

Original

Actitudes de las personas usuarias de atención primaria ante el cribado del cáncer colorrectal

Maria Ramos^{a,*}, Maria Taltavull^b, Pilar Piñeiro^c, Raquel Nieto^c y Maria Llagostera^c

^a Direcció General de Salut Pública i Consum, Conselleria de Salut, Benestar i Família de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España

^b Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, Servei de Salut de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España

^c Àrea Costa de Ponent de Barcelona, Servei Català de la Salut, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de agosto de 2012

Aceptado el 21 de noviembre de 2012

On-line el 30 de diciembre de 2012

Palabras clave:

Neoplasias colorrectales

Prevención secundaria

Investigación cualitativa

Atención primaria de salud

Conocimientos

Actitudes y práctica en salud

R E S U M E N

Objetivo: Conocer las condiciones sociales, culturales y de género que determinan las actitudes de las personas de 50 a 69 años de edad usuarias de atención primaria de salud ante el cribado poblacional del cáncer colorrectal.

Método: Diseño etnográfico con perspectiva de género. Las técnicas utilizadas fueron grupos de discusión y diario de campo. Los participantes eran hombres y mujeres de entre 50 y 69 años de edad, en Baleares y Barcelona.

Resultados: El elemento clave es el diagnóstico a tiempo. Mientras que antes se consideraba el cáncer como una enfermedad incurable, actualmente se concibe como un problema serio que puede curarse si se diagnostica a tiempo. Se percibe un sentimiento de preocupación por la salud, en especial en los hombres. Los participantes demandan más información sobre el cáncer y se sienten vulnerables a padecerlo, principalmente por la edad. Ante los síntomas, los hombres consideran importante escucharlos, pero para las mujeres es mejor obviarlos. Se observa una actitud positiva ante el cribado del cáncer colorrectal, incluso ante la colonoscopia, aunque en las mujeres se perciben algunas barreras como el miedo a tener cáncer.

Conclusiones: La oportunidad de un diagnóstico precoz es el elemento clave para promover la participación en un programa de cribado del cáncer colorrectal. Las diferentes percepciones de hombres y mujeres modulan su predisposición a participar. En concreto, la preocupación por la salud de los hombres y en especial el temor de las mujeres a que se les diagnostique un cáncer son factores a tener en cuenta.

© 2012 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Attitudes of primary health care users to a colorectal cancer screening program

A B S T R A C T

Objective: To describe the cultural, social and gender features that determine attitudes to colorectal cancer screening in a target group of patients aged 50 to 69 years old in the primary health care setting.

Methods: We performed a qualitative ethnographic study from a gender perspective. Participants consisted of men and women aged 50 to 69 years old in the Balearic Islands and Barcelona. Group discussion and a field diary were used.

Results: The key element was diagnosis at an early stage. Until recently, cancer was considered an incurable disease but is currently perceived as a serious health problem that can be cured if diagnosed promptly. The participants requested more information on cancer and felt they were at risk, mainly because of their age. Men tended to pay attention to symptoms while women tended to ignore them. Attitudes to colorectal cancer screening were generally positive, even to colonoscopy. Some barriers to screening were identified in women, such as a fear of having cancer.

Conclusions: The opportunity for early diagnosis is the key element in promoting participation in a colorectal cancer screening program. Perceptions—and hence willingness to participate in screening—differ between men and women. Factors to be taken into account in the design of population-based colorectal cancer programs are health concerns in men and fear of a cancer diagnosis in women.

© 2012 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Colorectal neoplasms

Secondary prevention

Qualitative research

Primary health care

Health knowledge

Attitudes

Practices

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mramos@dgsanita.caib.es (M. Ramos).

Introducción

El cáncer colorrectal es, en España, el segundo cáncer más frecuente en las mujeres y el tercero en los hombres en cuanto a incidencia, y el segundo más frecuente en ambos sexos en cuanto a mortalidad¹. Hay evidencias de que el cribado poblacional del cáncer colorrectal basado en la prueba de sangre oculta en heces y una colonoscopia para los casos positivos reduce tanto la mortalidad como la incidencia de esta enfermedad^{2,3}. Los programas de cribado poblacional del cáncer colorrectal se están poniendo en marcha progresivamente en nuestro país⁴, siguiendo las recomendaciones de la Unión Europea⁵ y de la Estrategia Nacional de Cáncer⁶.

Uno de los elementos más importantes del éxito de dichos programas es la obtención de un porcentaje mínimo de participación (según la Comisión Europea entre el 65% y el 70%)⁷. Sin embargo, los programas en marcha en España alcanzaron, en el año 2010, unas tasas de participación de alrededor del 40% (Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia y Canarias), con la excepción del País Vasco, que obtuvo un 66%, y Cantabria con un 25%⁸. En Baleares, donde todavía no hay programa, y en el área Costa de Ponent de Barcelona, donde sólo lo hay en una pequeña zona, se observó que la falta de beneficio percibido, así como el desconocimiento de que un diagnóstico precoz de cáncer colorrectal implica un mejor pronóstico, podrían ser barreras para la intención de participar^{9,10}. De hecho, la falta de conocimientos sobre el cáncer colorrectal y su cribado dificulta la participación en estos programas¹¹⁻¹³.

Diversos estudios sugieren que hay diferencias relacionadas con el género en las actitudes ante el cribado del cáncer colorrectal, tanto en nuestro país^{10,11} como en otros^{14,15}. También se han observado desigualdades en la participación en los programas de cribado de este tipo de cáncer en función del sexo, más alta en mujeres¹⁶⁻¹⁸, y del nivel socioeconómico, menor a medida que aumenta la privación¹⁸. Por ello, algunos autores han sugerido tener en cuenta no sólo aspectos cognitivos, sino también sociales, para explorar los factores asociados a la participación en estos programas^{19,20}. En este sentido, la etnografía, entendida de forma amplia como una investigación social centrada en los significados de las acciones o las actitudes de los individuos, enfatiza la importancia del contexto para entender dichos significados, y a la vez es reflexiva, es decir, tiene en cuenta los efectos del investigador y de la estrategia de investigación en los hallazgos²¹. Por ello, se consideró oportuna la perspectiva etnográfica para revelar los significados que sustentan la intención de participar en un programa de cribado del cáncer colorrectal.

Este estudio pretende conocer las condiciones sociales, culturales y específicamente de género que determinan las actitudes de las personas de 50 a 69 años de edad usuarias de atención primaria de salud ante el cribado poblacional del cáncer colorrectal.

Métodos

Diseño cualitativo desde una perspectiva etnográfica con el género como eje transversal de análisis.

La investigación se realizó entre febrero y mayo de 2010 en cuatro centros de salud, dos de Baleares y dos del Área de Ponent de Barcelona, que cubren zonas donde no se ha iniciado aún un programa de cribado del cáncer colorrectal.

Los participantes fueron usuarios/as de 50 a 69 años de edad atendidos/as en el centro de salud por cualquier motivo. El único criterio de exclusión fue haber tenido un cáncer colorrectal. La identificación de los/las participantes la hizo de manera intencional un profesional de medicina o enfermería del centro de salud, quien les invitaba a participar.

Tabla 1

Características de los/las participantes en los grupos de discusión

| | Mujeres | Hombres | Total |
|--|------------|------------|------------|
| <i>Total participantes</i> | 23 | 23 | 46 |
| <i>Edad mediana (rango)</i> | 61 (51-68) | 63 (52-69) | 63 (51-69) |
| <i>Estudios</i> | | | |
| Primarios (%) | 82,6 | 52,2 | 67,4 |
| Secundarios (%) | 13,0 | 43,5 | 28,3 |
| Universitarios (%) | 4,3 | 4,3 | 4,3 |
| <i>Antecedentes cáncer (%)</i> | 13,0 | 8,7 | 10,9 |
| <i>Antecedentes familiares de cáncer colorrectal (%)</i> | 26,1 | 39,1 | 32,6 |
| <i>Antecedentes de cribado</i> | | | |
| Mamografía (%) | 100,0 | | |
| Citología (%) | 87,0 | | |
| PSA (%) | | 56,5 | |
| Colonoscopia (%) | 39,1 | 17,4 | 28,3 |
| Sangre oculta heces (%) | 21,7 | 13,0 | 17,4 |

PSA: antígeno específico de próstata.

En cuanto a la técnica de recogida de información, se utilizó el grupo de discusión, realizado en el propio centro de salud. Se separaron hombres y mujeres como criterio de segmentación con la finalidad de explorar las diferencias de género. Se elaboró un guión a partir de la revisión de la literatura, que incluyó el significado y la prevención del cáncer, la predisposición a hacerse pruebas de cribado de cáncer, y en concreto del cáncer colorrectal. Los grupos fueron conducidos por dos investigadoras y dos observadoras.

Los/las participantes firmaron un consentimiento informado y cumplimentaron una ficha donde se recogían algunas variables para describirlos/las: fecha de nacimiento, nivel de estudios, antecedentes de cáncer, antecedentes de haberse realizado alguna prueba de cribado de cáncer y tipo de prueba, y antecedentes de familiar o persona cercana con cáncer colorrectal. Las entrevistas tuvieron una duración de 90 a 120 minutos, y se realizaron tantas como para llegar a la saturación de la información. Al finalizar se entregó a los/las participantes una hoja de información sobre el cáncer colorrectal y se les gratificó con un vale regalo de 30 euros. Los discursos de los/las participantes fueron grabados y transcritos para su análisis.

Además, las conductoras y observadoras elaboraron conjuntamente un diario de campo, donde registraron aquellas observaciones y decisiones que surgieron durante todo el proceso de generación de información y análisis, así como las anotaciones derivadas de la observación del grupo de población diana de estudio en el momento de proponer su participación en el estudio, fijándose en las interacciones de los usuarios, sus opiniones y cómo decidían.

Se realizó un análisis del discurso²² con el objetivo de identificar las ideas principales y los temas que emergían en los grupos, y así poder describir los diferentes significados que configuraban la actitud de los/las participantes considerando su contexto social, su condición de género y sus diferentes experiencias y conocimientos. Este análisis, guiado por los objetivos del estudio, se sustentó en el discurso generado en los grupos, las observaciones del diario de campo y el proceso reflexivo constante del equipo investigador. Se utilizó como apoyo el programa NVIVO8.

Resultados

Se realizaron seis grupos, tres con mujeres (M1, M2 y M3) y tres con hombres (H1, H2, H3), en los que participaron entre 6 y 11 personas en cada grupo. Como se muestra en la [tabla 1](#), la mayoría de las mujeres tenía estudios primarios y la mayoría de los hombres primarios o secundarios. Una tercera parte tenía antecedentes familiares de cáncer colorrectal. La experiencia previa en pruebas de cribado era amplia, sobre todo en las mujeres. Además, el 28%

Tabla 2
Citas para ilustrar los resultados

| Categorías analíticas | Citas |
|---|---|
| Preocupación por la salud | <p>«La prevención es lo más, o sea, el caballo de batalla, porque si no, no hay forma de combatir una enfermedad de estas características» (H2)</p> <p>«Antes uno iba al médico cuando ya no se encontraba bien, cuando ya no podía más. Ahora te encuentras bien y quieres saber cómo estás» (H2)</p> <p>«Sí, porque te hacen una campaña dedicada al cáncer, te hacen propaganda, pero no te explican. Salen con los pañuelos rosas y esto, pero no te explican el porqué» (M1)</p> <p>«Lo que me gustaría saber en realidad es qué es el cáncer, qué es lo que pasa por dentro para decir "tienes cáncer". Ustedes lo saben, pero nosotros no lo sabemos» (H1)</p> <p>«Hoy vas al médico y no le importa tardar 20 o 30 minutos contigo, y te explica. Antes ibas al médico, y por la puerta ya estaba haciendo la receta» (M2)</p> |
| Temor a padecer un cáncer | <p>«Un tanto por ciento se supera, sobre todo si lo detectan desde el principio. Pero si no lo detectan a tiempo, lo poco que queda de vida es una constante de pruebas, de sufrir físicamente y psicológicamente, y después de todos modos se mueren» (M1)</p> <p>«El cáncer lo tenemos todo el mundo, hay quien se le despierta y hay que no se le despierta» (H1)</p> <p>«...cuando vas al lavabo y ¡ep! una defecación es anormal, ése es un primer síntoma o aviso que te está diciendo: al médico» (H1)</p> <p>«Vale más no saberlo. Te dicen que tienes alguna cosa de éstas, ¡y vaya sufrimiento que tienes!» (M2)</p> <p>«Son palabras que no se hablan. . . no es agradable» (H1)</p> <p>«Se tiene que valorar mucho la actitud vuestra de los médicos. Os ponéis más en el lugar del enfermo, lo explicáis bien: no te preocupes, saldremos adelante» (H3)</p> |
| Esperanza de curación del cáncer | <p>«Una enfermedad muy grave. Si no se la coge a tiempo, puede llevar a la muerte» (H2)</p> <p>«Antes la gente se moría y no sabían de qué. . . Que hoy lo examinan bien, porque hay mucha tecnología ahora y gracias a Dios se está curando más que antes» (M2)</p> |
| Predisposición a hacerse pruebas de cribado del cáncer de colon y recto | <p>«Siempre estás pendiente. Con la edad que uno tiene, siempre piensas a ver si. . . A mí se me murió una amiga de mi edad, con 63 años» (M2)</p> <p>«Me asusta mucho y me haría pruebas, yo tengo familia propia que ha tenido cáncer y no ha tenido solución, parecía que lo habían cogido a tiempo, duró 4 o 5 años, pero cada vez peor» (M1)</p> <p>«Quiero saber, y si se me da la oportunidad de saber lo que puede venirme, pues quiero saberlo, al menos que me dé tiempo» (H1)</p> <p>«Porque no quiero saber lo que tengo. Tengo tantas cosas que ya no quiero saber nada más. Estoy segura de que si me las hacen me encontrarán algo, y no quiero saberlo» (M3)</p> <p>«Sí, pero sobre todo el miedo que tengo yo es que te hagan daño. Soy muy cobarde yo» (M1)</p> |

del total de participantes se habían hecho una colonoscopia y el 17% una prueba de sangre oculta en heces.

La principal percepción manifestada es la importancia otorgada al diagnóstico precoz del cáncer. Esta idea se ve reflejada en cada una de las categorías analíticas surgidas, que son: 1) la preocupación por la salud, 2) el miedo a tener un cáncer, 3) la esperanza de curación y 4) la predisposición a hacerse pruebas. A continuación se presentan los resultados y algunas citas para ilustrarlos (tabla 2).

Preocupación por la salud

Los participantes expresan la importancia de la prevención para evitar cualquier enfermedad, y en concreto el cáncer. Parece que hablar de prevención empieza a ser normal en su entorno, donde se impone la idea de mantener estilos de vida saludables para prevenir padecer enfermedades. En relación al cáncer colorrectal, comentan la importancia de una alimentación saludable como medida

preventiva. Se percibe un sentimiento de mayor responsabilidad en torno al cuidado de uno mismo. Parece que los hombres incorporan el cuidar su salud, característica asociada a lo femenino, como elemento de gran importancia para su bienestar y para la prevención de enfermedades.

Tanto hombres como mujeres manifiestan un gran interés por obtener más información sobre qué es el cáncer, cómo se produce, cuáles son los signos y síntomas relacionados, y cómo puede prevenirse. Cabe destacar que la mayoría de los/las participantes identifican la aparición de sangre en las heces y la alternancia de episodios de estreñimiento y diarrea como los síntomas relacionados con el cáncer colorrectal.

Los participantes trasladan la responsabilidad de la salud a las instituciones, y las identifican como las encargadas de poner en marcha programas y servicios para la prevención y el tratamiento del cáncer. A la vez, identifican a los profesionales de la salud como los expertos en quienes depositar la confianza en todo lo relacionado con la salud, no sólo para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, sino también para asesorarles y darles información. En concreto, expresan proximidad y confianza con el profesional de medicina o enfermería de atención primaria para resolver cualquier duda y ser atendidos, y valoran una comunicación fluida y clara como el elemento principal para dicha relación.

Temor a padecer un cáncer

Se reconoce el cáncer como una enfermedad que comporta un gran sufrimiento, por lo que es temida por la población. Los participantes expresan sentirse vulnerables a tener un cáncer principalmente por su edad, identificando que ésta aumenta el riesgo. Por otra parte, los/las participantes expresan la creencia de que el cáncer se tiene ya dentro del cuerpo. Por ello, los hombres consideran que es muy importante atender a los síntomas, porque el cuerpo avisa ante un problema de salud. En cambio, curiosamente, para las mujeres los síntomas deben obviarse de entrada para evitar un posible diagnóstico.

Culturalmente se reconoce la existencia de dificultades para hablar sobre el cáncer en el ámbito social, pero también con el profesional de medicina o enfermería. A la vez, se afirma que este fenómeno se va invirtiendo, dado que, por un lado, los profesionales tratan con mayor naturalidad y claridad el cáncer, y por otro, la población tiene más interés en conocer cuáles son sus problemas de salud y el pronóstico de éstos.

Esperanza de curación del cáncer

Se observa una evolución social en la percepción del cáncer, dado que hay una mayor presencia de éste en el discurso de la población y una concepción de curación de esta enfermedad crónica. Históricamente el cáncer era una enfermedad ligada a la muerte y al sufrimiento, por lo que era un tabú del cual mejor no hablar. Ahora, sin embargo, se cree que es una enfermedad grave que en algunos casos puede curarse. Existe la creencia de que un diagnóstico a tiempo favorece un tratamiento temprano, que comporta una evolución más favorable e incluso la curación. En paralelo, se expresa la confianza en los avances de la medicina en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer.

Predisposición a hacerse pruebas de cribado de cáncer colorrectal

En términos generales, todos los grupos afirman la predisposición de la población a hacerse pruebas para el diagnóstico del cáncer colorrectal sin tener síntomas, por la edad y por experiencias previas.

La mayoría de los/las participantes expresan que ante el temor de padecer un cáncer y la creencia firme de que un diagnóstico precoz puede comportar una detección a tiempo y una curación, estarían dispuestos a hacerse pruebas aun sin tener ningún síntoma, incluso una colonoscopia, con la intención de conseguir un diagnóstico a tiempo. Paradójicamente, este discurso prevalece más en los hombres. En cambio, en las mujeres, el miedo a padecer un cáncer lleva a no querer hacerse pruebas con la finalidad de evitar un posible diagnóstico.

Las mujeres expresan reticencias a las pruebas si éstas comportan dolor o molestias mayores, como una colonoscopia sin sedación. En cambio, no expresan ninguna oposición a realizar una prueba de sangre oculta en heces.

Discusión

La importancia de la prevención emerge como un discurso hegemónico, y en relación con ello, la oportunidad y los beneficios del diagnóstico precoz. Los hombres han incorporado el cuidado de la salud, aspecto tradicionalmente femenino, como elemento de gran importancia para su bienestar. En este contexto, tanto los hombres como las mujeres muestran predisposición a hacerse pruebas sin tener síntomas, en concreto una prueba de sangre oculta en heces y una colonoscopia si aquella fuera positiva. Destaca que esta predisposición parece ser mayor en los hombres, en concordancia con lo sugerido por otros autores^{13,23}. Este auge masculino del cuidado y de la prevención podría ser útil para promover la participación.

Un factor importante en relación a la predisposición a hacerse pruebas de cribado del cáncer colorrectal es la percepción de vulnerabilidad a esta enfermedad. Se pone de manifiesto que la edad parece incrementar la vulnerabilidad a padecer cáncer, y esta intuición se corresponde con la realidad, ya que la incidencia de cáncer colorrectal aumenta con la edad en ambos sexos. En consonancia con ello, la participación en los programas poblacionales de cribado del cáncer colorrectal suele ser más alta en las cohortes de mayor edad^{17,18}, lo que precisamente parece que no se cumple en nuestro país¹⁶. Este aspecto, la edad como factor de riesgo para el cáncer colorrectal, podría utilizarse para promover la participación.

No obstante, tener la intención de participar en un programa de cribado del cáncer colorrectal no implica participar. De los factores asociados a la intención de participar, sólo algunos se asocian a hacerlo, en especial la percepción de los beneficios del cribado^{19,20}. Y de acuerdo con la población, eso es lo que debería enfatizarse en las campañas de sensibilización para promover la participación²⁴. Los resultados del presente estudio muestran que el beneficio clave de participar en un programa de cribado poblacional del cáncer colorrectal sería precisamente la posibilidad de un diagnóstico precoz, puesto que se percibe que éste aumenta las posibilidades de curación, lo cual es cierto. De acuerdo con otro estudio cualitativo, los/las participantes en un programa de cribado poblacional del cáncer colorrectal atribuyen un gran valor al diagnóstico precoz¹¹. Por tanto, ése debería ser el mensaje principal para las campañas de sensibilización frente a los programas de cribado poblacional del cáncer colorrectal.

Los/las participantes otorgan a las instituciones sanitarias y a sus profesionales responsabilidades importantes en relación con el cribado. Otros estudios han señalado el papel estratégico de la confianza con el médico de atención primaria para conseguir que la población participe en un programa de cribado del cáncer colorrectal^{24–26}. De hecho, el cumplimiento con las recomendaciones del médico es uno de los factores asociados a la participación^{20,27}, mientras que el haber recibido

información del médico de atención primaria sobre el cáncer colorrectal se ha asociado sólo a la intención de participar²⁸. En nuestro país, el único programa de cribado del cáncer colorrectal que se centra en los médicos de familia, el del País Vasco, es el que hasta la fecha está obteniendo tasas superiores de participación (resultados no publicados). Por tanto, parece clara la conveniencia de aprovechar esta relación de confianza entre los profesionales de atención primaria y la población asignada a su cupo en el diseño y el desarrollo de estos programas.

Algunos estudios han observado que la visión del cáncer como una enfermedad que lleva irremediablemente a la muerte sería una de las barreras a la participación en un programa de cribado del cáncer colorrectal²⁶. En nuestro estudio, vemos que la percepción de la población sobre el cáncer ha cambiado: se considera una enfermedad grave, que puede comportar mucho sufrimiento, pero que puede curarse. Este cambio puede asociarse a una mayor presencia del cáncer en el discurso social, así como a una demanda de más información, necesaria por otra parte para eliminar falsas creencias. En este sentido, las autoridades sanitarias deberían asumir el liderazgo de informar a la población sobre el cáncer en general, y sobre el colorrectal en particular, en lugar de dejar que éste recaiga en otras entidades como las asociaciones de enfermos o las mutuas privadas.

Otra de las barreras expresadas por las mujeres en este estudio y en otros¹¹ es el miedo a padecer un cáncer, que conduce a que no quieran hacerse pruebas para que no se plantee la posibilidad del diagnóstico. Este sentimiento no lo hemos observado en los hombres. Y es llamativo, ya que las mujeres, que precisamente se han ocupado tradicionalmente de la salud de la familia, y de velar por ella y por los síntomas de sus parejas²⁹, prefieren no saber si ellas tienen un cáncer. Este aspecto es novedoso y creemos que merece más atención en futuros estudios.

El miedo al dolor como barrera, expresado mayoritariamente por las mujeres, en particular para la realización de la colonoscopia, se ha observado de manera repetida en diferentes estudios^{30,31}. Por tanto, parece claro que debe garantizarse la sedación en los programas de cribado del cáncer colorrectal. En cambio, otros aspectos señalados en otros estudios, como la vergüenza o la ansiedad que genera la técnica¹⁵, no se han mencionado.

En cuanto a las limitaciones del estudio, no ha podido desarrollarse una observación participante como tal, que es la técnica propia de la etnografía, dada la dificultad de definir el escenario donde observar lo cotidiano de la gente frente al programa de cribado cuando éste no estaba desarrollado. Por ello, se han explorado más las actitudes y opiniones de los entornos familiares y de amistad de los/las participantes en los grupos de discusión, así como el registro de las observaciones de los profesionales del centro de atención primaria. Además, hay algunos aspectos relacionados con el fenómeno de estudio sobre los que podría haberse profundizado más, como son la experiencia con las pruebas de cribado del cáncer colorrectal o haber vivido de cerca algún caso de cáncer colorrectal, ya que parece que modifican las actitudes ante el cribado. De hecho, durante el diseño del estudio se intentó tener en cuenta el primero de estos factores al seleccionar a los/las participantes, pero resultó complicado reunir un grupo de personas con antecedentes de haberse hecho una prueba de sangre oculta en heces o una colonoscopia. Este tema queda pendiente para futuros estudios.

En conclusión, la oportunidad de un diagnóstico precoz que permita la curación ha emergido en este estudio como el elemento clave para promover la participación en un programa de cribado poblacional del cáncer colorrectal. Las diferentes percepciones de hombres y mujeres de nuestro contexto social sobre el cribado del cáncer colorrectal modulan su predisposición a participar en él. En este sentido, la creciente preocupación por la salud de los

hombres, y en especial el temor de las mujeres a que se les diagnostique un cáncer si se hacen pruebas, son factores a tener en cuenta para garantizar el éxito del programa.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los profesionales de atención primaria desempeñan un papel clave en el éxito de los programas de cribado poblacional del cáncer colorrectal. La falta de conocimientos de la población, así como el miedo a tener cáncer y a padecer dolor, son barreras para la participación en un programa de cribado de cáncer colorrectal. Los hombres presentan una mayor predisposición a participar en los programas de cribado de cáncer colorrectal que las mujeres.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La oportunidad de un diagnóstico a tiempo que permita la curación ha sido expresado por los/las participantes como el elemento clave para la participación en un programa de cribado poblacional del cáncer colorrectal. Las mujeres entrevistadas han expresado que no quieren hacerse pruebas por miedo a que se les diagnostique un cáncer. Las personas de 50 a 69 años de edad han mostrado sentirse vulnerables a padecer un cáncer colorrectal por su edad.

Contribuciones de autoría

Este estudio fue diseñado por M. Ramos, M. Taltavull y M. Llagostera. M. Ramos y R. Nieto coordinaron el desarrollo de la investigación en cada una de las dos regiones participantes (Mallorca y Barcelona). M. Taltavull y M. Ramos condujeron los grupos de discusión. M. Llagostera y P. Piñero participaron en los grupos como observadoras. M. Taltavull dirigió el diario de campo. M. Taltavull y M. Ramos realizaron el análisis de la información. M. Ramos ha redactado el manuscrito con la colaboración de M. Taltavull, M. Llagostera y P. Piñero. Todas las autoras han aprobado la versión final del manuscrito.

Financiación

El estudio ha recibido dos becas del FIS de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: PI07/90590 y PI07/90696.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Agradecemos profundamente a Rosa Saladich, Xavier Cantero, Elvira Gastálvez y Rosa M.^a Gutiérrez la ayuda prestada para la identificación de los/las participantes. También nuestro agradecimiento sincero a Mercè Marzo y a José Manuel Aranda por sus aportaciones tras la lectura crítica del manuscrito.

Bibliografía

1. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2008. (Consultado el 18/11/2012.) Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>

- Winawer S, Faivre J, Selby J, et al., Workgroup II: the screening process. UICC International Workshop on Facilitating Screening for Colorectal Cancer, Oslo, Norway (29 and 30 June 2002). *Ann Oncol.* 2005;16:31-3.
- Hewitson P, Glasziou PP, Irwig L, et al. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD001216. doi:10.1002/14651858.CD001216.pub2.
- Salas D. Cribado del cáncer colorrectal: fortalezas para avanzar en el cribado en España. *Gac Sanit.* 2011;25:329-30.
- Council Recommendation of 2 December on Cancer Screening. *Off J Eur Union.* 2003; 878:iii76-iii82.
- Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de calidad para el Sistema Nacional del Salud. Ministerio de Sanidad. 2010. (Consultado el 15/04/2012.) Disponible en: www.msps.es/organizacion/sns/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf
- Segnan N, Patnick J, von Karsa L, editores. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. 1st ed. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
- Salas L, Morais A. Situación de los programas de cribado de cáncer colorrectal en España y Portugal. En: Reunión anual Red de Programas de Cribado Cáncer. Pamplona, 20-22 junio; 2012.
- Ramos M, Esteva M, Almeda J, et al. Knowledge and attitudes of primary health care physicians and nurses with regard to population screening for colorectal cancer in Balearic Islands and Barcelona. *BMC Cancer.* 2010;10:500.
- Ramos M, Llagostera M, Esteva M, et al. Knowledge and attitudes of primary healthcare patients regarding population-based screening for colorectal cancer. *BMC Cancer.* 2011;11:408.
- Molina A, Salas D, Peiró-Pérez R, et al. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. *Eur J Cancer Care.* 2011;20:669-78.
- Gimeno-García AZ, Quintero E, Nicolás-Pérez D, et al. Public awareness of colorectal cancer and screening in a Spanish population. *Public Health.* 2011;125:609-15.
- McCaffery K, Wardle J, Waller J. Knowledge, attitudes and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Prev Med.* 2003;36:525-35.
- Farraye FA, Wong M, Hurwitz S, et al. Barriers to endoscopic colorectal cancer screening: are women different from men? *Am J Gastroenterol.* 2004;99:341-9.
- Friedemann G, Griffin JM, Partin MR. Gender differences in colorectal cancer screening barriers and information needs. *Health Expect.* 2007;10:148-60.
- Peris M, Espinàs JA, Muñoz L, et al. Lessons learnt from a population-based pilot programme for colorectal cancer screening in Catalonia (Spain). *J Med Screen.* 2007;14:81-6.
- Denis B, Ruetsch M, Strentz P, et al. Short term outcomes of the first round of a pilot colorectal cancer screening programme with guaiac based faecal occult blood test. *Gut.* 2007;56:1579-84.
- Steele RJ, Kostourou I, McClements P, et al. Effect of gender, age and deprivation on key performance indicators in a FOBT-based colorectal screening. *J Med Screen.* 2010;17:68-74.
- Gregory TA, Wilson C, Duncan A, et al. Demographic, social cognitive and social ecological predictors of intention and participation in screening for colorectal cancer. *BMC Public Health.* 2011;11:38.
- Herbert C, Launoy G, Gignoux M. Factors affecting compliance with colorectal cancer screening in France: differences between intention to participate and actual participation. *Eur J Cancer Prev.* 1997;6:44-52.
- Savage J. Ethnography and health care. *BMJ.* 2000;321:1400-2.
- Conde F. Análisis sociológico del sistema de discursos. Cuadernos Metodológicos 43. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2009.
- Sach TH, Whyne DK. Men and women: beliefs about cancer an about screening. *BMC Public Health.* 2009;9:431.
- Woodrow C, Watson E, Rozmovits L, et al. Public perceptions of communicating information about bowel cancer screening. *Health Expect.* 2008;11:16-25.
- Goel V, Gray R, Chart P, et al. Perspectives on colorectal cancer screening: a focus group study. *Health Expect.* 2004;7:51-60.
- Lasser KE, Ayanian JZ, Fletcher RH, et al. Barriers to colorectal cancer screening in community health centers: a qualitative study. *BMC Family Practice.* 2008; 9:15.
- García M, Borràs JM, Milà N, et al. Factors associated with initial participation in a population-based screening for colorectal cancer in Catalonia, Spain: a mixed-methods study. *Prev Med.* 2011;52:265-7.
- Sessa A, Abbate R, Di Giuseppe G, et al. Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy. *BMC Cancer.* 2008;8:171.
- Ramos M, Arranz M, Taltavull M, et al. Factors triggering medical consultation for symptoms of colorectal cancer and perceptions surrounding diagnosis. *Eur J Cancer Care.* 2010;19:192-9.
- Weinberg DS, Turner BJ, Wang H, et al. A survey of women regarding factors affecting colorectal cancer screening compliance. *Prev Med.* 2004;38:669-75.
- Weinberg DS, Miller S, Rodoletz M, et al. Colorectal cancer knowledge is not associated with screening compliance or intention. *J Cancer Educ.* 2009;24:225-32.