



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2020/2021

Convocatoria Junio

Modalidad: Trabajo no ajustado a las modalidades propuestas

Título: Predictores de la realización del test de sangre oculta en heces para la detección precoz del cáncer colorrectal.

Autora: Francisca Gregori Matos

Tutora: Ainara Nardi Rodríguez

Elche, a 02 de junio de 2021

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Método.....	8
3.1 Participantes.....	8
3.2 Variables e instrumentos.....	8
3.3 Procedimiento.....	9
3.4 Análisis de datos.....	9
4. Resultados.....	10
4.1 Análisis descriptivos y correlacionales.....	10
4.2 Análisis de fiabilidad de las escalas.....	11
4.3 Análisis de regresión.....	13
4.4 Análisis de los resultados en función del sexo y la profesión.....	13
5. Discusión.....	14
6. Conclusiones.....	18
7. Referencias bibliográficas.....	20
Tabla 1.....	11
Tabla 2.....	11
Tabla 3.....	13
Figura 1.....	7

Resumen

La realización de tests de sangre oculta en heces (TSOH) para la detección precoz del cáncer de colon necesita ser potenciada entre la población. El objetivo del presente estudio fue identificar los predictores que influyen en la conducta de realizarse un TSOH y conocer si el sexo y la profesión influyen en la intención y realización de dicho test. Para ello se administró un cuestionario a 64 personas entre 50 y 64 años basado en la teoría de la acción planeada (TAP). El análisis de regresión mostró que la actitud ($\beta = .43$) y norma subjetiva ($\beta = .39$) son predictores de la intención ($R^2 = .64$), pero no la percepción de control. Además, los estadísticos de contraste mostraron diferencias según el sexo en la intención (más alta en mujeres) y según la categoría profesional en la conducta pasada (más alta en personas con trabajos no cualificados). El presente estudio apunta a la necesidad de replicar este estudio exploratorio con una muestra más grande, dada la adecuación de la TAP para predecir la intención de realizarse un TSOH. De confirmarse los resultados en un estudio prospectivo, las estrategias para promover la conducta deberían diferir en función del sexo y la categoría profesional.

Palabras clave: teoría de la acción planeada; cáncer colorrectal; test de sangre oculta en heces; sexo; categorías profesionales.

Abstract

The fecal occult blood test (FOBT) procedure for early detection of colorectal cancer, needs to be enhanced among the population. The aim of this study was identifying predictors that had an influence on taking the FOBT and to know if sex and professional category had an influence on the intention and behavior of taking the test. Hence, a questionnaire was given to 64 people between 50 and 64 years old, based on the Theory of Planned Behavior (TPB). The regression analysis showed that attitude ($\beta = .43$) and social norm ($\beta = .39$) are predictors of intention ($R^2 = .64$), but not behavioural control. Furthermore, contrasts analyses show an effect of sex on intention (higher on women) and an effect of professional category on past behavior (higher on people with unqualified jobs). The present study points to the need of replicating this exploratory research with a bigger amount of people, due to the adequacy of TBP to predict the intention of taking the FOBT. Once prospective study results are confirmed, strategies to promote the behavior should be different according to sex and professional category.

Key words: theory of planned behavior; colorectal cancer; fecal occult blood test; sex; professional category.

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es un tumor que se desarrolla a partir del crecimiento de pólipos en el intestino grueso. Se trata del tumor con mayor incidencia en España si se tiene en cuenta a hombres y mujeres, diagnosticándose 41.441 casos nuevos cada año (40 casos por cada 100.000 habitantes) (Cubiella et al., 2018). Es el segundo tumor más prevalente y mortal para ambos sexos (Sociedad Española de Oncología Médica, 2020), con una probabilidad de supervivencia tras 5 años del 63% (Cubiella et al., 2018). No obstante, el CCR provocó un 1,2% menos de defunciones en 2018 respecto a 2017.

Por sexos, lo padecen mayoritariamente los hombres (1 de cada 20 hombres frente a 1 de cada 30 mujeres menores de 74 años de edad) (Fundación Española del Aparato Digestivo, 2021). En la provincia de Alicante, la incidencia de CCR en hombres es de 102 por cada 100.000 habitantes y en mujeres 55 por cada 100.000 habitantes mientras que su tasa de mortalidad es similar entre ambos sexos (14% hombres y 15% mujeres) (Generalitat Valenciana, 2019).

Entre los factores que aumentan el riesgo de sufrirlo se encuentran la edad (el 90% de personas con CCR tienen más de 50 años), enfermedades inflamatorias intestinales, factores genéticos, insuficiente actividad física, alimentación escasa en fibra, sobrepeso y consumo de alcohol y tabaco (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021). En cuanto a la sintomatología, la presencia de pólipos o cáncer suele ser asintomático sobre todo en fases iniciales, pudiendo estar en el intestino grueso entre 10-15 años sin presentar síntomas hasta que se transforman en cáncer (Generalitat Valenciana, s.f.). Sin embargo, en ocasiones viene acompañada de sangrado en las heces, diarrea, estreñimiento o incomodidad abdominal (CDC, 2021).

La extracción de pólipos en las fases iniciales, donde es más eficaz el tratamiento, aumenta en un 90% la probabilidad de supervivencia en 5 años (Cubiella et al., 2018). Por ello, la forma más eficaz de reducir el riesgo es mediante la realización regular de pruebas de detección a personas con 50 años o más, si no existen antecedentes familiares (CDC, 2020). Algunas de las pruebas de detección más empleadas son la colonoscopia (cada 3, 5 ó 10 años, según el riesgo) y el test de sangre oculta en heces (cada año o dos años) (Viñesa et al. 2003).

La colonoscopia consiste en la introducción de un endoscopio por el ano, con el objetivo de explorar el colon y el recto y detectar pólipos o cáncer. Durante el transcurso de la prueba el/la profesional puede extraer los pólipos y algunos cánceres (CDC, 2020).

Es la prueba de mayor sensibilidad (95%) y especificidad (99%), con una efectividad en cuanto al descenso del número de muertes entre 62-90% según algunos autores, bastando una única prueba entre los 55 y los 60 años para obtener un beneficio considerable (Viñesa et al. 2003). Por el contrario, el test de sangre oculta en heces (TSOH) estudia la posible existencia de rastros de sangre oculta en una muestra de heces, ya que esto, puede significar presencia de un cáncer, aunque también podría deberse a otras lesiones no cancerígenas como hemorroides (FEAD, 2021). A pesar de que la sensibilidad del TSOH es de un 40-60%, se ha demostrado que reduce la mortalidad. Esto se debe a que cuando el TSOH da positivo, se realiza una colonoscopia, disminuyendo en un 20% la incidencia en cuanto a detección y extirpación de pólipos adenomatosos (58,7% frente al 52,8% en estadio local) (Viñesa et al. 2003).

El TSOH suele ser la más utilizada al tratarse de una prueba sencilla y económica que permite ser realizada anualmente (FEAD, 2021; Viñesa et al. 2003). Es por este motivo, que desde el año 2005 la Comunidad Valenciana tiene en marcha un programa de prevención para el CCR, dirigido a personas entre 50 y 69 años, basado en la aplicación del TSOH. El funcionamiento de este programa se basa en el envío a domicilio, cada dos años, de un kit con el material y las instrucciones necesarias para que la propia persona recoja una muestra de heces. Posteriormente, se debe entregar en su centro de atención primaria para ser analizada. En caso de obtener un resultado positivo (entre 4 y 5 de cada 100 personas lo obtienen), se realiza una colonoscopia para confirmar o rechazar que se trate de un cáncer (Generalitat Valenciana, s.f.). En 2018, de los 277.105 TSOH que se realizaron, se encontraron más de 14.000 positivos, donde tras la colonoscopia, se diagnosticaron y atendieron 5.404 pólipos, siendo 1.125 de riesgo alto. La mayoría fueron diagnosticados en fases iniciales, incrementando la eficacia de los tratamientos y, por tanto, de la curación (Generalitat Valenciana, 2019). Sin embargo, la otra cara de la moneda es que apenas se realizó el TSOH la mitad de las personas a las que se invitó (530.000 personas). (Generalitat Valenciana, 2019)

En cuanto a los motivos de la participación en la Comunidad Valenciana, Molina-Barceló et al. (2014) identificaron en su estudio los siguientes: "importante para la salud" (97,9 %), "la prueba es sencilla" (97,6%), "si se detecta a tiempo puede curarse" (93,6%), "querer descartar la posibilidad de un CCR" (92,6 %) y "por recomendación del médico/a de cabecera" (33,2%). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo ni la clase social, pero sí debido a la edad en relación con el último motivo. Por el contrario, entre los motivos mayoritarios de no participación se encontraron "ausencia de síntomas de CCR" (49,7 %) y "no recibió la carta de

invitación" (48,3 %)", mostrándose diferencias por sexos en el motivo "falta de tiempo" más marcada por hombres; y "prueba desagradable", "otras pruebas de CCR anteriores" y "vergüenza a hacerse la prueba" más marcadas por mujeres. Esta investigación, mostró una mayor participación de mujeres (57,1%), de personas mayores de 60 años (58,4%) y de clase social obrera (51,1%).

Esta información puede resultar relevante de cara al diseño de campañas de concienciación dirigidas a aumentar la adhesión de la población a dicha prueba de cribado. De acuerdo con Fishbein y Ajzen (2010), dicha información haría referencia a creencias comportamentales ("descartar la posibilidad de un CCR"), normativas ("recomendación familiar") y de control ("falta de tiempo"), aunque se desconoce si se han identificado todas las creencias modales salientes. Además, no todas tienen por qué ser objetivo de campañas si no están detrás de la configuración de los predictores de la conducta. Esto es de suma relevancia, dado que según expertas/os, es importante emplear modelos conductuales basados en la evidencia para generar cambios comportamentales en salud (Michie y Abraham, 2004). Las ventajas son múltiples, ya que presentan una mayor eficacia aquellas intervenciones en las que se trabaja sobre los determinantes que causan el comportamiento y sobre el cambio conductual. Asimismo, al poder evaluar la intervención, se comprueba la adecuación de la teoría y se desarrolla, favoreciendo una mejor comprensión de aquello que resulta efectivo, con el objetivo de perfeccionar y extender a otras áreas las distintas técnicas empleadas (Michie et al., 2008).

La Teoría de la Acción Planeada (TAP) es un modelo predictivo del comportamiento humano que ha demostrado su eficacia en un amplio rango de conductas de salud (Armitage y Conner, 2004). Según este modelo, para que una persona realice una conducta primero ha de tener la intención de ejecutarla. La intención se refiere a la probabilidad que percibe la propia persona de que ella misma realice la conducta. Por su parte la intención viene determinada por 3 constructos: la actitud, norma social percibida y percepción de control. La actitud alude a la opinión que tiene una persona sobre si ejecutar la conducta es bueno o malo para ella. Recoge un componente experiencial (valoración de la experiencia) e instrumental (valoración de los resultados) (Huéscar et al., 2014). Por su parte, la norma subjetiva o social percibida está configurada por la norma prescriptiva (percepción de que las personas importantes piensan que debería hacer o no la conducta) y la descriptiva (percepción de que las personas importantes realizan/realizarían o no la conducta). Por último, el control percibido, hace referencia a la sensación de facilidad o dificultad de llevar a cabo un

comportamiento, ya sea por factores internos y/o externos. Además de ser un predictor de la intención, también lo es de la conducta, puesto que aunque la intención de realizar una conducta puede ser elevada, es necesario que las personas perciban percepción de control en un momento determinado para llevarla a cabo. (Fishbein & Ajzen, 2010).

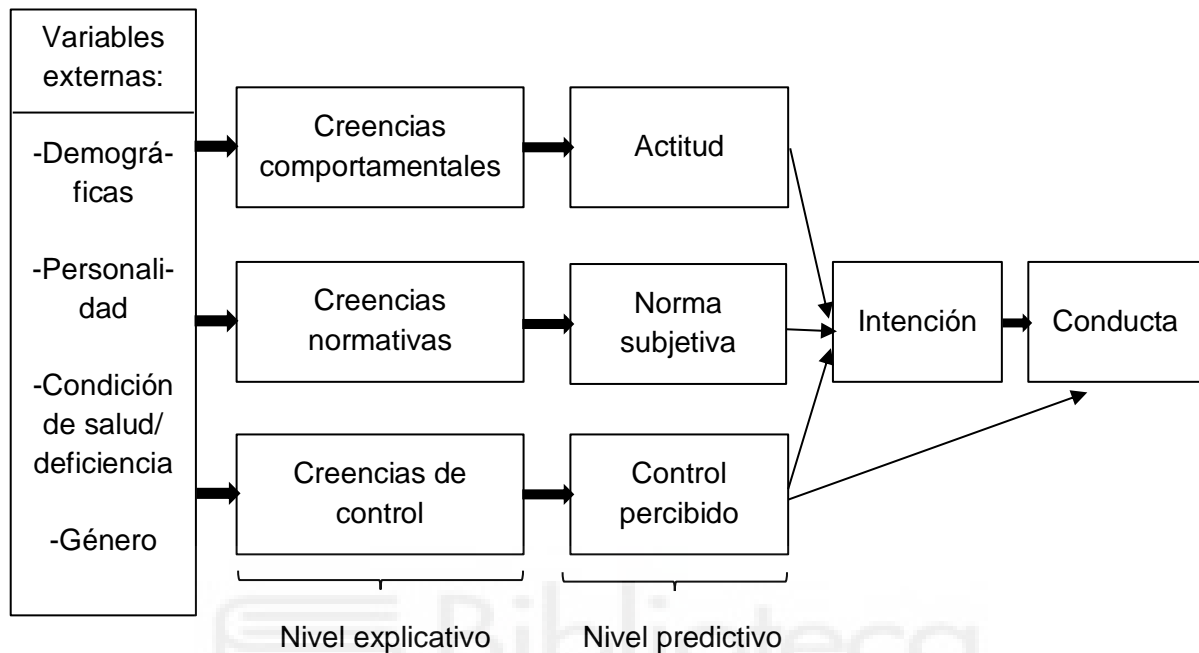


Figura 1. Modelo Teoría Acción Planeada (Fishbein y Ajzen, 2010)

Las variables anteriores constituyen el nivel predictivo del modelo, mientras que el nivel explicativo lo conforman las creencias comportamentales, normativas y de control que explican cada uno de los predictores. Son el objeto diana de una intervención. No obstante, sólo habría que intervenir en aquellas cuyos predictores determinan la intención de realizar la conducta. Por todo ello el objetivo del presente trabajo es realizar un estudio piloto de la aplicabilidad del modelo para predecir la realización de un test de sangre oculta en heces con población española. Más concretamente los objetivos son: 1) identificar los predictores de la conducta y 2) analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la intención y conducta pasada en función del sexo y la categoría profesional. En la literatura científica revisada solo se ha hallado un estudio realizado en Hong Kong en el que siguiendo la Teoría de la Acción Planeada (TAP), concluyó que la influencia de la norma subjetiva, un alto control percibido y una actitud positiva ante el TSOH, predecía una alta intención de realizarse un TSOH, lo cual se relacionó de forma estadísticamente significativa con realizarse dicha prueba (Huang et al., 2020). No se han hallado estudios al respecto en

nuestro país que permitan conocer si los predictores difieren o no por motivos sociales y culturales.

Método

Participantes

La muestra del presente estudio está compuesta por 64 personas, de las cuales 23 son hombres (35,9%) y 41 mujeres (64,1%). Las edades de la muestra oscilan entre 50 y 68 años ($M = 57.44$, $DT = 4.514$), siendo 56 españoles/as (87,5%), 7 latinoamericanos/as (10,94%) y 1 europeo (1,56%). Además, el 65,6% ($n=42$) de las personas participantes estaban casados/as, el 17,2% ($n=11$) divorciado/a o separado/a, el 12,5% ($n=8$) viudo/a y el 4,7% ($n=3$) soltero/a. En cuanto al nivel de estudios, el 56,3% ($n=36$) tenía un grado universitario, el 34,4% ($n=22$) bachillerato, grado medio o FP; el 4,7% ($n=3$) estudios secundarios y el 4,7% ($n=3$) estudios primarios. De las 64 personas, 12 (18,75%) son profesionales de la salud, 36 (56,25%) son trabajadores/as cualificados/as y 16 (25%) trabajadores/as no cualificados/as.

Variables e instrumentos

Se administró telemáticamente un cuestionario, que constaba de dos partes. En la primera, se preguntaba por datos sociodemográficos como la edad, el sexo, el país de nacimiento, el nivel de estudios, la profesión y el estado civil. En la segunda parte, se formularon preguntas dirigidas a medir los constructos del nivel predictivo de la TAP siguiendo las directrices de los autores (Fishbein y Ajzen, 2010). Las escalas de respuesta eran de tipo Likert de 7 puntos bipolares. Los adverbios variaban en función del contenido del ítem. Solo en el caso de la conducta pasada, se utilizó una escala dicotómica de “sí” o “no”.

Conducta pasada. Se diseñaron 3 ítems. Por ejemplo: *En el pasado, he recibido una carta de la Generalitat Valenciana para realizarme un test de sangre oculta en heces y he participado.*

Intención. Se elaboraron 3 ítems. Por ejemplo: *Tengo la intención de hacerme un test de sangre oculta en heces.* A mayor puntuación media, mayor era la intención de realizar la conducta.

Actitud. Se diseñaron 12 ítems. En este caso, las escalas de respuesta también eran de 7 puntos de tipo bipolar, solo que en sus extremos se encontraban 6 adjetivos

que medían actitud instrumental (p.e beneficioso/perjudicial, inútil/útil) y 6 adjetivos que medían actitud experiencial (p.e peligroso/seguro y relajante/estresante). La elección de los 12 adjetivos se realizó tras una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre TSOH. A mayor puntuación media, más favorable era la actitud hacia la conducta.

Norma social. Se diseñaron 6 ítems: 3 ítems que medían norma social prescriptiva y 3 ítems que medían norma social descriptiva. Un ejemplo de ítem de norma social prescriptiva sería: las personas importantes para mí, creen que debería hacerme un test de sangre oculta en heces. Mientras que uno de norma social descriptiva sería: las personas importantes para mí, se harían (si reuniesen las condiciones de edad) un test de sangre oculta en heces. A mayor puntuación media, mayor presión social percibida.

Percepción de control. Se diseñaron 3 ítems. Por ejemplo: *Hacerme un test de sangre oculta en heces, depende totalmente de mí.* A mayor puntuación media, mayor percepción de control.

Procedimiento

En primer lugar, se solicitó permiso a la Oficina de Investigación Responsable (OIR) de la UMH, para poder administrar el cuestionario de forma online. Tratándose de un cuestionario anónimo y cuya participación es voluntaria.

Este cuestionario fue diseñado con la herramienta *Google Forms*. El periodo de recogida de los datos fue desde el 1 de marzo hasta el 31 de marzo, extendiéndose el plazo de nuevo del 26 de abril al 30 de abril, con la finalidad de recabar más muestra. El cuestionario fue difundido por redes sociales. Por ende, el proceso de recolección de datos se basó en un muestreo no probabilístico por conveniencia y de bola de nieve.

Como criterios de inclusión, se estableció que las personas participantes debían: (1) tener entre 50 y 69 años, ya que es la edad a la que se lleva a cabo el programa de prevención de la Generalitat Valenciana por tratarse de personas con mayor riesgo, (2) ser residentes en la Comunidad Valenciana y (3) ser hispanohablantes.

Análisis de datos

Para el análisis de datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS 22. Se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos, de los ítems y de los constructos. Igualmente, se realizó un análisis de fiabilidad y de correlación entre los constructos, así como un análisis de regresión introduciendo actitud, norma subjetiva y percepción de

control como variables predictoras de la intención. Con el objetivo de analizar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los predictores de la conducta en función del sexo y en función de la categoría profesional a la que pertenecían, se utilizó el Test U de Mann Whitney y el Test de Kruskal-Wallis, respectivamente. Los motivos por los cuáles se emplearon fueron que la muestra no presentaba una distribución normal y que las variables estudiadas son de tipo cualitativo. Cabe matizar que, aunque se empleó el test de Kruskal-Wallis para analizar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las categorías profesionales, a posteriori se utilizó el Test U de Mann Whitney para estudiar entre qué categorías se daban estas diferencias en la conducta.

Resultados

Análisis descriptivos y correlacionales

De las 64 personas que componen la muestra, 48 de ellas (75%) recibieron con anterioridad una carta de la Generalitat Valenciana invitándoles a participar: El 62,5% eran mujeres y el 37,5% hombres. No obstante, de esas 48 personas, solamente 28 (43,8%) se realizaron el TSOH (60,71% mujeres y 39,29% hombres). Asimismo, únicamente se hicieron el TSOH sin haber recibido la carta de la Generalitat Valenciana 6 personas (9,4%), de las cuales 5 eran mujeres y 1 hombre.

Además, los análisis descriptivos también muestran que de esas 48 personas que recibieron la carta de la Generalitat Valenciana con anterioridad, el 22,92% eran profesionales de la salud, el 50% trabajadores/as cualificados/as y el 27,08% trabajadores/as no cualificados/as. De las 28 personas que se realizaron el TSOH, el 21,43% eran profesionales de la salud, el 42,86% trabajadores/as cualificados/as y el 35,71% trabajadores/as no cualificados/as. Por último, de las 6 personas que se realizaron el TSOH sin haber recibido la carta, 3 eran trabajadores/as cualificados/as y 3 trabajadores/as no cualificados/as.

En cuanto al análisis de las correlaciones se observa que todas las correlaciones entre los constructos son significativas ($p \leq .01$), siendo la relación más fuerte la existente entre “intención” y “actitud” ($r = .76$), seguida de “intención” y “norma social” ($r = .75$). Por otro lado, la correlación más débil se da entre “conducta” y “percepción de control” ($r = .27$) (Tabla 1).

Respecto a las medias de los constructos estas son similares, siendo la más alta la media de la norma subjetiva ($M= 4.50$), seguida de la percepción de control ($M= 4.46$), la intención ($M= 4.41$) y, por último, la actitud ($M= 4.39$) (Tabla 1).

Tabla 1.

Análisis descriptivo de los constructos y correlaciones entre ellos.

Constructo	$M \pm DS$	1	2	3	4	5
1- Conducta		-	.539*	.682*	.534*	.268*
2- Intención	4.40±1.69		-	.759*	.751*	.466*
3 - Actitud	4.38±0.90			-	.759*	.457*
4 - Norma Social	4.50±1.21				-	.505*
5- Percepción control	4.46±1.44					-

* $p \geq .01$

Análisis de fiabilidad de las escalas

El análisis de fiabilidad de los constructos muestra un Alfa de Cronbach entre .60 (percepción de control) y .91 (actitud). La consistencia interna de las variables *intención*, *actitud* y *norma subjetiva* no aumentan tras la eliminación de ningún ítem. Mientras que sí lo hace la variable *percepción de control* tras la eliminación del ítem número 2 (de $\alpha = .60$ a $\alpha = 0.79$) (Tabla 2).

Tabla 2.

Análisis de fiabilidad.

	M	DS	$r I-T$	α
Intención	4.41	5.07		.87
Ítem 1	4.20	1.98	.86	
Ítem 2	4.70	1.83	.80	
Ítem 3	4.31	1.88	.81	
Actitud	4.39	10.82		.91

Actitud Instrumental	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>r I-T</i>	<i>α</i>
	4.84	6.56		.91
Ítem 1	4.80	1.56	.89	
Ítem 2	4.98	1.29	.88	
Ítem 3	4.91	1.17	.88	
Ítem 4	4.92	1.24	.89	
Ítem 5	4.56	1.53	.91	
Ítem 6	4.89	1.11	.88	
Actitud Experiencial	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>r I-T</i>	<i>α</i>
	3.93	5.24		.80
Ítem 1	5.14	1.23	.80	
Ítem 2	5.11	1.22	.78	
Ítem 3	3.31	1.46	.72	
Ítem 4	3.22	1.13	.79	
Ítem 5	2.92	.98	.77	
Ítem 6	3.86	1.42	.74	
Norma Subjetiva	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>r I-T</i>	<i>α</i>
	4.50	7.23		.86
Norma Subjetiva Prescriptiva	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>r I-T</i>	<i>α</i>
	4.53	3.97		.72
Ítem 1	4.23	1.94	.68	
Ítem 2	4.45	1.68	.65	
Ítem 3	4.89	1.30	.50	
Norma Subjetiva Descriptiva	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>r I-T</i>	<i>α</i>
	4.47	3.89		.81

Ítem 1	4.86	1.46	.79	
Ítem 2	4.30	1.56	.64	
Ítem 3	4.25	1.55	.78	
Percepción de control	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>r I-T</i>	<i>α</i>
	4.46	4.31		.60
Ítem 1	4.53	1.92	.40	
Ítem 2	4.64	1.91	.79	
Ítem 3	4.20	1.97	.15	

r I-T = Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido

Análisis de regresión

Los constructos predictivos de la intención explican un 63,5% de la varianza de la intención, siendo la actitud ($\beta = .431$; $p = .001$) y la norma social ($\beta = .387$; $p = .002$) quienes mayor peso predictivo tienen en ese orden (Tabla 3). La percepción de control no muestra ser un predictor significativo de la intención ($p = .415$), ni siquiera cuando se introduce en la regresión la escala tras eliminar el ítem 2 ($p = .069$).

Tabla 3.
Análisis de regresión.

Criterio	Predictor	<i>M (SD)</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>β</i>
Intención		4.40 (1.69)	.64	37.52 (.000)	
	Actitud	4.38 (0.90)			.43 (.001)
	Norma Subjetiva	4.50 (1.21)			.39 (.002)
	Percepción de Control	4.46 (1.44)			.07 (.415)

Análisis de los resultados en función del sexo y la profesión

Sexo

La prueba U de Mann Whitney indica que hay diferencias estadísticamente significativas según el sexo en la media de la intención ($p= .047$), donde las mujeres han puntuado más alto ($M= 4.67$) que los hombres ($M= 3.93$). Sin embargo, no las hay en la conducta pasada ($p= .871$), en la actitud ($p= .867$) ni en la norma social percibida ($p= .528$).

Categorías profesionales

La prueba H de Kruskal-Wallis indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en la intención en función de si son profesionales de la salud o no ($p= .082$), mientras que sí las hay en la conducta ($p= .021$). Tras aplicar la U de Mann Whitney a la conducta pasada, se detectó que las diferencias estadísticamente significativas residían entre el grupo de profesionales de la salud y el grupo de trabajadores/as no cualificados/as ($p= .024$). Dándose también diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de trabajadores/as cualificados/as con los/las trabajadores/as no cualificados/as ($p= .010$). En ambos casos, las puntuaciones más altas las obtuvieron el grupo de menor cualificación.

Discusión

El cáncer colorrectal ocupa en España el primer puesto en cuanto a incidencia entre hombres y mujeres (Cubiella et al., 2018) y el segundo puesto en prevalencia y mortalidad para ambos sexos (Sociedad Española de Oncología Médica, 2020). Para combatirlo, la Comunidad Valenciana lanza cada año un programa de prevención para personas entre 50 y 69 años basado en la prueba de detección del test de sangre oculta en heces (TSOH). Sin embargo, en 2018, únicamente participaron la mitad de las personas a las que se invitó (Generalitat Valenciana, 2019). El motivo por el que resulta fundamental la detección precoz es porque aumenta la eficacia de los tratamientos (Generalitat Valenciana, 2019) y, por tanto, reduce la mortalidad y la incidencia (Viñesa et al., 2003). Resulta pues, se hace de vital importancia conocer las causas de la baja participación.

Con el propósito de poder realizar en un futuro campañas de adhesión a esta prueba, se ha realizado un estudio exploratorio en el que se ha aplicado la TAP a la conducta de realizarse un TSOH. Más concretamente, los objetivos fueron: identificar los predictores de la conducta y analizar si existen diferencias estadísticamente

significativas en la intención y conducta pasada en función del sexo y la categoría profesional.

Respecto a las medias de los constructos, todas se situaban entre 4.38 y 4.50, lo que significa que las respuestas de la población de riesgo se encuentran entre “algo verdadero” y “bastante verdadero”. Lo cual indica que si bien intención, actitud, presión social y percepción de control son favorables, necesitan ser potenciadas.

En cuanto a los predictores de la intención se obtuvo como resultado que la actitud y la norma subjetiva poseen capacidad predictiva sobre esta, pero no la percepción de control.

La actitud, en este estudio, es el predictor que más peso aporta a la intención. Este hecho va en consonancia con el estudio de Huang et al. (2020). Además, en el estudio de Cooke et al. (2008), una revisión sistemática de 33 estudios sobre la TAP en programas de cribado, se concluye que la actitud tiene una asociación muy grande con la intención. Esto sería debido a que las personas toman decisiones de manera informada, conociendo las ventajas de las pruebas de cribado. El estudio de McCaffrey et al. (2003) apunta en la misma línea, un alto conocimiento está asociado de manera estadísticamente significativa con una actitud positiva hacia la prueba de cribado del cáncer colorrectal (CCR), que a su vez se asocia con una alta intención. Asimismo, según Ramos et al. (2013), una elevada actitud se puede deber a la percepción del cáncer como una enfermedad seria, pero curable, sobre todo si se detecta de forma precoz, lo que aumenta la actitud positiva ante el cribado de CCR. Por tanto, teniendo en cuenta que las personas participantes en nuestro estudio no presentan una actitud totalmente favorable hacia realizarse el TSOH, sería conveniente realizar campañas de concienciación en el que se informase de las ventajas de realizarse esta prueba en concreto. Igualmente deberían enfatizar en la importancia de la detección precoz del segundo tipo de cáncer más prevalente y mortal en nuestro país.

En relación con la norma social, en este estudio, es el segundo predictor que más peso aporta a la intención. Este hecho va en consonancia con el estudio de Huang et al. (2020) y con el estudio de Cooke et al. (2008), que afirman que la norma social es un predictor de la intención. Si bien, en estos estudios la norma social aporta una explicación a la varianza modesta. Al parecer, la norma social funciona mejor como predictor en las pruebas prenatales, seguido de los test genéticos, controles de salud y pruebas de detección del CCR. Esto podría ser debido a que una decisión prenatal afecta no solo a la mujer, sino al bebé y a su pareja (Cooke et al., 2008). Siendo así,

quizás las campañas deberían concienciar sobre el hecho de que padecer un CCR no solo afecta a la persona que lo padece sino también a sus parejas, hijas e hijos, alentando a las personas a prescribir y realizar la conducta.

Por último, en cuanto a la percepción de control, en este estudio no muestra ser un predictor de la intención. Este hecho difiere del estudio de Huang et al. (2020). También difiere del estudio de Cooke et al. (2008), que sugiere que la percepción de control es un predictor modesto de la intención. Este estudio argumenta que en los trabajos revisados, dicha capacidad predictiva de la percepción de control puede deberse a que el cribado del CCR no forma parte de los programas de prevención nacionales, aumentando las barreras percibidas para realizarse estas pruebas (Cooke et al., 2008). En nuestro estudio, sería necesario revisar la escala de la percepción de control para aumentar su fiabilidad puesto que podría estar afectando a la capacidad predictiva de la variable. Además, aunque no sea un predictor de la intención, podría ser un predictor directo de la conducta, ya que Cooke et al. (2008), también encontraron que la percepción de control explica de forma moderada la varianza de la conducta.

En cuanto a las diferencias por sexos, en este estudio se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en la media de la intención, obteniendo las mujeres una puntuación más alta que los hombres. Estos resultados no concuerdan con el estudio de Huang et al. (2020), realizado en Hong Kong, donde se dice que las mujeres son menos propensas a realizarse el TSOH. Quizás las diferencias culturales en la construcción de los géneros entre los países asiáticos y europeos podrían estar detrás de esta discrepancia en los resultados. Sin embargo, también en nuestro país se han hallado estudios que concluyen que los hombres tienen mayor predisposición a realizarse pruebas de cribado (Ramos et al., 2013). La conceptualización del cáncer como enfermedad peligrosa pero prevenible parece haberse traducido en un aumento en la búsqueda de información sobre el cáncer y sus formas de prevención, especialmente por parte de los hombres (Ramos et al., 2013). No obstante, también es cierto que las mujeres no muestran rechazo a realizarse pruebas indoloras como el TSOH (Ramos et al., 2013) y que en los países europeos son las que mayor número de pruebas se realizan (Molina-Barceló, 2011). Esto junto con el hecho de que las mujeres suelen mostrar una mayor tendencia a cuidar de su salud como consecuencia de la socialización de género podría estar explicando en nuestro caso su mayor intención de realizarse la prueba.

Sin embargo, llama la atención de que a pesar de que la intención de las mujeres fuese mayor, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la conducta

pasada. Es decir, que esa mayor intención de las mujeres no se traduce en una mayor ejecución de la conducta. En estos resultados podría estar influyendo el hecho de que, si bien la conducta pasada es considerada una medida proxy de la conducta futura (Fishbein y Ajzen, 2010), los mayores niveles de concienciación actuales podrían redundar en una mayor ejecución de la conducta en la actualidad. Otra explicación es que la baja percepción de control pudiese afectar a que la intención no se traduzca en conducta, cuestión que habría que corroborar en futuros estudios empleando una escala con mejores propiedades psicométricas. Así el miedo a un diagnóstico podría ser un inhibidor de la conducta. De acuerdo con Ramos et al. (2013) las mujeres prefieren no prestar atención a los síntomas para evitar la posibilidad de un diagnóstico. También factores estructurales e institucionales que dificultan el acceso a los servicios sanitarios por parte de las mujeres podrían explicar que la intención no se convierta en conducta. Por ejemplo: la cobertura y modalidad de aseguramiento, el nivel de ingresos y la sobrecarga de roles son factores que repercuten en un menor acceso por parte de las mujeres a los servicios sanitarios (Gómez, 2002).

En relación con la categoría profesional, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la intención de realizarse las pruebas entre el grupo de trabajadores/as no cualificados/as y de profesionales de la salud y de trabajadores/as cualificados/as. Este resultado no concuerda con el obtenido por Huang et al. (2020), que refleja que las personas con mayores ingresos eran menos propensas a realizar la conducta, mientras que las personas con mayores estudios tenían una intención más alta. Quizás el hecho de que el TSOH fuese una prueba privada influyese. Por el contrario, el estudio de Molina-Barceló et al. (2014) realizado en la Comunidad Valenciana, concluye que no existen diferencias entre clase social en los motivos de *participación* lo cual podría relacionarse con el hecho de que en nuestro estudio no se hayan encontrado diferencias.

En cuanto a las diferencias halladas en la ejecución de la conducta en el pasado, siendo mayor en el grupo de trabajadores/as no cualificados/as, una explicación podría ser que las personas con trabajos no cualificados tengan un control más externo, llevándolos a seguir en mayor medida las prescripciones médicas. Esto estaría en concordancia con el estudio de Johnson (s.f.), el cual señala que las diferencias en el gradiente de clase social en salud, pueden estar influenciadas por el control percibido y las condiciones laborales peligrosas, explicadas por las características del entorno laboral. Asumiendo similitudes entre clase social y nivel educativo, como hipótesis, los resultados del presente estudio podrían deberse a que las personas con trabajos no

cualificados tienen una mayor percepción de riesgo por el puesto de trabajo que desempeñan, así como un control externo que las lleva a seguir en mayor medida las prescripciones médicas.

Por último, señalar que el presente estudio presenta una serie de limitaciones. El tamaño muestral fue pequeño, no consiguiendo paridad entre la muestra de hombres y mujeres. Al tratarse de un muestreo no probabilístico, puede llevar a resultados poco representativos. Asimismo, al ser respondido por personas mayores de 50 años, algunos sujetos no estaban familiarizados con el uso de la herramienta informática empleada, lo cual podría haber influido en las respuestas. No obstante, la muestra puede considerarse suficiente para un estudio exploratorio. Otra limitación ha sido la baja fiabilidad de la escala de percepción de control. Pero precisamente los estudios exploratorios permiten someter a prueba las escalas. Igualmente, al seleccionar la conducta pasada como medida proxy se debería haber controlado hace cuánto tiempo se realizaron la prueba, puesto que ahora la mayor concienciación podría hacer que la prevalencia del TSOH sea mayor. Aunque en el futuro, además de replicar el estudio con una mayor muestra debería realizarse de forma prospectiva.

Conclusiones

El presente estudio ha permitido en primer lugar conocer la aplicabilidad de la TAP a realizarse la prueba de TSOH y las diferencias en la intención y conducta pasada en función del sexo y de la categoría profesional. De confirmarse los resultados obtenidos en un estudio prospectivo con mayor tamaño muestral, las futuras intervenciones tendrían que trabajar y/o fortalecer la actitud y la norma social. Para ello, se recomienda trabajarlas desde los centros de salud, dado que Cooke et al. (2008) señala que los participantes prefieren lugares más cercanos y familiares, donde también asista su núcleo familiar. Por el contrario, la percepción de control debe trabajarse desde los hospitales, puesto que en ellos es menos probable que las personas perciban falta de control (Cooke et al., 2008).

Ramos et al. (2013) también habla de la importancia de la confianza situada en el médico de cabecera para la adhesión a los programas de cáncer colorrectal. Este estudio también ha permitido constatar diferencias entre sexos y nivel de cualificación en la intención de realizarse un TSOH y en su realización en el pasado. De confirmar

los resultados en un estudio prospectivo con mayor tamaño muestral, entonces las estrategias para promover la conducta deben diferir.

Como futuras líneas de investigación, sería interesante: 1) replicar el estudio con un mayor tamaño muestral, siendo esta aleatoria, para identificar con certeza los predictores; 2) Realizar un estudio prospectivo para conocer la capacidad predictiva de la intención sobre la conducta 1 año después; 3) Identificar las creencias que configuran los predictores para poder intervenir sobre ellas y generar cambios conductuales; 4) Analizar las diferencias en los predictores y sus creencias entre sexos y nivel de cualificación profesional para poder diseñar intervenciones o campañas más eficaces que tengan en cuenta el mayor determinante de la salud: el género, el trabajo, la vivienda y las condiciones económicas (OMS, 1998).



Referencias bibliográficas

- Armitage, C., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behavior: a meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology, 40*, 471–499. <https://doi.org/10.1348/014466601164939>.
- Beeker, C., Kraft, J.M., Southwell, B.G., & Jorgensen, C.M. (2000) Colorectal cancer screening in older men and women: qualitative research findings and implications for intervention. *J Community Health, 25*(3):263-78. doi: 10.1023/a:1005104406934
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2021, 2 marzo). *Cáncer colorrectal*. <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/colorectal/index.htm>
- Cooke, R., & French, D.P. (2008). How well do the theory of reasoned action and theory of planned behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychology & Health, 23*(7), 745-765. doi:10.1080/08870440701544437
- Cubiella, J., Marzo-Castillejo, M., Mascort-Roca J.J., Amador-Romero, F.J., Bellas-Beceiro, B., Clofent-Vilaplana, J., Carballal, S., Ferrándiz-Santos, J., Gimeno-García, A.Z., Jover, R., Mangas-Sanjuán, C., Moreira, L., Pellisè, M., Quintero, E., Rodríguez-Camacho, E., & Vega-Villaamil, P. (2018). Clinical practice guideline. Diagnosis and prevention of colorectal cancer. 2018 Update. *Gastroenterol Hepatol. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Asociación Española de Gastroenterología, 41*(9):585-596. English, Spanish. doi: 10.1016/j.gastrohep.2018.07.012
- Fishbein, M., & Ajzen, I. 2010. *Predicting and Changing Behaviour. The Reasoned Action Approach*. New York: Psychology Press.

Generalitat Valenciana. (2019, 29 marzo). *El programa de prevención de cáncer de colon permitió detectar 430 casos de cáncer en 2018* [Comunicado de prensa]. https://www.gva.es/es/inicio/area_de_prensa/not_detalle_area_prensa?id=799408

Generalitat Valenciana. (s.f.). *Programa de Prevenció de Càncer Colorrectal de la Comunitat Valenciana* [Comunicado de prensa]. <http://www.san.gva.es/cancer-colorrectal>

Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Organización Panamericana de la Salud*.

Huéscar, E., Rodríguez-Marín, J., Cervelló, E. y Moreno-Murcia, J.A. (2014). Teoría de la Acción Planeada y tasa de ejercicio percibida: un modelo predictivo en estudiantes adolescentes de educación física. *Anales de Psicología*, 30(2), 738-744. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.162331>

Huang, J., Wang, J., Pang, TW-Y., Chang, MK-Y., Leung, S., Chen, X., Leung, C., Zheng, C-J., & Wong, MC-S. (2020). Does theory of planned behaviour play a role in predicting uptake of colorectal cancer screening? A cross-sectional study in Hong Kong. *BMJ Open* 2020;10:e037619. doi:10.1136/bmjopen-2020-037619

Johnson, J.V. (s.f.). Desigualdades de clase, ambiente psicosocial en el trabajo y salud. *University of Maryland Baltimore*.

McCaffery, K., Wardle, J., & Waller, J. (2003). Knowledge, attitudes, and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Preventive Medicine*, 36(5), 525–535. doi:10.1016/s0091-7435(03)00016-1

- Michie, S., & Abraham, C. (2004). Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? *Psychology & Health, 19*(1), 29–49. doi:10.1080/0887044031000141199
- Michie, S., Johnston, M., Francis, J., Hardeman, W., & Eccles, M. (2008). From theory to intervention: mapping theoretically derived behavioural determinants to behaviour change techniques. *Applied Psychology, 57*(4), 660-680. doi:10.1111/j.1464-0597.2008.00341.x
- Milà, N., García, M., Binefa, G., Borràs, J. M., Espinàs, J. A. y Moreno, V. (2012). Adherencia al programa poblacional de detección precoz de cáncer colorrectal en Cataluña, 2000-2008. *Gaceta Sanitaria, 26*(3), 217–222. doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.020
- Molina-Barceló, A., Salas, D., Peiró-Pérez, R., Málaga, A. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. *Eur J Cancer Care (Eng)*. 2011;20:669-78.
- Molina-Barceló, A., Salas-Trejo, D., Peiró-Perez, R., Vanaclocha, M., Pérez, E. y Castán, S. (2014). Motivos de participación en el Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal de la Comunidad Valenciana según sexo, edad y clase social. *Revista Española de Enfermedades Digestivas, 106*(7), 439-447.
- Organización Mundial de la Salud, A. M. (2009). *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (No. WHA62. 14). Organización Mundial de la Salud.
- Palmer, R. C., Emmons, K. M., Fletcher, R. H., Lobb, R., Miroshnik, I., Kemp, J. A., & Bauer, M. (2007). Familial risk and colorectal cancer screening health beliefs

and attitudes in an insured population. *Preventive Medicine*, 45(5), 336–341. doi:10.1016/j.ypmed.2007.07.021

Power, E., Van Jaarsveld, C. H. M., McCaffery, K., Miles, A., Atkin, W., & Wardle, J. (2008). Understanding Intentions and Action in Colorectal Cancer Screening. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 285–294. doi:10.1007/s12160-008-9034-y

Ramos, M., Taltavull, M., Piñeiro, P., Nieto, R. y Llagostera, M. (2013). Actitudes de las personas usuarias de atención primaria ante el cribado del cáncer colorrectal. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 516-520. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.11.007>

Rezende, E.M., Megumi, H. y Fontão, M.M. (2009). El significado de ser un hombre con estoma intestinal por cáncer de colorrectal: un abordaje antropológico de la masculinidad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(5), 664-669. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000500011>

Rosales, J. M. y Sánchez, A. (29 de marzo de 2021). *Cribado del Cáncer Colorrectal*. Fundación Española del Aparato Digestivo. <https://www.saludigestivo.es/mes-saludigestivo/cancer-de-colon/cribado-del-cancer-colorrectal/>

Sieverding, M., Mattered, U., & Ciccarello, L. (2010). What role do social norms play in the context of men's cancer screening intention and behavior? Application of an extended theory of planned behavior. *Health Psychology*, 29(1), 72–81. doi:10.1037/a0016941

Sociedad Española de Oncología Médica. (2020). *Las cifras del cáncer en España 2020*. https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf

Viñesa, J. J., Ardanaz, E., Arrazola, A. y Gaminde, I. (2003). Epidemiología clínica del cáncer colorrectal: la detección precoz. *Cirugía Española*, 73(1), 2–8.
doi:10.1016/s0009-739x(03)72082-x

