

Traballo de  
fin de grado

**Análisis del impacto de los cribados oncológicos en la población general acerca de los patrones de pensamiento y comportamentales consecuentes. Propuesta de campaña de concienciación sobre los mismos.**

**Análise do impacto dos cribados oncolóxicos na poboación xeral acerca dos patróns de pensamento e comportamentales consecuentes. Proposta de campaña de concienciación sobre os mesmos.**

**Analysis of the impact of cancer screening in the general population on subsequent patterns of thought and behaviour. Proposal for an awareness campaign on this.**

**Autor/a:** Teresa Vega Contreras

**Tutor/a:** Isabel Salazar Bernard

**Tutor/a:** Francisco Javier Vicente Alba

**Departamento:** Departamento de Psiquiatría,  
Radioloxía, Saúde Pública, Enfermería e  
Medicina

Junio de 2024

Traballo de Fin de Grao presentado na Facultade de Medicina e Odontoloxía da Universidade de Santiago de Compostela para a obtención do Grao en Medicina



## **Resumen**

Se presenta un análisis de los principales patrones de pensamiento y comportamentales a causa de los cribados oncológicos realizados actualmente en España usando modelos de creencias de la salud. La principal herramienta utilizada para recoger la información ha sido un formulario online anónimo dirigido a la población general. Las conclusiones principales se dividen en patrones de pensamiento y comportamentales, que se subdividen a su vez en las cinco áreas de estudio de dichos modelos (*susceptibilidad percibida*, *severidad percibida*, *beneficio percibido*, *gravedad percibida* y “cues to action”), así como el análisis de los comportamientos consecuentes, y el análisis de los conocimientos acerca de los criterios de inclusión de los screenings y factores de riesgo de dichas enfermedades. Con los resultados obtenidos, se ha elaborado una propuesta de campaña de prevención diseñada para llevar a cabo desde atención primaria con el objetivo de reducir al máximo el estrés y la incertidumbre padecidas por los individuos de la sociedad y, por ende, maximizar la participación en los cribados.

Palabras claves: Cribados oncológicos, participación, prevención

## **Resumo**

Preséntase unha análise dos principais patróns de pensamento e comportamentais a causa aos cribados oncolóxicos realizados actualmente en España usando modelos de crenzas da saúde. A principal ferramenta utilizada para recoller a información foi un formulario en liña anónimo dirixido á poboación xeral. As conclusións principais divídense en patróns de pensamento e comportamentais, que se subdividen á súa vez nas cinco áreas de estudo de os devanditos modelos (*susceptibilidade percibida*, *severidade percibida*, *beneficio percibido*, *gravidade percibida* e “cues to action”), así como a análise dos comportamentos consecuentes, e a análise dos coñecementos acerca dos criterios de inclusión dos screenings e factores de risco das devanditas enfermidades. Cos resultados obtidos, elaborouse unha proposta de campaña de prevención deseñada para levar a cabo desde atención primaria co obxectivo de reducir ao máximo o estrés e a incerteza padecidas polos individuos da sociedade e, polo tanto, maximizar a participación nos cribados.

Palabras chave: Cribados oncolóxicos, participación, prevención.

## **Abstract**

We present an analysis of the main thought and behavioral patterns related to cancer screenings currently performed in Spain using health belief models. The main tool used to collect the information was an anonymous online form addressed to the general population. The main findings are divided into thought and behavioral patterns, which are further subdivided into the five areas of study of these models (perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived severity and cues to action), as well as the analysis of the consequent behaviors, and the analysis of the knowledge about the inclusion criteria of the screenings and risk factors of these diseases. With the results obtained, a proposal for a prevention campaign designed to be carried out in primary care has been developed with the aim of minimizing the stress and uncertainty experienced by individuals in society and, therefore, maximizing participation in screening.

Keywords: Oncology screening, participation, prevention.

## INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
1.1 CONCEPTOS TEÓRICOS RELACIONADOS. ....	5
1.2 APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS TEÓRICOS. ....	6
1.3.LIMITACIONES DEL CUESTIONARIO. ....	8
<b>2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
2.1 OBJETIVOS .....	11
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	<b>12</b>
3.1 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL FORMULARIO.....	12
3.2 EXPLICACIÓN DETALLADA DE LAS PREGUNTAS Y/O ÍTEMS INCLUIDOS EN EL FORMULARIO (VÉASE ANEXO 1). ....	12
3.3 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS. ....	13
3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA ELABORACIÓN DEL FORMULARIO. ....	13
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>15</b>
4.1 ANÁLISIS DE LOS DATOS. ....	15
4.2 PATRONES DE PENSAMIENTO .....	16
4.3 PATRONES COMPORTAMENTALES (PARTICIPACIÓN EN LOS CRIBADOS) SEGÚN LOS PATRONES DE PENSAMIENTO EN LOS GRUPOS A ESTUDIO DE CRIBADO ONCOLÓGICO. ....	23
4.4 ANÁLISIS DE LOS “CUES TO ACTION” PRINCIPALES. ....	25
4.5 COMPORTAMIENTOS PROMOVIDOS POR EL CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE LOS CRIBADOS ONCOLÓGICOS.....	27
4.6 ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO INDIVIDUAL ACERCA DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN CRIBADOS SEGÚN EL GRUPO POBLACIONAL. ....	28
4.7 ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS SOMETIDAS A CRIBADO POBLACIONALES. ....	30
4.8 PUNTOS CLAVES OBTENIDOS EN EL ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO DE OPINIÓN .....	33
<b>5. PROPUESTA DE UNA CAMPAÑA PREVENTIVA</b> .....	<b>35</b>
5.1 JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE UNA CAMPAÑA PREVENTIVA.....	35
5.2 RESULTADOS CLAVES DE LOS ANÁLISIS USADOS PARA LA ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO. ....	35
5.3 INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA PROPUESTA DE CAMPAÑA PREVENTIVA .....	36
5.4 PROCEDIMIENTO DE LA REALIZACIÓN DE LA CAMPAÑA PREVENTIVA. ....	37
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	<b>38</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>39</b>
<b>8. ANEXOS</b> .....	<b>41</b>
8.1 ANEXO 1: PRESENTACIÓN DE LA ENCUESTA DE OPINIÓN.....	41

# 1. INTRODUCCIÓN

El cribado oncológico, herramienta esencial en la detección precoz de enfermedades oncológicas, ha sido objeto de creciente atención en la sociedad. Si bien su objetivo principal es identificar posibles casos de cáncer en sus etapas iniciales, la experiencia de someterse a estos procedimientos puede desencadenar un impacto psicológico significativo en la población. La incertidumbre, el miedo al diagnóstico y la ansiedad asociada con los procedimientos de cribado plantean interrogantes sobre cómo estas experiencias afectan a la participación o no en los cribados y a la vivencia de las mismas.

## 1.1 Conceptos teóricos relacionados.

- Promoción de la salud: “proceso de capacitar a las personas, individual y colectivamente, para aumentar el control sobre los determinantes de la salud y con ello mejorar su salud. Abarca no sólo las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, sino también las acciones dirigidas a cambiar los determinantes sociales, ambientales y económicos de salud para optimizar su impacto positivo en la salud pública y personal.
- Programa de detección precoz del cáncer: Se encarga de promover la detección temprana del cáncer de colon, cérvix y de mama (a nivel estatal), informando sobre los estilos de vida saludables, sobre los signos y síntomas que hacen sospechar la existencia de un cáncer y animando a participar en los programas de cribado para diagnosticar a tiempo y tratar la enfermedad.
- Modelo biopsicosocial de la salud: Acercamiento sistemático a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles, rechazando el dualismo cuerpo-mente. Además, contempla la connotación de resistencia a cualquier cambio que suponga un peligro o amenaza para el sujeto o, en el modelo de Leventhal, la de capacidad del sujeto para regular sus comportamientos de salud en función de la representación que se hace de los problemas relacionados con ésta.
- Afrontamiento: cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.
- Modelo transaccional de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman: se centra básicamente en los procesos cognitivos que se desarrollan en torno a una situación estresante. Para el autor, la experiencia estresante resulta de las transacciones entre la persona y el entorno. Estas transacciones dependen del impacto del estresor ambiental, impacto mediatizado en primer lugar por las evaluaciones que hace la persona del

estresor y, en segundo lugar, por los recursos personales, sociales o culturales disponibles para hacer frente a la situación de estrés.

- Modelo de creencias de salud de Rosenstock (1974): Defiende que la conducta de los individuos en cuanto a su propia salud se asienta sobre los siguientes principios: la *susceptibilidad percibida*, que abarca desde la percepción subjetiva de imposibilidad de contraer la enfermedad, pasando por la posibilidad “estadística” de tenerla, hasta el convencimiento de estar en riesgo de contraer la enfermedad; la *severidad percibida*, contemplando consecuencias sociales (relaciones familiares o capacidad laboral) como las médico-quirúrgicas (dolor, muerte, incapacidad...); los *beneficios percibidos*, que se definen como las creencias de efectividad relativa que ofrecen las diferentes conductas que puede tomar; y las *barreras percibidas*, que hacen referencia a las limitaciones percibidas que desencadenan que el individuo no lleve a cabo la conducta en cuestión a pesar de los beneficios percibidos (por ejemplo, dolor o coste, tanto en salud como sociolaboral).
- Modelo de creencias sobre la salud de Janz y Becker (1984): Defiende que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: el valor que el sujeto establece en una meta determinada (en el ámbito de la salud, el deseo de evitar la enfermedad o recuperar la salud) y la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta (en el ámbito de la salud, la creencia de que una acción determinada va a prevenir la enfermedad o recuperar la salud). Al mismo tiempo, el individuo lleva a cabo un análisis de costes y beneficio, sopesando así la efectividad de la conducta a realizar.
- Claves para la acción o “cues to action”: referidos tanto por Rosenstock como por Janz y Becker. Se tratan de estímulos considerados como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones y se pueden clasificar en internas/externas. La intensidad necesaria de estas para desencadenar la conducta adecuada puede variar de sujeto a sujeto, e incluso en el mismo individuo dependiendo del grado de susceptibilidad y severidad percibida en ese preciso momento.

## 1.2 Aplicación de los conceptos teóricos.

Los programas de detección precoz del cáncer que se aplican actualmente a nivel nacional involucran a los cribados de cáncer de mama (entre los 50 y 69 años), colorrectal (entre 50 y 69 años) y cérvix (entre 25 y 65 años). Gracias al primero de los nombrados, en España se ha conseguido reducir la mortalidad debida al mismo en un 20% (a pesar del sobrediagnóstico del 19% y los falsos-positivos y falsos-negativos ante los que nos encontramos). Al mismo tiempo, se ha reducido la mortalidad en los grupos de cribado de sangre oculta en heces en un 16%. Y, por último, la asombrosa reducción del 80% de la mortalidad en el cáncer de cérvix. Con todo esto, se demuestra la efectividad de los cribados y la relevancia de la participación en los mismos. Y, en consecuencia, se comienza a hablar sobre la importancia de la promoción de la salud en la sociedad.

Estos cambios en el panorama mundial de la prevención de la salud comenzaron en la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud que se celebró en Ottawa en 1986 y que, como resultado de esta, nació la Carta de Ottawa de 1986. Actualmente,

nuestro sistema de salud está basado en reforzar un modelo de salud centrado en la prevención primaria, permitiendo reducir no solo las consecuencias de las enfermedades, sino los factores de riesgo que van a facilitar la aparición de estas. Resumiendo, el sistema de salud se está decantando por una visión más psicosocial de la medicina en la que la promoción de la salud es un pilar fundamental para empoderar al individuo, fortaleciendo sus capacidades, confianza, visión y protagonismo en cuanto a su salud se refiere, a la vez que se va extinguiendo la visión paternalista sobre el paciente y reconociendo su autonomía.

De esta manera, el modelo biopsicosocial de la salud, el cual es anticipatorio (optimización y potenciación de la salud mediante estrategias que se implantan en la vida diaria de los individuos), se instaura en nuestro sistema de salud y nos obliga a cambiar la percepción que tenemos sobre los enfermos. Como diría Ortega y Gasset, “yo soy yo y mis circunstancias”, ergo cada paciente es él y sus circunstancias. Dejan de ser “pacientes” y pasan a tener un rol más independiente al médico, con unas creencias, opiniones, expectativas y miedos propios, al igual características inherentes a cada uno de los individuos como la edad, el sexo, salud física, el nivel cultural... Todo ello, deriva en un contexto psicosocial muy diferente entre cada una de las personas que nos vamos a ir encontrando en consulta.

Dicho de otra manera, cada individuo se desarrolla en un entorno determinado y, por tanto, sus experiencias y expectativas sobre los cribados van a estar muy interrelacionadas e influenciadas por el mismo. Si a esto le unimos que los cribados oncológicos no dejan de ser un elemento estresor en la vida cotidiana de las personas, podríamos hablar del concepto de afrontamiento según el modelo transaccional de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman, que defendería que la capacidad de enfrentar el estrés que producen los cribados va a depender de esas “transacciones” que resultan de los *imputs* externos. Es decir, los individuos van a tomar decisiones sobre si participar o no según sus creencias sobre la salud, influenciadas por el medio.

Por dicho motivo, en este Trabajo de Fin de Grado, se van a analizar dichas creencias y conductas de los individuos, y se estudiarán las relaciones entre ellas; hay varios modelos sobre creencias de salud que intentan determinar los factores que intervienen en la toma de decisiones sanitarias. Los más destacables y aplicables podrían ser los modelos de creencias de salud de Rosenstock (1974) y Janz y Becker (1984).

Empezando por el modelo de Rosenstock y teniendo en cuenta los principios en los que se basa, tendremos que investigar sobre los puntos que siguen:

- Percepción de la posibilidad de contraer cáncer de mama/colon/cérvix (*susceptibilidad percibida*).
- Severidad que creen que tiene estos cánceres, medidas en consecuencias físicas como incapacidad, dolor o muerte o consecuencias sociales en cuanto a relaciones familiares y laborales.
- Efectividad entendida como sensibilidad y especificidad de los cribados oncológicos (*beneficios percibidos*).
- Limitaciones que creen que tienen a la hora de someterse a cribados (*barreras percibidas*).

Siguiendo con el modelo de Janz y Becker aplicado a los cribados, debemos explorar los siguientes puntos:

1. Valor o importancia que tendría para cada individuo diagnosticar el cáncer de mama/colon/cérvix en una fase temprana.
2. Percepción de la efectividad de los cribados (que correspondería a los *beneficios percibidos* del modelo de Rosenstock).

Por otro lado, debemos estudiar las “cues to action” más influyentes. Aplicadas al campo de la sanidad:

- Internas: síntomas y signos. Estos van a ser identificados por los propios pacientes, por lo que dependerá de la sensibilidad de cada persona y de la formación que tengan en cuanto a temas de salud se refiere.
- Externas: *inputs* externos (recordatorios de los servicios de salud, recomendaciones de los medios de comunicación, consejos de allegados, etc.)

Si hacemos un análisis de las combinaciones posibles contemplando las diferentes respuestas a cada uno de los ítems anteriores, podemos encontrarnos los siguientes escenarios:

1. **Participación probable** en los cribados como conducta preventiva: si la disposición a participar en los cribados es alta y los inconvenientes son evaluados como débiles.
2. **La no participación** en los cribados: Disposición a participar débil y *barreras percibidas* fuertes.
3. **Indecisión en la participación**: Disposición a participar alta y *barreras percibidas* fuertes. Por tanto, entra en juego dos posibles escenarios según la existencia o no de una alternativa:
  - Curso alternativo: Acciones de la misma eficacia, pero sin tantos inconvenientes. Ejemplo: autoexploración mamaria ante el fracaso del afrontamiento a la hora de exponerse a una mamografía (reacción a un miedo irracional)
  - Inexistencia de alternativa: Conductas desadaptativas como el alejamiento psicológico del conflicto crisis de ansiedad/pánico, la cuáles no van a solucionar el problema.

### 1.3. Limitaciones del cuestionario.

A la hora de trabajar con un cuestionario online, vamos a encontrar los diferentes sesgos:

- Sesgo de deseabilidad social: Los encuestados pueden responder de manera que se perciban como más socialmente aceptables, en lugar de ser honestos. / Ante este sesgo, se explica en la introducción del cuestionario que es anónimo, para intentar disminuirlo al máximo.
- Longitud del cuestionario: Dependiendo del encuestado, puede darse el caso en el que la falta de interés personal respecto al tema, la capacidad de comprender de manera rápida las preguntas y el tiempo que hay que invertir en realizar dicha encuesta, sea determinante para no finalizarla. Puede conllevar respuestas apresuradas o incompletas. Para evitarlo, el cuestionario consta de preguntas rápidas y sencillas, además de basarse en dos partes completamente diferentes, que confieren dinamismo a la cumplimentación del mismo, así como “frases gancho” para atraer la atención del encuestado.
- Riesgo de respuesta automática: Del mismo modo que en el punto anterior (desinterés en el tema o falta de tiempo), cabe la posibilidad que, en el intento de acabar el formulario, se responda de forma automática o sin reflexión suficiente.
- Interpretación subjetiva: interpretación de las preguntas de manera diferente a lo que se pretendía estudiar. Daría como resultado respuestas inconsistentes. Por ello, se ha

procurado una elaboración sencilla de las preguntas, con explicaciones complementarias de lo que se estaría señalando en cada respuesta.

- Falta de profundidad: Los cuestionarios generalmente no permiten una exploración profunda de los temas, limitando la capacidad de obtener información detallada o contextualmente rica, por lo que ha sido necesario un análisis sistematizado del tema a tratar con modelos comportamentales con el fin de confeccionar preguntas sencillas y dirigidas a la cuestión sujeta a estudio.
- Accesibilidad y representación: No todas las personas tienen igual acceso a las encuestas, especialmente si se realizan en línea, lo que puede excluir a ciertos grupos demográficos y afectar a la representatividad de la muestra. Sin embargo, cabe destacar que estos grupos están formados mayoritariamente por población anciana, que ya no es beneficiaria de este tipo de programas sanitarios preventivos. Aun así, se indicó la importancia de que se le facilitara el formulario a los “mayores de la casa”, por lo que no se limitó el cuestionario a una respuesta por correo electrónico.
- Dependencia de la alfabetización: A pesar de que se ha intentado que tanto el lenguaje como el formato sean asequibles con independencia del nivel educativo, podría haber personas con dificultades para comprender y responder a ciertas preguntas.
- Control limitado sobre el entorno en el que se realiza el formulario: Los investigadores no pueden controlar el ambiente en el que los encuestados completan el cuestionario, lo que puede afectar la concentración y la calidad de las respuestas.

## 2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Actualmente, los cribados oncológicos están a la orden del día (apenas se datan artículos científicos anteriores a 2006) y son esenciales para una buena práctica clínica y una economización de los recursos del sistema sanitario. Sin embargo, a pesar de que para los profesionales sanitarios son parte de nuestra cotidianeidad, para la población general no tiene por qué serlo.

Pocos son los estudiantes de medicina que no han recibido preguntas o dudas de sus allegados sobre dichos procedimientos. Algunas que se repiten constantemente podrían ser: “¿cuánto van a tardar en decirme el resultado?”, “escuché de un conocido que tiene cáncer y, ¡mira qué hizo la prueba de heces y le habían comentado que no tenía nada!” o un simple y directo “si me hacen estas pruebas y da positivo, ¿significa que tengo cáncer?”. Todo ello, síntoma de la poca información y, al mismo tiempo, ansiedad e inquietud respecto al tema.

Por tanto, aquí se abre la puerta a cuestionarnos cómo podría afectarnos esta percepción de la enfermedad y cribados en la sociedad. Disponemos de diferentes escenarios: desde la participación en los cribados, pasando por la creación de bulos sobre las enfermedades estudiadas, hasta la iniciativa a informarse sobre dichas patologías, entre tantos otros.

Ante la ausencia de grandes estudios sobre cribados en una esfera más psicosocial que científica y estadística, consta de evidente relevancia encontrar un método que nos facilite preguntar directamente a nuestros ciudadanos para así ayudarnos a conocer la reputación y fama con las que se están encontrando los cribados y relacionar los datos obtenidos con la participación en los mismos y la tendencia a buscar información.

Cabe destacar la importancia de hacer estas preguntas e indagar en un ámbito no hospitalario y libre de prejuicios (anonimizado), y dónde no haya un sesgo de selección de participantes (en un hospital vamos a encontrar personas más conformes con someterse a procedimientos médicos y cumplirlos o personas más formadas en el ámbito sanitario).

Además, también se ofrecen herramientas online capaces de recopilar los datos y, al mismo tiempo, analizar las relaciones entre los diferentes ítems, creando una base de datos perfecta para realizar una discusión teniendo en cuenta los modelos psicológicos que vamos a usar, así como posibilitar la creación de una propuesta basada en la prevención comunitaria.

Por consecuencia, se ha desarrollado un formulario anonimizado de opinión que reúne las características necesarias para preguntar la opinión de los participantes sobre los cribados y saber si participan o no, de una manera anónima, extrahospitalaria y con un pequeño análisis numérico sistematizado de las respuestas, de cara a plantear en un futuro estudio un formulario para profundizar/estudiar.

## **2.1 OBJETIVOS**

- Explorar las opiniones (patrones de pensamiento) acerca de los cribados oncológicos según diferentes modelos de creencias.
- Relacionar estos datos con los consecuentes patrones de comportamiento como la participación o no en los screenings (o dudar en si hacerlo), al igual que realizar otras actividades con el fin de informarse.
- Propuesta de una campaña preventiva con el fin de fomentar la asistencia a los mismos y paliar el estrés psicológico que estos producen basándonos en la concienciación poblacional.

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1 Descripción de la metodología para la elaboración del formulario.

Siguiendo el modelo de creencias de Lazarus y Folkman, el modelo de creencias de Janz y Becker y las “cues to action” (englobadas en ambos modelos anteriores), he elaborado un cuestionario de 17 preguntas que intentan analizar cada uno de los ítems que se estudian en estos modelos, para así relacionar las respuestas en búsqueda de un sistema que relacione creencia-comportamiento.

Le he prestado especial importancia a realizar preguntas abiertas (ya que se trata de opinión/experiencias personales), aunque con respuestas de opción única o múltiple para acotar y dirigir la entrevista. Para ello, se ha tratado de utilizar un tono cercano, sin tecnicismos, y sin inmiscuirnos en la vida personal de los participantes solicitando más información de la necesaria para el objetivo.

Por otro lado, habrá un apartado acerca de los factores de riesgo para cada uno de los cánceres que se criban con el objetivo de determinar si hay suficiente información en la población acerca de ellos (concienciación sobre la prevención primaria).

#### 3.2 Explicación detallada de las preguntas y/o ítems incluidos en el formulario (Véase anexo 1).

##### Sección 1

Pregunta 1.1 y 1.2: Se valorará el rango de edad y sexo de cada uno de los participantes para tenerlo en cuenta a la hora de analizar los resultados, ya que, dependiendo de estos datos, serán población diana de los cribados o no, y, por ende, podría condicionar una visión más lejana o cercana al tema que nos concierne, que dependerá de la edad, sexo y concienciación sobre ser o no población a estudio de cribado.

Pregunta 1.3: El objetivo de este dato es evaluar si este tipo de participantes dan unas respuestas diferentes en cuánto a la severidad o beneficios de los cribados. Además, serán un punto de referencia en cuánto al análisis de las preguntas acerca de los factores de riesgo.

##### Sección 2

Pregunta 2: Evalúa la *susceptibilidad percibida* correspondiente al modelo de Lazarus y Folkman.

Preguntas 3 y 4: Evalúan la *severidad percibida* correspondiente al modelo de Lazarus y Folkman. En el caso de la pregunta 4, se busca encontrar una relación con los motivos más frecuentes y analizarlos según la severidad percibida (pregunta 3) y los datos epidemiológicos.

Preguntas 5, 6 y 7: Evalúan el *beneficio percibido* correspondiente al modelo de Lazarus y Folkman paralelamente a la efectividad percibida correspondiente al modelo de Janz y Becker. Intentan dilucidar la estimación que hacen los pacientes de la sensibilidad/especificidad de los cribados, falsos positivos/negativos y la probabilidad de alargar la supervivencia/curarse en caso de detectar la enfermedad en estadios precoces.

Preguntas 8 y 9: Evalúan las *barreras percibidas* correspondiente al modelo de Lazarus y Folkman y si estas por sí mismas han conllevado dudar entre sí participar o no o, directamente, no participar. Dicho de otra forma, es la prueba del comportamiento de estos individuos ante dichas barreras.

Pregunta 10: Evalúa los “cues to action” externos e internos principales en nuestra sociedad. Podría ser interesantes relacionarlos según edad, ya que probablemente haya una tendencia en cuánto a la manera de buscar y hallar información.

Pregunta 11: Esta cuestión podría considerarse un “bonus track”, ya que no se correspondería a ninguno de los ítems evaluados en los modelos anteriormente explicados, pero sí que puede ser de utilidad para ver la repercusión social que tiene la existencia de los cribados en cuanto a los comportamientos y acciones que instilan.

### **Sección 3**

Pregunta 12: Analizará si los sujetos saben o no a qué cribados deben presentarse.

Preguntas 13, 14 y 15: Estas son cuestiones que evaluarán la información general acerca de las enfermedades estudiadas, con el objetivo de determinar si realmente se asiste a los cribados por rutina o por una concienciación e información real acerca de dichas enfermedades.

Pregunta 16: Pregunta que filtra los resultados de las 3 preguntas anteriores. Dicho de otra manera, con ella esquivamos el fenómeno de “las técnicas de tipo test” (ejemplo, por inercia, siempre vamos a marcar el alcohol o el tabaco como predisponentes a cualquier enfermedad, ya que estamos concienciados de que los tóxicos, a pesar de ser habituales en nuestro día a día, son perjudiciales para nuestra salud).

Pregunta 17: Reforzará o no la justificación de la creación de una propuesta de campaña preventiva. Será un reflejo de la seguridad percibida por los individuos durante la cumplimentación del formulario (sobre todo, de la última sección).

### **3.3 Descripción del proceso de recolección de datos.**

Google Forms, redes sociales, folletos en lugares públicos como centros culturales, deportivos, recintos etc, así como recolección de datos de forma presencial con contactos personales y allegados.

Se intentará no dispensar en exceso el formulario en núcleos jóvenes para no sesgar los resultados tiñéndolos de “despreocupación” acerca del tema a estudiar.

### **3.4 Consideraciones éticas en la elaboración del formulario.**

El presente Trabajo de Fin de Grado utiliza un formulario o cuestionario de opinión para recoger opiniones/conocimientos sobre los cribados poblacionales de Cáncer y en base a éstas, proponer una posible campaña de prevención. Se trata de un cuestionario totalmente

anonimizado en el que sólo se recaban como datos epidemiológicos el género y la edad, en tramos, para poder realizar inferencias (no conclusiones) con los periodos de los cribados poblacionales existentes.

Por otro lado, no se han recabado datos sensibles de la persona, entendidos como información acerca de vivencias personales sobre el resultado en un cribado ni sobre enfermedades, que se padezcan o se hayan padecido o cualquier otro dato de salud o de la persona.

Tanto el formulario como la propia base de datos es completamente anónima (no se puede identificar con estos datos a ninguna persona), lo que se explica también a las personas que lo cubren.

Para la elaboración del presente trabajo no se ha accedido a ninguna historia clínica, ni se han realizado consultas directas con los individuos, más allá de la recogida de respuestas/opiniones.

En virtud de lo expuesto, el presente trabajo no requiere la valoración e informe previo del Comité Ético de Investigación.

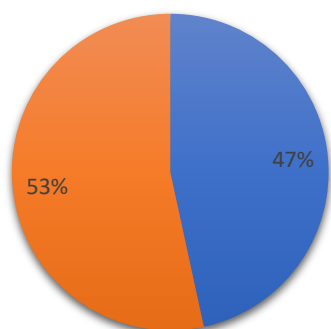
## 4. RESULTADOS

### 4.1 Análisis de los datos.

En primer lugar, vamos a analizar los datos obtenidos en el formulario sobre los patrones de pensamiento (desde la pregunta número 2 a la 9) con el fin de obtener conclusiones sobre los patrones de pensamiento básicos (*susceptibilidad, severidad, beneficio y barreras percibidas*) y cómo cambian según los diferentes grupos poblacionales. Seguidamente, se analizarán las preguntas que hacen referencia a acciones comportamentales (preguntas 8, 9 y 10) relacionándolo con el punto anterior y haciendo hincapié en los diferentes grupos poblacionales que señalaremos en dicho apartado. Por último, contaremos con un apartado en el que se expongan las posibles combinaciones explicadas al final del apartado 2.2 y en el que se analizará si finalmente se cumplen los modelos de Rosenstock y Janz y Bequer.

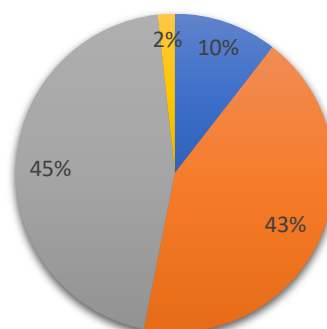
La muestra que hemos obtenido tiene un tamaño muestral de 639 participantes, lo que supone un número representativo como para obtener una aproximación real de lo que la población general percibe con respecto a los cribados oncológicos. Para conocer más la muestra, ahí van algunos datos epidemiológicos:

Tabla 1: distribución por sexo de la muestra. Fuente: elaboración propia



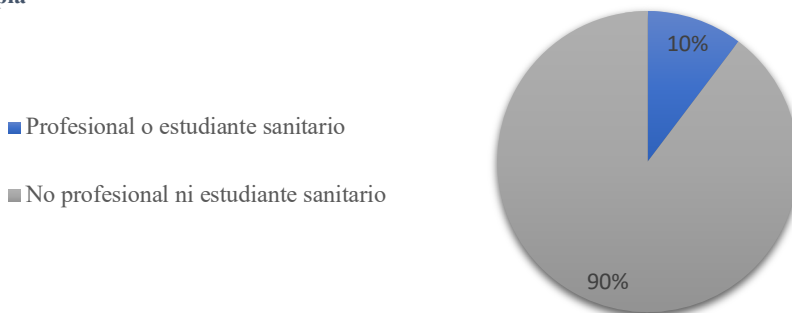
■ Sexo femenino ■ Sexo masculino

Tabla 2: distribución por edad de la muestra. Fuente: elaboración propia



■ 24 años o menos ■ 25-49 años  
■ 50-69 años ■ 70 años o más

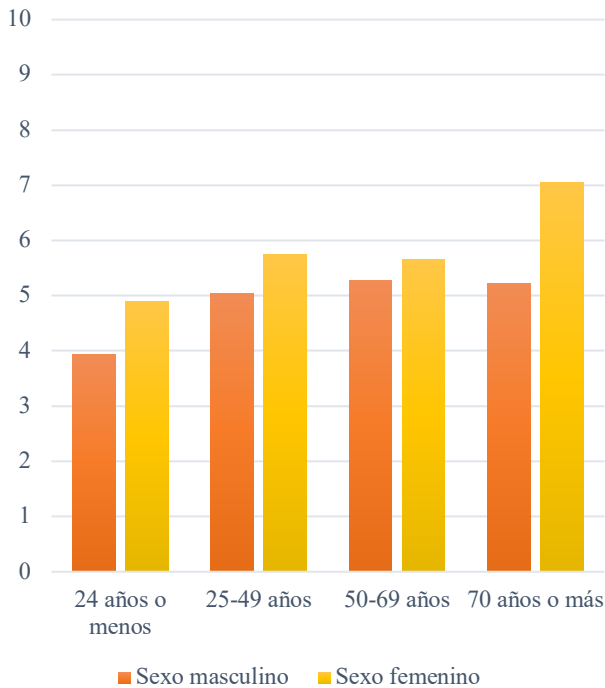
Tabla 3: distribución por formación sanitaria de la muestra. Fuente: elaboración propia



■ Profesional o estudiante sanitario  
■ No profesional ni estudiante sanitario

## 4.2 Patrones de pensamiento

Tabla 4: Susceptibilidad percibida. Fuente: elaboración propia

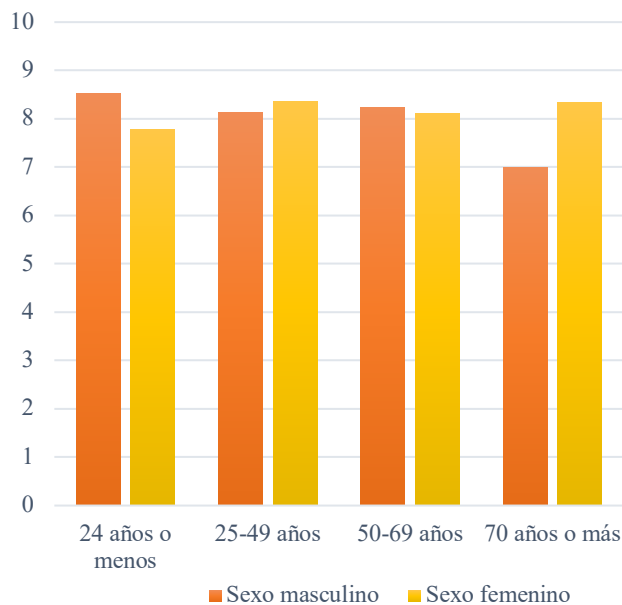


Ante estos datos (obtenidos de la pregunta 2 del cuestionario), se puede deducir que, cuanto mayor es la edad, mayor es la consciencia sobre la posibilidad de tener cáncer.

Al mismo tiempo, vemos que la probabilidad que creen tener los individuos de padecer un cáncer a lo largo de la vida es, de media, un 16% mayor en las mujeres que en los hombres de su misma edad. En otros términos, las mujeres tienen una percepción de vulnerabilidad a estos cánceres mayor a la de los hombres.

Sin embargo, es pertinente remarcar que, según la Sociedad Española de Oncología Médica, la incidencia estimada en 2040 de cánceres en España será un 35% mayor en hombres respecto a las mujeres.

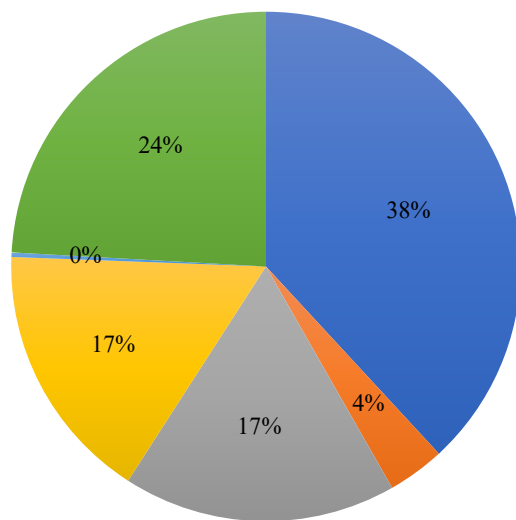
Tabla 5: Severidad percibida. Fuente: elaboración propia



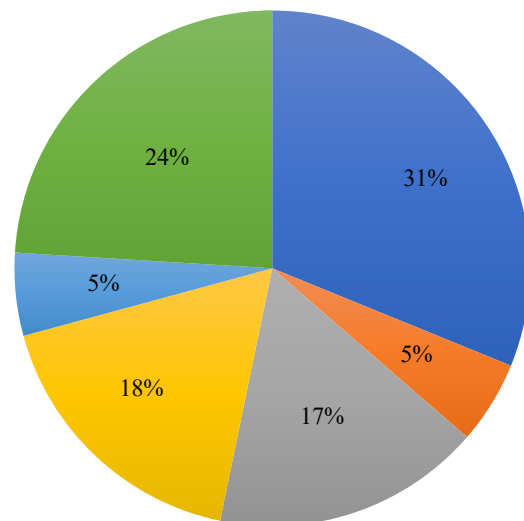
En cuanto a la severidad percibida, no hay diferencias significativas ni ninguna tendencia clara según edad y sexo, sino que se muestra una media de 8.20 puntos sobre 10 con una desviación típica de 1,83, por ende, se trata de una variable con una homogeneidad considerable.

Tabla 6: Motivos estresores principales. Fuente: elaboración propia

- Fallecer a causa de la enfermedad o del tratamiento oncológico
- La incapacidad para trabajar
- La incapacidad de hacer vida en familia o social
- Sentir dolor
- No hay nada que me preocupe
- Autopercibirme como una carga para mis seres queridos



7-10 puntos de severidad percibida



4-6 puntos de severidad percibida

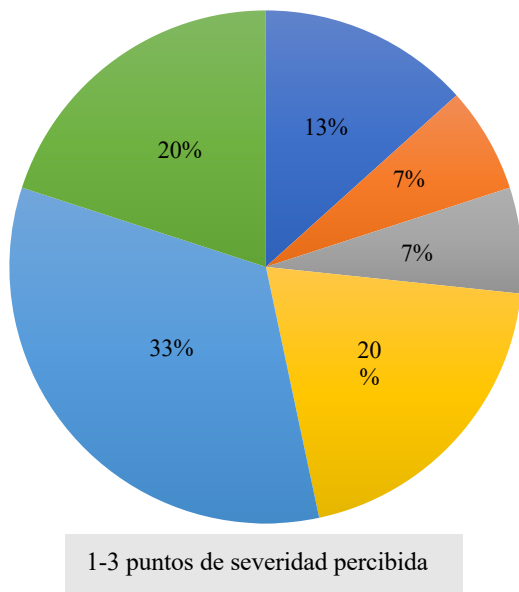
Puesto que la severidad percibida no presenta diferencias significativas por razón de edad y sexo (ver párrafo anterior), es interesante el análisis de los motivos estresores principales según la puntuación asignada en la pregunta correspondiente a la severidad percibida (pregunta 3 del cuestionario).

Los principales motivos con mayor influencia en la percepción de gravedad independientemente de la puntuación asignada en la pregunta 3 son: “fallecer a causa de la enfermedad o del tratamiento oncológico”, “autopercibirme como una carga para mis seres queridos” y “sentir dolor”. Sin embargo, el porcentaje varía significativamente en algunos de los ítems:

- “Fallecer a causa de la enfermedad o del tratamiento oncológico” es, lógicamente, el motivo predominante en el grupo de individuos que señalan las puntuaciones más altas y disminuye según desciende la puntuación. Al mismo tiempo, cobran más importancia los otros motivos.
- Sin embargo, el peso estadístico de “sentir dolor” y/o “autopercibirme como una carga para mis seres queridos” no varían porcentualmente en los diferentes grupos. Probablemente se deba a que son factores percibidos como inevitables (no están sujetos a incertidumbre y, por tanto, a percepción de miedo variable).

De los demás motivos, cabe destacar los siguientes datos:

- “La incapacidad para trabajar” no varía su influencia según la gravedad, es decir, tiene la misma magnitud (alrededor de un 6%) independientemente del grupo.



- Por el contrario al punto anterior, la “incapacidad para hacer vida familiar o social”, decrece según disminuye la preocupación ante la enfermedad, al igual que el miedo a fallecer.
- Por último, debemos recalcar que cuanto menor es la puntuación, aumenta, como es lógico, notablemente la opción “no hay nada que me preocupe”.

Y, para terminar, en el formulario también había la opción de “otros”, acompañada de un espacio en blanco que se podía completar con otros posibles motivos. El porcentaje de personas que han completado este apartado ha sido ínfimo, por lo que no es representativo. Pese a ello, las respuestas más comunes han hecho énfasis en las secuelas, tanto del propio cáncer como del tratamiento. Por tanto, si hubiese aparecido como opción a la pregunta, habría sido un buen punto a tener en cuenta en las estadísticas.

## Beneficio percibido

En este apartado se analizan las preguntas 5,6 y 7, que evalúan respectivamente la especificidad y sensibilidad percibida, los valores predictivos percibidos y la percepción de importancia de la detección temprana. Es decir, intentan estudiar el *beneficio percibido* que exponen los modelos de creencias de Rosenstock y de Janz y Becker, aplicado al ámbito sanitario.

Tabla 7: Especificidad y sensibilidad percibida.  
Fuente: elaboración propia

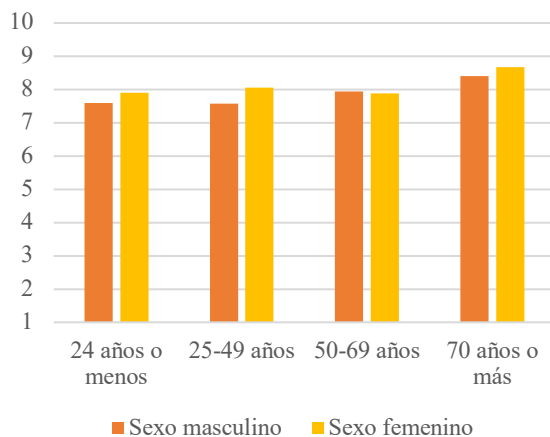
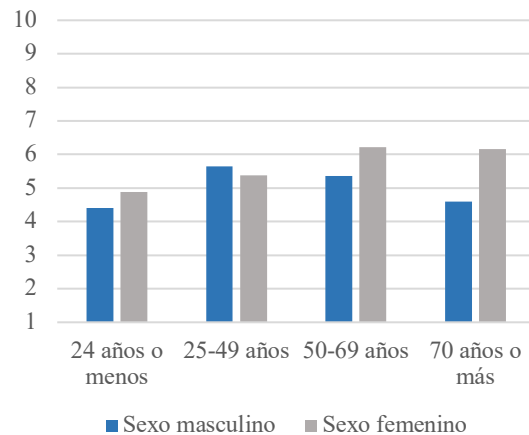


Tabla 8: Valores predictivos percibidos.  
Fuente: elaboración propia



En cuanto a las especificidad y sensibilidad percibidas, se nos presentan datos homogéneos independientemente de la edad y sexo de la población a estudio con una media de 8 puntos sobre 10. Se podría entrever cierta tendencia ascendente, pero no significativa, sobre todo partiendo de una desviación típica de 1,78.

Por el contrario, la siguiente tabla no sería representativa ni puede ser objeto a estudio, debido a que, a pesar de que las medias de los grupos poblacionales son muy similares, las desviaciones típicas de cada uno de los subgrupos y de la población total es demasiado alta (2,62). Por tanto, caben dos posibilidades que puedan explicar este resultado:

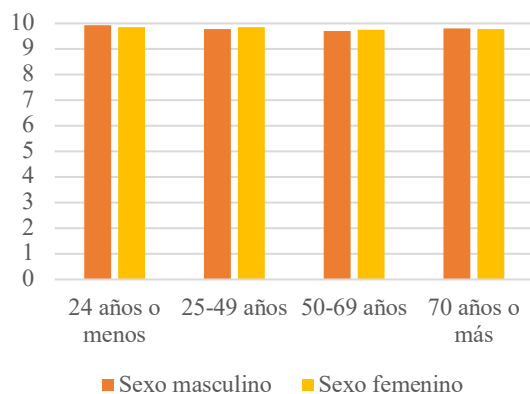
- Déficit en la calidad expresiva de la pregunta: cabe la posibilidad de que una deficiente redacción alterase los resultados obtenidos por la falta de comprensión de la pregunta.
- Ausente representación en la sociedad de la existencia de falsos negativos y falsos positivos en las pruebas médicas.

Por tanto, hemos calculado la desviación típica de los estos valores en función de la formación en el ámbito de la salud, colectivo en el que se conocen estos términos y al que vamos a tomar en este caso como “grupo control”:

- Desviación típica de la pregunta 6 en colectivo sanitario: 2,3

Por tanto, debemos obviar los valores predictivos positivos, ya que probablemente se deban a una deficiente interpretación de la pregunta (y, por tanto, un resultado ciertamente azaroso) y no a una percepción consciente y arraigada en la sociedad.

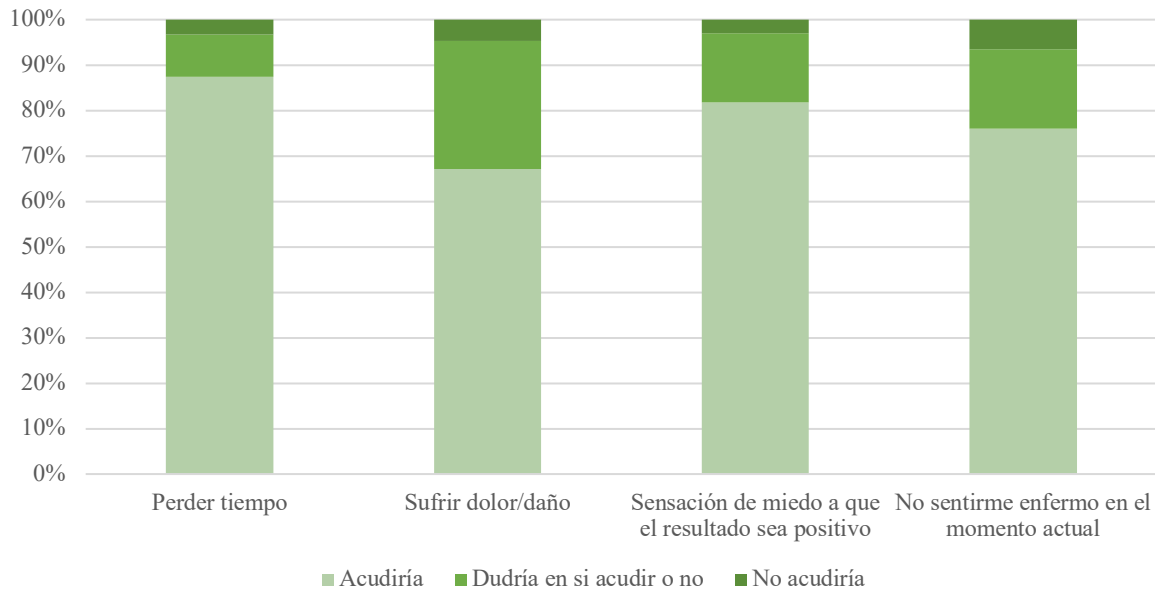
Tabla 10: Percepción de importancia de la detección temprana. Fuente: elaboración propia



En cuanto a la importancia o relevancia que tiene para la población la detección temprana de las enfermedades oncológicas, es sorprendente la unanimidad que se presenta en cuanto a la opinión pública; con una media total de 9,78 sobre 10 y una desviación estándar de 0,78. Todo ello, síntoma de la efectividad de las campañas de concienciación sobre la detección temprana del cáncer y la prevención. Este dato, sin duda, probablemente sea uno de los mayores influyentes en cuanto a la alta participación en los cribados oncológicos.

Para finalizar este apartado, vamos a analizar, por grupos de edad y sexo, las causas que más se interponen entre la participación en los cribados oncológicos actuales y los ya expuestos *beneficios percibidos*. Esto es, las *barreras percibidas* principales.

Tabla 11: Barreras percibidas principales en la población total. Fuente: elaboración propia



A grandes rasgos, se puede deducir que el motivo por el que la población tiende a no presentarse a una prueba médica es el miedo a “sufrir dolor o daño”. Tanto es así, que ante esa creencia, el 28% de los individuos titubearían a la hora de decidir si acudir o no al cribado oncológico, y, hasta un 5%, directamente no se someterían a la prueba.

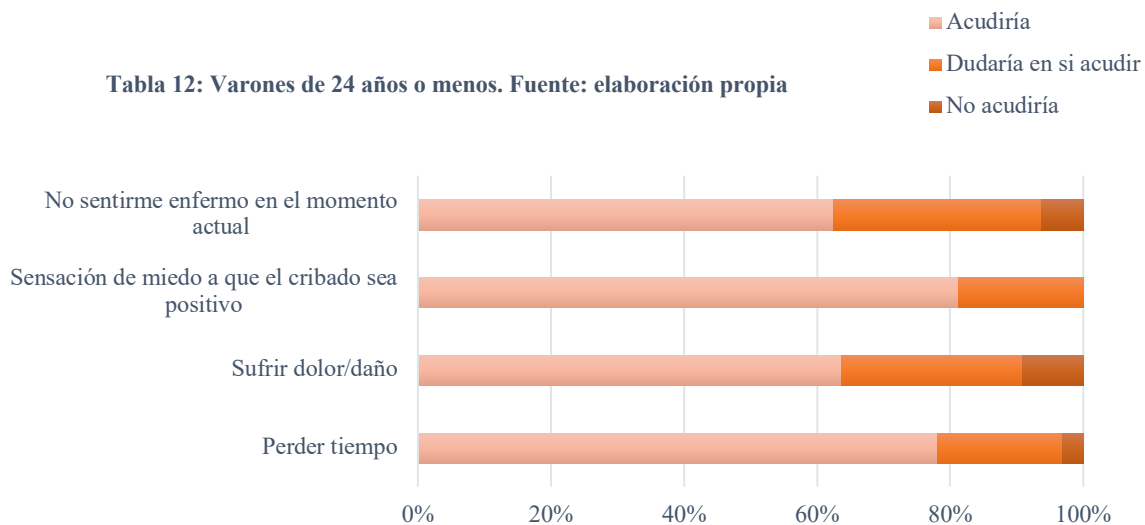
De la misma manera, otro de los grandes motivos es el hecho de “no sentirse enfermo en el momento actual”, mostrando casi un 18% de individuos que dudarían en presentarse al cribado, así como un 7% que optarían por no acudir.

El factor que tiene una menor relevancia a la hora de acudir a los cribados es “perder tiempo” afortunadamente, siendo este una señal de que en la sociedad ha calado la idea de que debemos ser responsables con nuestra salud y priorizar y aprovechar las acciones preventivas que ofrece el sistema público de salud.

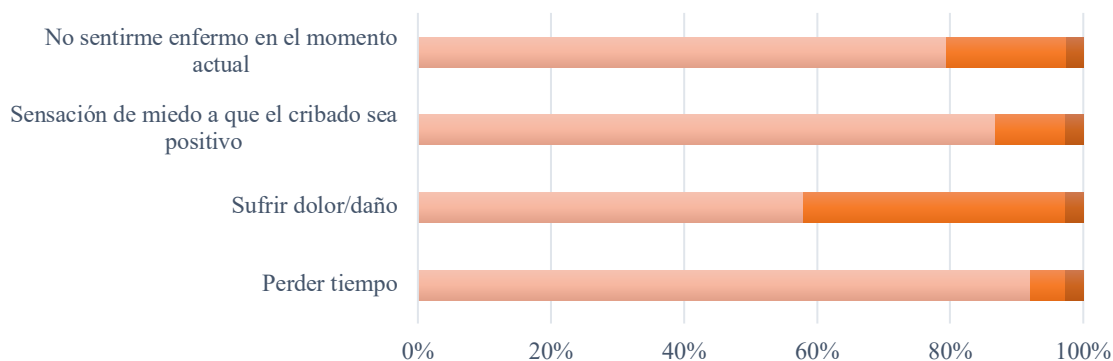
Por último, al contrario de lo que podría esperarse, ya que es algo muy comentado entre conocidos, la “sensación de miedo a que el resultado sea positivo” no ha mostrado tanta relevancia como las demás barreras. Posiblemente, se deba a que ese miedo se reconoce como una fase natural del proceso, resultando en la gestión emocional de ese sentimiento a la que los individuos hacen frente de forma sistemática, desembocando en la asistencia de la mayor parte de los individuos.

Dicho esto, es importante analizar estos datos según grupos de edad y sexo, comparándolos con la población general, para así observar las tendencias principales de los diferentes colectivos.

**Tabla 12: Varones de 24 años o menos. Fuente: elaboración propia**



**Tabla 13: Mujeres de 24 años o menos. Fuente: elaboración propia**



Por lo que podemos ver, comparando los grupos más jóvenes establecidos, se observa que las mujeres suelen dudar menos en todos los ítems, excepto en el apartado de “sufrir dolor/daño”, en el que hay un mayor porcentaje de dudas. Pese a ello, el porcentaje de negativa a acudir es levemente inferior que el de los hombres.

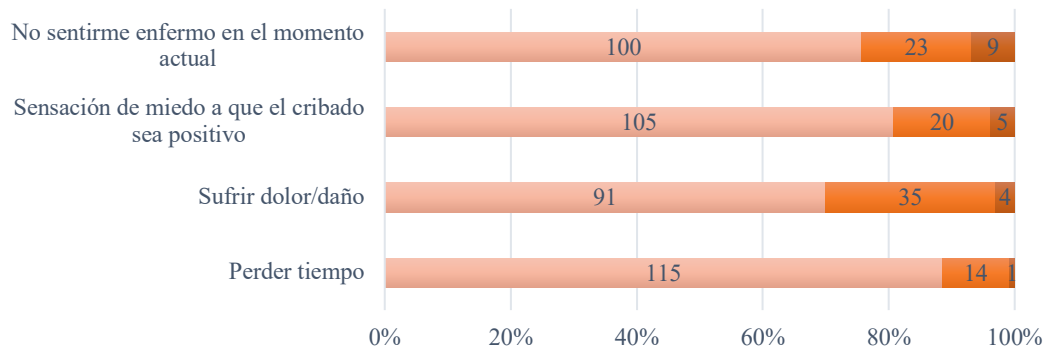
En comparación con la población general, en el grupo de varones de 24 años o menos destaca que tanto “perder tiempo” como “no sentirme enfermo en el momento actual” son motivos con mayor fuerza para dudar o la no asistencia a los cribados. Sin embargo, las mujeres de esa misma edad estarían más dispuestas a asistir a los cribados que la población general, exceptuando el motivo ya mencionado “sufrir dolor/daño”.

No olvidemos mencionar que estos grupos aún no son población a estudio de ningún cribado oncológico en España y que, por tanto, no dejan de ser suposiciones estimadas individualmente sobre su actitud en dicha situación.

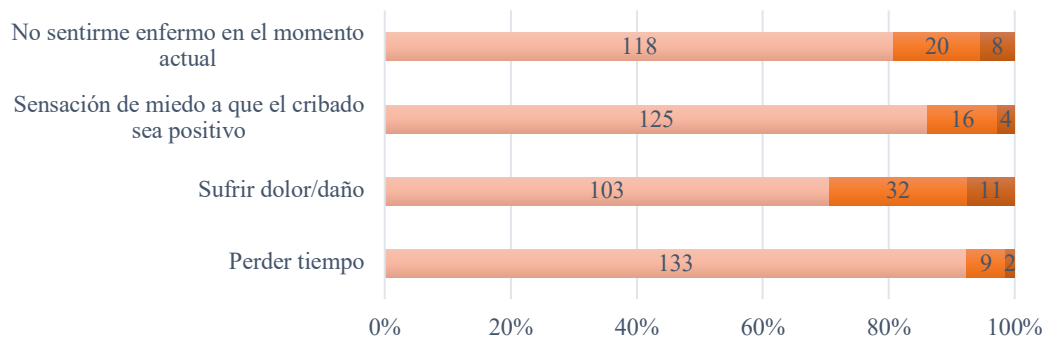
En el apartado de “otras situaciones que haría que NO acudieses al cribado”, se ha señalado con relativa frecuencia en este grupo de edad la “dejadez” o “pereza” a realizarse pruebas médicas. Al fin y al cabo, los jóvenes, según algunos estudios antropológicos como el estudio CEVI, no tienen una percepción de la muerte tan marcada como en grupos de mayor

edad. Se podría decir que el no sentirse candidato a alguna de estas enfermedades es una causa de la no asistencia a pruebas médicas.

**Tabla 14: Varones de 25-49 años. Fuente: elaboración propia**



**Tabla 15: Mujeres de 25-49 años. Fuente: elaboración propia**

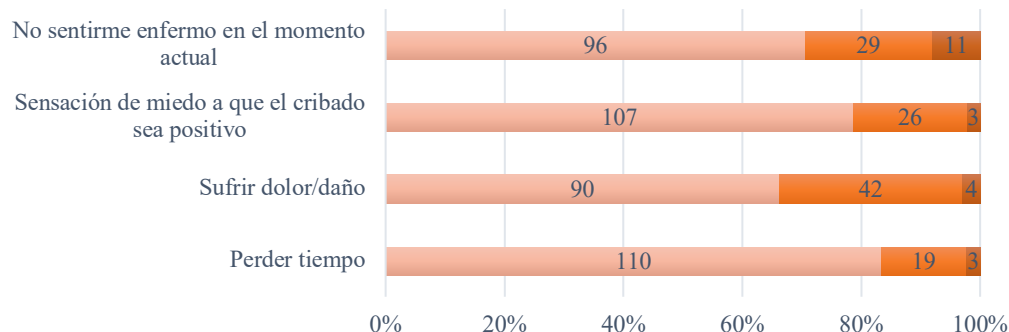


Al igual que con los grupos anteriores (hombres y mujeres de 24 años o menos), las mujeres presentan una tasa de no asistencia menor que la de los hombres de su mismo grupo etario, hecho que interesa puesto que las mujeres de esta edad ya son población a estudio de citologías cada 3 años. Los varones de este rango de edad aún no son estudiados.

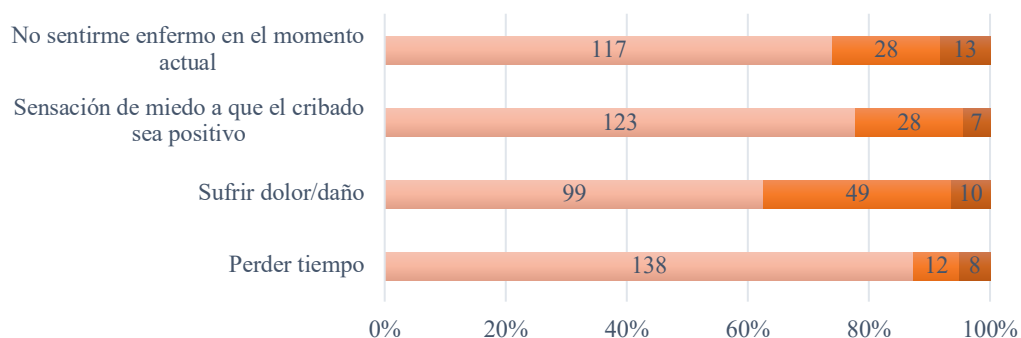
En cuanto a la población general, también se observa una mayor predisposición a la asistencia a cribados oncológicos y un menor porcentaje de dudas en mujeres y, de una manera más discreta, en varones.

En el apartado de “otras situaciones que haría que NO acudieses al cribado”, se ha señalado en este grupo de edad con relativa frecuencia la conciliación familiar y motivos económicos que impidiesen pagar un procedimiento de cribado. Es un grupo de población relativamente joven, en la que estas enfermedades no son comunes y que se encuentran en una etapa vital donde las responsabilidades económicas y familiares son el eje de la vida cotidiana.

**Tabla 15: Varones de 50-69 años. Fuente: elaboración propia**



**Tabla 16: Mujeres de 50-69 años. Fuente: elaboración propia**



Por último, nos encontramos con los dos grupos de edad de entre 50 y 69 años, que son los grupos con mayor relevancia debido a que todos los individuos son objeto de estudio en los cribados.

Sin embargo, es el grupo en el que, de forma sistemática, tanto en hombres como en mujeres, menor es el porcentaje de asistencia a los cribados y donde más se elevan las cifras de dudas y de negativa a la asistencia a los mismos. Es relevante resaltar que no hay diferencias significativas en entre sexos, como en los otros grupos.

En el apartado de “otras situaciones que haría que NO acudieses al cribado”, se ha señalado con relativa frecuencia en este grupo de edad motivos que hacen referencia a pruebas invasivas de los procedimientos llevados a cabo en los cribados, así como el haberse sometido directamente a pruebas alternativas como la colonoscopia.

### **4.3 Patrones comportamentales (participación en los cribados) según los patrones de pensamiento en los grupos a estudio de cribado oncológico.**

Los principales grupos a estudio de los cribados son los siguientes:

- Mujeres de 25 a 49 años: cribado del cáncer de cérvix

- Mujeres de 50 a 69 años: cribado de cáncer de mama, cáncer de colon y cáncer de cérvix (de 50 a 65 años).
- Hombres de 50 a 69 años: cribado de cáncer de colon.

Dado que estos son los grupos en los que tiene relevancia estudiar el comportamiento a la hora de presentarse o no al cribado, analizaremos los datos sistemáticamente según los modelos de creencias sobre la salud de Rosenstock y Janz y Becker (esquema situado al final del apartado 2.2).

La disposición a participar está delimitada por la *susceptibilidad*, *severidad* y *beneficio percibidos*, mientras que los inconvenientes hacen referencia a las *barreras percibidas*. La pregunta que hacía referencia a los valores predictivos (que trataban de evaluar parte del beneficio percibido), no se van a tener en cuenta para el análisis por las razones ya comentadas en el apartado 4.1.4.

Entre las mujeres de 25 a 49 años, hay una disposición a participar alta (*susceptibilidad* cerca del 5,7, *severidad* del 8,4 y *beneficio percibido* en cuanto a especificidad/sensibilidad y a la importancia de la detección temprana de la enfermedad del 8,1 y 9,9 respectivamente). Por otro lado, las *barreras percibidas* son evaluadas como débiles en la mayor parte de los casos. El 63% de las mujeres de esta edad se presentarían con independencia de la vivencia de alguna de las barreras señaladas anteriormente. Además, en comparación con la población general, presentan unos porcentajes de asistencia mayor y, tanto de dudas como de no asistencia menor.

Entre las mujeres de 50 a 69 años, hay una disposición a participar alta (*susceptibilidad* cerca del 5,7, *severidad* del 8,1 y *beneficio percibido* en cuanto a especificidad/sensibilidad y a la importancia de la detección temprana de la enfermedad del 7,9 y 9,8 respectivamente). Por otro lado, las *barreras percibidas* son evaluadas como débiles en la mayor parte de los casos. El 55% de las mujeres de esta edad se presentarían con independencia de la vivencia de alguna de las barreras señaladas anteriormente. Sin embargo, respecto a la población general, hay una menor participación, debido a que las barreras son percibidas más fuertes respecto a otros grupos que condicionan un incremento en la no participación, así como un aumento del número de situaciones en las que surgen dudas a la hora de presentarse al cribado o no.

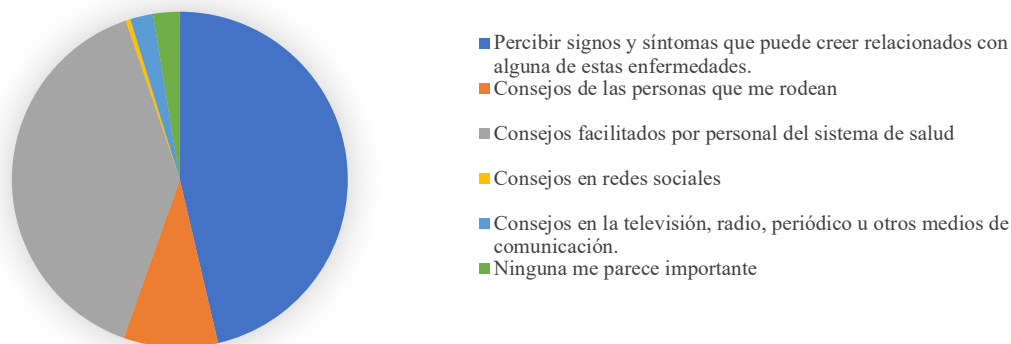
Entre los varones de 50 a 69 años, hay una disposición a participar alta (*susceptibilidad* cerca del 5,2, *severidad* del 8,1 y *beneficio percibido* en cuanto a especificidad/sensibilidad y a la importancia de la detección temprana de la enfermedad del 7,9 y 9,7 respectivamente). Por otro lado, las *barreras percibidas* son evaluadas como débiles en la mayor parte de los casos. El 53% de los varones de esta edad se presentarían con independencia de la vivencia de alguna de las *barreras percibidas*. Sin embargo, al igual que las mujeres del mismo grupo etario, hay un incremento de las dudas a la hora de presentarse, pero, contradictoriamente hay una tasa de no participación menor a la población general.

En conclusión, se puede decir que la participación probable predomina en los tres grupos candidatos a cribado. En las mujeres de 24 a 49 años, la disposición es levemente más alta que la de los individuos de 50 a 69 años (tanto hombres como mujeres) y, efectivamente, el porcentaje de mujeres que acaban presentándose es proporcionalmente más alto que la de este

grupo. Por tanto, en este caso en particular, se cumplen la teoría de los modelos de Rosenstock y Janz y Becker.

#### 4.4 Análisis de los “cues to action” principales.

Tabla 17: "cues to action" principales. Fuente: elaboración propia



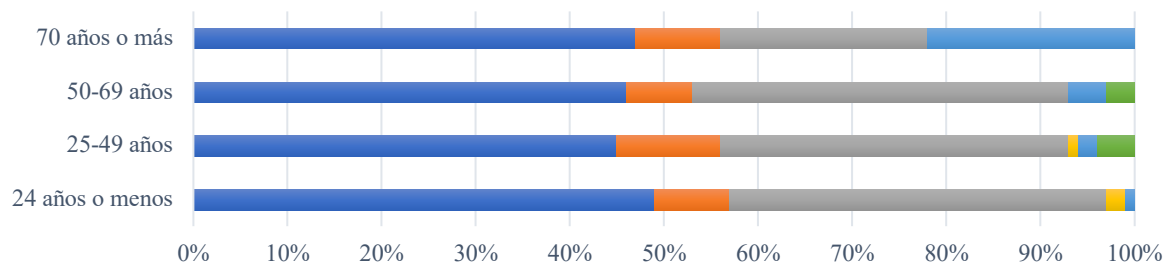
Sin duda alguna, los “cues to action” más influyentes en nuestra población a estudio en el momento de acudir a un cribado son:

- Percibir signos y síntomas que puede creer relacionados con alguna de estas enfermedades.
- Consejos facilitados por personal de salud.

Tanto el primero como el segundo, coloca al sistema sanitario en una posición de gran responsabilidad, ya que este debe asegurar que la información sobre quiénes deben presentarse a los screenings vigentes en el momento llegue a conocerse en la sociedad. Así como, brindar un conocimiento básico sobre las enfermedades, factores de riesgo y síntomas de alerta que deben hacernos acudir inmediatamente al centro sanitario de referencia.

Cabe mencionar el gran peso que ha tenido el percibir síntomas y signos, fruto del miedo implantado a la palabra “cáncer” entre nuestros vecinos. Es importante que desde el sistema sanitario sigamos haciendo énfasis en que los cribados son pruebas médicas que tienen el objetivo de detectar enfermedades oncológicas frecuentes cuando aún están en fases tempranas (dato que, según nuestras estadísticas, ya es bien conocido), y que consigamos que la población relacione este hecho con que son fases asintomáticas, ergo deben acudir a los screenings a pesar de no padecer síntomas de alarma.

**Tabla 18: Porcentajes de "cues to action" según grupos de edad. Fuente: elaboración propia**

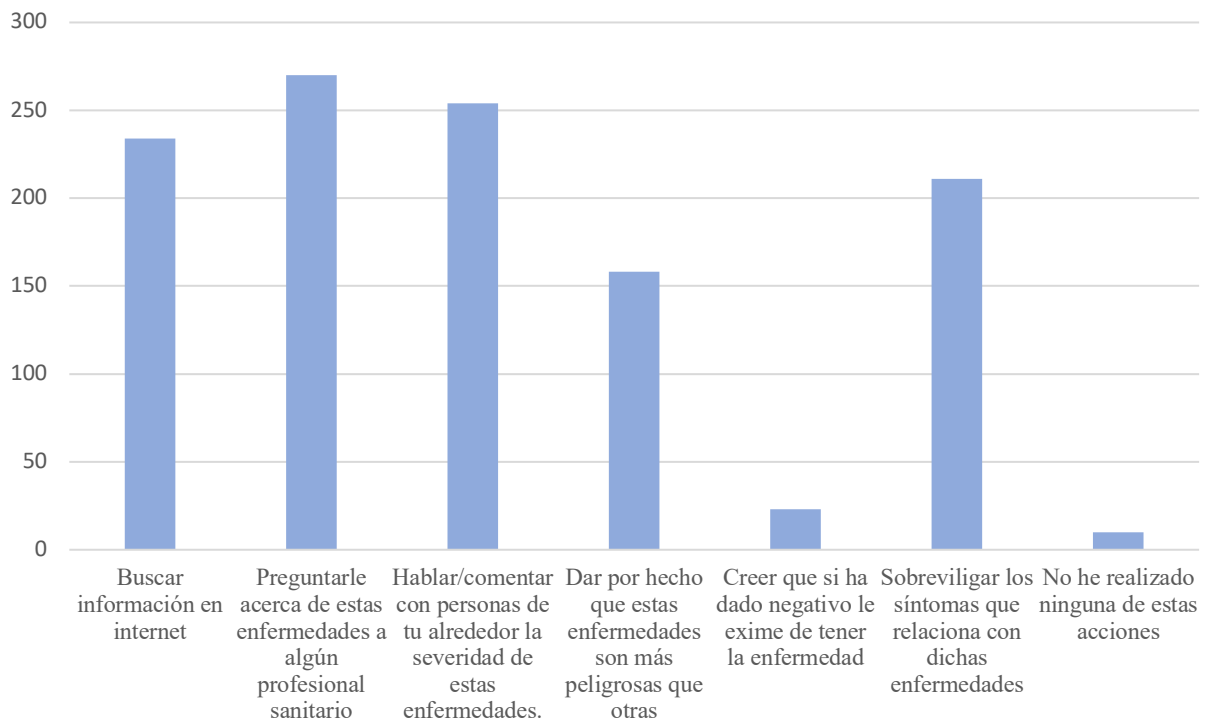


No olvidemos mencionar que, aunque con menor peso que las “cues to action” comentadas anteriormente, se presentan ciertas tendencias según los diferentes grupos de edad:

- Las redes sociales (*color amarillo* en las gráficas anteriores) fueron seleccionadas en el 2% de los menores de 24 años y en el 1% de los individuos de entre 25 y 49 años. Sin embargo, ningún individuo fuera de estos rangos eligió esta opción.
- Conforme aumenta la edad, mayor es el peso que tienen los medios de comunicación, desde un 1% en los menores de 24 años, pasando por un 2% y 5% en los grupos de 24 a 49 años y 50 a 60 años respectivamente, hasta un 22% en los individuos de 70 años o más, cifra considerable teniendo en cuenta el perfil de paciente que padece enfermedades oncológicas.
- La opción “consejos de las personas que me rodean” se presenta en el alrededor de un 10% de los individuos estudiados en todos los grupos de edad, lo que es un argumento más al valor que tiene la concienciación social sobre estas afecciones.
- Por último, es oportuno mencionar que cerca de un 5% de los individuos en la población general (concentrándose en los grupos de edad de 25-49 años y 50 y 69 años con un 4 y 5% respectivamente) marcaron la opción de “ninguna me parece importante”. Lo que podría ser objeto de estudio en futuras investigaciones sobre este tema, ya que es una cifra elevada y que puede tener significados muy dispares (desde un “ninguna me parece importante porque me presentaría fuese cual fuese la situación” hasta un “ninguna me parece importante porque no me presentaría fuese cual fuese mi situación”).

#### 4.5 Comportamientos promovidos por el conocimiento de la existencia de los cribados oncológicos.

Tabla 19: Frecuencia de comportamientos en la población promovidos por el conocimiento de la existencia de cribados oncológicos. Fuente: elaboración propia



De este apartado podemos deducir varias conclusiones:

- Un porcentaje muy bajo de nuestros participantes han seleccionado la opción “no he realizado ninguna de estas acciones”, lo que podría indicar que no es un hecho que pase desapercibido en la comunidad, sino que, en la mayor parte de los casos, conlleva una acción o comportamiento que le ayude a comprender mejor la materia (preguntar a profesionales sanitarios, buscar información en internet o comentar el tema con sus allegados), de un modo más o menos certero. Y, en otro gran porcentaje, conlleva la adopción de creencias como “dar por hecho que estas enfermedades son más peligrosas que otras” o “creer que, si ha dado negativo, le exime de tener la enfermedad”, lo que puede dar lugar a la creación de bulos o rumores incorrectos, fruto de la ignorancia sobre el porqué de estos protocolos médicos.
- Encontramos que un porcentaje muy alto de la población “sobrevigilan” los síntomas de estas enfermedades. Esto es coherente cuando se trata por ejemplo del cáncer de mama, ya que las campañas de autoexploración mamaria y las campañas de concienciación sobre el cáncer de mama tuvieron un gran impacto. Sin embargo, sería absurdo que las personas intentaran “cazar” síntomas en enfermedades como el cáncer de cérvix y cáncer de colon, puesto que son enfermedades desconocidas (a pesar de las frecuencias que han llegado a alcanzar) y que ocasionan manifestaciones de alta inespecificidad. Lo que podría provocar una excesiva preocupación, pero sin estrategias psicológicas y conductuales eficaces que les ayuden a gestionar y empoderarse de un modo inteligente en cuanto a este ámbito de la salud.

#### 4.6 Análisis del conocimiento individual acerca de los criterios de inclusión en cribados según el grupo poblacional.

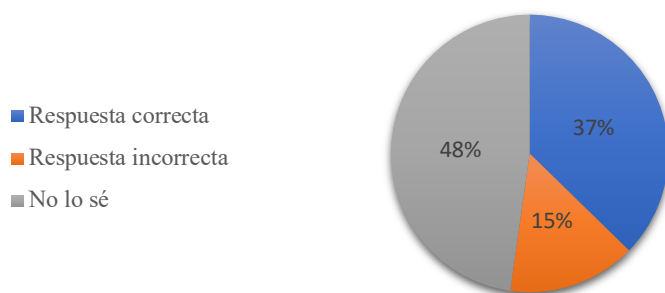
En este apartado, trataremos de analizar las respuestas obtenidas en la pregunta 12 del formulario, en el que, según el sexo y edad del individuo, vamos a obtener una respuesta más o menos acertada. La siguiente tabla trata de resumir las respuestas correctas de cada grupo poblacional (dándose por incorrecta cualquier otra opción que no fuese dicha respuesta):

Tabla 20: Respuestas correctas o esperadas en la pregunta 12 del cuestionario según grupo poblacional.

	<i>Respuesta correcta o esperada</i>
<b>Varones de 24 años o menos</b>	No, no soy población a estudio
<b>Mujeres de 24 años o menos</b>	
<b>Varones de 25-49 años</b>	
<b>Mujeres de 25-49 años</b>	Sí, cribado de cáncer de cérvix
<b>Varones de 50-69 años</b>	Sí, cribado de cáncer de colon,
<b>Mujeres de 50-65 años</b>	Sí, cribado de cáncer de cérvix; Sí, cribado de cáncer de colon; Sí, cribado de cáncer de mama
<b>Mujeres de 66-69 años</b>	Sí, cribado de cáncer de colon; Sí cribado de cáncer de mama
<b>Varones de 70 años o más</b>	No, no soy población a estudio
<b>Mujeres de 70 años o más</b>	

Debido a que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en el grupo de los menores de 24 años, se analizarán en conjunto:

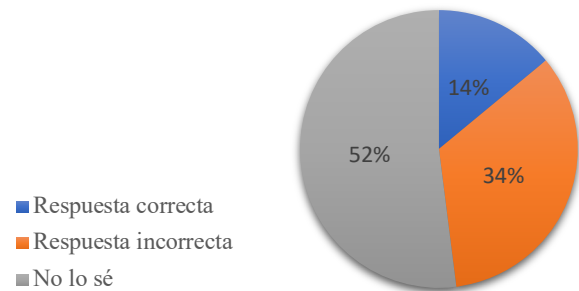
Tabla 21: Conciencia sobre los criterios de inclusión en población de 24 años o menos. Fuente: elaboración propia



Este grupo poblacional no consta de demasiada relevancia, ya que no son población a estudio de ningún cribado actualmente. No obstante, es notorio el desconocimiento que hay acerca de si deben o no presentarse a algún cribado, siendo “no lo sé” la respuesta mayoritaria.

Así mismo, otro grupo que no es candidato a cribados oncológicos es el correspondiente a los varones de entre 25 y 49 años. En este grupo destaca, al igual que en la población de 24 años o menos, el desconocimiento sobre la materia (el 52% de los individuos seleccionaron la opción “no lo sé”). No obstante, a diferencia del grupo de los jóvenes, hubo un porcentaje menor de respuestas correctas (solo el 14%). Es relevante resaltar que el 86% de los individuos que marcaron una respuesta errónea seleccionaron el cribado de cáncer de colon.

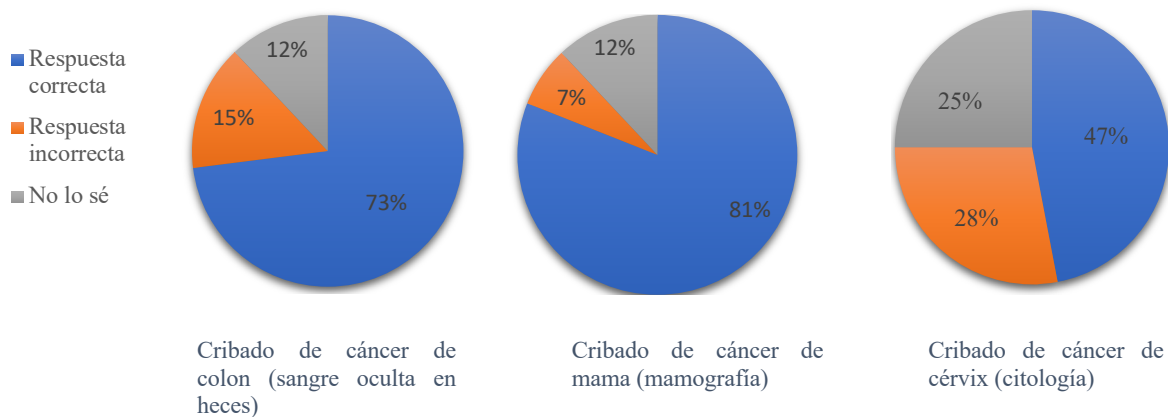
Tabla 22: Conciencia sobre los criterios de inclusión en varones de entre 25 y 49 años. Fuente: elaboración propia



Por otro lado, y por seguir en la línea de los grupos no candidatos a cribados poblacionales, encontramos a los individuos de 70 años o mayores. Entre ellos destaca que el 60% piensan que son candidatos a los cribados sistemáticos a los que antes se sometían anteriormente, mientras que el 30% marcan la opción “no lo sé” y solo el 10% son conscientes de que no son población a estudio de ningún cribado.

Para analizar los individuos que deben presentarse a cribados oncológicos (mujeres de entre 25 y 69 años y hombres de entre 50 y 69 años), vamos a analizarlo, a diferencia del análisis realizado para los individuos no candidatos, según cada uno de los cribados que se realizan sistemáticamente hoy en día.

Tabla 23: Conciencia sobre los criterios de inclusión en los diferentes programas de cribado oncológico. Fuente: elaboración propia



Ante estos resultados, podemos inferir que el cribado de cáncer de mama es, sin duda, el cribado del que la población está más concienciada y que, por ende, mayores tasas de participación tiene. Cabe destacar que las campañas de concienciación sobre el cáncer de mama y la gran repercusión mediática que ha tenido, probablemente, hayan influido en la sensibilización respecto al tema.

Por otra parte, está el cribado de cáncer de colon, un gran desconocido que poco a poco está cogiendo protagonismo, pues hace apenas 10 años que está implantado en nuestro país. Con todo, no es despreciable el porcentaje de personas (27%, resultado de sumar 12 y

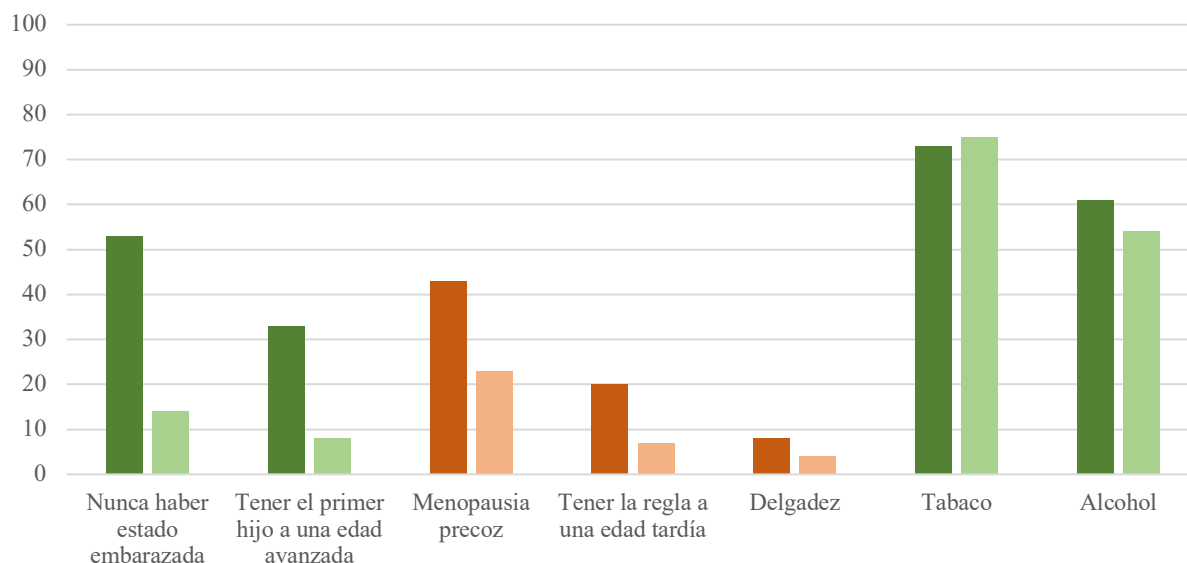
15%) que aún no tiene claro que son población candidata a este screening. Cabe destacar que en este apartado hubo una gran diferencia entre hombres y mujeres, siendo el 85% de las respuestas incorrectas provenientes de mujeres que únicamente marcaron el cribado de cáncer de mama o mamografía.

Por último, encontramos el gran desconocido, el cribado de cáncer de cérvix, del que solo el 47% de las mujeres candidatas son conscientes de que lo son. El 53% marcaron “no lo sé” o una respuesta incorrecta (la mayoría seleccionaron únicamente la opción de cribado de cáncer de mama y/o cáncer de colon). Lo que quiere decir que, a pesar de que son conscientes de que deben presentarse a los otros cribados, desconocen que deben someterse a mayores a una citología cada 3 o 5 años, dependiendo del grupo poblacional.

#### 4.7 Análisis de los conocimientos sobre los factores de riesgo de las enfermedades oncológicas sometidas a cribado poblacionales.

Partiendo de que, por cada par de columnas, la de la izquierda corresponde al porcentaje de población sanitaria y la de la derecha a la población no sanitaria y que los verdes son factores de riesgo demostrados actualmente y que los naranjas no son factores de riesgo que hayan sido demostrados hoy en día, vamos a analizar los siguientes resultados obtenidos de las preguntas 13, 14 y 15 del cuestionario:

Tabla 24: porcentajes de aciertos y errores de la pregunta 13 (factores de riesgo del cáncer de mama). Fuente: elaboración propia



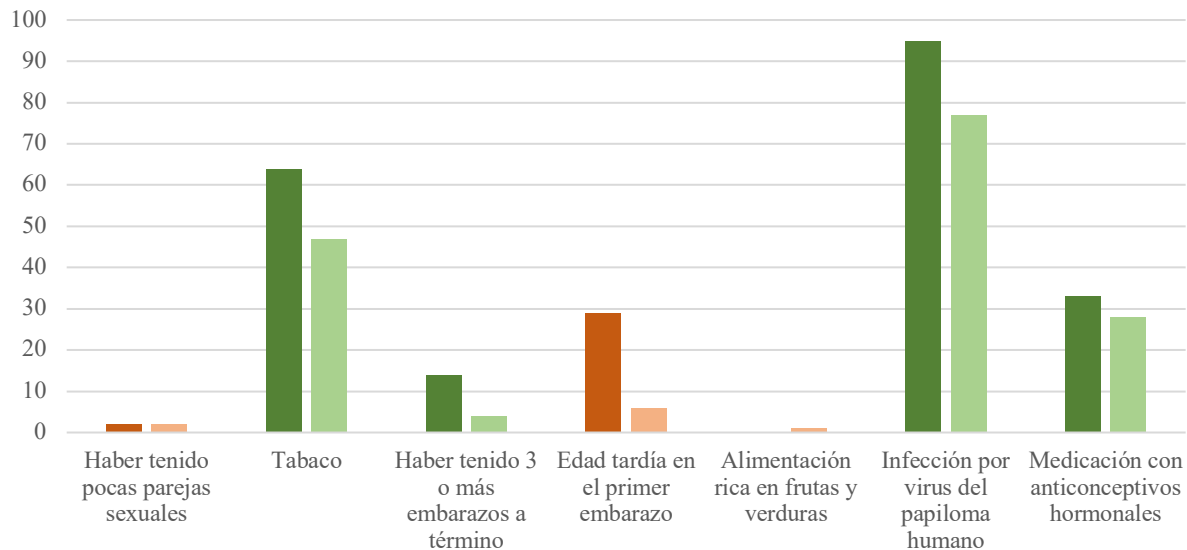
En general, y como era esperable, los sanitarios tienen un porcentaje de aciertos más alto que la población general en cuanto a conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer de mama. Sin embargo, debemos resaltar dos datos importantes sobre esto:

- Suelen obtener porcentajes más altos de respuestas erróneas. Esto puede deberse a que en la población general hay datos que no se conocen en absoluto (y por lo tanto no seleccionaron esa respuesta en el cuestionario), mientras que en la población sanitaria se sabe que guardan cierta relación, pero no se domina en profundidad (que es lo que se espera de los profesionales sanitarios). Por ejemplo, es probable que los sanitarios sepan que la menopausia tiene relación con el cáncer de mama, pero que no se tenga claro que el factor de riesgo es la menopausia tardía y no la precoz (aunque en este caso, también podría deberse a que lo relacionen con mayores tasas por el uso de

terapia hormonal sustitutiva durante la misma, que aumentan las tasas de cáncer de mama). Lo mismo puede ser que esté ocurriendo con la opción que hace referencia a una menarquia tardía (el factor de riesgo sería la menarquia precoz).

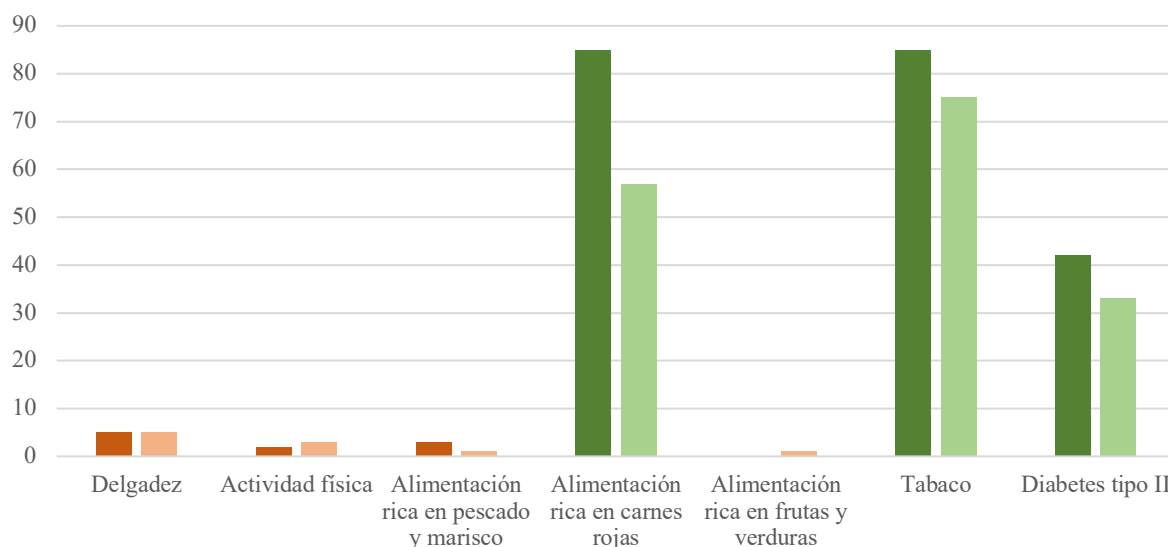
- Suele haber algunos porcentajes en los que se esperaba un mayor número de aciertos por parte de los sanitarios. Algunos ejemplos:
  - o Vemos que un 75% de población no sanitaria eligió la opción de “tabaco” y solo un 73% en la población sanitaria.
  - o Solo un 53% de los sanitarios marcaron la opción “Nunca haber estado embarazada” y un 33% “tener el primer hijo a una edad avanzada”. Ambos datos hacen referencia a la relación que hay entre el cáncer de mama y la reproducción. Es importante que estos datos se conozcan entre los profesionales sanitarios, ya que somos los mayores responsables de abogar por la salud de nuestra comunidad, y eso conlleva que expliquemos e incentivemos conductas preventivas como, por ejemplo, la lactancia materna (tanto por el bienestar del bebé como herramienta para prevenir el cáncer de mama).

Tabla 25: porcentajes de aciertos y errores de la pregunta 14 (factores de riesgo del cáncer de cérvix). Fuente: elaboración propia



En este apartado, lo más importante es recalcar la concienciación, tanto sanitaria como poblacional, que hay sobre la influencia del virus del papiloma en el cáncer de cérvix, que entra en disonancia con el desconocimiento acerca de los cribados (punto ya mencionado y analizado anteriormente). También debemos señalar el porcentaje no tan alto de aciertos entre los profesionales sanitarios (64% de respuestas correctas).

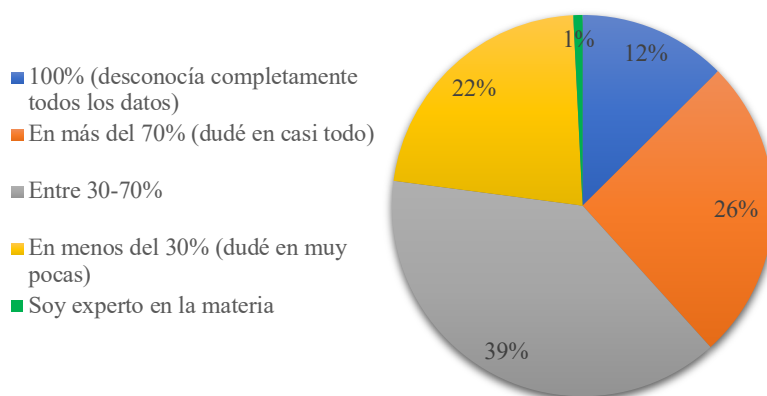
Tabla 26: porcentajes de aciertos y errores de la pregunta 15 (factores de riesgo del cáncer de colon). Fuente: elaboración propia



Finalmente, cabe destacar la alta tasa de aciertos en cuanto a los factores de riesgo, tanto en la población sanitaria como no sanitaria, del cáncer de colon.

Ahora bien, a pesar de las altas tasas de aciertos en los factores de riesgo de más peso, hay que comparar los resultados con los resultados de la pregunta 16, que hace referencia a la seguridad con la que nuestros participantes han respondido.

Tabla 27: Porcentajes de respuesta a la pregunta 16 (seguridad a la hora de responder a preguntas anteriores)



A la vista de estos resultados, se puede inferir que muchas de las respuestas dadas pueden ser fruto de la lógica y no de un conocimiento real. Relevante desde el punto de vista de la prevención, dado que no se llevarán a cabo ciertas acciones preventivas en nuestro día a día (como no fumar o no consumir grandes cantidades de carnes rojas) si no conocemos algunas de las ventajas que conllevan.

Para concluir, debemos recalcar la importancia de que todos los sanitarios estén formados y actualizados debidamente en cuanto a prevención de salud se refiere, sobre todo con las enfermedades más comunes y que más dudas pueden suscitar entre nuestros vecinos, para que seamos capaces de informar, indicar e instruir debidamente y como se espera de nosotros. Así como, asegurarnos, basándonos en el principio de autonomía, la promoción de la salud y la medicina basada en la evidencia, de que todos tengan la información suficiente como para tomar las decisiones acertadas (o no acertadas) desde el conocimiento.

#### 4.8 Puntos claves obtenidos en el análisis del cuestionario de opinión

- Se han obtenido 639 respuestas del cuestionario. El 53% han sido mujeres, el 10% corresponde a población sanitaria. El 45% de participantes presentan una edad comprendida entre 25-49 años y un 45% entre 50-69 años.
- La *susceptibilidad percibida* es alta en todos los grupos de edad, aunque presenta un incremento conforme aumenta la edad y en el sexo femenino respecto al masculino en todos los grupos de edad.
- La *severidad percibida* no muestra tendencias según el grupo poblacional. Sin embargo, según el grado de severidad que se percibe, sí que varían los motivos. Destacan “*fallecer a causa de la enfermedad o del tratamiento oncológico*”, que presenta menor importancia según decrece el grado de severidad percibida; “*autopercibirme como una carga para mis seres queridos*”, que se mantiene independiente del grado señalado; y “*sentir dolor*”, que, de igual forma que el anterior, es independiente.
- El *beneficio percibido*, subdividido en especificidad percibida, valores predictivos percibidos y la percepción de la importancia de la prevención temprana, reciben altas puntuaciones en todos los grupos poblacionales. Sin embargo, los valores predictivos percibidos, no se han tenido en cuenta para la elaboración del análisis puesto que los resultados han demostrado una desviación típica elevada y, por ende, azarosa.
- La *barrera percibida* principal ha sido “*sufrir dolor o daño*”, seguida de “*no sentirme enfermo en el momento actual*”, hechos remarcables a la hora de elaboración de la propuesta preventiva. Además, cabe remarcar que las mujeres muestran en general porcentajes más bajos de dudas y de no participación en los cribados, excepto en “*sufrir daño o dolor*”, donde se presenta una mayor tasa de dudas, aunque con un menor porcentaje de abstención contradictoriamente. Desgraciadamente, el grupo en el que se presenta menor disposición a participar en los cribados es el grupo de edad de 50-69 años, sin diferencias significativas entre sexos.
- Los modelos de Rosenstock y Janz y Bequer se cumplen en este caso particular, ya que se ha demostrado que, a mayor *susceptibilidad, severidad y beneficios percibidos*, mayores porcentajes de participación.
- Cabe destacar que los “*cues to action*” con mayor relevancia han sido “*percibir signos y síntomas que puede creer relacionados con alguna de estas enfermedades*” y “*consejos facilitados por personal del sistema de salud*”. Ante el primero no tenemos margen de actuación ya que no es competencia de la prevención secundaria. Sin embargo, el segundo es muy útil para la elaboración de estrategias preventivas. De esta misma forma, destaca que el comportamiento más frecuente a causa de la existencia de los cribados oncológicos es “*preguntarle acerca de estas enfermedades a algún profesional sanitario*”. No obstante, no es desdeñable la frecuencia con la que se realizan algunas de las siguientes acciones: “*buscar información en internet, hablar/comentar con personas de tu alrededor la severidad de estas enfermedades*” o “*sobrevigilar los síntomas que relaciona con dichas enfermedades*”. Sea como fuere, no es un hecho que pase desapercibido en la sociedad.

- En cuanto al conocimiento de los criterios de inclusión en los cribados, destaca que el correspondiente al cáncer de mama es sobre el que la población tiene mayor concienciación. De un modo más leve, aunque igualmente alto, le sigue el cribado de cáncer de colon. Por último, el cribado de cáncer de cérvix es el menos conocido, mostrando unos porcentajes del 53% de respuestas incorrectas o ignorancia sobre la existencia de este proceso médico.

- Respecto al conocimiento sobre los factores de riesgo en la población general destaca una gran concienciación sobre el perjuicio de los tóxicos (tabaco y alcohol), así como la influencia del VPH en el cáncer de cérvix y la alimentación rica en carnes rojas en el cáncer de colon. Es importante mencionar que los sanitarios han mostrado tasas de conocimientos sobre los factores de riesgo más bajos de lo esperable. No se puede pasar por alto los elevados porcentajes de dudas (77% marcó que tuvo dudas en más del 30% de las preguntas en contraposición al 22% que marcó “en menos del 30%”).

- A la pregunta final del cuestionario (“¿Crees que sería útil tener a tu disposición algún tipo de folleto informativo o página de referencia para conocer los factores que predisponen a estos cánceres y saber quiénes y cuándo deben presentarse a estos cribados?”) tuvo un porcentaje de respuestas afirmativas del 98,3%.

## 5. PROPUESTA DE UNA CAMPAÑA PREVENTIVA

### 5.1 Justificación de la necesidad de una campaña preventiva

A pesar de que los porcentajes de participación en los cribados oncológicos son muy altos actualmente, no es desdeñable el porcentaje de no participación por motivos completamente evitables y, partiendo de que los “Consejos facilitados por personal del sistema de salud” ha sido el “cues to action” más seleccionado en el cuestionario, es aconsejable la creación de una campaña preventiva que se llevaría a cabo desde los centros de salud y complejos hospitalarios. Dicha campaña tendrá como objetivo reforzar las actitudes y conocimientos que incitan a la participación en los screenings oncológicos y rebatir los conocimientos o tendencias erróneas.

### 5.2 Resultados claves de los análisis usados para la elaboración del tríptico.

Algunos de los puntos importantes que se van a utilizar como soporte de dicha campaña y que se han obtenido en base a la investigación anterior son:

- Demostración de los porcentajes de personas que van a sufrir la enfermedad a lo largo de su vida (refuerzo de la *susceptibilidad percibida*)
- Se mostrarán tasas de supervivencia a dichas enfermedades según la detección de estas gracias al cribado oncológico (refuerzo de la *severidad percibida* y de la importancia de la detección precoz, así como sirve como contraargumento al motivo estresor principal que los lleva a percibir estas enfermedades como muy graves “fallecer a causa de la enfermedad o del tratamiento oncológico”).
- Cabe mencionar que, a pesar de que los cribados poblacionales son parte de la prevención secundaria, se va a informar sobre factores de riesgo (prevención primaria) debido a que el objetivo de la campaña es dar información y empoderar a la población en cuanto a salud general se refiere. Además, no va dirigida a ningún grupo poblacional en especial, ergo se trata de información útil para los más jóvenes no candidatos a cribados oncológicos.
- Se indicarán los porcentajes de especificidad y sensibilidad de cada una de las pruebas, para reforzar dos puntos: la importancia de someterse a cribado de forma periódica (tal y como lo indiquen los profesionales correspondientes y los protocolos de actuación) y la veracidad que tiene un resultado positivo (para refutar la *barrera percibida* “sensación de miedo a que el resultado sea positivo” y “creer que si ha dado negativo le exime de tener la enfermedad”).
- Explicación y recordatorio de que la detección temprana conlleva un diagnóstico en una fase asintomática de la enfermedad y que, por ende, “no sentirme enfermo en el momento actual” no debe ser una razón de peso para no presentarse a un cribado poblacional (contraargumento a la comentada *barrera percibida*).
- Siguiendo en la línea de las *barreras percibidas*, afianzamiento de que las pruebas médicas utilizadas en los cribados no son pruebas invasivas ni dolorosas.
- “Percibir signos y síntomas que puede creer relacionados con alguna de estas enfermedades” no es competencia de los cribados oncológicos, en consecuencia, no se va a introducir información semejante en la campaña. Aunque sí que podría ser un dato a tener en cuenta en el caso de que se quiera llevar a cabo un proyecto de concienciación dirigida a la población general sobre estas enfermedades.

- Es importante informar sobre los criterios de inclusión de los cribados dado la baja tasa de aciertos en la pregunta 12.
- De la misma forma, puesto que tanto las tasas de errores en las preguntas 13, 14 y 15 (tanto de población general como de sanitarios) como los porcentajes de dudas (pregunta 16) han sido muy altos, se intentará informar sobre los factores de riesgo principales (no todos los comentados en el cuestionario, evidentemente) a cuentas de perseguir una prevención primaria.
- Por último y más importante, la pregunta final del cuestionario (“¿Crees que sería útil tener a tu disposición algún tipo de folleto informativo o página de referencia para conocer los factores que predisponen a estos cánceres y saber quiénes y cuándo deben presentarse a estos cribados?”) tuvo un porcentaje de respuestas afirmativas del 98,3% que justifica la creación del mismo.

### **5.3 Información contenida en la propuesta de campaña preventiva**

Datos de contacto: Campaña Chekéate.

Página web: <https://chequeate.my.canva.site/concienciacion-sobre-cribados> y código QR correspondiente.

Criterios de inclusión: ¿Quién y cuando debe acudir a los cribados oncológicos?

- Cribados de cáncer de mama: Mujeres de entre 50 y 69 años.
  - ¿Qué prueba?: Mamografía
  - ¿Cada cuánto?: Cada 2 años
- Cribado de cáncer de cérvix: Mujeres de entre 25 y 65 años
  - ¿Qué prueba?: Citología
  - ¿Cada cuánto?: Cada 3 años en personas de 25-34 años y cada 5 años en mujeres de 35-65 años.
- Cribado de cáncer de colon: Hombres y mujeres de entre 50 y 69 años
  - ¿Qué prueba?: Sangre oculta en heces
  - ¿Cada cuánto?: Cada 2 años

Factores de riesgo:

- Cáncer de cérvix: Fumar, alto número de relaciones sexuales de riesgo, sistema inmune debilitados u otras enfermedades de transmisión sexual y no estar vacunada de VPH
- Cáncer de colon: fumar, obesidad, alto consumo de carnes rojas y consumo excesivo de alcohol
- Cáncer de mama: Fumar, obesidad y sedentarismo, terapia hormonal con estrógenos tras la menopausia, no dar de lactar a sus hijos y no haber tenido hijos o tenerlos después de los 30 años.

Información expuesta:

¿Sabías que 1 de cada 8 mujeres tendrán cáncer de mama a lo largo de su vida, que el cáncer colorrectal es el tumor más frecuentemente diagnosticado en España en hombres y mujeres y que el cáncer de cérvix es el 4º cáncer más frecuente entre las mujeres de 15 a 44 años?

Los cánceres en estadios precoces son ASINTOMÁTICOS y, ¿qué quiere decir esto? Cuando los tumores aún son “jóvenes”, no dan señales de vida ni se manifiestan de ninguna forma. Sin embargo, este es el momento perfecto para detectarlos, ya que, encontrar un tumor

en un estadio precoz, aumenta la posibilidad de sobrevivir a la enfermedad y de, incluso, curarla. Por ello, en nuestro país se realizan los cribados de cáncer de mama, colon y cérvix con el objetivo de dicha “detección temprana”.

Según la OMS, con medidas preventivas como el control de los factores de riesgo y una alta tasa de participación en los cribados o screening de detección de cánceres, se podría evitar hasta un 50% de las muertes y secuelas graves por cáncer. Y lo mejor... ¡no son pruebas dolorosas ni invasivas!

Sin embargo, los cribados no son la panacea... de hecho, un 10% de los resultados “sanos” realmente no lo están. Pero, por eso, existen protocolos sanitarios que tienen como objetivo detectar todos los casos. Por este motivo, es tan importante que acudas a todos los cribados que se indican según tu rango de edad, y no solo a uno. Y entonces, si el resultado de un cribado es positivo, ¿significa que tengo cáncer? Depende de la prueba y de la persona, pero el porcentaje de aciertos varía entre el 50 y el 70%. Por tanto, ante ese resultado, habrá que seguir haciendo pruebas (colonoscopia, biopsia, etc) para poder elegir el mejor tratamiento si se diese el caso.

#### **5.4 Procedimiento de la realización de la campaña preventiva.**

Esta campaña preventiva se ha planteado como un proyecto que tendría cabida sobre todo en la asistencia primaria, puesto que son los médicos de familia los mayores partícipes de los programas de cribados oncológicos. Tanto en los centros de salud como en grandes hospitales, habría adhesivos (anexo 3) colocados en lugares muy visibles y transitados, así como folletos/trípticos informativos con la información completa de la campaña (anexo 2).

## 6. CONCLUSIONES

- Los patrones de pensamientos analizados (*susceptibilidad, severidad y beneficios percibidos*) son factores que podrían predisponer a la participación, según los modelos de Rosenstock y Janz y Becker, dadas las elevadas puntuaciones altas registradas, aunque con diferentes tendencias.
- Los modelos de Rosenstock y Janz y Becker se cumplen en la encuesta, ya que se ha encontrado que, a mayor *susceptibilidad, severidad y beneficios percibidos*, mayores porcentajes de participación en los cribados oncológicos y menor porcentaje de dudas.
- Debido a que el “cues to action” más frecuente ha sido “consejos facilitados por el personal del sistema de salud”, que el comportamiento más repetido fue “preguntarle acerca de estas enfermedades a algún profesional sanitario” y que hay porcentajes demasiado altos de individuos que desconocen los criterios de inclusión, al igual que los factores de riesgo de dichas enfermedades, se ha elaborado una propuesta preventiva de concienciación sobre los cribados oncológicos (Punto 5).
- Tras la revisión bibliográfica y los datos recogidos de la encuesta de opinión, sería necesario realizar un estudio poblacional reglado para poder llegar a conclusiones y poder profundizar en los aspectos esbozados a lo largo del presente TFG, añadiendo en el estudio el impacto de la propuesta de la campaña preventiva de conciencia elaborado para el mismo.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) María de Lourdes Rodríguez Campuzano, Ileri Y. Ocampo Juárez, Carlos Nava Quiroz. Relación entre valoración de una situación y capacidad para enfrentarla. 2009;6(1).
- (2) Ministerio de Sanidad. Promoción de la Salud y Prevención. Available at: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/home.htm>.
- (3) Organización Mundial de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Ottawa, 1986. 1986; Available at: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>.
- (4) Ministerio de Sanidad. Detección Precoz del Cáncer. 2014; Available at: <https://www.sanidad.gob.es/campannas/campanas14/cancer.htm>.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Estrés. 2023; Available at: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>.
- (6) Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. ¿Qué es el afrontamiento? 2024; Available at: <https://ansiedadyestres.org/que-es-el-afrontamiento/>.
- (7) Moreno San Pedro E, Gil Roales-Nieto J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. 2003;3(1).
- (8) José María León Rubio. Del Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial. 2017;3.
- (9) Pozzo MI, Borgobello A, Pierella MP. Uso de cuestionarios en investigaciones sobre universidad: análisis de experiencias desde una perspectiva situada. 2019;8(2).
- (10) Sociedad Española de Oncología médica. Las cifras del cáncer en España. 2024 30 enero.
- (11) Lander Méndez Casas , Stefano Cavalli, Darío Páez Rov Joaquín Pizarro Carrasco, Christian Lalive d'Epinay. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL CEVI\_ CAMBIOS Y EVENTOS EN EL CURSO DE LA VIDA. 2021.
- (12) Ministerio de Sanidad. Información general cáncer de mama. 2024; Available at: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerMama/infoGeneral.htm>.
- (13) Ministerio de Sanidad. Cáncer de mama. Preguntas frecuentes. 2024; Available at: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerMama/preguntasFrecuentes.htm>.
- (14) Ministerio de Sanidad. Cribado cáncer de cérvix. Preguntas frecuentes. 2024; Available at: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerCervix/preguntasFrecuentes.htm>.
- (15) Ministerio de Sanidad. Cribado cáncer colon. Preguntas frecuentes. 2024; Available at: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerColon/preguntasFrecuentes.htm>.
- (16) Organización Mundial de la Salud. Reducción de la carga de morbilidad por cáncer. 2022; Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact->

[sheets/detail/cancer#:~:text=En%20la%20actualidad%20se%20pueden,preventivas%20basadas%20en%20la%20evidencia.](#)

- (17) Viñes JJ. La efectividad de la detección precoz de las enfermedades. 2007;30(1):11-27.
- (18) Pons-Rodriguez A, Marzo-Castillejo M, Cruz-Esteve I, Galindo-Ortego G, Hernández-Leal MJ, Rué M. Moving toward personalized breast cancer screening: The role of Primary Care. *Aten Primaria* 2022 May;54(5):102288.
- (19) Borrás JM, Espinás JA. Cribado del cáncer colorrectal: entre las dudas y la evidencia. 2002;16(4):285-287.
- (20) Morales Martínez Á, Blanco Rodríguez L, Morales Martínez C, Tejuca Somoano S. Cribado de cáncer de cérvix: ¿merece la pena la búsqueda activa? 2015;47(10):653-658.
- (21) Mendez Casas L, Cavalli S, Páez D, Pizarro JJ, Lalive d'Epinay C. Proyecto de investigación internacional CEVI: Cambios y eventos en el curso de la vida. 2019 /01/01;1:7-28.
- (22) Pons-Rodriguez A, Marzo-Castillejo M, Cruz-Esteve I, Galindo-Ortego G, Hernández-Leal MJ, Rué M. Avances hacia el cribado personalizado del cáncer de mama: el papel de la Atención Primaria. 2022;54(5).
- (23) Bixquert Jiménez M. Early diagnosis of colorectal cancer: Diagnostic delay reduction or rather screening programs? 2006;98(5):315-321.
- (24) Rico-Morlán F, Barra-Martínez R, Martínez-Macías R, Santiago-Vázquez RY. Cáncer cervicouterino; la importancia para el médico general. 2009;8(3):127-131.
- (25) Díaz Tasende J, Marín Gabriel JC. Cribado del cáncer colorrectal mediante test de sangre oculta en heces. 2008;100(6):315-319.
- (26) Miller SJ, Foran-Tuller K, Ledergerber J, Jandorf L. Motivational interviewing to improve health screening uptake: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2017 Feb;100(2):190-198.
- (27) Bretthauer M, Wieszczy P, Løberg M, Kaminski MF, Werner TF, Helsing LM, et al. Estimated Lifetime Gained With Cancer Screening Tests: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Intern Med*. 2023 Nov 1;183(11):1196-1203.
- (28) Grau J, Serradesanferm A, Polbach S, García-Basteiro AL, Trilla A, Castells A. Programas de cribado del cáncer colorrectal en la población de riesgo medio en la Unión Europea y España. 2010;33(2):111-118.

## 8. ANEXOS

### 8.1 Anexo 1: Presentación de la Encuesta de opinión

Enlace al cuestionario online: <https://forms.gle/E4pSFhZvDD5g5EtF7>

Este formulario es parte de un Trabajo de Fin de Grado realizado por una alumna de Medicina. Con ello se intentará deducir *grosso modo* como se perciben los cribados oncológicos en nuestra sociedad con el objetivo de diseñar una campaña de concienciación sobre este aspecto de nuestra salud.

Antes de nada necesitamos conocer algunos datos sobre ti para poder analizar la información recibida la cual nunca se tratará de forma individual, ya que el cuestionario es totalmente anónimo. Gracias por tu colaboración.

1. Datos epidemiológicos:
  - 1.1 Sexo (masculino/femenino)
  - 1.2 Edad por rangos: 24 años o menos, entre 25 y 49 años, entre 50 y 65 años, 66 y 69 años y 70 años o más.
  - 1.3 Profesional/estudiante sanitario o no.
2. Puntúa del 0 al 10 la posibilidad que crees que tienes de padecer cáncer de mama, colon o cérvix en algún momento de su vida (siendo 0 la imposibilidad de que ocurra y 10 la certeza absoluta de que va a ocurrir).
3. ¿Cómo de grave crees que sería padecer alguno de estos cánceres? Puntúe del 0 al 10

Primero, vamos a explicar qué son los cribados de una manera muy general (si ya lo sabes, pasa directamente a responder las preguntas de abajo): son pruebas médicas que se les hace a la población general para detectar cánceres en fases asintomáticas. Es probable que te suenen algunos como la mamografía, la prueba de sangre oculta en heces o la citología.

¡Ahora sí! Comencemos con las preguntas acerca de los cribados.

4. ¿Cuáles son los tres motivos principales que te llevan a percibir la gravedad indicada en la pregunta anterior?
  - Fallecer
  - La incapacidad de trabajar
  - La incapacidad de hacer vida en familia o social
  - El sentir dolor
  - Ninguna (en caso de haber señalado anteriormente 0)
  - Otro motivo (espacio a rellenar)
5. Del 1 al 10, ¿cómo de efectivos crees que son los cribados? (capacidad de detectar la enfermedad o ausencia de esta)
6. Del 1 al 10, ¿qué posibilidad o frecuencia crees que hay de que el resultado del cribado sea incorrecto?

7. Puntúa del 1 al 10, ¿cómo de importante crees que es detectar un cáncer en sus estadios iniciales en cuanto al pronóstico?
8. Marca la relevancia que tendría cada uno de los siguientes casos a la hora de presentarse al cribado (Opciones: “No me presentaría al cribado, Dudaría en si acudir o no, Acudiría (no influiría en mi decisión)”)
  - Perder tiempo
  - Miedo a sufrir dolor/daño
  - Miedo a que el cribado sea positivo
  - No sentirme enfermo
9. ¿Existe alguna otra situación que haría que NO acudieses a algún cribado o que te hiciese dudar? ¿Cuál?
10. Señala 1 o 2 motivos que tengan más importancia para ti a la hora de decidir si acudir a un cribado o no
  - Percibir signos y síntomas que puede creer relacionados con alguna de estas enfermedades.
  - Consejos de las personas que le rodean
  - Consejos en redes sociales
  - Consejos en la televisión, radio, periódico u otros medios de comunicación.
  - Consejos dados por personal del sistema de salud
11. El hecho de que existan los cribados de estas enfermedades, ¿te ha llevado a realizar alguna de estas acciones? (opción múltiple)
  - Buscar información en internet
  - Preguntarle acerca de estas a algún profesional sanitario
  - Hablar/comentar con personas de tu alrededor la severidad de estas enfermedades.
  - Dar por hecho que estas enfermedades son más peligrosas que otras
  - Creer que si ha dado negativo le exime de tener la enfermedad
  - Tener sobrevigilados los síntomas que relaciona con dichas enfermedades.
  - Otras acciones
12. ¿Sabes si deberías hacerte algún cribado actualmente? (puedes señalar los que creas necesarios. (opción múltiple)
  - Sí, cribado de cáncer de mama
  - Sí, cribado de cáncer de cérvix
  - Sí, cribado de cáncer de colon
  - No, no soy población a estudio
  - No lo sé
13. ¿Cuáles de los siguientes crees que son factores que predisponen a la aparición de un cáncer de mama? (opción múltiple)
  - Nunca haber estado embarazada
  - Tener el primer embarazo a una edad avanzada
  - Menopausia precoz
  - Tener la regla a una edad tardía
  - Delgadez

- Tabaco
  - Alcohol
14. ¿Cuáles de los siguientes crees que son factores que predisponen a la aparición de un cáncer de cérvix o cuello de útero? (opción múltiple)
- Haber tenido pocas parejas sexuales
  - Tabaco
  - Haber tenido 3 o más embarazos a término
  - Edad tardía en el primer embarazo
  - Alimentación rica en frutas y verduras
  - Infección por virus del papiloma humano
  - Medicación con anticonceptivos hormonales
15. ¿Cuáles de los siguientes crees que son factores que predisponen a la aparición de un cáncer de colon? (opción múltiple)
- Delgadez
  - Actividad física
  - Alimentación rica en pescado y marisco
  - Alimentación rica en carnes rojas
  - Alimentación rica en frutas y verduras
  - Tabaco
  - Diabetes tipo II
16. Y la última pregunta... en las 3 preguntas anteriores ¿en qué porcentaje (más o menos) has tenido dudas? (opción única)
- Tengo gran conocimiento en la materia.
  - En menos del 30% (dudé en muy pocas)
  - Entre 30-70%
  - En más del 70% (dudé en casi todo)
  - 100% (desconocía completamente todos los datos)
17. ¿Crees que sería útil tener a tu disposición algún tipo de folleto informativo o página de referencia para conocer los factores que predisponen a estos cánceres y saber quiénes y cuándo deben presentarse a estos cribados? Sí/No

## 7.2 Anexo 2: Tríptico/folleto informativo

### ¿Quién y cuándo debe acudir a los cribados oncológicos?

**Cribado de cáncer de mama**

Mujeres de entre 50 y 69 años  
 → ¿Qué prueba? Mamografía  
 → ¿Cada cuánto? Cada 2 años

**Cribado de cáncer de cérvix**

Mujeres de entre 25 y 65 años  
 → ¿Qué prueba? Citología  
 → ¿Cada cuánto? Cada 3 años en personas de 25-34 años y cada 5 años en mujeres de 35-65 años.

**Cribado de cáncer de colon**

Hombres y mujeres de entre 50 y 69 años  
 → ¿Qué prueba? Sangre oculta en heces  
 → ¿Cada cuánto? Cada 2 años



### Búscanos para informarte

**CheQueate**

**Para cualquier duda**  
 Consulte a su médico de cabecera

**Dirección de correo**  
 teresa.vega@rai.usc.es

**Sitio web**  
<https://chequeate.my.canva.site/concienciacion-sobre-cribados>



**¡Empodérate y toma responsabilidad sobre tu salud!**  
**Campaña de concienciación de los cribados oncológicos.**

**¿Tienes dudas sobre los cribados?**



**Vamos a intentar resolverlas**

En un estudio realizado durante el año 2024 en la Universidad de Santiago de Compostela, se observó que en la población había muchas dudas y miedos acerca de los cribados poblacionales oncológicos. Así que, ¡te aclaramos algunos datos!

### Principales factores de riesgo

**Cáncer de cérvix**

- Fumar
- Alto número de relaciones sexuales de riesgo
- Sistema inmune debilitado o padecer otras enfermedades de transmisión sexual
- No estar vacunada del VPH

**Cáncer de colon**

- Obesidad
- Fumar
- Alto consumo de carnes rojas
- Consumo excesivo de alcohol

**Cáncer de mama**

- No haber lactado a los hijos
- Obesidad y sedentarismo
- No haber tenido hijos o tenerlos después de los 30 años
- Terapia hormonal con estrógenos tras la menopausia
- Fumar

### ¿Sabías que...

1 de cada 8 mujeres tendrán cáncer de mama a lo largo de su vida, que el cáncer colorrectal es el tumor más frecuentemente diagnosticado en España en hombres y mujeres y que el cáncer de cérvix es el 4º cáncer más frecuente entre las mujeres de 15 a 44 años.



















Los cánceres en estadios precoces son **ASINTOMÁTICOS** y, ¿qué quiere decir esto? Cuando los tumores aún son "jóvenes", no dan señales de vida ni se manifiestan de ninguna forma. Sin embargo, este es el momento perfecto para detectarlos, ya que, encontrar un tumor en un **estadio precoz**, aumenta la posibilidad de sobrevivir a la enfermedad y de, incluso, curarla.

Por ello, en nuestro país se realizan los **cribados** de cáncer de mama, colon y cérvix con el objetivo de dicha "detección temprana"

Según la OMS, con medidas preventivas como el control de los factores de riesgo y una alta tasa de participación en los cribados o screening de detección de cánceres, se podría **evitar hasta un 50% de las muertes y secuelas graves por cáncer**. Y lo mejor... ¡no son pruebas dolorosas ni invasivas!

Sin embargo, los cribados no son la panacea... de hecho, **un 10% de los resultados "sanos" realmente no lo están**. Pero, por eso, existen protocolos sanitarios que tienen como objetivo detectar todos los casos. Por este motivo, es tan **importante que acudas a todos los cribados** que se indican según tu rango de edad, y no solo a uno. Y entonces, si el resultado de un **cribado es positivo**, ¿significa que tengo cáncer? Depende de la prueba y de la persona, pero el porcentaje de aciertos varía entre el 50 y el 70%. Por tanto, ante ese resultado, **habrá que seguir haciendo pruebas** (colonoscopia, biopsia, etc) para poder elegir el mejor tratamiento si se diese el caso.

### 7.3 Adhesivos murales

<p><b>Píldora de prevención</b> 1 de cada 8 mujeres padecerán cáncer de mama a lo largo de su vida</p>	<p>si quieres saber más...</p>  <p>Che </p>	<p><b>Píldora de prevención</b> El cáncer más frecuentemente diagnosticado en hombres y mujeres es el cáncer colorrectal</p>	<p>si quieres saber más...</p>  <p>Che </p>
<p><b>Píldora de prevención</b> El cáncer de cérvix es uno de los cánceres más frecuentes en mujeres de entre 15 y 44 años.</p>	<p>si quieres saber más...</p>  <p>Che </p>	<p><b>Píldora de prevención</b> Las pruebas que se usan para los cribados oncológicos (mamografía, sangre oculta en heces y citologías) no son dolorosas ni invasivas</p>	<p>si quieres saber más...</p>  <p>Che </p>
<p><b>Píldora de prevención</b> Según la OMS, con medidas preventivas se pueden evitar hasta un 50% de las muertes y las secuelas graves ocasionadas por el cáncer de mama, colon y cérvix.</p>	<p>si quieres saber más...</p>  <p>Che </p>	<p><b>Píldora de prevención</b> Los cribados oncológicos tienen como objetivo detectar estas enfermedades cuando aún están en fase asintomática</p>	<p>si quieres saber más...</p>  <p>Che </p>
<p><b>Píldora de prevención</b> Que el resultado de una prueba de cribado sea positivo solo significa que deberías someterse a otras pruebas médicas para conocer el diagnóstico y tratamiento correspondiente.</p>	<p>si quieres saber más...</p>  <p>Che </p>		
<p><b>Píldora de prevención</b> Los resultados de las pruebas médicas podrían ser erróneos. Por ello, debes acudir a todos los cribados oncológicos indicados para tu sexo y edad.</p>	<p>si quieres saber más...</p>  <p>Che </p>		
<p><b>Píldora de prevención</b> Fumar, tomar alcohol en exceso, la obesidad y el sedentarismo son factores de riesgo para algunos de los cánceres más frecuentes en nuestra población</p>	<p>si quieres saber más...</p>  <p>Che </p>		