

TRABAJOS ORIGINALES

Motivos de participación en el Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal de la Comunidad Valenciana según sexo, edad y clase social

Ana Molina-Barceló^{1,2}, Dolores Salas-Trejo^{1,3}, Rosana Peiró-Pérez^{1,3,4}, Mercedes Vanaclocha¹, Elena Pérez^{1,3} y Susana Castán^{1,3}

¹Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO).

²Universidad de Valencia. ³Dirección General de Salud Pública (DGSP). Valencia. ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid

RESUMEN

Objetivo: conocer los motivos para participar o no participar en un Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal (PPCCR) y analizar las diferencias de sexo, edad y clase social.

Métodos: estudio transversal mediante encuesta telefónica a una muestra de hombres y mujeres entre 50 y 74 años, participantes (n = 383) y no participantes (n = 383) en el PPCCR de la Comunidad Valenciana. Análisis descriptivo y de regresión logística calculando las Odds Ratio (p < 0,05).

Resultados: los motivos de participación mayoritarios son “es importante para su salud” (97,9 %) y “la prueba es sencilla” (97,6 %); y los de no participación la “ausencia de síntomas de CCR” (49,7 %) y “no recibió la carta de invitación” (48,3%). Es más probable que las mujeres no participen por el motivo “prueba desagradable” (OR 1,82; IC: 1,00-3,28), y los hombres por “falta de tiempo” (OR 0,51; IC: 0,27-0,97); las personas de 60 y más años por “miedo al diagnóstico” (OR 2,31; IC: 1,11-4,80), y las de 50-59 años por “falta de tiempo” (OR 0,44; IC: 0,23-0,85); las de clase social no manual por “falta de tiempo” (OR 2,66; IC: 1,40-5,10); las mujeres de clase social manual por “vergüenza a hacerse la prueba” (OR 0,37; IC: 0,14-0,97); y los hombres de clase social no manual por “falta de tiempo” (OR 4,78; IC: 1,96-11,66).

Conclusiones: existen desigualdades en los motivos de no participación por sexo, edad y clase social. Sería recomendable diseñar acciones que incorporen las necesidades específicas de diferentes grupos sociales para reducir las desigualdades en la participación.

Palabras clave: Factores socioeconómicos. Detección precoz del cáncer. Cáncer colorrectal. Identidad de género. Participación en programas de salud.

Financiación: Este estudio ha recibido financiación de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana en el 2010, a través de la Convocatoria de Ayudas al Fomento de la Investigación Sanitaria en la Comunitat Valenciana (N.º Expediente: 053/2010) por un importe de 4.950 €.

Recibido: 31-03-2014
Aceptado: 23-06-2014

Correspondencia: Ana Molina Barceló. Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO). Avda. Cataluña, 21. 46020 Valencia
e-mail: molina_anabar@gva.es

ABSTRACT

Objective: To know the reasons to participate or not in a colorectal cancer (CCR) screening programme and to analyze the differences by sex, age and social class.

Methods: Cross-sectional study by a telephone survey directed to a sample of men and women aged between 50-74 year old, participants (n = 383) and non participants (n = 383) in the CCR screening programme of Valencian Community. Descriptive analysis and logistic regression models estimating the Odds Ratio (p < 0.05).

Results: The main reasons to participate are “it is important for health” (97.9 %) and “the test is easy” (97.6 %); and to non participate are “no CCR symptoms” (49.7 %) and “didn't receive invitation letter” (48.3 %). Women are more likely not to participate if the reason was to consider the “test unpleasant” (OR: 1.82; IC: 1.00-3.28), and men if the reason was “lack of time” (OR 0.51; IC: 0.27-0.97); persons 60 or more years old if the reason was “diagnostic fear” (OR: 2.31; IC: 1.11-4.80), and persons 50-59 years old if was “lack of time” (OR 0.44; IC: 0.23-0.85); non manual social class persons if the reason was “lack of time” (OR: 2.66; IC: 1.40-5.10); manual women if the reason was “embarrassment to perform the test” (OR: 0.37; IC: 0.14-0.97); and non manual men if was “lack of time” (OR: 4.78; IC: 1.96-11.66).

Conclusions: There are inequalities in the reasons for not participating in CCR screening programmes by sex, age and social class. It would be advisable to design actions that incorporate specific social group needs in order to reduce inequalities in participation.

Key words: Socioeconomic factors. Early detection of cancer. Colorectal neoplasm. Gender identity. Patient participation. Patient compliance.

Molina-Barceló A, Salas-Trejo D, Peiró-Perez R, Vanaclocha M, Pérez E, Castán S. Motivos de participación en el Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal de la Comunidad Valenciana según sexo, edad y clase social. Rev Esp Enferm Dig 2014;106:439-447.

INTRODUCCIÓN

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud, injustas y evitables, entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente (1). Las desigualdades sociales en cáncer son las desigualdades en salud distribuidas por todo el *continuum* de la enfermedad a través del curso de la vida, y comprenden la prevención, incidencia, prevalencia, detección y tratamiento, supervivencia, mortalidad y carga del cáncer (2).

Los programas de detección precoz del cáncer colorrectal (CCR) se están implantando de forma progresiva en todas las Comunidades Autónomas del Estado Español siguiendo la recomendación del Consejo de la Unión Europea (3). La reducción de mortalidad por CCR depende en gran medida del porcentaje de participación en estos programas (4), considerándose aceptable un mínimo del 45 %, aunque se recomienda alcanzar el 65-70 % (5). Así mismo se considera prioritario asegurar que el acceso a estos programas sea equitativo (6) como forma de contribuir a reducir las desigualdades sociales en cáncer, y por tanto en salud.

En la Comunidad Valenciana (CV) se ha implantado un Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal (PPCCR), con un porcentaje de participación que no alcanza el recomendado por la Comisión Europea, y que es mayor en mujeres que en hombres (7). Para aumentar la tasa de participación y asegurar un acceso equitativo a este programa es necesario conocer los factores que influyen en las desigualdades en la participación.

Siguiendo la terminología del modelo teórico de los determinantes sociales de las desigualdades en salud (8), la mayoría de estudios realizados sobre los factores que influyen en la participación se han centrado en analizar los factores estructurales relacionados con los ejes de desigualdad como el género, la edad y la clase social (9,10). Otros estudios han analizado los factores intermedios relacionados con los conocimientos, creencias y actitudes, las características organizativas de los programas, y las motivaciones para participar (11-14). Todos estos factores contribuyen a generar desigualdades sociales en la participación en estos programas, colocando generalmente en situación de desventaja a los colectivos socialmente menos favorecidos (15).

El conocimiento sobre cómo influyen e interaccionan los determinantes sociales de las desigualdades en cáncer es complejo y requiere de planteamientos multidisciplinarios (16). La mayoría de estudios analiza separadamente factores estructurales o factores intermedios, dejando de lado la influencia que pueden ejercer unos sobre otros. Por esta razón, el presente estudio pretende conocer cómo los factores estructurales (ejes de desigualdad de género, edad y clase social) influyen en los factores intermedios (motivaciones para participar o no participar en los programas). El objetivo de este estudio es conocer los moti-

vos para participar o no participar en el PPCCR de la CV y analizar las diferencias de sexo, edad y clase social. Se pretende profundizar en el conocimiento sobre las desigualdades sociales en la participación en estos programas, con la finalidad de diseñar estrategias de reducción de barreras que incorporen las necesidades de diferentes grupos sociales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el contexto del PPCCR de la CV. Se trata de un programa organizado (7) que se inició en 2005 y que se está implantando progresivamente. Va dirigido a hombres y mujeres de 50 a 69 años asintomáticos y la prueba de cribado es el test de sangre oculta en heces (TSOH) de forma bienal. El sistema de invitación al programa consiste en el envío al domicilio de una carta nominal, acompañada de un tríptico informativo y una tarjeta de aceptación. Las personas que aceptan participar deben enviar por correo postal franqueado la tarjeta de aceptación para recibir en su domicilio el material e instrucciones necesarias para la recogida de la muestra de heces, que deberá ser entregada en el Centro de Atención Primaria que les corresponda, en las urnas habilitadas al efecto (7). La fuente de datos de población es el Sistema de Información Poblacional (SIP) que incluye a toda la población empadronada en la Comunitat Valenciana.

Diseño

Estudio transversal, mediante la aplicación de un cuestionario telefónico a una muestra representativa de la población diana del programa, invitada a participar entre octubre 2009-septiembre 2010 en los departamentos de salud de Castellón, Sagunto, Valencia y Denia.

Los sujetos de estudio fueron hombres y mujeres de 50 a 74 años tanto participantes en el programa, es decir, que realizaron y entregaron el TSOH, como no participantes. Se excluyeron a aquellas personas que habían sufrido CCR o cualquier otro tipo de cáncer, así como a aquellas diagnosticadas de pólipos y/o en seguimiento por riesgo de cáncer hereditario.

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por afijación simple en función de la participación en el programa (sí/no). El tamaño muestral resultante, asumiendo un error alfa del 5 %, una precisión del 5 % y una probabilidad de que se produjeran las distintas variables del 50 %, fue de 766 sujetos (383 participantes y 383 no participantes). Dentro de cada estrato el muestreo se realizó por cuotas en función del tamaño de la población por departamento de salud, sexo y edad.

VARIABLES DE ESTUDIO

Se diseñó un cuestionario *ad hoc* a través de un grupo de expertos, utilizando para ello tanto los resultados de un estudio cualitativo previo realizado en el contexto del programa (17), como otros cuestionarios sobre el tema de estudio identificados en la bibliografía (18). El cuestionario se sometió a pre-test en una muestra de conveniencia, para comprobar su comprensión y duración. También se realizó una prueba piloto a sujetos de la muestra (15 participantes y 15 no participantes), para valorar la factibilidad del cuestionario.

El cuestionario contiene un total de 23 preguntas relacionadas con variables socioeconómicas, conocimiento y acceso a información sobre la enfermedad y el programa, prácticas preventivas previas y motivos de participación y no participación. El análisis que se presenta en este artículo se ha centrado en las preguntas que hacen referencia a variables socioeconómicas de edad, sexo y clase social, y en aquellas que recogen los motivos para participar o no participar en el programa (Fig. 1).

La categorización de la edad se realizó en dos grupos, 50-59/60 y más años; el sexo se categorizó en hombre/mujer; la clase social se agrupó en manual/no manual siguiendo la clasificación abreviada de la Sociedad Española de Epidemiología (19) integrando el concepto de clase social dominante (20); y las variables relacionadas con los motivos de participación y no participación en el programa se recogieron mediante preguntas cerradas multirrespuesta, y se categorizaron como sí/no (ejemplo: ¿usted participa en el programa porque considera que “es importante para la salud”?). Las preguntas sobre los motivos de participación se realizaron sólo a las personas participantes en el programa y las de no participación sólo a las no participantes.

Los datos se recogieron entre enero y febrero de 2011 (entre 5 y 16 meses después de haber recibido la invitación a participar en el programa), y se registraron en una base de datos Access diseñada al efecto. Se realizaron un máximo de 3 llamadas a cada persona, en tres horarios diferentes. Las entrevistas fueron realizadas por personas encuestadoras entrenadas. Todas las personas participantes en el estudio dieron su consentimiento informado de forma oral. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de la Dirección General de Salud Pública (DGSP) y el Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSIP) de la Comunitat Valenciana.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo, mediante frecuencias y porcentajes de las personas participantes y no participantes en el programa en función de las variables socioeconómicas de sexo, edad y clase social. Igualmente se realizó

un análisis descriptivo de los motivos de participación y no participación en el programa.

Para conocer la relación entre los motivos de participación y no participación y las variables socioeconómicas de edad, sexo y clase social se realizaron análisis bivariantes, separadamente para los motivos de participación y no participación, calculándose la prueba de Chi-cuadrado. Se ajustaron varios modelos de regresión logística para las variables dependientes de sexo, edad y clase social, utilizando como variables independientes, por un lado, los motivos de participación, y por otro los de no participación que se asociaron significativamente en las pruebas de Chi-cuadrado. El modelo para la clase social se realizó para el total de la muestra y para una estratificación de la misma por sexo.

Los resultados de los análisis Chi-cuadrado se muestran en términos de p-valor, y los de regresión logística en término de Odds Ratio (OR) e intervalo de confianza (IC) al 95 %. El nivel de significación considerado fue de 0,05. El análisis se realizó con el programa estadístico R.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 785 encuestas y la tasa de respuesta fue del 59,61 % (Fig. 2).

En la tabla I se recoge la descripción de la muestra y se observa que las personas participantes en el programa son mayoritariamente mujeres (57,1 %), personas de 60 y más años (58,4 %) y de clase social manual (51,1 %). Por otro lado, las personas no participantes en el programa son mayoritariamente hombres (51,6 %), personas de 50-59 años (50,70 %) y de clase social manual (51,1 %).

Los principales motivos de participación de las personas participantes (Tabla II) son: considerar que es “importante para la salud” (97,9 %), que “la prueba es sencilla” (97,6 %), que si “se detecta a tiempo puede curarse” (93,6 %) y querer “descartar la posibilidad de un CCR” (92,6 %). Los motivos principales de no participación de las personas no participantes son “ausencia de síntomas de CCR” (49,7 %) y “no recibió la carta de invitación” (48,3 %).

Al analizar los motivos de participación y no participación en función del sexo, la edad y la clase social (Tabla II) se observa que en los motivos de participación no existen diferencias estadísticamente significativas por sexo, ni por clase social, aunque sí por edad ($p < 0,05$) en el motivo “recomendación del médico/a de cabecera”. En relación a los motivos de no participación, se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,5$) según el sexo en los motivos “falta de tiempo”, “prueba desagradable”, “otras pruebas de CCR anteriores” y “vergüenza a hacerse la prueba”; según la edad en “falta de tiempo”, “prueba desagradable”, “miedo al diagnóstico” y “vergüenza a hacerse la prueba”; y según la clase social en “falta de tiempo”. Al analizar los motivos de no participación de mujeres y hombres en

DATOS DE LA PERSONA ENTREVISTADA

N.º entrevista _____

Nombre y Apellidos: _____

Sexo: Hombre ¹ Mujer ² Edad: Participante en el programa: Sí ¹ No ²

Teléfono: _____ País de nacimiento (textual): _____

Municipio de residencia (textual): _____

Departamento de Salud: Sagunto ¹ Castellón ² Valencia La Fe ³ Denia ⁴

P5. ¿Trabaja usted actualmente?

Sí (pasar a P6) ¹

No (pasar a P5A) ²

NC ⁹

5A. ¿Cuál es su situación laboral?

Paro ¹

Jubilado/a ²

Labores del hogar ³

Otros _____ ⁴

NC ⁹

5B. ¿Ha trabajado anteriormente?

Sí ¹ (pasar a P6)

No ² (pasar a P7)

NC ⁹

P6. ¿En qué trabaja actualmente? (si no trabaja ahora pero ha trabajado) ¿Cuál ha sido su trabajo principal en la vida laboral?

(Literal) Ocupación: _____

6A. ¿Qué puesto o cargo ocupa? (si no trabaja ahora pero ha trabajado) ¿Qué puesto o cargo ocupaba?

(Literal) Puesto/cargo: _____

P7. (Sólo a los que tienen pareja/cónyuge) ¿Cuál es el trabajo actual DE SU PAREJA/CÓNYUGE, y si no trabaja actualmente, cuál ha sido su trabajo principal en la vida laboral?

(Literal) Ocupación: _____

7A. ¿Qué puesto o cargo ocupa u ocupaba?

(Literal) Puesto/cargo: _____

P20. (Sólo a participantes) Según los datos que tenemos de usted HA PARTICIPADO en el Programa de Prevención de CCR. Voy a leerle una serie de motivos y quisiera que me dijera si le influyeron o no en su decisión de PARTICIPAR. Usted PARTICIPÓ porque (Multirrespuesta)

	Sí	No	NS	NC
a) ...se lo recomendó un familiar o una amistad	1	2	8	9
b) ...piensa que si el CRR se detecta a tiempo se puede curar en la mayoría de los casos	1	2	8	9
c) ...se encontraba mal de salud y creía tener síntomas de la enfermedad	1	2	8	9
d) ...le pareció una prueba sencilla	1	2	8	9
e) ...se lo recomendó el médico/a de cabecera	1	2	8	9
f) ...quería descartar la posibilidad de tener CCR	1	2	8	9
g) ...le parece importante para su salud	1	2	8	9
h) ...tenía un familiar/amigo que lo había padecido	1	2	8	9
i) ¿Algún otro motivo?:	1	2	8	9

P21. (Sólo no participantes) Según los datos que tenemos de usted NO HA PARTICIPADO en el Programa de Prevención de CCR. Voy a leerle una serie de motivos y quisiera que me dijera si le influyeron o no en su decisión de NO PARTICIPAR. Usted NO PARTICIPÓ porque... (Multirrespuesta)

	Sí	No	NS	NC
a) ...tenía miedo a que le diagnosticaran un CCR	1	2	8	9
b) ...la prueba le parecía desagradable	1	2	8	9
c) ...no quería realizarse una colonoscopia	1	2	8	9
d) ...no entendía cómo se hacía la prueba	1	2	8	9
e) ...no tenía síntomas ni se encontraba mal de salud	1	2	8	9
f) ...no tuvo tiempo para hacerse la prueba	1	2	8	9
g) ...le daba vergüenza hacerse la prueba	1	2	8	9
h) ...ya le habían hecho otras pruebas de CCR	1	2	8	9
i) ...no recibió la carta de invitación	1	2	8	9
j) ¿Algún otro motivo?:	1	2	8	9

Fig. 1. Preguntas del cuestionario utilizadas en el análisis (no se muestran las preguntas 1-4, 8-19 y 22-23).

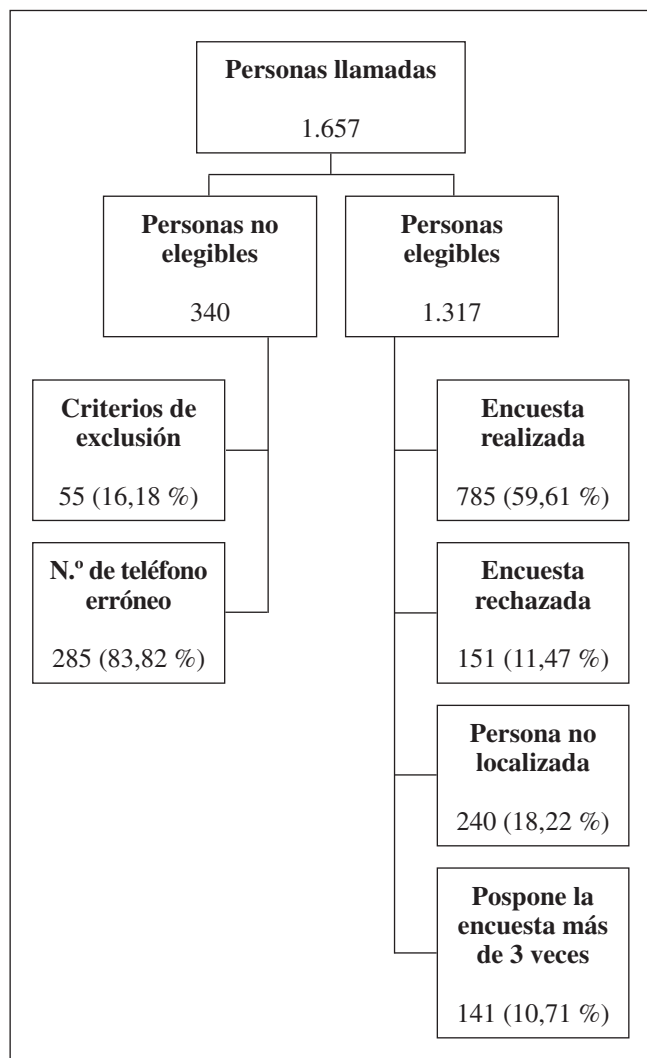


Fig. 2. Flujograma de participación en la encuesta.

función de la clase social (Tabla III) se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,5$) en las mujeres en el motivo “vergüenza a hacerse la prueba”; y en los hombres en el motivo “falta de tiempo”.

Puesto que en las personas participantes sólo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los motivos de participación en función de la edad, sólo se realizó un modelo para la variable edad, ajustado por sexo y clase social. En este modelo (datos no presentados en tabla) se observa que es más probable que las personas participantes tengan 60 y más años si el motivo para participar fue la “recomendación del médico/a de cabecera” (OR 1,665; IC: 1,03-2,669).

Para las personas no participantes se realizaron varios modelos de regresión logística para el sexo, la edad y la clase social (Fig. 3). En primer lugar, al estudiar la relación entre la variable sexo y los motivos de no participación (Fig. 3A) se observa que es más probable que las mujeres

Tabla I. Descripción de la muestra según participantes y no participantes

	Participantes		No Participantes		N	p
	n	%	n	%		
Sexo						
Hombre	172	42,9	198	51,6	370	0,01*
Mujer	229	57,1	186	48,4	415	
n	401		384		785	
Edad						
50-59	167	41,6	194	50,7	361	0,01*
60 y más	234	58,4	189	49,3	423	
n	401		383		784	
Clase social						
No manual	180	48,9	153	48,9	333	0,99
Manual	188	51,1	160	51,1	348	
n	368		313		681	

* $p < 0,05$.

no participen por el motivo “prueba desagradable” (OR 1,82; IC: 1,00-3,28), mientras que es más probable que los hombres no participen por el motivo “falta de tiempo” (OR 0,51; IC: 0,27-0,97). En segundo lugar, al analizar la relación entre la variable edad y los motivos de no participación (Fig. 3B) se observa que es más probable que las personas de 60 y más años no participen por el motivo “miedo al diagnóstico” (OR 2,31; IC: 1,11-4,80); mientras que es más probable que las personas de 50-59 años no participen por el motivo “falta de tiempo” (OR 0,44; IC: 0,23-0,85). Y por último, al analizar la relación entre la variable clase social y los motivos de no participación (Fig. 3C) se observa que, para el total de la muestra, es más probable que las personas de clase social no manual no participen por el motivo “falta de tiempo” (OR 2,66; IC: 1,40-5,10). Sin embargo los resultados estratificados por sexo muestran que, es más probable que las mujeres de clase social manual no participen por el motivo “vergüenza a hacerse la prueba” (OR 0,37; IC: 0,14-0,97); y que los hombres de clase social no manual no participen por “falta de tiempo” (OR 4,78; IC: 1,96-11,66).

DISCUSIÓN

Este estudio muestra que los motivos de participación en el PPCCR de la CV son en general similares en toda la población, siendo los principales el considerar que es “importante para la salud” y que “la prueba es sencilla”. Por otro lado los motivos de no participación varían en función del sexo, la edad y la clase social, siendo los mayoritarios la “ausencia de síntomas de CCR” y “no recibió la carta de invitación”.

Tabla II. Motivos de participación y no participación según sexo, edad y clase social

Motivos de participación	Total		Sexo				Edad				Clase social						
	Toda la muestra		Hombre		Mujer		50-59		60 y más		Manual		No manual				
	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%			
Es importante para la salud	368/376	97,9	154/158	97,5	214/218	98,2	0,73	154/156	98,7	214/220	97,3	0,48	167/170	98,2	169/174	97,1	0,72
La prueba es sencilla	367/376	97,6	153/158	96,8	214/218	98,2	0,50	153/156	98,1	214/220	97,3	0,74	167/170	98,2	169/174	97,1	0,72
Descartar la posibilidad de un CCR	348/376	92,6	149/158	94,3	199/218	91,3	0,32	144/156	92,3	204/220	92,7	1,00	162/170	95,3	157/174	90,2	0,10
Si se detecta a tiempo puede curarse	352/376	93,6	148/158	93,7	204/218	93,6	1,00	149/156	95,5	203/220	92,3	0,28	158/170	92,9	162/174	93,1	1,00
Recomendación del médico/a de cabecera	125/376	33,2	53/158	33,5	72/218	33	1,00	40/156	25,6	85/220	38,6	0,01*	60/170	35,3	54/174	31	0,42
Un familiar lo padeció	110/375	29,3	41/157	26,1	69/218	31,7	0,25	48/156	30,8	62/219	28,3	0,65	46/170	27,1	55/173	31,8	0,35
Recomendación familiar	59/375	15,7	21/158	13,3	38/217	17,5	0,32	22/156	14,1	37/219	16,9	0,57	27/169	16	28/174	16,1	1,00
Tenía síntomas de la enfermedad	40/376	10,6	15/158	9,5	25/218	11,5	0,61	16/156	10,3	24/220	10,9	0,87	17/170	10	22/174	12,6	0,50

Motivos de no participación	Total		Sexo				Edad				Clase social						
	Toda la muestra		Hombre		Mujer		50-59		60 y más		Manual		No manual				
	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%			
Ausencia de síntomas de CCR	179/360	49,7	93/188	49,5	86/172	50	1,00	89/182	48,9	90/177	50,8	0,75	79/179	53	72	51,1	0,81
No recibió la carta de invitación	175/362	48,3	85/188	45,2	90/174	51,7	0,25	79/183	43,2	95/178	53,4	0,06	76/148	51,4	73	50,7	1,00
Falta de tiempo	82/360	22,8	57/189	30,2	25/171	14,6	0,00*	57/182	31,3	25/177	14,1	0,00*	17/148	11,5	37	26,1	0,00*
Dificultades para entender la prueba	73/360	20,3	31/188	16,5	42/172	24,4	0,07	34/182	18,7	39/177	22	0,44	27/148	18,2	38	26,8	0,09
Prueba desagradable	70/359	19,5	25/188	13,3	45/171	26,3	0,00*	25/182	13,7	45/176	25,6	0,00*	34/148	23	30	21,3	0,78
Miedo a la colonoscopia	71/359	19,8	32/188	17	39/171	22,8	0,19	29/182	15,9	42/176	23,9	0,07	34/148	23	33	23,4	1,00
Miedo al diagnóstico	53/359	14,8	23/188	12,2	30/171	17,5	0,18	16/182	8,8	37/176	21	0,00*	27/148	18,2	20	14,2	0,43
Otras pruebas de CCR anteriores	45/359	12,5	17/189	9	28/170	16,5	0,04*	18/182	9,9	27/176	15,3	0,15	17/148	11,5	23	16,2	0,31
Vergüenza a hacerse la prueba	38/359	10,6	13/188	6,9	25/171	14,6	0,02*	12/182	6,6	26/176	14,8	0,02*	22/148	14,9	13	9,2	0,15

*p < 0,05. La n representa el número de personas que han respondido "sí" a cada uno de los motivos de participación y no participación. La N es el número total de personas que responden a cada uno de los motivos (los denominadores no son los mismos en cada caso porque hay datos perdidos).

Los motivos mayoritariamente manifestados por la población para participar en el programa, se relacionan, siguiendo el modelo de las creencias en salud (21) tanto con la percepción de beneficios de participar ("si se detecta a tiempo puede curarse", "descartar la posibilidad de un CCR" y "es importante para la salud") como con la no percepción de barreras relacionadas con el programa y la prueba ("la prueba es sencilla"). Estos resultados coinci-

den con los resultados de otros estudios (17,22) en los que las creencias y actitudes asociadas a la participación se relacionan con una mayor percepción de beneficios y una menor percepción de barreras a la participación. A pesar de que en general no se han observado diferencias en las motivaciones para participar en función del sexo y la clase social, sí se han encontrado por edad, siendo que las personas mayores han participado motivadas por "la reco-

Tabla III. Motivos de no participación para mujeres y hombres según clase social (CS)

Motivos de no participación	Mujeres					Hombres				
	CS manual		CS no manual		p	CS manual		CS no manual		p
	n/N	%	n/N	%		n/N	%	n/N	%	
Ausencia de síntomas de CCR	43/80	53,8	39/77	50,6	0,70	36/69	52,2	33/64	51,6	0,94
No recibió la carta de invitación	42/81	51,9	36/78	46,2	0,47	34/67	50,7	37/66	56,1	0,54
Falta de tiempo	9/79	11,4	12/77	15,6	0,44	8/69	11,6	25/65	38,5	0,00*
Prueba desagradable	23/79	29,1	18/77	23,4	0,42	11/69	15,9	12/64	18,8	0,67
Miedo a la colonoscopia	18/79	22,8	18/77	23,4	0,93	16/69	23,2	15/64	23,4	0,97
Vergüenza a hacerse la prueba	17/79	21,5	7/77	9,1	0,03*	5/69	7,2	6/64	9,4	0,66
Dificultades para entender la prueba	16/79	20,3	21/78	26,9	0,32	11/69	15,9	17/64	26,6	0,13
Miedo al diagnóstico	16/79	20,3	11/77	14,3	0,32	11/69	15,9	9/64	14,1	0,76
Otras pruebas de CCR anteriores	12/79	15,2	15/77	19,5	0,48	5/69	7,2	8/65	12,3	0,32

*p < 0,05. La n representa el número de personas que han respondido "sí" a cada uno de los motivos de no participación. La N es el número total de personas que responden a cada uno de los motivos (los denominadores no son los mismos en cada caso porque hay datos perdidos).

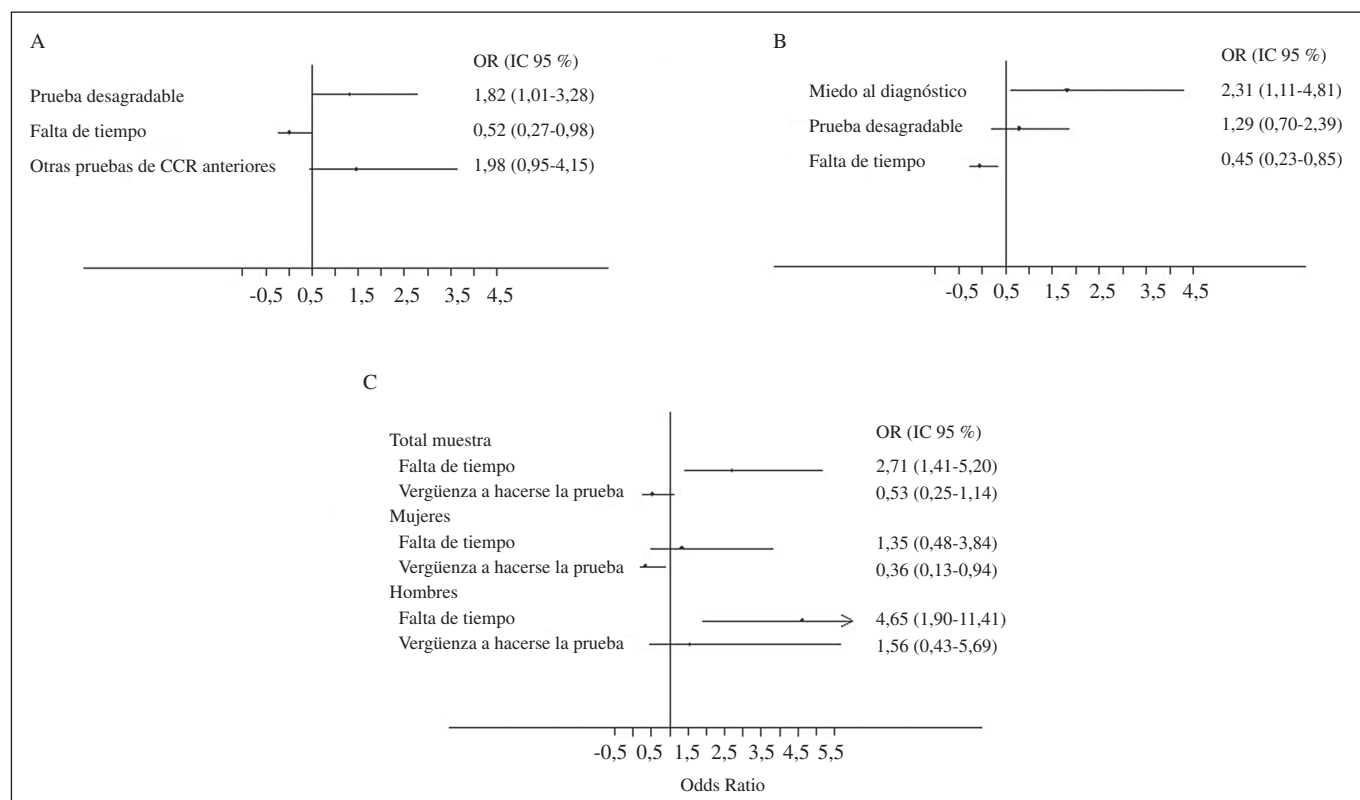


Fig. 3. Modelos multivariantes de los motivos de no participación según sexo, edad y clase social. A. Modelo multivariante de los motivos de no participación según sexo. El modelo se realizó para la variable sexo (ref. hombre) ajustada por los motivos de no participación, la edad y la clase social. B. Modelo multivariante de los motivos de no participación según edad. El modelo se realizó para la variable edad (ref. 50-59 años) ajustada por los motivos de no participación, el sexo y la clase social. C. Modelo multivariante de los motivos de no participación según clase social. Se realizaron 3 modelos para la variable clase social (ref. clase manual), uno para el total de la muestra de no participantes ajustado por los motivos de no participación, el sexo y la edad; otro para las mujeres ajustado por los motivos de no participación y la edad; y otro para los hombres ajustado por los motivos de no participación y la edad.

mendación del médico/a de cabecera” en mayor medida que las más jóvenes. Esto puede deberse a que las personas mayores hacen más uso de los servicios sanitarios (23) y por tanto puede favorecer una mayor recomendación por parte de los profesionales de atención primaria a participar en este tipo de programas (24).

En relación a los motivos de no participación mayoritarios, y tomando de nuevo el modelo de creencias en salud, se asocian, a una baja percepción de vulnerabilidad ante el CCR (“no tenía síntomas de CCR”). Estos resultados coinciden con otros estudios (25) y muestran una falta de conocimiento sobre uno de los criterios básicos de participación en el programa, la ausencia de síntomas. Por otro lado, se han identificado barreras relativas a la organización del programa, en concreto con el procedimiento de invitación (“no recibí la carta de invitación”). Este es uno de los motivos mayoritarios identificados en otros estudios (26), y un elemento fundamental para la participación (27). A pesar de que puede que la manifestación de este motivo puede estar ocultando otros motivos que no han querido ser expresados, sería recomendable intentar identificar y reducir el origen de posibles errores en los datos personales extraídos de la base de datos de población SIP a través de la cual se nutre el PPCCR de la CV.

Puesto que este estudio se ha realizado en la población perteneciente a los cuatro primeros departamentos de salud en los que se implantó el PPCCR de la CV, y este se está implantando progresivamente, sería recomendable ampliarlo a los nuevos departamentos incluidos con el objetivo de analizar si existen diferencias por departamentos.

La asociación encontrada entre las mujeres y el motivo de no participación de considerar la “prueba desagradable”, y siguiendo los resultados de un estudio realizado en el mismo contexto (17), se deduce que podría estar relacionada con una falta de información sobre el tipo de prueba. En el estudio citado se observó que existía la falsa creencia de que la prueba de cribado era la colonoscopia en lugar del TSOH, por lo que cabría pensar que esto puede estar condicionando la percepción de la prueba. Por otro lado, desde una perspectiva de género, se interpreta que este motivo puede estar relacionado con el estereotipo tradicional de feminidad de pureza (28) que genera en las mujeres pudor y vergüenza hacia acciones como la defecación, y que puede estar influyendo en considerar la prueba desagradable. Los resultados de este estudio muestran que este motivo se da con mayor frecuencia en mujeres de clases sociales manuales, es decir, en aquellas cuyas ocupaciones corresponden a un nivel educativo y socioeconómico más bajo. Esto puede influir tanto en la falta de información sobre el tipo de prueba, como en la mayor influencia de los estereotipos tradicionales de género.

La asociación encontrada entre los hombres y el motivo de no participación de “no tuvo tiempo” se puede interpretar, también desde una perspectiva de género, a partir del modelo de la división sexual del trabajo. Este modelo dicotómico define como propio para los hombres el trabajo productivo y

para las mujeres el reproductivo, asignando valores y espacios diferenciados entre ambos (29). El cuidado de la salud ha estado tradicionalmente asociado a la esfera reproductiva, y ha sido asumido mayoritariamente por mujeres (30). Por tanto se puede inferir que la asunción por parte de los hombres de los roles productivos, y no de los reproductivos, puede estar influyendo en una falta de valoración de la importancia del cuidado de la salud, y por tanto en una falta de priorización de este tipo de prácticas en la distribución de su tiempo. Este motivo se da con mayor frecuencia en los hombres de clases sociales no manuales, es decir, en aquellos cuyo nivel socioeconómico es más elevado. Esto puede deberse a que los hombres que pertenecen a este estrato tienen una mejor percepción del estado de salud que los grupos socialmente menos aventajados, y por tanto una baja percepción de vulnerabilidad, lo que les lleva a una menor priorización del tiempo dedicado a las prácticas preventivas de salud.

A partir de los resultados obtenidos sería recomendable sensibilizar a la población sobre los beneficios de participar en estos programas, ofreciendo información clara sobre el tipo de prueba y resaltando que uno de los requisitos para participar es que no existan síntomas. Así mismo cabría incorporar mensajes específicos en los que se incidiera, en los hombres, en la importancia de priorizar este tipo de prácticas preventivas, y en las mujeres, en las características de la prueba. Por otro lado sería recomendable evaluar el sistema de invitación del programa, así como la posibilidad de incluir nuevas estrategias de invitación (envío de mensajes a móviles, utilización de las estructuras organizativas de los programas de cribado de cáncer de mama, recordatorio a través del médico/a de cabecera).

Este estudio contribuye a complementar el conocimiento sobre la compleja interacción de los determinantes sociales en la participación en los PPCCR, al encontrar relación entre los factores estructurales y los factores intermedios. Este conocimiento puede contribuir a aumentar la participación en estos programas desde una perspectiva de equidad, al servir de base para el diseño de estrategias de intervención que incorporen las necesidades específicas de los diferentes grupos sociales.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración al personal técnico del Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal de la Comunidad Valenciana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Cairo: Commission on Social Determinants of Health; 2007. p. 7
2. Krieger N. Defining and investigating social disparities in cancer: critical issues. *Cancer Causes Control* 2005;16:5-14.
3. Council Recommendation (2003/878/EC) of 2 December 2003 on cancer screening. *Official Journal of the European Union*: 16/12/2003.

4. Parkin DM, Tappenden P, Olsen AH, Patnick J, Sasieni P. Predicting the impact of the screening programme for colorectal cancer in the UK. *J Med Screen* 2008;15:163-74.
5. von Karsa L, Patnick J, Segnan N. Executive summary. En: Segnan N, Patnick J, von Karsa L, editores. *European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis*. 1st ed. European Commission; 2010. p. 46.
6. Malila N, Signore C, Armaroli P. Organisation. En: Segnan N, Patnick J, von Karsa L, editores. *European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis*. 1st ed. European Commission; 2010. p. 35.
7. Málaga A, Salas D, Sala T, Sala Felis T, Ponce Romero M, Goicoechea Sáez, et al. Programa de cribado de cáncer colorrectal de la Comunidad Valenciana. Resultados de la primera ronda: 2005-2008. *Rev Esp Salud Pública* 2010;84:729-41.
8. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health discussion paper 2*. Geneva: World Health Organization; 2010. p. 20-48.
9. von Euler-Chelpin M, Brasso K, Lyng E. Determinants of participation in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing. *J Public Health (Oxf)* 2010;32:395-405.
10. Wardle J, Miles A, Atkin W. Gender differences in utilization of colorectal cancer screening. *J Med Screen* 2005;12:20-7.
11. Courtier R. Análisis de la participación y cumplimiento de la prueba de cribado en un programa de detección precoz de la neoplasia colorrectal. Influencia de la forma de contacto con la población diana [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma; 2001.
12. Stockwell DH, Woo P, Jacobson BC, Remily R, Syngal S, Wolf J, et al. Determinants of colorectal cancer screening in women undergoing mammography. *Am J Gastroenterol* 2003;98:1875-80.
13. Jepson RG, Hewison J, Thompson A, Weller D. Patient perspectives on information and choice in cancer screening: A qualitative study in the UK. *Soc Sci Med* 2007;65:890-9.
14. Messina C, Lane D, Grimson R. Colorectal cancer screening attitudes and practices preferences of decision making. *Am J Prev Med* 2005;28:439-46.
15. 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* 2010;50:165-72.
16. Martín-Moreno JM, Anttila A, von Karsa L, Alfonso-Sanchez JL, Gorgojo L. Cancer screening and health system resilience: Keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis. *Eur J Cancer* 2012;48:2212-8.
17. 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)* 2011;20:669-78.
18. van Rijn AF, van Rossum LG, Deutekom M, Laheij RJ, Bossuyt PM, Fockens P, et al. Getting adequate information across to colorectal cancer screening subjects can be difficult. *J Med Screen* 2008;15:149-52.
19. Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, Regidor E. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Informe de un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona: SG Editores S.A.; 1995. p. 106.
20. Borrell C, Rohlfs I, Artazcoz L, Muntaner C. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gac Sanit* 2004;18(Supl 2):75-82.
21. Moreno E, Gil J. El modelo de creencias en salud. Revisión teórica, consideración crítica, y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Rev Int Psicol Ter Psicol* 2003;3:91-109.
22. Tastan S, Andsoy II, Iyigun E. Evaluation of the knowledge, behavior and health beliefs of individuals over 50 regarding colorectal cancer screening. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14:5157-63.
23. Vegda K, Nie JX, Wang L, Tracy CS, Moineddin R, Upshur RE. Trends in health services utilization, medication use, and health conditions among older adults: A 2-year retrospective chart review in a primary care practice. *BMC Health Serv Res* 2009;9:217.
24. Brawarsky P, Brooks DR, Mucci LA, Wood PA. Effect of physician recommendation and patient adherence on rates of colorectal cancer testing. *Cancer Detect Prev* 2004;28:260-8.
25. Javadzade SH, Reisi M, Mostafavi F, Hasanzade A, Shahrazi H, Sharifirad G. Factors associated with the fecal occult blood testing for colorectal cancer screening based on health belief model structures in moderate risk individuals, Isfahan, 2011. *J Educ Health Promot* 2012;1:18.
26. van Rijn AF, van Rossum LG, Deutekom M, Laheij RJ, Fockens P, Bossuyt PM, et al. Low priority main reason not to participate in a colorectal cancer screening program with a faecal occult blood test. *J Public Health (Oxf)* 2008;30:461-5.
27. Ferroni E, Camilloni L, Jimenez B, Furnari G, Borgia P, Guasticchi G, et al. Methods to increase participation Working Group. How to increase uptake in oncologic screening: A systematic review of studies comparing population-based screening programs and spontaneous access. *Prev Med* 2012;55:587-96.
28. Carbonell N, Torras M, compiladores. *Feminismos literarios*. Madrid: Arco Libros; 1999. p. 246.
29. Hartmann H. Capitalismo, patriarcado y segregación de los empleos por sexos. En: Borderías C, Carrasco C, Alemany C, compiladores. *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Madrid/Barcelona: Fuhem/Icaria; 1994. p. 255 y 269.
30. Batthyány K. Cuidado de personas dependientes y género. En: Aguirre R, editora. *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*. Montevideo-Uruguay: UNIFEM; 2009. p. 90-2.