abstract

Due to the high levels of uncertainty that they produce, cancer treatments are definitely part of the toughest interventions to carry on. Knowing the serious nature of this condition is generally negative for the patient with cancer and can affect the patient's willingness to receive therapy. This is the reason why many patients are not interested on following the therapies' instructions and do not adhere to the treatments.

This study shows all kind of factors that influence the therapeutic adherence in patients with cancer and illustrates an experiment made with two groups of women who had this disease. The first group was made up of poor women who were treated in a public hospital and the second one consisted on women who received therapy in a private hospital. Even though cancer is a very intimidating disease, not all the patients mentioned following the instructions of curative treatments.

*Key words:* cancer, oncological therapy, adherence to treatment, social cognition.

## Resumen

Los tratamientos del cáncer están entre las terapias más complicadas de llevar a cabo debido a los altos niveles de incertidumbre que generan. La información que se tiene acerca de esta enfermedad, como devastadora, hace que para los pacientes la cura sea algo casi inalcanzable y esto afecta la adherencia a las terapias para lograrla. El presente estudio muestra varios de los factores que intervienen en la adherencia terapéutica de estos pacientes y comparte un experimento realizado con dos grupos de mujeres adultas con cáncer.

El primer grupo estaba conformado por pacientes de escasos recursos que recibían tratamiento en un hospital público y el otro grupo constaba de pacientes que recibían su tratamiento en clínicas privadas. A pesar de que el cáncer es considerado una enfermedad tan temida, no todas las pacientes reportaron haber seguido las instrucciones de su terapia.

*Palabras clave:* cáncer, tratamiento, adherencia terapéutica, cognición social.

## Introducción

El cáncer es una de las enfermedades más temidas por cualquier persona que la pueda padecer, tanto por las propias características de la enfermedad, como son: el dolor, la invasión de las células a otras partes del cuerpo y la inminencia de la muerte, como por los

efectos secundarios de los procedimientos médicos usados como tratamiento.

En el caso de la quimioterapia, las náuseas, el vómito, la pérdida de la energía, del cabello, del color de la piel; en la radioterapia, el dolor, y en la

\* Correspondencia: Yamilet Ehrenzweig Sánchez. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, Av. Dos Vistas, s/n, Carretera Federal Xalapa - Las Trancas km 3,5, Xalapa, Veracruz, México. Correo electrónico: yehrenzweig@uv.mx.

cirugía la desfiguración y las cicatrices causadas por los mismos procedimientos quirúrgicos.

Cuando a una persona le es diagnosticado el cáncer debe enfrentar la incertidumbre de ¿si el tratamiento que le indicaron será para curar o tan solo va a aliviar las molestias o a prolongar su vida? o ¿por qué el tratamiento que la debe aliviar la hace sentir tan débil y enferma? Preguntas todas que sin una respuesta podría llevar a la persona a posponer e incluso a abandonar el tratamiento indicado.

Sin embargo, el paciente con cáncer necesita recibir un tratamiento certero y oportuno, que hace necesario que se apegue a las indicaciones, esto es, que asista regularmente a sus citas de control, realice ciertos cambios en su estilo de vida y se presente puntualmente a las citas para la aplicación del tratamiento.

Si consideramos que todos estos son comportamientos que deben modificarse unos y aprenderse otros, es importante tomar en cuenta las creencias que los individuos tienen en relación con la enfermedad y el modo como se estructuran, para detectar la forma cómo orientan su comportamiento, en este caso en cuanto a la adherencia de los pacientes a las indicaciones terapéuticas.

Existen varios modelos que analizan la relación entre las creencias y las conductas de salud protectoras/preventivas denominados de cognición social, que toman en cuenta la racionalidad del comportamiento humano, asumiendo que la conducta y las decisiones regularmente están basadas en un análisis subjetivo elaborado, costo-beneficio de los resultados probables de los diferentes cursos de acción, viendo de esta forma que los modelos de cognición social serían los determinantes más próximos del comportamiento de las personas.

En la presente investigación se analiza el aporte de tres de los modelos de cognición social (el modelo de creencias en salud, el de autoeficacia generalizada y el del valor asignado a la salud) en la adherencia al tratamiento en mujeres, de entre 25 y 75 años, de dos instituciones de salud, una pública y una privada.

### **Epidemiología del cáncer**

En América existen aproximadamente 50 millones de habitantes, que tienen dentro de sus principales

causas de muerte los tumores malignos que ocasionan el 10,2% del total de las defunciones, esto es 5,1 millones de personas muertas por esta causa; para el caso de las mujeres las muertes por esta causa ascienden al 5,3% (OMS-OPS, 1994).

La incidencia mayor de tumores malignos por sexo en países desarrollados la representan el cáncer de pulmón en el caso de los hombres y el de mama en las mujeres. En América Latina los hombres padecen más cáncer en el estómago y en el pulmón, mientras que las mujeres lo presentan con mayor incidencia en la mama y en el cuello uterino (OMS-OPS, 1994).

La distribución general de cáncer en México presenta un predominio en el género femenino con una razón 2 a 1, debido al gran número de neoplasias malignas en las mujeres de entre 25 y 59 años de edad (García, 1996). De acuerdo con su distribución topográfica, las más frecuentes fueron las neoplasias malignas en cuello de útero, mama e hígado en mujeres y del sistema respiratorio (tráquea, bronquios y pulmón), próstata y estómago en hombres (SSA, 2000). Los cánceres de los tipos de leucemias, linfomas y ovarios son la tercera causa de muerte para el grupo de mujeres de 10 a 19 años de edad (Cisneros, 1992).

Se observa un aumento paulatino en la mortalidad proporcional de personas por tumores malignos (por 100.000 habitantes) en México, de 1960 a 1964 era del 4,2; para 1980-1984, del 7,8; de 1985 a 1989 aumentó a 10,2 (OMS-OPS, 1994); en 1998 ya se había incrementado al 12,4 y para el año 2000 a casi el doble 23,9 (SSA, 2000).

La mortalidad por tumores malignos entre la población femenina se triplicó de 1980 a 1989 (Rojas, 1997), quizá debido a un mejor registro y no a un aumento real, su distribución porcentual creció del 4,6% al 5,7%.

Según González (1996) y García (1996), desde 1993 los tumores malignos representaban la segunda causa de muerte dentro de los cuadros de mortalidad general (44.951 defunciones) con una tasa de 50,8 por 100.000 habitantes, hecho que se observa, con ligeras variaciones, hasta las últimas estadísticas publicadas por la Secretaría de Salud para el año 2000.

## Cáncer

El cáncer está considerado dentro de la categoría de las enfermedades crónico-degenerativas, su aparición se asocia con características biológicas de las personas, sus estilos de vida, el aumento de la esperanza de vida al nacer y otras condiciones propias del desarrollo.

Es una enfermedad que no presenta una sintomatología uniforme, se han identificados más de cientos de ellas pero todas presentan las mismas características: una proliferación incontrolada de células, modificación de los tipos celulares afectados (cambios en el DNA), invasión de tejidos adyacentes, producción de metástasis a distancia (Snyder, 1989; Prokof, Bradley, Burish, Anderson & Fox, 1991; Sheridan & Radmacher, 1992), además de que todas las células derivan de una célula normal, esto es, tiene un origen monoclonal (Barlow & Fenoglio-Preiser, 1992).

### Respuesta psicológica ante la enfermedad

El cáncer representa una de las enfermedades más temidas por las personas, ya que en algún momento de su vida han estado en contacto o han escuchado de alguien que la ha padecido y, por lo mismo, conocen algunas de sus características tales como: el dolor, la invasión, la inminencia de la muerte o los efectos secundarios de los tratamientos médicos más comúnmente usados, todos ellos conocimientos que van a conformar creencias que orientarán los comportamientos.

Así, sería de esperar que cualquier persona ante un cáncer recién diagnosticado presente una serie de respuestas emocionales, que puede verse afectada por las características del tratamiento específico indicado.

En el caso de que el tratamiento de elección fuese la cirugía, los pacientes deben conocer tanto la conveniencia del procedimiento como la pérdida funcional correspondiente. Las reacciones emocionales esperadas de parte de los pacientes van a estar muy relacionadas con el lugar donde se deba a llevar a cabo la cirugía y pueden desencadenar sentimientos de temor, vergüenza o culpa.

Si el tratamiento de elección es la radioterapia, el temor del paciente puede estar relacionado con el uso solo paliativo que hace algunos años se daba a esta terapéutica, lo cual lo puede llevar a pensar que su tumor es incurable, o bien puede temer a las quemaduras o a la exposición a excesivas radiaciones.

Por esto es conveniente que siempre se informe detalladamente al paciente sobre las ventajas y efectos secundarios como la anorexia, la náusea, el vómito, la fatiga, la debilidad, el dolor y la diarrea, que suelen aparecer 2 ó 3 semanas después de iniciado el tratamiento (Romero, 1997).

De ser el tratamiento elegido la quimioterapia, además de sus beneficios, los pacientes deben conocer los efectos secundarios como pueden ser la pérdida del cabello, la fatiga, la anorexia, las neuropatías periféricas, la estomatitis, la diarrea, los problemas sexuales, las náuseas y el vómito (Romero, 1997).

Es, entonces, de vital importancia que el personal de salud se encuentre en la mejor disposición para proporcionar información sobre las molestias que ocasiona la propia enfermedad, las ventajas que tiene el que se lleven a cabo cada uno de los tratamientos, así como sus efectos secundarios, pues no contar con esta información puede llevar al paciente a no adherirse, a posponer o, peor aún, a abandonar el tratamiento que puede significar su sobrevivencia a la enfermedad.

### Adherencia

Los avances en la medicina, que incluyen la utilización de fármacos y nuevas terapias que pudieran ayudar a posponer la muerte o a controlar el progreso de enfermedades crónicas, como es el caso del cáncer, no tendrán un impacto real sobre las tasas de mortalidad de la población a menos que sean utilizadas eficientemente.

En el caso de tratamientos confiables y seguros la mayor parte de las personas no se apegan a las instrucciones, a este apego se le ha denominado adherencia (*adherence*), acatamiento (*compliance*) o cooperación, términos utilizados como sinónimos, que han llevado a una amplia discusión en relación con la participación del paciente en el éxito o fracaso del seguimiento de las indicaciones del médico

(Vargas & Robles, 1996; Fernández & cols., 1998; Macià-Antón & Méndez, 1999; Branon & Feist, 2001). Cabe aclarar que el término acatamiento ha sido utilizado tradicionalmente por los profesionales médicos, mientras que el de adherencia por los científicos sociales (Vargas & cols., 1996).

La adherencia fue definida por Sackett, en 1976, “como el grado en el cual la conducta del paciente (en términos de tomar medicinas, seguir dietas o ejecutar otros cambios en el estilo de vida) coincide con la prescripción clínica privada”; posteriormente, en 1979, Haynes la definiría como “la medida en que las conductas de una persona (en términos de toma de medicamentos, seguimiento de dietas o de realización de cambio de estilos de vida) coincide con el consejo médico o sanitario”.

En general la adherencia comprende diversos comportamientos tales como (Fernández & cols., 1998; Rodríguez, 1999; Barra, 2002): la propagación o el mantenimiento de un programa de tratamiento, la asistencia a citas de seguimiento, el uso correcto de la medicación prescrita, el realizar cambios apropiados en el estilo de vida o la evitación de conductas contraindicadas.

El desconocimiento por parte del médico acerca del apego a la prescripción correcta, la recurrencia de los síntomas e incluso el agravamiento de la enfermedad puede llevar a un desperdicio de recursos mal utilizados (Ortiz, 1996).

La probabilidad de un cumplimiento adecuado, cuando involucra un cambio en el estilo de vida o cuando el medicamento causa efectos secundarios o molestias, es muy baja (Sarafino, 1990; Rodríguez-Marín, 1995; Vargas & Robles, 1996; Fernández & cols., 1998). La complejidad del tratamiento también contribuye a facilitar errores, así como el transcurso del tiempo (Macià-Antón & Méndez, 1999; Barra, 2002).

Hay una mayor probabilidad de cumplimiento adecuado cuando los tratamientos indicados son para enfermedades que presentan síntomas dolorosos o incómodos (Genest & Genest, 1987; Rodríguez-Marín, 1995; Macià-Antón & Méndez, 1999; Barra, 2002).

Este apego a las indicaciones es un tema ampliamente investigado y se ha encontrado que la magnitud de la adherencia se encuentra en relación

con la naturaleza del régimen, su duración, complejidad, efectos secundarios, costos, beneficios, consecuencias y posiblemente de otros factores e interacciones, como la satisfacción del paciente (DiMatteo & DiNicola, 1980; Genest & Genest, 1987; Ley, 1989; Rodríguez-Marín, 1995; Macià-Antón & Méndez, 1999; Barra, 2002).

El problema de la no adherencia ha sido estudiado de diversas maneras, una de ellas fue la de considerar la predicción, por parte del médico, del acatamiento de sus indicaciones. Los resultados mostraron que este la sobreestima, mientras que las enfermeras son las que más se acercan a la realidad. Estas formas de medir la adherencia son quizás las menos exactas (Sheridan & Radmacher, 1992; Rodríguez, 1999).

También se ha medido a través del registro de huellas, esto es, del conteo o medición de las cantidades restantes de medicamento, de esta forma se supone que el medicamento faltante fue consumido por el paciente. Se observó que la confiabilidad suele ser más alta cuando el paciente ignora que está recibiendo un envase controlado, aunque no le ofrece al médico información acerca del patrón de la toma del medicamento (Vargas & Robles, 1996; Macià-Antón & Méndez, 1999; Rodríguez, 1999).

Se ha utilizado además el autorreporte del paciente, del que se ha demostrado que correlaciona mejor que las medidas biológicas o el conteo de pastillas, porque viene a representar una forma no amenazante de investigar directamente sobre la medicación (Haynes, Taylor, Sackett, 1980; Diehl, Bauer & Sugarek, 1987 citados en Rodríguez, 1999).

Sin embargo, esta medida podría representar una sobrestimación por parte del paciente en un afán por agradar al personal de salud, y por otro lado, no hay que olvidar que si se confiara en la memoria del paciente se podría caer incluso en un subreporte.

Se ha medido la adherencia a través del monitoreo biológico directo en sangre y orina de la sustancia, de sus metabolitos, de marcadores agregados o del uso de monitores de la medicación, lo cual ofrece una medida del medicamento ingerido (Prokop & cols., 1981; Vargas & Robles, 1996; Macià-Antón & Méndez, 1999; Rodríguez, 1999).

También se han utilizado procedimientos indirectos como lo es la observación por parte de terceros, esto es, de personas que pertenezcan al entorno natural del paciente y que puedan aportar información sobre el grado de adherencia al tratamiento prescrito, a través de distintas formas como la entrevista, las escalas de apreciación o los registros de observación (Macià-Antón & Méndez, 1999).

A pesar de ello, existen limitaciones para poder comparar las tasas de adherencia debido a problemas como las diferencias metodológicas en cuanto a las definiciones operacionales, los métodos utilizados para su evaluación y la confiabilidad de los registros (Ley, 1989; Rodríguez-Marín, 1995; Vargas & Robles, 1996).

Un análisis correcto de la adherencia supone tener una referencia válida, fiable y que pudiera además de ser cuantificada determinar la posible relación con aspectos facilitadores y/o determinantes (Macià-Antón & Méndez, 1999).

Los resultados de investigaciones acerca de la adherencia a prácticas preventivas son desalentadores, ya que solo un 24% de una muestra de mujeres reportaron hacerse el autoexamen mamario, a pesar de que el 91% estaba enterada de la existencia y utilidad de la técnica (Vargas, 1989).

En un estudio realizado por Aburto y Gamundi (1997) encontraron una cifra media del 65% de no adherencia en todos los componentes del tratamiento, más alta hacia la indicación de reposo (87,2%) y valores más bajos en el apego a la toma o aplicación de medicamentos (42,9%).

Para poder lograr una sistematización en la investigación sobre adherencia, es necesario incluir en cada reporte de investigación la definición objetiva, operacional o funcional del concepto de adherencia que se adopte, además de realizar una evaluación múltiple que combine más de una forma de obtención de la información (Vargas & Robles, 1996; Macià-Antón & Méndez, 1999).

### Creencias en salud

Las percepciones y clasificaciones sociales que hacen las sociedades en un momento histórico determinado de las enfermedades y de las personas que las padecen son aspectos importantes de las creencias en salud y

enfermedad. Estas vienen a formar parte de creencias populares, las cuales funcionan como esquemas cognitivos, estereotipos, que guían el comportamiento inmediato de las personas, permitiéndoles una rápida evaluación de una enfermedad.

La etiquetación de una enfermedad es una especie de generalización de las características de esa patología y los estereotipos serían una generalización o asignación de características, motivos y comportamientos idénticos hacia una enfermedad en un grupo social determinado (Álvarez, 2002).

Los estereotipos sociales serían así un conjunto de información aprendida que se da en un grupo de personas a través de la información que circula en la comunicación popular, en los medios de comunicación, y que se asimila cuando permite justificar la propia conducta y los pensamientos respecto de “aspectos” que reúnen la característica a que hace alusión la información (*ibídem*).

Visto de esta forma, la importancia de las creencias estaría dada por el valor que cada persona le dé a su estado de salud sobre la base de las etiquetas y estereotipos sociales acerca de las enfermedades o sobre determinada enfermedad. El que una persona adquiera o mantenga comportamientos saludables va a depender de sus creencias, las cuales podrían ser consideradas como los determinantes más próximos de las conductas de salud y van a depender de sistemas socioculturales de pertenencia y referencia de la persona.

### Modelos de cognición social

Se ha pensado que los perfiles de morbilidad y mortalidad de un país se encuentran ligados a patrones particulares de conducta que pueden ser modificados, y que cualquier individuo puede adoptar conductas saludables para contribuir a su salud y bienestar.

Las conductas de salud fueron definidas por Kasl y Cobb, en 1966, como “cualquier actividad realizada por una persona que la cree saludable, con el propósito de prevenir una enfermedad o detectarla en una etapa asintomática” (Conner & Norman, 1996). Aunque ha sido una definición limitada, ha permitido el estudio de una variedad de conductas tales como el uso de los servicios médicos, la

adherencia a los regímenes médicos y las conductas saludables autodirigidas.

Las conductas saludables estudiadas han sido tan variadas como la participación en programas de ejercicio y de alimentación saludable, la asistencia regular a chequeos en la clínica privada, la vacunación contra enfermedades, el uso del condón, el evitar conductas nocivas como el fumar, hasta las típicas del rol de enfermo como la adherencia al tratamiento médico. Lo que unifica a esas investigaciones es que lo estudiado tiene un efecto a corto o a largo plazo sobre la salud del individuo y puede estar bajo su propio control (Marteau, 1993; Conner & Norman, 1996).

En el campo de la psicología de la salud, la identificación de los factores que subyacen a las conductas saludables ha motivado múltiples investigaciones guiadas por la necesidad de conocer las razones que llevan a las personas a realizar esos comportamientos, con la finalidad de poder diseñar intervenciones que modifiquen la prevalencia de esas conductas y así contribuir a la salud de los individuos y de las poblaciones.

Dentro de los aspectos identificados, se encuentran factores sociocognitivos que se refieren a cómo los individuos dan sentido a las situaciones sociales y se enfocan en las cogniciones individuales o en pensamientos vistos como procesos que intervienen entre los estímulos observables y las respuestas en situaciones reales específicas (Conner & Norman, 1996).

A estos se los conoce como modelos de cognición social (MCS) y han contribuido a un mejor entendimiento de por qué las personas realizan conductas saludables (Marteau, 1993) y de cómo factores extrínsecos pueden producir cambios conductuales (Rutter, Quine & Chesham, 1993).

Estos modelos asumen que la conducta y las decisiones estarían basadas en un análisis subjetivo elaborado, costo-beneficio de los resultados probables de los diferentes cursos de acción, de tal forma que los individuos buscarían maximizar la utilidad y preferirían conductas asociadas con la mayor utilidad esperada (Marteau, 1993; Conner & Norman, 1996).

Estos juicios subyacen a muchos de los modelos de cognición social como los empleados en este

trabajo que son el *modelo de creencias en salud* de Becker y Rosenstock, el de *autoeficacia* de Bandura (1987) y el *del valor asignado a la salud* de Lau, Hartman y Ware (1986).

#### **El modelo de creencias en salud (MCS)**

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS), creada para promover el desarrollo sanitario en todas las regiones del mundo, así como para luchar contra las enfermedades, además del desarrollo de las ciencias sociales y del reconocimiento de que los aspectos médicos y sociales no eran suficientes para explicar el complejo fenómeno de la salud-enfermedad, da especial importancia a tres dimensiones básicas para analizar en cualquier episodio de enfermedad: la percepción de la susceptibilidad y/o vulnerabilidad ante la enfermedad, la percepción del grado de amenaza de la misma, la evaluación subjetiva de las repercusiones a la salud, y en lo social, las implicaciones de la enfermedad y la percepción de los beneficios, y la evaluación de probables dificultades para llevar a cabo determinadas conductas (Marteau, 1993; Álvarez, 2002).

Las dos primeras dimensiones de proceso salud-enfermedad vendrían a representar la percepción personal de riesgo ante la enfermedad y determinarían la motivación para realizar la conducta, las otras representarían el grado de accesibilidad a conductas y ocasiones de llevarla a cabo. La esfera individual estaría afectada por elementos externos, como los indicadores demográficos, y psicológicos que determinarían la conducta y las creencias en salud.

Es en este contexto en que, en la década de los 50, Rosenstock, Hochbaum y Leventhal, psicólogos sociales en los Estados Unidos de América, desarrollan el *modelo de creencias en salud* (MCS), con la finalidad de explicar los comportamientos relacionados con la salud (Cabrera, Tascón & Lucumí, 2001; Álvarez, 2002).

El MCS analiza dos aspectos de las representaciones individuales de la conducta de salud en respuesta a la amenaza de la enfermedad, estos son: a) la percepción de la amenaza de la enfermedad y b) la evaluación de las conductas para contrarrestar la amenaza (Conner & Norman, 1996).

El primero va a depender de dos clases de creencias, la susceptibilidad percibida, esto es, la posibilidad de desarrollar el padecimiento y la severidad anticipada, que es la percepción de la gravedad del padecimiento y sus consecuencias. Del mismo modo el segundo consta de dos distintos tipos de creencias, las relacionadas con los beneficios o la eficacia de la conducta de salud recomendada y las referidas a los costos o barreras de llevar a cabo tal conducta.

Además, el modelo propone disparadores de la conducta de salud apropiada denominados claves para la acción, las cuales pueden provenir de fuentes internas (percepción de un síntoma) o externas (interacciones interpersonales o mensajes de educación para la salud a través de la comunicación de masa). Otro aspecto incluido posteriormente en el modelo fue la motivación en salud del individuo o la buena disposición a preocuparse por aspectos en materia de salud (Sheran & Abraham, 1996; Cabrera, Tascón & Lucumí, 2001).

En 1977, el MCS se usó inicialmente en estudios enfocados a conductas preventivas como realizarse pruebas de rayos X para tuberculosis, vacunarse para polio e influenza o llevar a cabo la prueba de Papanicolaou (Glanz, Rimer & Sutton, 1993). Posteriormente, en 1984, se estudiaban conductas como tabaquismo, consumo de alcohol, dieta, ejercicio y chequeo de presión sanguínea (Marteau, 1993), así como las diferencias entre el uso de la mamografía y el autoexamen de mama (Calnan, 1993).

Entretanto, se analizaban las conductas del rol de enfermo, que incluían adherencia con los tratamientos para hipertensión, diabetes tipo insulino-dependiente y no insulino-dependiente, enfermedad renal, obesidad y asma (Marteau, 1993; Sheeran & Abraham, 1996).

Las contribuciones positivas del modelo han sido (Álvarez, 2002): 1) conceptualizar las creencias como elementos relevantes para la interpretación de las conductas de los individuos en lo referente a la salud y la enfermedad, 2) un intento de sistematizar un modelo que permitió estudiar la influencia de las creencias referentes a las conductas ante la enfermedad y 3) sirvió para demostrar que existe una fuerte relación entre la percepción de adquirir alguna enfermedad y las conductas preventivas.

A pesar de ser uno de los modelos más utilizados, adolece de varias fallas: no incorpora variables cognitivas que son altamente predictivas de conductas en otros modelos tales como la intención de ejecutar la conducta o la presión social, la percepción de control sobre la ejecución de la conducta, y es un modelo estático, esto es, no hace distinción entre una etapa motivacional relacionada con variables cognitivas y una fase volicional donde la acción es planeada, ejecutada y mantenida (Conner & Norman, 1996).

#### *Autoeficacia y conductas de salud*

La teoría de la autoeficacia de Bandura (1987) menciona que las expectativas de eficacia, constructo principal de la teoría, pueden influir en la salud de las personas en tanto existen variables cognitivas motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia de los comportamientos elegidos y, además, mediadores cognitivos de las respuestas al estrés, en tanto el estrés crónico tiene un efecto adverso sobre la salud (Villamarín, 1990; Schwarzer & Fuchs, 1996).

Para Bandura (1987), la expectativa de eficacia es la creencia de que se es capaz de ejecutar exitosamente el comportamiento requerido para obtener determinados resultados, en otras palabras, es la confianza en la propia habilidad para realizar la acción (Ozer & Bandura, 1990; Villamarín, 1990; Glanz, Rimer & Sutton, 1993; Rodríguez, 1995; Schwarzer & Fuchs, 1996).

Esto es, las personas se preparan para ejecutar la conducta, imaginando escenarios de cómo y bajo qué circunstancias la realizarían, en cuyo caso la autoeficacia tendría un papel importante en tanto los individuos apoyan la ejecución de su comportamiento en autocreencias optimistas de ejecución, así, la ejecución posterior representaría el resultado exitoso de las actividades cognitivas en las etapas de planeación y preparación.

Se han investigado la autoeficacia y las conductas preventivas en salud en pacientes dentales en relación con el uso del hilo dental, en mujeres asintomáticas en la utilización del autoexamen mamario para la prevención del cáncer, en alcohólicos para la reducción del patrón de ingesta de alcohol y en cuanto al control del dolor en pacientes artríticos (Schwarzer & Fuchs, 1996).

### *Valor asignado a la salud*

Este es un modelo poco reportado en la bibliografía sobre los modelos de cognición social, sin embargo representa una alternativa interesante en tanto propone que los individuos no asignan a su salud un valor uniforme, esto es, para todos, la salud no es lo más importante en su vida.

El concepto de salud como un valor ha sido menospreciado en la investigación en salud, según Lau, Hartman y Ware (1986), e ilustran la importancia de evaluar este factor al reportar un estudio donde se analizan el *locus de control interno* y el *alto valor asignado a la salud*, en el que se observa que de manera aislada estos modelos no eran capaces de predecir el autoexamen de mama.

Sin embargo, al ser considerados en combinación se encontraron con una correlación positiva entre ellos. Así, aquellas mujeres que creían tener control sobre su salud, que el azar no las controlaba y que además le asignaran un alto valor a la salud era significativamente más probable que se hicieran el autoexamen de mama (Marteau, 1993).

### *Planteamiento del problema*

Las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer en México son alarmantes y hasta el momento no se ha podido encontrar una estrategia que realmente ayude a disminuirlas. Además, al considerar que los cánceres son enfermedades que si son detectadas a tiempo pueden ser curables o, en el caso de que se las padezca, si se siguen las indicaciones para el tratamiento, el tiempo de sobrevivencia puede ser más largo, las molestias se pueden atenuar y, por qué no, alcanzar la desaparición de la enfermedad.

Por ello se plantea la presente investigación, con la finalidad de conocer la forma cómo influyen los componentes del *modelo de creencias en salud, de la autoeficacia percibida y del valor asignado a la salud* en las conductas de adherencia al tratamiento médico en 50 pacientes femeninas con diagnóstico de cáncer de un hospital público y de una clínica privada de la ciudad de Xalapa (Veracruz, México).

## **Método**

### **Diseño**

El diseño fue preexperimental correlacional, del tipo de estudio de caso con una sola medición. La muestra fue de sujetos voluntarios, esto es, no seleccionados aleatoriamente.

### **Instrumentos**

En entrevistas individuales se aplicaron cinco instrumentos. Un cuestionario de datos generales, elaborado sobre la base de la información reportada en la literatura, donde se obtenían datos de identificación, antecedentes personales, factores de riesgo, conducta preventiva, relaciones familiares, tipo de tratamiento indicado y su adherencia a este. A manera de contraste un cuestionario para el acompañante, donde se preguntaba acerca del acompañamiento y del apego a las citas de tratamiento.

Otro instrumento utilizado fue el desarrollado por Champion, en 1984, donde se operacionalizan los componentes del modelo de creencias en salud, el cual consta de 31 enunciados que se califican en una escala de Likert de cinco opciones.

La Escala de Autoeficacia Generalizada, desarrollada por Babler y Schwarzer (1996), cuya versión original aparece en alemán y posteriormente fue validada en 21 idiomas entre ellos el español, mide la autoeficacia a través de 10 ítems, en escala de Likert con cuatro opciones de respuesta.

Además se utilizó la escala corta de cuatro preguntas desarrollada por Lau, Hartman y Ware, en 1986, que mide los valores absolutos de la salud en una escala Likert de cuatro opciones.

### **Análisis estadístico**

Con el paquete estadístico *Statistical*, versión 6.0, se realizó la prueba multivariada de correlación canónica entre las respuestas de ambas muestras, en tanto la mayoría de respuestas son cualitativas.

## **Resultados**

Para la realización de este estudio, se contó con dos muestras formadas por mujeres enfermas de cáncer. Una, de pacientes que se hospedaban en un albergue para familias de muy escasos recursos, que venían



a la ciudad a recibir atención médica a un hospital público y, la otra, de pacientes que recibían atención para su enfermedad de los servicios de salud de la seguridad social en una clínica privada.

En total las muestras estuvieron formadas por 50 mujeres con media de edad de 47,90 años y desviación estándar de 12,77 años; de las cuales 22 (44%) procedían del hospital público ( $m = 46,13$  años y  $s = 13,72$  años) y 28 (56%) de la clínica privada ( $m = 49,68$  años y  $s = 11,79$  años).

En relación con su estado civil, en ambas muestras se observa una distribución similar, ya que, en su mayoría, tienen pareja (74%), una pequeña proporción son viudas (14%) o solteras (12%).

Se observaron diferencias en la escolaridad de las mujeres, puesto que, mientras en las del hospital público hay una proporción similar entre aquellas con primaria (22%) y sin escolaridad (20%) y donde solo una había estudiado una carrera corta, en las de la clínica privada se encontró una mayor proporción con estudios de primaria (26%) que sin escolaridad (14%) pero, en esta muestra, hay mujeres con estudios de secundaria, bachillerato o carrera corta e, incluso, con estudios universitarios.

Mientras que las proporciones de mujeres en las muestras del hospital público y la clínica privada (44%) se dedican a labores domésticas, hay en las de la clínica privada una pequeña proporción (12%) que son empleadas.

### Adherencia

La adherencia se midió a través del autorreporte de las pacientes en el seguimiento de las indicaciones de su médico para su tratamiento (adherencia 1/paciente) y en relación con el número de fechas que recordaban para la aplicación del tratamiento (adherencia 2/paciente); en otro momento se le preguntó a la persona que la acompañaba acerca del seguimiento de las indicaciones por parte de la paciente (adherencia/acompañante).

Las respuestas de las pacientes en ambas muestras en cuanto al apego al seguimiento de las instrucciones tuvieron una distribución similar y solo una paciente en cada una de las muestras mencionó no seguir las indicaciones al pie de la letra. La otra variable relacionada con la respuesta del recordar al menos 1 de las 3 últimas fechas

de aplicación del tratamiento se distribuyó en las tres posibles respuestas en la muestra del hospital público, mientras que, en la de la clínica privada, la proporción más alta (32%) recordó las tres últimas fechas.

La adherencia medida a través del reporte de terceros, esto es, de la persona que acompañaba a la paciente, reportó que el 32% de los acompañantes de la muestra del hospital público mencionaron que sí hubo apego a las indicaciones por parte de la paciente, mientras que el 12% dicen que no; en la muestra de la clínica el 54% responde que las pacientes sí siguieron las indicaciones y solo un acompañante lo niega.

### Modelo de creencias en salud

Las respuestas de las pacientes al cuestionario de Champion (1994) se clasificaron en puntaje alto de 105 a 155; puntaje medio de 55 a 104 y puntaje bajo de 5 a 54. En la muestra del hospital público la mayor proporción (30%) obtuvo un puntaje medio; solo el 14%, un puntaje alto, mientras que en la de la clínica las proporciones se agruparon en el puntaje alto (4%) y medio (52%).

Para el constructo de las barreras percibidas para llevar a cabo la adherencia a las indicaciones del médico, que constó de ocho aseveraciones, el puntaje esperado se agrupó en bajo puntaje, que va de 8 a 18, seguido de un puntaje medio de 19 a 29 y un alto puntaje, que va de 30 a 40 puntos.

La mayor proporción de las respuestas de las pacientes del hospital público se distribuyó entre aquellas que mencionan tener muchas barreras o impedimentos para realizar la conducta de adherencia al tratamiento (8%) y aquellas que mencionan tener algunas barreras (36%). De las pacientes de la clínica, el 24% respondió tener muchos impedimentos para realizar la conducta de salud, el 30% menciona algunas barreras y solo una mujer de esta muestra mencionó tener pocos impedimentos para seguir las indicaciones.

Las respuestas a las aseveraciones que medían la percepción de los beneficios de seguir las indicaciones del médico fueron agrupadas en puntajes altos de 19 a 25 puntos; medios de 12 a 18 puntos y bajos de 5 a 11 puntos. La mayor proporción de ambas muestras (30%) percibía beneficios medios

de seguir las indicaciones y solo cabría resaltar la mayor proporción de las pacientes (24%) de la clínica que mencionan percibir grandes beneficios al seguir las indicaciones.

En cuanto a la susceptibilidad percibida de padecer cáncer, el cuestionario estaba compuesto por cinco preguntas, cuyos puntajes van de 22 a 30 el grupo de alto puntaje, de 14 a 21 el de puntaje medio y de 6 a 13 puntos el de bajo puntaje. A pesar de tener la enfermedad, a muchas de los pacientes no se les informa el diagnóstico, por lo que se observó que la mayor proporción de las pacientes del hospital (38%) se consideró parcialmente susceptible de padecer la enfermedad, mientras que una sí consideraba esta posibilidad. La mayoría de las pacientes de la clínica (36%) no se considera susceptible y solo el 18% piensa en esa posibilidad.

El último bloque analizado fue el de severidad o gravedad percibida de la enfermedad, con 13 preguntas. Los puntajes fueron divididos en tres grupos de alto puntaje (44-60), medio (28-43) y bajo puntaje (12-27), en ambos grupos se observa una percepción media de la gravedad.

El porcentaje de correlación entre los constructos del MCS y la adherencia de las pacientes en las muestras del hospital público y la clínica privada fueron bajas; se observan algunas negativas como se muestra en las tablas 1 y 2, ninguna de ellas significativa.

#### Modelo del valor asignado a la salud

Los puntajes a las preguntas se agruparon en tres grupos de 18 a 24 considerado como de alto valor; de 12 a 17 valor medio y de 6 a 11 de poco valor.

Los resultados de las mujeres muestran que solo para una quinta parte de las 50 pacientes que conformaron las muestras la salud en lo más importante de su vida, para la proporción restante tiene un valor medio.

En cuanto a la correlación entre las respuestas de adherencia y del modelo del valor asignado a la salud, se observan correlaciones bajas, no significativas (tablas 3 y 4).

#### Modelo de autoeficacia generalizada

Las respuestas se dividieron en alto puntaje de 28 a 40, puntaje medio de 16 a 27 y puntaje bajo de 4 a 15 puntos.

**Tabla 1**

*Matriz de correlaciones de la muestra del hospital público*

VARIABLES	Adherencia 1/paciente	Adherencia 2/paciente	Adherencia/acompañante
Barreras	0,190165	0,283541	0,285601
Beneficios	0,247031	0,328432	0,113197
Susceptibilidad	0,179809	0,270816	0,134596
Severidad	0,214629	0,189570	0,145382
MCS	0,270551	0,257247	0,230650

\* a = 0,05

Fuente: Autor

**Tabla 2**

*Matriz de correlaciones de la muestra de la clínica privada*

VARIABLES	Adherencia 1/paciente	Adherencia 2/paciente	Adherencia/acompañante
Barreras	0,349516	0,171454	0,255330
Beneficios	0,351275	0,135027	0,249099
Susceptibilidad	-0,382957	-0,158963	-0,261150
Severidad	0,166988	0,174332	-0,118639
MCS	0,239750	0,141156	0,177330

\* a = 0,05

Fuente: Autor

Las respuestas con mayor proporción encontradas en ambas muestras fueron de una autoeficacia alta (92%). Pero, al desagregar las respuestas en las muestras, se observa que un poco más de la tercera parte de las mujeres del hospital público (36%) manifestaron tener una autoeficacia elevada; hay un 4% que respondieron tener una autoeficacia moderada; mientras que el total de las mujeres que asistían a tratamiento a la clínica privada dijeron tener una autoeficacia alta.

En la muestra del hospital público existe una correlación entre las respuestas *al modelo de autoeficacia generalizada* y las respuestas de las pacientes en cuanto al seguimiento de las indicaciones del médico (adherencia 1/paciente) y con lo que mencionan los acompañantes (adherencia/acompañante), ambas con un nivel de significancia de 0,10; con un mayor nivel de significancia,  $p = 0,05$ , con el número de fechas recordadas por la paciente (adherencia 2/paciente) (tabla 5).

En relación con las respuestas de las pacientes de la clínica privada ante el *modelo de autoeficacia generalizada* y el seguimiento de las indicaciones del médico (adherencia 1/paciente) existe una correlación significativa del 0,05, al igual que con la adherencia 2/paciente, recordar un mayor número de fechas; con un nivel de correlación menor 0,01 entre lo que mencionan los acompañantes (adherencia/acompañante) (tabla 6).

## Discusión

En la presente investigación se optó por una evaluación múltiple de la adherencia, que consistió en dos formas de autorreporte de las pacientes y del reporte de sus acompañantes, en tanto, como lo enfatizan diversos autores, esto permitiría contar con datos más confiables, pero no fue posible lograrlo, puesto que no se encontró una relación significativa entre las distintas formas de evaluación, lo que hace necesario afinar más aún la forma como se operacionalice la adherencia en futuras investigaciones.

No todas las pacientes con cáncer mencionaron seguir las indicaciones de sus tratamientos, a pesar de ser una enfermedad temida, lo cual apoya lo que aparece en la literatura de que no hay un seguimiento completo de las indicaciones en relación con tratamientos de tipo curativo.

Las molestias ocasionadas por el tratamiento, a diferencia de lo encontrado por otros investigadores, no afectaron el seguimiento de las indicaciones, según la respuesta de las pacientes, más bien la adherencia la asociaron con las molestias ocasionadas por la enfermedad, esto es, con creencias o estereotipos sociales que catalogan al cáncer como una enfermedad “molesta”.

**Tabla 3**

*Matriz de correlaciones de “valor asignado a la salud” en la muestra del hospital público*

Variables	Adherencia 1/paciente	Adherencia 2/paciente	Adherencia/acompañante
Valor asignado a la salud	0,344568	0,582876	0,323037

\*  $\alpha = 0,05$

Fuente: Autor

**Tabla 4**

*Matriz de correlaciones de “valor asignado a la salud” en la muestra de la clínica privada*

Variables	Adherencia 1/paciente	Adherencia 2/paciente	Adherencia/acompañante
Valor asignado a la salud	0,597794	0,494299	0,410174

\*  $\alpha = 0,05$

Fuente: Autor

**Tabla 5**

*Matriz de correlaciones de “autoeficacia generalizada” en la muestra del hospital público*

Variables	Adherencia 1/paciente	Adherencia 2/paciente	Adherencia/acompañante
Autoeficacia generalizada	0,936497**	0,712306*	0,621135**

\* a = 0,05 \*\* a = 0,10

Fuente: Autor

**Tabla 6**

*Matriz de correlaciones de “autoeficacia generalizada” en la muestra de la clínica privada*

Variables	Adherencia 1/paciente	Adherencia 2/paciente	Adherencia/acompañante
Autoeficacia generalizada	0,976150*	0,951915*	0,899143**

\* a = 0,05 \*\* a = 0,10

Fuente: Autor

*El modelo de creencias en salud*, creado para predecir conductas protectoras/preventivas, ha sido menos utilizado para predecir adherencia en enfermedades crónicas. Al igual que en la presente investigación no resultó un modelo que fuera posible relacionar con la adherencia en las mujeres con cáncer a pesar de ser uno de los más utilizados en la investigación, quizá debido a que solo se centra en aspectos ligados con la enfermedad en sí, esto es, la percepción de amenaza de la enfermedad, y los costos de la conducta protectora/preventiva, más que con la intención de realizar el seguimiento de las indicaciones o con la eficacia percibida de llevarlo a cabo.

Otro de los modelos utilizados, el *del valor asignado a la salud*, a pesar de que las pacientes con cáncer obtuvieron valores de medios a altos, no fue posible relacionarlo con las conductas de adherencia a las indicaciones, quizá debido a que, como lo menciona la literatura, de manera aislada este modelo no puede predecir el comportamiento; habría que seguir realizando investigaciones utilizando este modelo en asociación con otros, en tanto permitiría centrar esfuerzos en actividades preventivas, ensalzando lo prioritario que resulta la salud en la vida actual.

Se encontró asociación entre la autoeficacia generalizada y las distintas formas de evaluar la adherencia en pacientes con cáncer. Si se toma en cuenta lo que menciona Bandura (1998) de que las autocreencias optimistas de las personas acerca de sus capacidades pueden ser mejores predictores de la conducta posterior, incluso que el nivel de habilidad

real de la persona, la autoeficacia percibida afectaría el comportamiento de manera directa e impactaría en otros determinantes clave como las metas, las aspiraciones, las expectativas de resultados, las tendencias afectivas y la percepción de impedimentos u oportunidades que se presenten en el medio social, en las creencias de las personas en sus propias capacidades para ejercer control sobre su propio funcionamiento y sobre los eventos que afectan su vida; de tal forma que afectaría las elecciones de la vida, el nivel de motivación, la calidad del funcionamiento, la respuesta a la adversidad, a la vulnerabilidad, al estrés y a la depresión (Schwarzer y Fuchs, 1996) y los cursos de acción que elegirían para perseguir los desafíos y metas que se planteen, su compromiso con los mismos, la cantidad de esfuerzo que invertirían en determinados aspectos, los resultados que esperarían alcanzar por sus esfuerzos, la magnitud de su perseverancia frente a los obstáculos, su resistencia a la adversidad e, incluso, con el nivel de estrés y depresión que experimentarían y los logros que alcanzarían.

De tal manera que resultaría muy conveniente continuar realizando investigación en este sentido, en primer lugar planeando un taller en donde el cambio conductual esperado se basara en la ejecución por la propia persona de procedimientos de adherencia más que en tan solo en brindar información acerca de ella, esto es, de utilizar la persuasión verbal o la observación de modelos (Villamarín, 1990). Además, el taller debería estar enfocado a reducir las reacciones de estrés ante los procedimientos,

disminuir la aparición de emociones negativas y la interpretación de estados físicos alterados como sinónimo de incapacidad (Bandura, 1998), de modo que, por un lado, facilite el aprendizaje vivencial del

manejo del procedimiento, del estrés y del control de pensamientos negativos, con la finalidad de incrementar al máximo la adherencia y la resistencia ante la adversidad.

## REFERENCIAS

---

- Aburto, G. C. & Gamundi, P. G. (1997). La cooperación de los pacientes con el tratamiento médico. *Psicología y Salud, 10*, 37-44.
- Álvarez, B. J. (2002). *Estudio de la creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. México: Editorial Trillas.
- Babler, J. & Schwarser, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia. Adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés, 2*(1), 1-8.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1998). Self-efficacy. En H. Friedman, *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press.
- Barlow, S. A. & Fenoglio-Preiser, C. M. (1992). *Las glándulas mamarias*. En J. L. Farber & E. Rubin, *Patología. Fundamentos* (pp. 479-489). México: Médica Panamericana.
- Barra Almagiá, E. (2002). *Psicología de la salud*. Concepción, Chile: Universidad de Concepción.
- Branon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo-Thomson Learning.
- Cabrera, G., Tascón, J. & Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructor y aportes al modelo. *Revista Facultad de Salud Pública, 19*(1), 91-101.
- Calnan, M. (1993). The health belief model and participation in programs for de early detection el breast cancer: a comparative analysis. En A. Steptoe & J. Wardle (Eds.), *Psychosocial processes and health. A reader* (pp. 290-307). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cisneros, M. T. (1992). Cáncer. *En la mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*. Dirección de Salud Materno Infantil, Programa Nacional "Mujer, Salud y Desarrollo", Secretaría de Salud. México, D. F.
- Conner, M. & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. En M. Conner y P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models* (pp. 1-22). Buckingham: Open University Press.
- DiMatteo, M. R. & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance*. New York: Pearson Allyn & Bacon.
- Fernández Rodríguez, C., Amigo Vásquez, I. & Pérez Álvarez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- García, G. J. (1996). Epidemiología del cáncer en México. *Epidemiología del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema Único de Información, 13*(28).
- Genest, M. & Genest, S. (1987). *Psychology and health*. Champaign: Illinois: Research Press.
- Glanz, K., Rimer, B. K. & Sutton, S. M. (1993). *Theory at a glance: a guide for health promotion practice*. National Cancer Institute, National Institutes of Health and Public Health Service.
- González, J. C. (1996). Cáncer de mama y terapia coadyuvante. *Epidemiología del Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica, 13*(15).
- Haynes, R. B. (1979). Strategies to improve compliance with referrals, appointment, and prescribed of the therapeutic regimen to improve compliance: conceptions and misconceptions. *Clinical Pharmacology and Therapeutics, 22*, 125-130.
- Lau, R. R., Hartman, K. A. & Ware, J. E. (1986). Health as value: methodological and theoretical considerations. *Health Psychology, 5*, 25-43.
- Ley, P. (1989). Improving patients' understanding, recall, satisfaction and compliance. En A. K. Broome (Eds.), *Health psychology. Processes and applications* (pp. 74-102). London: Chapman & Hall. London.
- Macià-Antón, D. & Méndez, F. X. (1999). Líneas actuales de investigación en psicología de la salud. En M. A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 217-256). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Macías, M. C. (1996). Registro histopatológico de neoplasias en México. *Epidemiología del Sistema Único de Información del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico, 12*(24).

- Marteau, T. M. (1993). *Health beliefs and attributions*. En A. K. Broome (Ed.), *Health psychology. Processes and applications* (pp. 1-24). London: Chapman & Hall.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez Ortega, G. (1999). *Fortalecimiento de la adherencia terapéutica*. México: UNAM/Miguel Ángel Porrúa.
- Rojas, M. T. (1997). Factores de riesgo relacionados recientemente con el cáncer de mama. *Epidemiología del Sistema Único de Información del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*, 14(15).
- Prokof, C. K., Bradley, L. A., Burish, T. G., Anderson, K. O. & Fox, J. E. (1991). *Health psychology. Clinical methods and research* (pp. 238-287). New York: McMillan.
- Romero, R. (1997). Intervención psicológica en el enfermo oncológico. En O. L. M. Pascual & A. R. Ballester (Eds.), *La práctica de la psicología de la salud. Programas de intervención* (pp. 207-285). Valencia: Promolibro.
- Rutter, D. R., Quine, L. & Chesham, D. J. (1993). *Social psychological approaches to health*. London: Harvest-Wheatsheaf.
- OMS-OPS (1994). *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortiz, G. R. (1996). Psicología y medicina: viejos problemas, nuevas perspectivas. En G. R. Ortiz (Coord.), *Psicología y salud. La experiencia mexicana*. Xalapa, México: Universidad Veracruzana.
- Ozer, E. M. & Bandura, A. (1990). Mechanisms governing empowerment effects: a self-efficacy analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 472-486.
- Sackett, D. L. (1976). Introduction. En D. L. Sackett & R. B. Haynes (Eds.), *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Sarafino, E. P. (1990). *Health psychology. Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviours. En M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models* (pp. 163-196). Buckingham: Open University Press.
- Sheeran, P. & Abraham, C. (1996). The health belief model. En M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models* (pp. 23-61). Buckingham: Open University Press.
- Sheridan, C. L. & Radmacher, S. A. (1992). *Health psychology. Challenging the biomedical model*. New York: John Wiley.
- Snyder, J. J. (1989). *Health psychology & behavioral medicine*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- SSA México (2001). Tablas de mortalidad general: [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)
- Vargas, P. A. (1989). Evaluation of an instructional program for breast self-examination. Tesis inédita de maestría. University of Arizona, Tucson.
- Vargas, P. & Robles, E. (1996). La adherencia a las recomendaciones para el cuidado de la salud: una perspectiva psicológica. En G. R. Ortiz (Coord.), *Psicología y salud. La experiencia mexicana* (pp. 97-157). Xalapa, México: Universidad Veracruzana.
- Villamarín, F. (1990). Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud. *Psicología de la Salud*, 2(1-2), 45-64.

**Fecha de recepción: febrero de 2006**

**Fecha de aceptación: mayo de 2007**