

**ORIGINAL**

Recibido: 10/1/2023  
 Aceptado: 30/5/2023  
 Publicado: 10/8/2023

e202308063

el-e16

*Attitudes and social images regarding colorectal cancer screening. An exploratory approach through discussion groups*

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

**CORRESPONDENCIA**

**Diego de Haro Gázquez**  
 C/ Teniente Coronel Noreña, 30.  
 CP 28045, Madrid, España.  
[diego.deharo@contraelcancer.es](mailto:diego.deharo@contraelcancer.es)

**CITA SUGERIDA**

De Haro Gázquez D, Fernández Sánchez B, Amador Muñoz ML. Actitudes e imágenes sociales sobre el cribado de cáncer colorrectal. Una aproximación exploratoria mediante grupos de discusión. Rev Esp Salud Pública. 2023; 97: 10 de agosto e202308063.

# Actitudes e imágenes sociales sobre el cribado de cáncer colorrectal. Una aproximación exploratoria mediante grupos de discusión

**AUTORES**

Diego de Haro Gázquez (1) [ORCID: 0000-0003-1350-725X]  
 Belén Fernández Sánchez (1) [ORCID: 0000-0002-2163-5473]  
 María Luz Amador Muñoz (3) [ORCID: 0000-0001-9617-8329]

**FILIACIONES**

(1) Asociación Española Contra el Cáncer. Madrid, España.

**RESUMEN**

**FUNDAMENTOS //** El programa de cribado de cáncer colorrectal (CCR) mediante el test de sangre oculta en heces (SOH) ha alcanzado una implementación elevada en España, aunque la participación sigue sin encontrarse en cifras óptimas. A su vez, los datos disponibles ofrecen diferencias de participación significativas, tanto entre CC. AA, como entre distintos grupos sociodemográficos, lo que plantea diferentes problemas de equidad. Este estudio buscó realizar un análisis exploratorio, desde una perspectiva cualitativa, sobre las actitudes, percepciones e imágenes sociales que la población objeto del cribado de cáncer colorrectal tenía sobre el mismo, así como las barreras y elementos de mejora a partir de estas.

**MÉTODOS //** Este estudio se diseñó mediante un enfoque de investigación cualitativa a partir de la realización de cuatro grupos de discusión, durante el mes de mayo de 2022, a un total de veintiséis personas (igual número de hombres y mujeres) con edades de cincuenta a sesenta y nueve años, residentes en la Comunidad de Madrid, Cataluña, Andalucía y País Vasco (en grandes y pequeñas ciudades), con diferentes niveles formativos y distintas experiencias previas de participación en el programa de cribado de CCR.

**RESULTADOS //** Se detectaron distintas conceptualizaciones de la prevención, pero ninguna que englobe el cáncer (y especialmente el colorrectal) como elemento a incorporar en las prácticas cotidianas, ya que su aparición se asocia fundamentalmente al azar. Sumado al desconocimiento del CCR frente a otros tipos (mama o próstata), se percibieron diferentes barreras de carácter actitudinal a la participación en un programa de cribado de CCR, como fueron el rechazo a formar parte del colectivo de más edad (diana de la prueba), el miedo a la espera por los resultados, la falta de fiabilidad o la sensación de poder postergar el momento.

**CONCLUSIONES //** De este estudio se deriva la necesidad de realizar intervenciones destinadas a: favorecer la actitud con la que se recibe e interpreta la invitación a participar; a incorporar el cáncer de colon al marco dominante de preocupaciones; a concienciar con respecto de la importancia de la detección precoz; y a actuar frente a potenciales fuentes de inequidad, como la conceptualización más extensa del papel de la prevención detectada en las personas de mayor capital cultural, o la mayor normalización de los programas de cribado encontrada en las mujeres, por la experiencia previa del de mama.

**PALABRAS CLAVE //** Cáncer colorrectal; Cribado; Sangre oculta; Programas de salud; Detección precoz; Actitudes de la población.

**ABSTRACT**

**BACKGROUND //** The screening for colorectal cancer (CRC) through the fecal occult blood test (FOBT) has achieved high implementation in Spain, although participation rates are still not optimal. At the same time, available data show significant differences in participation both among autonomous communities and among different sociodemographic groups, which raises various equity issues. This study aimed to conduct an exploratory analysis from a qualitative perspective on the attitudes, perceptions, and social images that the target population for colorectal cancer screenings held regarding them, as well as the barriers and areas for improvement identified through these.

**METHODS //** This study was designed using a qualitative research approach, through the conduct of four focus groups in May 2022, with a total of twenty-six participants (equal number of men and women) aged fifty to sixty-nine years. The participants were residents of the Community of Madrid, Catalonia, and the Basque Country (in both large and small cities), with varying educational levels and different previous experiences of participation in the CRC screening program.

**RESULTS //** Different conceptualizations of prevention were identified, but none that encompassed cancer (especially colorectal cancer) as an element to be incorporated into daily practices since its occurrence is primarily associated with chance. In addition to the lack of knowledge about CRC compared to other types of cancer (such as breast or prostate cancer), various attitudinal barriers to participation in the CRC screening program were perceived. These included the rejection of being part of the older age group (targeted by the test), fear of waiting for the results, lack of reliability, or the sense of being able to postpone the moment.

**CONCLUSIONS //** This study highlights the need for interventions aimed at promoting the attitude with which the invitation to participate is received and interpreted. It also emphasizes the importance of incorporating colon cancer into the dominant framework of concerns, raising awareness about the significance of early detection, and addressing potential sources of inequity. These interventions should address the broader conceptualization of the role of prevention observed among individuals with higher cultural capital and the greater normalization of screening programs found among women due to their previous experience with breast cancer screening.

**KEYWORDS //** Colorectal cancer; Screening; Hidden Blood Test; Health programs; Early detection; Population attitudes.

## INTRODUCCIÓN

EL CÁNCER COLORRECTAL (CCR) ES CONSIDERADO un importante problema de Salud Pública con alta incidencia y tasas de mortalidad. En España ocupa el segundo lugar en frecuencia, tanto en hombres (25.406) como en mujeres (16.240), y el primer lugar si se consideran los casos en ambos sexos. En 2022 se estimaron un total de 15.519 fallecimientos por cáncer colorrectal (CCR) (1).

Actualmente hay disponibles varias opciones de pruebas de cribado para la detección precoz del CCR, y existe evidencia sólida de la eficacia del cribado a través de detección de sangre oculta en heces (SOH) y de la sigmoidoscopia (2-6). En España, el cribado del cáncer comenzó a principios de la década de 1990 y se ha extendido gradualmente a través de programas piloto en diferentes comunidades autónomas, hasta llegar a una implementación completa en la mayoría de ellas (7). En 2009, la *Estrategia en Cáncer* del Sistema Nacional de Salud (SNS) estableció como objetivo la implantación y extensión del cribado poblacional para el CCR. En ella se estableció que el cribado, utilizando la prueba de sangre oculta en heces (SOH), debe ser ofertado a todos los hombres y mujeres en el intervalo de edad de cincuenta a sesenta y nueve años cada dos años, seguida de colonoscopia en los casos positivos. Esta estrategia fue refrendada en 2013, tras acordar el Consejo Interterritorial del SNS la inclusión de este tipo de cribado en la cartera de servicios comunes del SNS (8). Dichos acuerdos fueron publicados en el *Boletín Oficial del Estado* (BOE) (9), con entrada en vigor efectiva en 2014.

Por estudios previos, se estima que es necesario un nivel de participación superior al 60% para lograr una reducción costo-efectiva de la mortalidad por CCR en los programas de cribado poblacional (10). Según los criterios de la *Guía Europea de calidad para el cribado de cáncer colorrectal*, se recomiendan índices de participación superiores al 65%-70%, si bien

se explicita un nivel mínimo aceptable del 45% (11). En España, la última actualización de la *Estrategia en cáncer* del Sistema Nacional de Salud propone como objetivo obtener un mínimo de 65% de participación en los programas de cribado de CCR (12). Sin embargo, los datos más actuales nos indican que aún estamos lejos de alcanzar este objetivo de participación.

Según la Red de Programas de Cribado de Cáncer, en los últimos datos disponibles públicamente en su web a fecha de publicación de este artículo, la cobertura en 2017 fue del 44% de la población diana, y la tasa de participación del 46%, observándose una alta heterogeneidad entre CC. AA. (19%-74%) (13). Aunque no disponemos de datos oficiales sobre cobertura y participación más actualizados, esta heterogeneidad entre CC. AA. sigue siendo observable si atendemos a los datos de la *Encuesta Europea de Salud* en España (14) y el porcentaje de personas en la población diana que, en 2020, nunca se habían hecho un test de sangre oculta en heces (tal y como se observa en la **TABLA 1**).

Por otro lado, la literatura revela que, incluso en aquellos programas de cribado CCR bien establecidos y con alta cobertura de población, existen desigualdades sociales significativas. Así, variables como el nivel socioeconómico, el género, la edad y la etnia, están relacionadas con diferencias significativas en las tasas de participación (15-17). En ese sentido, las mujeres y las personas mayores de sesenta años muestran las tasas más altas de participación (18,19). Un estudio realizado en el País Vasco muestra que la tasa de participación global (64,3%) se acerca al objetivo del 65% fijado por las directrices de calidad, aunque es menor en hombres que en mujeres, y menor en los grupos etarios extremos (los más jóvenes y los más mayores).

La influencia del nivel socioeconómico en la participación varía por sexos, siendo menor en los hombres de clase social más baja

Actitudes e imágenes sociales sobre el cribado de cáncer colorrectal. Una aproximación exploratoria mediante grupos de discusión

DIEGO DE HARO GÁZQUEZ et al.

**Tabla 1**  
Porcentaje de personas de entre cincuenta y sesenta y nueve años que nunca se han realizado un test de sangre oculta en heces.

| Total                        | 58,45 |
|------------------------------|-------|
| Andalucía                    | 79,31 |
| Aragón                       | 62,40 |
| Asturias (Principado de)     | 56,64 |
| Balears (Illes)              | 84,67 |
| Canarias                     | 55,91 |
| Cantabria                    | 50,9  |
| Castilla y León              | 41,26 |
| Castilla-La Mancha           | 63,86 |
| Cataluña                     | 57,34 |
| Comunitat Valenciana         | 42,37 |
| Extremadura                  | 86,56 |
| Galicia                      | 43,94 |
| Madrid (Comunidad de)        | 63,39 |
| Murcia (Región de)           | 58,16 |
| Navarra (Comunidad Foral de) | 21,62 |
| País Vasco                   | 23,92 |
| Rioja (La)                   | 54,59 |
| Ceuta (Ciudad Autónoma de)   | 95,93 |
| Melilla (Ciudad Autónoma de) | 91,23 |

Adaptado del Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta Europea de Salud en España 2020*.

(60,3%) y en las mujeres que ocupan posiciones más altas (65,7%) (20). Los hallazgos de Frederiksen *et al.*, que analizaron 177.114 personas, mostraron que una posición socioeconómica baja, operacionalizada por la educación, el empleo y los ingresos, estaba fuertemente asociada con una baja participación en los programas de cribados (16).

Existe, por tanto, evidencia empírica que corrobora la existencia de desigualdades

sociales en el cribado del CCR, pero no hay tantos estudios cuyo objetivo sea analizar las causas que generan dichas desigualdades desde una perspectiva interpretativa y hermenéutica. Algunos de los estudios coinciden en que las principales causas de la no participación entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos son: la falta de información sobre la enfermedad; la priorización de otros problemas con mayor impacto en la vida cotidiana; y la no comprensión de las comunicaciones escritas. No obstante, tal como plantean Navarro *et al.* (21), es necesaria una mejor comprensión de las barreras y los facilitadores de la participación para diseñar estrategias que promuevan la equidad en el acceso a los programas de cribado. Análisis que permita obtener repuestas a una serie de preguntas de gran interés como: ¿qué necesita saber la población para poder tomar la decisión de participar? ¿Cuál es la información que se ha de transmitir? ¿Cuál es el mejor procedimiento para que la persona la aprehenda y la transforme en una experiencia de aprendizaje? ¿Cómo llevarlo a la práctica?

Con este objetivo realizamos el presente estudio de carácter exploratorio, para examinar los factores que influían en la participación en un programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal a partir de las imágenes y representaciones sociales de las personas dentro de la población diana del mismo; profundizar en las actitudes y percepciones de dichas personas, para comprender los motivos racionales y emocionales que llevaban a la decisión de participar o no participar en el programa; y, por último, analizar las barreras ante el programa e identificar elementos de mejora. Esto es, analizar qué papel tenía la prevención en sus vidas cotidianas y cuál era el lugar que ocupaba la prevención del cáncer dentro de la misma; cómo se estructuraba el conocimiento sobre el cáncer (y más específicamente el cáncer colorrectal) y qué actitudes podrían hacer las veces de barreras a la participación, así como aquellas otras que podrían servir como facilitadoras.

## SUJETOS Y MÉTODOS

**Diseño.** Para satisfacer los objetivos de investigación se diseñó un estudio cualitativo descriptivo de carácter exploratorio, mediante la técnica del grupo de discusión, cuyo trabajo de campo se llevó a cabo durante el mes de mayo de 2022. La captación, moderación y transcripción de los grupos fue encargada a *Kantar Public España*. El diseño de la muestra cualitativa buscó maximizar la heterogeneidad estructural de los grupos para tratar de recoger el máximo número de posiciones discursivas con respecto al objeto de estudio. El diseño de la muestra y la consecuente captación se basó en tres dimensiones fundamentales, acordes a la literatura consultada: participación en el programa (participantes y no participantes); tipo de hábitat (grandes y pequeñas ciudades) y capital cultural medido a partir del nivel formativo de las personas participantes (estudios superiores, y estudios medios y básicos).

**Participantes.** Participaron un total de veintiséis personas con edades de cincuenta a sesenta y nueve años residentes en las comunidades de Madrid, Cataluña, Andalucía y País Vasco. La elección de estas CC. AA. se realizó en base a las heterogeneidad encontrada en cuanto al porcentaje de personas de entre cincuenta y sesenta y nueve años que nunca se habían realizado una prueba de TSOH, siendo elegidas, según los datos de la *Encuesta Europea de Salud en España (14)*, Andalucía (una de las comunidades con menor participación, 79% de personas que nunca se habían realizado la prueba), Madrid (63%), Cataluña (57%) y País Vasco (24%). La edad media de la totalidad de participantes fue de 56,4 años. La edad media de las mujeres fue 55,7 años y la de los hombres fue de 57,1 años.

**Procedimiento.** Se organizaron cuatro grupos de discusión con una duración media de noventa minutos. La distribución de cada grupo por participación, hábitat y nivel educativo se muestra en la **TABLA 2**. La composi-

ción de cada grupo estuvo dividida a su vez, de manera equitativa, entre hombres y mujeres.

Se elaboró un guion de carácter semiestructurado con preguntas abiertas y un eje temático en forma de embudo invertido, diseñado para favorecer la participación, comenzando con temas generales sobre la prevención y continuando con los aspectos más específicos de los programas de cribado de CCR **[TABLA 3]**. Las sesiones fueron grabadas con el consentimiento de las personas participantes y luego transcritas en su totalidad, anonimizando cualquier dato de carácter personal. Estas transcripciones fueron analizadas posteriormente desde un enfoque hermenéutico **(22)**, con apoyo de anotaciones analíticas, metodológicas y contextuales. No se hizo uso de ningún software específico de análisis de contenido cualitativo.

## RESULTADOS

**Conocimientos, creencias y actitudes respecto a la prevención.** En términos generales, se consideró que la prevención era positiva. Se conceptualizó como la realización de algún tipo de acción para evitar algo negativo antes de que suceda. En el ámbito de la salud se abrió a dos significados en función del alcance de dichas acciones:

- a) Prevención desde una perspectiva estrictamente médica. Con un significado más restrictivo, asociado a acciones y controles destinados a evitar la enfermedad. Es un concepto de prevención más tradicional, entendida como un conjunto de medidas pautadas por el médico. A veces, la concienciación aparece después de una alarma, *un susto*, es reactiva.

*“Prevenir enfermedades importantes, cánceres, detectar los pequeños defectos o achaques que tengas para evitar males mayores”* (Persona con nivel de estudios superiores. Ámbito urbano. No participación).

Tabla 2  
Casillero tipológico de composición de los grupos de discusión y fecha de realización.

|   | <b>NO HABÍAN PARTICIPADO<br/>en el programa de cribado</b>  | <b>HABÍAN PARTICIPADO<br/>en el programa de cribado</b>     |
|---|---|---|
| <b>Hábitat urbano<br/>de gran ciudad</b>  | GD1 (6 personas)<br>(estudios superiores)<br>12 de mayo     | GD 3 (7 personas)<br>(estudios superiores)<br>17 de mayo    |
| <b>Hábitat urbano<br/>pequeñas ciudades<br/>(residentes en poblaciones<br/>de entre 15.000<br/>y 50.000 habitantes)</b> | GD2 (7 personas)<br>(estudios medios/básicos)<br>17 de mayo | GD4 (6 personas)<br>(estudios medios/básicos)<br>18 de mayo |

Tabla 3  
Guion del grupo de discusión.

| <b>Tema</b>   | <b>Preguntas principales</b>  |
|---|---|
| Conocimientos, creencias y actitudes respecto a la prevención.                | ¿Qué pensáis de la prevención?<br>¿Por qué es importante?<br>¿Qué se busca?<br>¿Qué enfermedades os preocupan más o sois más activos a la hora de prevenir?   |
| Conocimientos, creencias y actitudes respecto a la prevención del cáncer.     | ¿Creéis que es importante la prevención del cáncer?<br>¿Conocéis los programas de cribado?<br>¿Qué sabéis de ellos?   |
| ¿Qué lugar ocupa el cáncer colorrectal frente a otros tipos de cáncer?        | ¿Qué conocéis sobre el cáncer colorrectal?<br>¿Creéis que es más o menos peligroso que otros tipos de cáncer?<br>¿Qué consecuencias creéis que tiene?<br>¿Hasta qué grado diríais que es prevenible?  |
| Conocimientos y valoración del programa de prevención del cáncer colorrectal. | ¿Qué conocéis sobre el programa de prevención del cáncer colorrectal?<br>¿Sabéis en qué consiste la prueba?<br>¿Qué os parece que la invitación sea por carta?<br>¿La logística para realizarlo es sencilla?<br>¿Qué pasa cuando se recibe la carta?<br>¿Qué se piensa? |
| Obstáculos potenciales para la participación.                                 | Hay personas que les mandan la carta y no se hace la prueba. ¿Por qué puede ser?<br>¿Cuáles fueron tus motivos para no realizarte la prueba?  |
| Factores que pueden facilitar la participación.                               | ¿Qué beneficios tiene participar en el programa?<br>¿Cuáles fueron tus razones para participar?<br>¿Qué habría que hacer para facilitar que más gente se realice la prueba?   |

Actitudes e imágenes sociales sobre el cribado de cáncer colorrectal. Una aproximación exploratoria mediante grupos de discusión

DIEGO DE HARO GÁZQUEZ et al.

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 97  
10/8/2023  
e202308063

◀  
*“Falta mucha prevención, siempre cualquier problema de salud te pilla de improviso, sin conocimiento, uno empieza a enterarse cuando le pasa, tendría que haber mucha más información sobre salud. (...) Hasta que no nos pasa algo directamente o en nuestro entorno, no tomamos conciencia”.* (Persona con nivel de estudios básicos. No participación).

**b)** Preocupación por lo saludable y el autocuidado. La prevención ha evolucionado hacia un significado más amplio, que va más allá del terreno de la enfermedad para formar parte del ámbito del autocuidado, asociado a la alimentación saludable y la actividad física como claves para mejorar el estado general y la calidad de vida. Esta preocupación es una tendencia social generalizada y en crecimiento (preocupación por el consumo de grasas y azúcares, reducción del consumo de productos animales, evitar el sedentarismo...). Esta segunda conceptualización, más activa, fue más habitual entre los grupos con un capital cultural superior.

*“La prevención son hábitos saludables, practicar deporte, cada uno en la medida que le guste, la alimentación, las horas de sueño, la relajación, porque el estrés también es muy malo. Intentar cuidarse”.* (Persona con nivel de estudios superiores. Ámbito urbano. No participación).

*“La prevención es alimentación, ejercicio, movimiento, salud mental también”* (Persona con nivel de estudios superiores. Ámbito urbano. Sí participación).

La edad apareció a su vez como un factor clave en la vivencia de la prevención. A partir de los cincuenta años, el autocuidado no sólo buscaba un cuerpo vital y atractivo, sino que aparecía una preocupación mayor por la aparición de enfermedades relacionadas con la edad y el efecto del envejecimiento en la calidad de vida. Los chequeos

y controles médicos periódicos adquirirían una mayor relevancia.

*“Ahora que tengo cincuenta y cinco años sí que me estoy preocupando de hacerme revisiones anuales, cuando rebasa los cincuenta por muy sanos que estés cuando vas al médico siempre te sacan cosas.”* (Persona con nivel de estudios superiores. Ámbito urbano. No participación).

Se observó una mayor percepción de estar afectados por protocolos de control médico más estrictos. Esta percepción y la propia experiencia de la enfermedad en el entorno próximo se retroalimentaban: era el momento de poner mayor foco en cuidarse, de establecer limitaciones y de *mirarse más*. En muchos casos, la conciencia de la importancia del autocuidado a partir de los cincuenta años favorecía la predisposición a participar en programas preventivos. Si bien, se detectó que la percepción subjetiva de mantener un estilo de vida saludable podía reforzar la procrastinación:

*“Esto todavía no es para mí, estoy bien, tengo tiempo aún, lo que hago por el momento es suficiente”* (Persona con nivel de estudios superiores. Ámbito urbano. No participación).

Esto afectó especialmente a la respuesta de algunas personas ante los programas de cribado y, en particular, de la prueba de sangre oculta en heces (SOH), como veremos más adelante.

**Conocimientos, creencias y actitudes respecto a la prevención del cáncer.** Con respecto a la prevención del cáncer no se encontró una relación tan clara entre el autocuidado y el mantenimiento de hábitos saludables, como el control de la alimentación o la actividad física, y la prevención. El concepto de prevención del cáncer se sitúa sobre todo en el terreno de la detección precoz y, por ende, en el ámbito del



control médico y las pruebas diagnósticas. En este caso, había una clara conciencia de la gravedad de la enfermedad y la importancia de detectarla en un estado incipiente:

*“Si se coge a tiempo el porcentaje es muy alto, hay algunos que todavía no están muy avanzados pero el de mama y próstata cogidos a tiempo tienen un buen final, hay muchos avances”* (Persona con nivel de estudios superiores. Ámbito urbano. Sí participación).

*“A veces la detección precoz te salva”* (Persona con nivel de estudios superiores. Ámbito urbano. No participación).

En la percepción del desarrollo del cáncer todavía permanecía en el imaginario social un componente de azar, siendo numerosos los discursos en los que subyacía la sensación de que la capacidad de intervención del individuo era limitada. En este sentido, eran frecuentes las referencias a casos de personas aparentemente sanas que se cuidaban, jóvenes, que habían desarrollado un cáncer con consecuencias negativas.

*“Lo que sí está claro es que tenemos el día y la hora, un familiar mío que era deportista se levantaba a las 5 de la mañana a hace deporte, vivía del deporte y se fulminó, y llevaba una vida super sana”* (Persona con nivel de estudios superiores. Ámbito urbano. No participación).

*“Mi hermano lleva una vida totalmente sana y ahora tiene una papeleta muy gorda, con su quimioterapia y todo, y más que se ha cuidado él...”* (Persona con nivel de estudios básicos. Ámbito rural. Sí participación).

Surgieron dudas sobre los mecanismos que podían llevar a desarrollar la enfermedad (es conocida la relación entre algunos cánceres y el consumo de tabaco, pero siempre aparece un caso de alguien que desarrolló un cáncer de pulmón sin ser fumador). Estas cuestiones eran mayores en personas menos formadas e informadas, pero subyacía a todo el dis-

curso social. Por tanto, en el caso del cáncer, la creencia mayoritaria era que lo principal para el pronóstico y el tratamiento del cáncer es una rápida detección.

¿Qué lugar ocupa el cáncer colorrectal frente a otros tipos de cáncer? El cáncer de mama fue el referente en detección precoz tanto en hombres como en mujeres. Los programas de cribado poblacional para el cáncer de mama fueron muy bien valorados y estaban muy bien definidos en cuanto al proceso a seguir y el beneficio obtenido. La sensibilidad ante este tipo de prevención fue altísima en todas las personas participantes en los grupos. Además, formó parte de un discurso sobre la identidad femenina y la necesidad de unos cuidados y controles específicos que van más allá de la edad. Las revisiones ginecológicas periódicas suponen que las mujeres incorporen el hábito de la prevención desde jóvenes y de una forma más natural. La detección precoz del cáncer de próstata tenía menos visibilidad social, pero fue muy relevante también entre los hombres.

El CCR, en ese sentido, es uno de los más desconocidos. No había una idea clara de su incidencia en la población, si afectaba más a hombres o a mujeres, o su grado de mortalidad. Existía, no obstante, una clara conciencia de que era una enfermedad grave. Sin embargo, tanto los grupos de personas participantes como no participantes en el programa de cribado reconocieron que no entendían completamente su vulnerabilidad a la enfermedad y expresaron la sensación de que había una falta de información fiable sobre los factores de riesgo del cáncer colorrectal. Debido a ello, insistieron en la importancia de que las autoridades sanitarias incidieran en el alcance de la enfermedad para tener una fotografía clara del riesgo y, por tanto, del grado de necesidad de la prueba.

*“No, el cáncer de colon no se escucha en publicidad, te llega la carta o lo ves en prensa, cosas de esas”* (Persona con nivel de estudios básicos. Ámbito rural. Sí participación).

◀ *“Eso puede influir mucho, la conciencia a través de los medios. También el cáncer de mama tiene más incidencia que el de colon, se escucha más siempre”* (Persona con nivel de estudios básicos. Ámbito rural. No participación).

A pesar las brechas de conocimiento o a la información errónea sobre el CCR y las pautas de detección, este tipo de cáncer comienza a vincularse a la idea de detección precoz, al menos en el colectivo de cincuenta a sesenta y nueve años, más expuesto a recibir la carta informativa o habérsela visto a su pareja, o tener conocimiento de casos próximos que hubieran recibido la invitación para participar en los programas de cribado.

*“En mi familia ha habido muchos problemas de cáncer y tenemos bastante sensibilidad con ese tema. Los primeros que te vienen son la mamografía y el colon, hay cribajes para detectarlo que son muy útiles.”* (Participante con nivel de estudios básicos. Ámbito urbano. No participación).

*“(…) El de colon es más sigiloso, no se oye y hay mucho, no es lo mismo”* (Persona con nivel de estudios superiores. Ámbito rural. Sí participación).

En el imaginario colectivo es un cáncer que genera temor y se anticipa desagradable y duro por el lugar del cuerpo y la función a la que afecta. Esto hace que, salvo que no haya más remedio por la presencia de síntomas o por caso en el entorno próximo, las personas participantes no se mostraran proclives a indagar demasiado en él (algunos hablaban expresamente de mantenerse *más felices* en una cierta ignorancia), especialmente en los grupos con menor capital cultural.

*“No es un momento agradable, preferimos la ignorancia, mientras estás bien lo apartas un poco porque no es agradable”* (Persona con nivel de estudios básicos. Ámbito rural. No participación).

A ello se suma la dimensión escatológica del CCR (relacionado con las heces y sus asociaciones con *algo sucio*) que, en ocasiones, puede generar sentimientos de rechazo, aversión y pudor, que no están facilitando la circulación social de información sobre el cáncer de colon y la importancia de su diagnóstico precoz.

*“La mamografía sí que lo comentas más, es curioso, quizá entre las mujeres es más visible, está mucho más visibilizado, cuando a lo mejor el cáncer de colon tiene mucha mortalidad y hay muchos afectados”* (Persona con nivel de estudios básicos. Ámbito urbano. No participación).

**Conocimientos y valoración del programa de prevención del cáncer colorrectal.** Independientemente de su participación en el programa, las personas entrevistadas valoraron de forma muy positiva la existencia de este tipo de programas de prevención de enfermedades graves que velan por su salud. Se sentían beneficiadas y afortunadas por el hecho de poder disponer de este tipo de acciones sanitarias públicas.

*“En realidad si lo piensas ves que somos unos afortunados porque tenemos la posibilidad de que se cuide de nuestra salud y podemos acceder a unas pruebas, esto es estupendo, en muchos países no es así ni muchísimo menos, te sientes un poco afortunado”* (Persona con nivel de estudios superiores. Ámbito urbano. No participación).

No obstante, la carta empleada como invitación al programa resultaba insuficiente como elemento movilizador. Con independencia del contenido concreto de la carta (que, en general, no se recuerda) y las diferencias por CC. AA. en los mensajes e incluso en el procedimiento, había aspectos en las sensaciones que generaba la recepción de la carta que eran comunes y no favorecían su lectura detallada ni su comprensión completa. La carta llega de una Administración pública sin una



comunicación clara y notoria previa que la contextualice (salvo excepciones, como en el País Vasco). Si no se conoce de antemano el programa, la primera sensación al recibirla se consensúa como de extrañeza e, incluso, puede asustar. La procedencia administrativa de la carta, recibirla por correo, y el tono utilizado no ayuda a que se perciba cercana. A algunas personas les había quedado en la memoria la sensación de una carta demasiado ambigua y genérica. Sugirieron introducir elementos que generaran algún compromiso personal (como incluir día y hora).

*“Creo que la gente con la carta se asusta. Primero te crees que es una multa. Te asusta, claro”* (Persona con nivel de estudios básicos. Ámbito urbano. No participación).

Por otro lado, recibir la carta de invitación significa formar parte de un colectivo de edad avanzada en riesgo de desarrollar la enfermedad. Esto generaba una especial reserva entre aquellas personas participantes más próximas a los cincuenta años. En un contexto social de idealización de lo joven en un sentido simbólico, nadie quería verse estigmatizado por demarcaciones de lo opuesto.

*“Me siento como si fuese un poco viejo, esto no te lo mandan cuando tienes veinte años, dices ea, ya me llegó la cartita, los coches van a la ITV cuando ya tienen una edad, no te hace gracia”* (Persona con nivel de estudios superiores. Ámbito urbano. No participación).

La invitación, a su vez, incluye palabras que generan una respuesta de rechazo: sangre, heces, colon, cáncer, etc. Puede generar suspicacia y llevar a pensar en una prueba más agresiva, engorrosa y molesta, siguiendo el imaginario de la colonoscopia, que es lo que se viene a la mente en todos los grupos de discusión realizados.

*“Es aparatoso, a lo mejor si te piden orina no tanto, o una analítica, pero el tipo de prueba echa un poco para atrás...cuando te piden aná-*

*lisis de heces ya es un poco más incómodo y aparatoso”* (Persona con nivel de estudios básicos. Ámbito rural. No participación).

*“Cuando me llegó la carta uno de los motivos por los que no fui es porque pensaba que era una prueba agresiva, lo de que te meten el tubito y dije esta prueba como que no”* (Persona con nivel de estudios superiores. Ámbito urbano. No participación).

Estas percepciones actuaban como barreras y facilitaban que la carta no se leyera completamente hasta el final, o se leyera por encima. Existió consenso al señalar que a través de la carta no se comprendía adecuadamente la importancia de la detección precoz, el beneficio de la prueba y la facilidad y sencillez de su realización.

*“Es que con la mera carta no vale, la lees y no sabes ni lo que estás leyendo”* (Persona de ámbito urbano. No participación).

### Obstáculos potenciales para la participación.

Aunque las principales barreras eran actitudinales y de falta de información, se observaron también razones materiales relacionadas con el tiempo, la disponibilidad o la complicación del procedimiento. Sin embargo, aparecían con carácter secundario y existía un reconocimiento por parte de las personas de que, tras alguna de estas justificaciones, subyacía una actitud de rechazo, de resistencia o de negociación previa. Las principales barreras detectadas en el transcurso de los grupos fueron:

- Dejadez y falta de síntomas. Expresado de manera similar a *sé que debería hacerlo, pero como es algo que me resulta desagradable, lo pospongo, lo aplazo, hay otras cosas más importantes*. La carta acababa perdida en un cajón, igual que la preocupación acababa en un lugar muy remoto en su mente. Esta dificultad para tomar conciencia real y ponerse en acción se veía reforzada por la ausencia de sintomatología, por lo que no había una percepción directa de

Actitudes e imágenes sociales sobre el cribado de cáncer colorrectal. Una aproximación exploratoria mediante grupos de discusión

DIEGO DE HARO GÁZQUEZ et al.

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 97  
10/8/2023  
e202308063

la necesidad. No se percibe como *urgente* y otras urgencias diarias acababa ocupando su espacio.

*“Llevo seis años diciendo el año que viene. Cuando lo recibes lo meditas y dices, debería hacerlo, pero luego por mil cosas no lo haces, te encuentras bien, te da pereza”* (Persona con nivel de estudios básicos. Ámbito rural. No participación).

- Todavía no es para mí, tengo tiempo. Las personas que se situaban entre los cincuenta a cincuenta y cinco años mostraban con frecuencia una respuesta de negación dado que se consideraban jóvenes y se resistían a que se les etiquetara de otra manera. La percepción de que se lleva una vida saludable refuerza aún más la idea de que se puede posponer.

*“Pues eso, me llego con 50, dije estoy al principio del periodo tampoco pasa nada porque este año no lo haga, ya lo haré... estoy recién legado a este grupo de edad y creo que por un año puedo olvidarme”* (Persona con nivel de estudios básicos. Ámbito urbano. No participación).

- La espera de los resultados y sus consecuencias. Tener que pasar por la experiencia de espera de los resultados se percibía con angustia. Aparecía todo un imaginario sobre el retraso y la saturación de la Sanidad Pública que hacía que no se esperara una respuesta rápida. Este hecho dificulta que se decidieran a participar. A esto se añadía el temor a las consecuencias de una prueba positiva: la colonoscopia, una posible enfermedad, el tratamiento... Todo ello reforzaba la decisión de no participar.
- El modo en que se recibía el programa de cribado de CCR difería en función de si la persona era usuaria habitual de la Sanidad Pública o de la privada. Aquellas no usuarias de Sanidad Pública (sanidad privada,

mutuas, etc.) mostraban más distancia respecto al llamamiento a participar, especialmente si entendían que ya tenían una rutina de seguimiento o chequeos con su médico habitual.

*“Es verdad que me enviaron la carta el año pasado, pero no me han mandado situación ni sé cómo va el tema, es que yo también acudo a la sanidad privada, tengo un seguro médico y a la Seguridad Social voy poco, lo estoy haciendo a través de ese canal”* (Persona con nivel de estudios universitario. Ámbito urbano. No participación).

- Las dudas sobre la fiabilidad y la eficacia de la prueba no aparecían de modo inmediato ni generalizado, pero contribuían a debilitar la intención de participar en el programa. Se plantearon dudas en torno a varias cuestiones. Por un lado, se verbalizaron temores sobre la habilidad para llevar a cabo el procedimiento de toma de muestra de forma correcta. En este sentido, que el individuo tome su propia muestra generaba inseguridad.

*“Lo principal es que no sabes qué cantidad, no sabes si llevar el bastoncillo o llevar el vaso...lo más difícil es saber si estás cogiendo la cantidad necesaria”* (Persona con nivel de estudios universitario. Ámbito urbano. Si participación).

También algunas personas se cuestionaron la capacidad diagnóstica de la prueba: ¿cómo es capaz esta prueba de discriminar si tienes o no riesgo de padecer cáncer? ¿Es fiable o lo realmente fiable es la colonoscopia? ¿Puede haber sangre por otras dolencias?

*“Igual no nos parece una prueba fiable, igual no nos parece una prueba demasiado seria en cuanto a resultado fiables, a lo mejor por eso no nos la hacemos”* (Persona con nivel de estudios básicos. Ámbito rural. No participación).

- La coyuntura generada por la pandemia sanitaria de la COVID-19 reforzó todas estas barreras. La coincidencia de la recepción de la carta con un momento complicado, a partir de marzo de 2020, también se mencionó como una de las causas para no realizar la prueba. Se argumentó la no participación como consecuencia de una sanidad saturada, el temor al contagio y la importancia reducir el riesgo evitando las visitas a centros de salud. Por último, aunque se verbalizó menos, la pandemia sanitaria ayudó a incorporar las pruebas a lo cotidiano, pero también generó un cansancio y un desgaste personal y social que ha derivado en una necesidad de liberarse de la preocupación por la enfermedad que se hace extensible a otras enfermedades.

“Sí, nos ha influido lo del COVID, que no se puede uno ni acercarse al médico prácticamente” (Persona de ámbito urbano. No participación).

En definitiva, tal como se muestra en la **Tabla 4**, en el conjunto de las posiciones discursivas se desprende que tras cada argumento a favor de realizarse la prueba había una barrera emocional que vencer. Estímulos similares pueden producir un efecto ambivalente.

**Factores que pueden facilitar la participación.**

- Es una prueba no invasiva, indolora, nada molesta. La balanza de los beneficios y los inconvenientes que puede producir la

**Tabla 4**  
Razones y barreras emocionales.

| <b>Justificación racional</b>   | <b>Barrera emocional</b>  |
|---|---|
| Autorresponsabilidad (es lo que hay que hacer).   | Pereza, aplazo, pospongo, no le doy importancia, no es para mí aún, estoy sano.   |
| Concienciación (a partir de determinada edad es necesario. El seguimiento médico te ayuda a mantenerte bien).                             | Eres una persona de edad avanzada, con ciertos achaques. El coche pasa la ITV cuando ya tiene sus años y puede tener defectos. Ansiedad y miedo ante la vulnerabilidad. |
| Beneficio (te puedes ahorrar muchos disgustos y complicaciones).  | Hay una duda velada sobre la eficacia real de la prueba. Cuando te llega el momento, te llega.  |
| Autocuidados (chequeos, buena alimentación, ejercicio... las medidas de prevención te ayudan a mantenerte sano).                          | No hay garantía: amplia casuística de enfermedad grave en personas de hábitos saludables. ¿Hay posibilidad de control real sobre la enfermedad?                         |
| Experiencia de otros (los casos próximos refuerzan la importancia de la prevención).  | Los casos a tu alrededor dan miedo. Hay tensión hasta conocer los resultados.   |
| Efecto COVID-19 (ha sido útil para “normalizar” la importancia de las pruebas y generar percepción de vulnerabilidad ante la enfermedad). | Saturación y temor a la enfermedad. Desasosiego por los datos de fallecidos, casos cercanos... Ha generado estrés. Hay una necesidad de liberarse.                      |

Actitudes e imágenes sociales sobre el cribado de cáncer colorrectal. Una aproximación exploratoria mediante grupos de discusión

DIEGO DE HARO GÁZQUEZ et al.

prueba ya está claramente inclinada del lado del beneficio. Los inconvenientes son menores y asumibles.

*“Hay que decirle a la gente que es una prueba sencilla”* (Persona con nivel de estudios universitario. Ámbito urbano. Sí participación).

- Facilidad del procedimiento. La facilidad durante el proceso fue un componente importante que se repitió constantemente. La logística sencilla es una ventaja en las localidades más pequeñas en el ámbito rural, donde el acceso a otras pruebas requiere de desplazamientos. Se valoró muy positivamente la incorporación de las farmacias en todo el proceso.

*“Aquí en Cataluña te envían la carta para que vayas a la farmacia a por el kit, te explican lo que tienes que hacer, lo llevas a la farmacia y te llega la carta en pocos días con el veredicto. Muy rápido, bien organizado, muy bien, que haya más programas como este”* (Persona con nivel de estudios universitario. Ámbito urbano. Sí participación).

*“En Vizcaya te lo mandan a casa todo, la información y el kit”* (Persona con nivel de estudios universitario. Ámbito urbano. Sí participación).

- La intervención de una persona facilitadora. Este punto es relevante como motivador para realizar la prueba de SOH por primera vez. Una persona facilitadora es externa, legitimada por su experiencia, que aclara, tranquiliza e incita a la realización. Puede ser alguna persona del entorno próximo que actúa como prescriptora:

*“Hasta que mi mujer me dijo vete a la farmacia que vale la pena hacer la prueba, fue por ella, por mí habría caducado la carta”* (Persona con nivel de estudios universitario. Ámbito urbano. Sí participación).

También se destacó la importancia del rol de los canales que consideraban más cercanos al tratamiento habitual de la salud: profesionales de Atención Primaria, de farmacia y de salud laboral (los chequeos médicos de empresa).

- Experiencia previa de participación. Quienes habían participado con anterioridad en el programa presentaron un alto nivel de convencimiento acerca de los beneficios derivados del mismo. La prueba no se cuestionaba y solía normalizarse e incorporarse a sus hábitos de prevención.
- La frecuencia de visitas a Atención Primaria y la incorporación de una dinámica de pruebas y chequeos periódicos por enfermedades previas facilitaba la aceptación. Este hecho se apreció claramente en las mujeres, más habituadas a este tipo de pruebas diagnósticas.

## DISCUSIÓN



LOS RESULTADOS SUGIEREN QUE PODRÍA haber numerosas barreras para la participación en un programa de cribado de CCR, lo que parece corroborar los resultados obtenidos en estudios similares realizados en otros países. Por tanto, podemos afirmar con base a estos datos que la universalización de la cobertura de invitación, que es el principal motor para impulsar la prevención secundaria del cáncer colorrectal, debe avanzar de manera paralela al abordaje de dichas barreras socioculturales, en pos de garantizar la igualdad en el acceso a estas prestaciones (23).

En este sentido, encontramos que la no participación no está necesariamente asociada con dificultades específicas de acceso, ni con actitudes manifiestamente negativas hacia el programa de cribado, sino principalmente con: 1) la actitud con la que se recibe e interpreta la invitación a participar; 2) la incorporación del cáncer de colon al marco normativo

de preocupaciones, en qué medida la enfermedad se siente más o menos cercana, está más o menos presente en su mente; 3) la concienciación respecto de la importancia de la detección precoz; y 4) ciertas variables socio-demográficas y estructurales, como el capital cultural, que facilita una conceptualización más extensa del papel de la prevención, o el sexo, encontrándose en las mujeres una mayor normalización de los programas de cribado por la experiencia previa del de mama.

En cuanto a los motivos de no participación, nuestros resultados son consistentes con los de muchos otros estudios en los que la falta de información y concienciación, la ausencia de síntomas, la baja percepción de riesgo personal, el miedo a los resultados, la presencia de otras enfermedades o de eventos vitales estresantes coincidentes con la invitación, se presentan como las principales razones para no participar (24-26). Por otro lado, la edad también se define como una variable importante, presentando las personas más jóvenes una menor sensación de vulnerabilidad a las enfermedades, lo que se convierte en una barrera para la participación (27).

Mientras que la prevención del cáncer de mama ocupa un ámbito perfectamente claro y construido y la prevención del cáncer de próstata está formándose un espacio propio, la prevención el cáncer de colon parece necesitar de un trabajo de comunicación que facilite la construcción de una mayor concienciación personal y social. Es necesario informar, comunicar y sensibilizar para mejorar la respuesta de participación. En ese sentido, la comunicación debe afrontarse desde diferentes perspectivas. Debe apoyarse en distintos canales que son referentes en términos de prevención, destacando el papel de la Atención Primaria, donde el consejo del personal sanitario es fundamental como elemento legitimador de la prueba. Este hecho, no obstante, no aparece de manera consensuada en la literatura, ya que en algunos estudios de carácter

cuantitativo parece mejorar la participación y en otros no (28).

La razón de dicha inconsistencia podría explicarse por las posiciones discursivas detectadas en este estudio, que nos indican que el respaldo del personal sanitario en Atención Primaria tiene un significativo impacto positivo en la participación, siempre que no suponga un esfuerzo mayor por parte de los participantes. Otro canal referente de comunicación serían los chequeos médicos rutinarios en empresas, dado que son, en numerosos casos, el principal medio por el que se realiza un seguimiento del estado de salud. Es un contexto en el que se toman muestras de sangre, orina, o se hacen determinadas pruebas de forma sistemática, por lo que la incorporación de la prueba de SOH podría contribuir a su normalización, aunque plantearía nuevos dilemas en lo referente a la equidad de acceso.

Otro elemento destacado acerca de la comunicación en general del cáncer del CCR es la falta de un anclaje humano, un referente, que permita la identificación. En este sentido, resultaría de interés recurrir a referentes conocidos o públicos con el fin de humanizar la enfermedad e impulsar la visibilidad y la importancia de la detección precoz. Por último, la difusión en los medios de comunicación se entiende crucial, tanto por su potencial impacto como por servir de contextualización o entrada a la recepción posterior de la carta.

Un último hallazgo importante y novedoso en nuestro estudio se refiere a las consecuencias que la pandemia sanitaria de la COVID-19 ha generado en el conjunto de los ciudadanos, y que aún se mantienen en el imaginario social, con resultados ambivalentes: por un lado, ha ayudado a la normalización de los tests, pero, por otro, ha generado un hartazgo emocional que ha propiciado la necesidad de liberarse de las preocupaciones por las enfermedades. Este último aspecto, aún muy presente en la totalidad de los discursos,


Actitudes e imágenes sociales sobre el cribado de cáncer colorrectal. Una aproximación exploratoria mediante grupos de discusión

DIEGO DE HARO GÁZQUEZ et al.

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 97  
10/8/2023  
e202308063

deberá ser estudiado con mayor profundidad en un futuro para determinar hasta qué punto condiciona la participación en este tipo de programas poblacionales de prevención secundaria.

**Limitaciones del estudio.** Las principales limitaciones de este trabajo derivan de un tamaño muestral moderado y de un limitado número de grupos, que deviene en un potencial obstáculo para la generalización de los resultados. A su vez, este limitado número de grupos ha implicado el solapamiento de las variables *hábitat* y *nivel educativo* en la composición de los mismos, que hubiera sido deseable distribuir en un casillero tipológico más amplio.

No obstante, se obtuvo una saturación discursiva suficiente en el transcurso de los grupos como para poder satisfacer los objetivos exploratorios de la investigación. Por otro lado, el no haber incluido grupos específicos de personas de diferentes orígenes étnicos o con un estatus de persona migrante también tiene implicaciones para la generalización de los resultados, y deberá profundizarse en las actitudes y representaciones sociales de estos y otros colectivos potencialmente vulnerables en estudios cualitativos específicos. 

## BIBLIOGRAFÍA



1. Observatorio del cáncer de la Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. [Consultado 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://observatorio.contraelcancer.es/>
2. Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vilarrubí-Estrella M *et al.* *Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2018.* Aten Primaria. 1 de mayo de 2018;50:41-65.
3. Helsingen LM, Kalager M. *Colorectal Cancer Screening - Approach, Evidence, and Future Directions.* Hardin CC, editor. NEJM Evid [Internet]. 9 de enero de 2022 [consultado 29 de marzo de 2023];1(1). Disponible en: <https://evidence.nejm.org/doi/10.1056/EVIDra2100035>
4. Jodal HC, Helsingen LM, Anderson JC, Lytvyn L, Vandvik PO, Emilsson L. *Colorectal cancer screening with faecal testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a systematic review and network meta-analysis.* BMJ Open. octubre de 2019;9(10):e032773.
5. Gini A, Jansen EEL, Zielonke N, Meester RGS, Senore C, Anttila A *et al.* *Impact of colorectal cancer screening on cancer-specific mortality in Europe: A systematic review.* Eur J Cancer. marzo de 2020;127:224-235.
6. Lauby-Secretan B, Vilahur N, Bianchini F, Guha N, Straif K. *The IARC Perspective on Colorectal Cancer Screening.* N Engl J Med. 3 de mayo de 2018;378(18):1734-1740.
7. Molina Barceló A, Moreno Salas J, Peiró Pérez R, Arroyo Fernández G, Ibáñez Cabanell J, Vanaclocha Espi M *et al.* *Desigualdades de acceso a los programas de cribado del cáncer en España y cómo reducirlas: Datos de 2013 y 2020.* Rev Esp Salud Pública. 2021;(95):138.
8. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Nacional de Salud, el 29 de octubre de 2009.*
9. Boletín Oficial del Estado. *Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre,*

Actitudes e imágenes sociales sobre el cribado de cáncer colorrectal. Una aproximación exploratoria mediante grupos de discusión

DIEGO DE HARO GÁZQUEZ *et al.*



por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización [Internet]. Sec. 1, Orden SSI/2065/2014 nov 6, 2014 p. 91369-91382. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2014/10/31/ssi2065>

10. Knudsen AB, Zauber AG, Rutter CM, Naber SK, Doria-Rose VP, Pabiniak C *et al.* Estimation of Benefits, Burden, and Harms of Colorectal Cancer Screening Strategies: Modeling Study for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 21 de junio de 2016;315(23):2595-2609.

11. European Colorectal Cancer Screening Guidelines Working Group, von Karsa L, Patnick J, Segnan N, At-kin W, Halloran S *et al.* European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: overview and introduction to the full supplement publication. *Endoscopy*. 2013;45(1):51-59.

12. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud*. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Nacional de Salud, 2021.

13. Red de Programas de Cribado de Cáncer. *Vigilancia de polipectomías en el cribado de cáncer de colon y recto. Noviembre, 2021*. [Internet]. Red de Programas de Cribado de Cáncer. [Consultado 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://cribadocancer.es/>

14. INEbase / Sociedad / Salud / Encuesta europea de salud en España / Resultados [Internet]. INE. [Consultado 9 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175)

15. García M, Borràs JM, Milà N, Espinàs JA, Binefa G, Fernández E *et al.* Factors associated with initial participation in a population-based screening for colorectal cancer in Catalonia, Spain: A mixed-methods study. *Prev Med*. 2 de febrero de 2011;50(1):1496-1501.

16. Frederiksen BL, Jørgensen T, Brasso K, Holten I, Osler M. Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. *Br J Cancer*. 9 de noviembre de 2010;103(10):1496-1501.

17. Javanparast S, Ward P, Young G, Wilson C, Carter S, Misan G *et al.* How equitable are colorectal cancer screening programs which include FOBTs? A review of qualitative and quantitative studies. *Prev Med*. abril de 2010;50(4):165-172.

18. Molina-Barceló A, Salas Trejo D, Peiró-Pérez R, Málaga López A. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. *Eur J Cancer Care (Engl)*. septiembre de 2011;20(5):669-678.

19. Palmer CK, Thomas MC, Von Wagner C, Raine R. Reasons for non-uptake and subsequent participation in the NHS Bowel Cancer Screening Programme: a qualitative study. *Br J Cancer*. 2 de abril de 2014;110(7):1705-1711.

20. Hurtado JL, Bacigalupe A, Calvo M, Esnaola S, Mendizabal N, Portillo I *et al.* Social inequalities in a population based colorectal cancer screening programme in the Basque Country. *BMC Public Health*. 5 de octubre de 2015;15:1021.

21. Navarro M, Nicolas A, Ferrandez A, Lanás A. Colorectal cancer population screening programs worldwide in 2016: An update. *World J Gastroenterol*. 2017;23(20):3632.

22. Conde Gutiérrez del Álamo F. *Análisis sociológico del sistema de discursos* [Internet]. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS); 2010 [consultado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=426635>

23. Binefa G, García M, Peiró R, Molina-Barceló A, Ibáñez R. *Cómo evaluar y reducir desigualdades sociales en los programas de cribado de cáncer*. *Gac Sanit*. Mayo de 2016;30(3):232-234.

24. Bridou M, Aguerre C, Gimenes G, Kubiszewski V, Le Gall A, Potard C *et al.* Psychological barriers and facilitators of colorectal cancer screening: a French qualitative study. *Health Psychol Res*. 10 de junio de 2013;1(2):22.

25. Hall NJ, Rubin GP, Dobson C, Weller D, Wardle J, Ritchie M *et al.* Attitudes and beliefs of non-participants in

◀  
a population-based screening programme for colorectal cancer. *Health Expect.* octubre de 2015;18(5):1645-1657.

**26.** Wools A, Dapper EA, de Leeuw JRJ. *Colorectal cancer screening participation: a systematic review.* *Eur J Public Health.* febrero de 2016;26(1):158-168.

**27.** Vanaclocha-Espi M, Ibáñez J, Molina-Barceló A, Pérez E, Nolasco A, Font R *et al.* *Factors influencing*

*participation in colorectal cancer screening programs in Spain.* *Prev Med.* diciembre de 2017;105:190-196.

**28.** Nouni-García R, Lara-López Á, Carratalá-Munuera C, Gil-Guillén VF, López-Pineda A, Orozco-Beltrán D *et al.* *Factors Associated with Colorectal Cancer Screening in Spain: Results of the 2017 National Health Survey.* *Int J Environ Res Public Health.* 29 de abril de 2022;19(9):5460.

Actitudes  
e imágenes  
sociales sobre  
el cribado  
de cáncer  
colorrectal.  
Una aproximación  
exploratoria  
mediante  
grupos de  
discusión

DIEGO  
DE HARO  
GÁZQUEZ  
*et al.*