



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**BARRERAS DE ACCESO, CONOCIMIENTO Y ACTITUDES HACIA EL  
TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA POBLACIÓN MEXICANA**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:  
COLOPROCTOLOGIA**

**PRESENTA:  
ISRAEL DE ALBA CRUZ**

**DIRECTOR DE TESIS  
DR HECTOR NORMAN SOLARES SÁNCHEZ**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX 2025**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**BARRERAS DE ACCESO, CONOCIMIENTO Y ACTITUDES HACIA EL  
TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA POBLACIÓN MEXICANA**



DR HECTOR NORMAN SOLARES SANCHEZ

**DIRECTOR DE TESIS  
PROFESOR TITULAR**



DR GUSTAVO GALICIA NEGRETE

**ASESOR DE TESIS**

## RESUMEN

**Introduction.** En México se reporta que hasta un 50% de la población elegible para tamizaje de cáncer colorrectal se rehúsa a participar en los programas, citando la falta de tiempo, la falta de interés y el miedo como la razón principal. **Objetivo.** describir las barreras de acceso, conocimiento y actitudes hacia el tamizaje de cáncer colorrectal que están presentes en la población mexicana. **Material y métodos.** Se propone un estudio cuantitativo, observacional, tipo corte-transversal con una encuesta auto aplicable en personas mayores de 45 años. **Resultados.** El antecedente familiar, conocer a alguien con CCR, “yo me haría el tamizaje si mi médico dice que es importante” y “los médicos lo tratan con respeto” se encontraron como variables de asociación, prevaleciendo como significativas en el análisis multivariado. **Conclusión.** En este trabajo se describieron diferentes barreras de acceso, conocimiento y actitudes hacia el tamizaje de cáncer colorrectal en la población mexicana las cuales pudieran ser útiles en el diseño de programas preventivos.

**Palabras clave:** tamizaje, cáncer, colorrectal

## ABSTRACT

**Introduction.** In Mexico it is reported that up to 50% of the population refuses to participate in colorectal cancer screening studies, citing lack of time, lack of interest and fear as the main reasons. **Aim.** Describe the Access barriers, knowledge and attitudes towards colorectal cancer screening that are present in the Mexican population. **Material and methods.** A quantitative, observational, cross-sectional study is proposed with a self-administered survey in people over 45 years of age. **Results.** Family histories, knowing someone with CRC, “I would get screen edif my doctor says it is important” and “doctors treat you with respect” were found as association variables, prevailing as significant in the multivariate analysis. **Conclusion.** In this work, different barrierst oaccess, knowledge and attitudes to wards colorectal cancer screening in the Mexican population were described, which could be useful in the design of preventive programs.

**Keywords:** Screening, cancer, colorectal

## INDICE

<b>Introducción</b> .....	6
<b>Planteamiento del problema</b> .....	8
<b>Justificación</b> .....	9
<b>Hipótesis</b> .....	10
Hipótesis Nula.....	10
Hipótesis Alterna .....	10
<b>Objetivo</b> .....	11
Objetivo General .....	11
Objetivos específicos.....	11
<b>Material y Métodos</b> .....	13
Diseño del Estudio.....	13
Población.....	13
Tamaño de la muestra.....	13
Criterios de Inclusión .....	13
Criterios de Exclusión .....	13
Criterios de Eliminación .....	14
Variables .....	15
<b>Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información</b> .....	16
Análisis Estadístico .....	17
<b>Resultados</b> .....	18
<b>Discusión</b> .....	23
<b>Conclusión</b> .....	27
<b>Bibliografía</b> .....	28

## **Introducción**

El objetivo de la detección del cáncer de colon es reducir la mortalidad en 2 formas: En primer lugar, a través de la detección y eliminación de los pólipos adenomatosos que eventualmente pudieran progresar a cáncer invasivo en el tiempo y, en segundo lugar, a través de la detección precoz del cáncer que, por lo general, resulta en tratamientos efectivos y mejores resultados.[1] Por desgracia, el cribado colorrectal está subutilizado; al menos el 40% de los adultos en edad elegible no se adhieren a las directrices de cribado que contempla una diversidad de estudio de tamizaje, como la prueba fecal de sangre oculta en heces o la colonoscopia, esta última considerada como el estudio de tamizaje y seguimiento por excelencia, aunque su costo y accesibilidad reducida limitan su potencial como cribado.[2]

Existen estudios realizados en población mexicana radicada en Estados Unidos donde se demuestra que los mexicanos son más propensos a negarse a realizar tamizaje si se sienten sanos. Se refieren a los estudios de tamizaje como vergonzosos o desagradables, y citan aspectos logísticos como falta de trabajo o de cuidado de terceros como razones para no participar.[3,4] En México se reporta que hasta un 50% de la población se rehúsa a participar en estudios de tamizaje de cáncer colorrectal exponiendo la falta de tiempo, falta de interés y miedo como principales motivos.[5] Resultado de lo anterior se podría deducir una falta de comprensión de la importancia del tamizaje de cáncer colorrectal y ausencia de programas educativos que promuevan un incremento en la participación de las tasas de detección. El presente estudio tiene como objetivo describir las barreras de acceso, conocimiento y actitudes hacia el tamizaje de cáncer colorrectal que están presentes en la

población mexicana. Debido que está demostrado que la detección del CCR reduce la incidencia y la morbimortalidad por esta causa.[6]

## **Planteamiento del problema**

¿Qué barreras de acceso, conocimiento y actitudes hacia el tamizaje de cáncer colorrectal están presentes en la población mexicana?

## **Justificación**

Los programas de tamizaje son sencillos y efectivos con impacto en la reducción de la morbimortalidad, así como los costes en el sistema de salud. [7] En el caso particular de la ciudad de México, manzano y colaboradores demostraron que en la región existe capacidad colonoscópica disponible para ser considerada en los programas de tamizaje, contradictoriamente; el cáncer colorrectal es la primera causa de muerte por tumores malignos en la ciudad de México, estado de México, así como en entidades del norte del país, adicionalmente, las tasas de incidencia se perfilan al incremento, característicamente en pacientes jóvenes menores de 50 años. [8–10] Por lo anterior expuesto consideramos que realizar un estudio que aborde las barreras de acceso, conocimiento y actitudes hacia el tamizaje en nuestra población permitirá diseñar un programa de escrutinio efectivo.

## **Hipótesis**

### Hipótesis Nula

H0: Las barreras de acceso, conocimiento y actitudes hacia el tamizaje de cáncer colorrectal en la población mexicana no son diferentes a lo reportado en la literatura internacional

### Hipótesis Alterna

H1: Las barreras de acceso, conocimiento y actitudes hacia el tamizaje de cáncer colorrectal en la población mexicana son diferentes a lo reportado en la literatura internacional

## Objetivo

### Objetivo General

Describir las barreras de acceso, conocimiento y actitudes hacia el tamizaje de cáncer colorrectal que están presentes en la población mexicana

### Objetivos específicos.

Descripción de las metas por alcanzar en períodos determinados y que constituyen los logros directos y evaluables del estudio

1. Reportar el porcentaje de rechazo a realizarse estudios de tamizaje para cáncer colorrectal en la población mexicana en una muestra representativa
2. Describir las causas para no realizarse estudios de tamizaje para cáncer colorrectal
3. Conocer las creencias de la población mexicana referentes al cáncer colorrectal
4. Describir el conocimiento que tiene la población mexicana sobre los estudios de tamizaje para cáncer colorrectal
5. Describir las características sociodemográficas de la muestra
6. Identificar cuáles son las barreras de acceso para tamizaje para cáncer colorrectal en la población mexicana
7. Describir el conocimiento que tiene la población mexicana acerca del cáncer colorrectal

8. Describir las actitudes hacia el tamizaje para cáncer colorrectal en la población

Mexicana

## **Material y Métodos**

### Diseño del Estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, transversal con diseño epidemiológico tipo corte-transversal.

### Población

El estudio se realizó a acompañantes y pacientes derechohabientes del instituto de seguridad y servicios sociales para trabajadores del estado quien forma parte del sistema de salud público de México y brinda atención médica a familiares y trabajadores del estado. Incluyendo a 512 pacientes pertenecientes a la consulta del servicio de Coloproctología en el periodo de diciembre de 2023 a marzo de 2024

### Tamaño de la muestra.

Se contempló la muestra de 220 participantes. Para determinar el tamaño de la muestra se tomó como una población de 512 pacientes en la consulta de Coloproctología del hospital Lic. Adolfo López Mateos donde para el cálculo se consideró un error del 50%, un ajuste por perdidas al 10% y un error del 0.05.

### Criterios de Inclusión

- Pacientes que derechohabientes del ISSSTE
- Mayores de 45 años

### Criterios de Exclusión

- Pacientes con antecedente de cáncer colorrectal

## Criterios de Eliminación

- Cuestionarios incompletos
- Pacientes sin consentimiento informado

## VARIABLES

Variable	Escala de medición	Valores permitidos	Definición operacional
Edad	Razón	45-99	Número de años cumplidos al momento de la encuesta
Sexo	Nominal	Hombre Mujer	Sexo biológico al que pertenece
Estado civil.	Nominal	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	Condición civil de las personas migrantes durante la aplicación de la encuesta.
Ocupación	Nominal	Abierta	Determinada profesión o actividad productiva ya sea de bienes o servicios con la que una persona se gana la vida
Tiempo de estancia en ciudad de México	Razón	Abierta	Tiempo en años de residencia en ciudad de México.
Escolaridad	Ordinal	Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato/preparatoria Universidad Posgrado	Máximo nivel de escolaridad alcanzado según el sistema de educación
Ingresos	Razón	Abierta	Total, de ingresos percibidos mensualmente
Dimensión de barreras	Nominal	Escala	Se refiere a los diferentes impedimentos para realizarse estudios de tamizaje colorrectal
Dimensión de conocimientos	Nominal	Escala	Se refiere al nivel de conocimiento referente a los estudios de tamizaje colorrectal
Dimensión de actitudes	Nominal	Escala	Se refiere al conjunto de respuestas que tiene el paciente a la propuesta de realizar tamizaje de cáncer colorrectal

## **Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información**

Se utilizó como instrumento de medición una encuesta elaborada en la universidad de california, san francisco para poblaciones inmigrantes validada y adaptada en idioma español. Anexo 1.

Dicha encuesta se desglosa dentro de los siguientes apartados:

1. Percepción sobre salud en general.
2. Conocimientos del cáncer y pólipo del colon en él mismo o en familiares y amigos.
3. Conocimientos sobre prueba de sangre oculta en materia fecal y si recibió consejo para hacerla.
4. Conocimientos sobre sigmoidoscopia/ colonoscopia. En estas 2 secciones se investigó si piensa, planea hacerlo, o lo hizo efectivamente.
5. Actitudes, creencias, equilibrio de decisiones y barreras percibidas con respecto a las estrategias de rastreo.
6. Confianza y respeto que despiertan los médicos.
7. Sentimientos en relación con la salud, en especial fatalismo.
8. Medios de comunicación de los que se obtiene información.
9. Uso de internet y su participación en la obtención de información.
10. Variables sociodemográficas.
11. Preguntas sólo para hombres. Si habló con su médico sobre prevención de cáncer de próstata y si hizo exámenes para detectarlo.

La recolección de datos será dentro de la plataforma electrónica para encuestas Qualtrics®.

## Análisis Estadístico

El análisis se dividió en varias etapas: un análisis descriptivo para determinar el perfil sociodemográfico de los participantes, así como factores para valorar actitudes, barreras y el conocimiento sobre el tamizaje colorrectal. Para analizar la asociación entre variables categóricas se utilizará la prueba estadística de  $\chi^2$  (ji cuadrada); para comparar las medias de variables continuas con distribución normal se utilizará la prueba t de student, para determinar factores predictores para realizarse el tamizaje se ejecutó el análisis multivariado por medio de regresión logística con las variables identificadas como estadísticamente significativas en el análisis bivariado, estableciendo un valor de significancia de  $p \leq 0.05$ ; los datos se analizaron usando el software spss v21.

## Resultados

Se completaron 220 cuestionarios con una edad media de 54 años y desviación estándar 6.2. Con una proporción de 92 (44%) hombres y 118(56%) mujeres. Reportando un ingreso mensual promedio mayor a 50 000 en 77 (37%), escolaridad con licenciatura o mayor en 133 (63%), con percepción de la salud referida como excelente o muy Buena en 81(40%), Buena 98(47%), regular 28(13%). Ver tabla 1.

Las preguntas relacionadas con los facilitadores percibidas acerca del diagnóstico precoz del CCR tienen un porcentaje afirmativo en la mayoría de los reactivos con rangos del 22% al 97%, con afirmaciones más representativas: *“Pueden encontrar cosas que se convierten en Cáncer”*, *“Me ayudarán a evitar tener un cáncer más grave”* y *“Lo haré si mi médico dice que es importante”*. Ver tabla 2

Las preguntas relacionadas con las barreras percibidas acerca del diagnóstico precoz del CCR tienen un porcentaje afirmativo rangos del 20% al 88%, con la afirmación *“Puede Resultar incomoda”* en 88%. Ver tabla 3.

Las preguntas relacionadas con sentimientos religiosos y fatalistas muestran respuestas variadas con respuestas afirmativas en 126(60%) al reactivo *“Es mejor no saber si uno tiene cáncer”* y en desacuerdo en 154(73%) para la afirmación *“Tener buena salud no depende de mí”* Ver tabla 4.

De los 220 participantes, 37 (17.6%) habían hecho al menos una vez en la vida un

método de tamizaje para CCR.

En el análisis de predictores de “haberse realizado un procedimiento de rastreo” se encontró: El antecedente familiar, conocer a alguien con CCR, “yo me haría el tamizaje si mi médico dice que es importante” y “los médicos lo tratan con respeto” se encontraron como variables de asociación, prevaleciendo como significativas en el análisis multivariado: Conocer a alguien con CCR y “Yo haría el tamizaje si mi medico dice que es importante”. Ver tabla 5.

También se valoró la exposición a anuncios publicitarios en la vía pública e internet negándolo en 182(86.7%) y 189 (90%) según corresponde.

Tabla 1. Características de la población

<b>Edad</b>		<b>Ingreso Familiar</b>		
Media 54 años (45- 58) DE 6.2		10 000-20 000	49 (23%)	
<b>Sexo</b>	Hombre	92 (44%)	21 000-30 000	
	Mujer	118 (56%)	31 000-40 000	
<b>Nivel de educación</b>		Más de 50 000	42 (29%)	
Primaria	7 (3%)	<b>Estado Civil</b>	Casado	
Secundaria	7(3%)		133(63%)	
Preparatoria	63 (30%)		Divorciado	
Licenciatura	91 (43 %)		21(10%)	
Posgrado	42 (20%)		Separado	
<b>Empleo</b>	Sin empleo	20 (10%)	Soltero	
	Tiempo Completo	133 (63%)	42 (20%)	
Tiempo Parcial	56 (27%)	<b>Percepción de Salud</b>	Unión Libre	
<b>Religión</b>	Católico		154 (73%)	7 (3%)
	Cristiano		7 (3%)	Excelente
	Ninguno		49 (23%)	Muy Buena
				Buena
			Regular	

Tabla 2. Facilitadores percibidos acerca del diagnóstico precoz del CCR

Referente a los exámenes de detección precoz en general:	Desacuerdo	Acuerdo
Pueden encontrar cosas que se convierten en cáncer	14(7%)	196(93%)
Son parte del buen cuidado de la Salud	28(13%)	182(87%)
Para las personas de mi edad son útiles	28(13%)	133(63%)
Si los hago con regularidad me ayudará a vivir más años	21 (10%)	168(80%)
Me ayudarán a evitar tener un cáncer más grave	7(3%)	189 (90%)
No son peligrosos	49 (23%)	84 (40%)
Son importantes, aunque yo no tenga familiares con CCR	28(13%)	119(57%)
Lo haré si mi médico dice que es importante	7 (3%)	203(97%)
Referente a SOMF		
Es fácil de hacer	14 (7%)	133 (63%)
Referente a RSC/CC		
Es fácil de hacer	77 (37%)	64(22%)

*Respuestas obtenidas con escala de Lickert de 4 opciones excluyentes. Desacuerdo: cohesión de las opciones totalmente y algo en desacuerdo. Acuerdo: cohesión de las opciones algo y totalmente de acuerdo. Resultados expresados en valores absolutos y porcentajes entre paréntesis del total con respuestas válidas. Cuando no suman 220 se debe a datos faltantes. Los porcentajes pueden no sumar 100 debido a redondeo. SOMF : sangre oculta en materia fecal RSC: Rectosigmoidoscopia CC: Colonoscopia*

Tabla 3. Barreras percibidas acerca del diagnóstico precoz del CCR

Referente a los exámenes de detección precoz en general:	Desacuerdo	Acuerdo
Si un examen resulta normal no es necesario repetirlo	77(37%)	77(37%)
Si no hay síntomas digestivos no es necesario hacer rastreo	91(43%)	76(37%)
No lo necesito si como sano y me cuido con la alimentación	92(43%)	84(40%)
Si encuentran algo en ellos será tarde	105(50%)	42(20%)
Son peligrosos	84(40%)	49(23%)
Consumen mucho tiempo para hacerlo	35(17%)	83(40%)
Son vergonzosos	63(30%)	105(50%)
Sin hay alguna posibilidad de que me hagan daño no quiero hacérmelos	63(30%)	91(43%)
Traen muchos problemas e inconvenientes	112(53%)	42(20%)
Tengo miedo a que me encuentren un cáncer, no quiero hacerlo	14(7%)	91(43%)
Referente a SOMF		
Es sucio	43(20%)	105(50%)
Referente a RSC/CC		
Puede Resultar incomoda	21(10%)	168(88%)
La preparación es difícil	35(17%)	84(40%)
No tengo quien me acompañe a casa después del procedimiento	119(57%)	35(17%)

*Respuestas obtenidas con escala de Lickert de 4 opciones excluyentes. Desacuerdo: cohesión de las opciones totalmente y algo en desacuerdo. Acuerdo: cohesión de las opciones algo y totalmente de acuerdo. Resultados expresados en valores absolutos y porcentajes entre paréntesis del total con respuestas válidas. Cuando no suman 220 se debe a datos faltantes. Los porcentajes pueden no sumar 100 debido a redondeo. SOMF : sangre oculta en materia fecal RSC: Rectosigmoidoscopia CC: Colonoscopia*

	Desacuerdo	Acuerdo
Dios decide quién va a morir sin importar lo que yo haga	53(27%)	108(47%)
Dios decide quién va a tener cáncer	119(57%)	76(37%)
Tener buena salud es un regalo de dios	77(37%)	84(40%)
Rezar y dar ofrendas puede curar enfermedades	126(60%)	35(17%)
Tener buena salud no depende de mi	154(73%)	42(20%)
Si no se mueren por cáncer es porque estaba marcado en su destino	91(43%)	77(37%)
Si me diagnostican un cáncer debo prepararme para morir	91(43%)	84(40%)
Tener un cáncer es sentencia de muerte	63(30%)	98(46%)
Es mejor no saber si uno tiene cáncer	77(37%)	126(60%)

*Respuestas obtenidas con escala de Lickert de 4 opciones excluyentes. Desacuerdo: cohesión de las opciones totalmente y algo en desacuerdo. Acuerdo: cohesión de las opciones algo y totalmente de acuerdo. Resultados expresados en valores absolutos y porcentajes entre paréntesis del total con respuestas válidas. Cuando no suman 220 se debe a datos faltantes. Los porcentajes pueden no sumar 100 debido a redondeo. SOMF : sangre oculta en materia fecal RSC: Rectosigmoidoscopia CC: Colonoscopia*

Pregunta	Exp(B)	I.C. 95% para		P
	)	EXP(B)		
Antecedente familiar de CCR	1.379	.459	4.141	.566
Conocer a alguien con CCR	8.145	2.985	22.224	.000
Yo haría el tamizaje si mi medico dice que es importante	1.228	1.084	1.618	.004
Los médicos lo tratan con respeto	.593	.159	2.206	.436

OR: Oddsratio, IC95%: intervalo de confianza del 95%, p: cálculo de error alfa

## Discusión

El CCR ocupa el tercer lugar en el mundo así como el segundo en mortalidad por cáncer después del cáncer de mama, es la segunda causa de muerte por cáncer entre los hombres latinos en los Estados Unidos y en México, la incidencia es de 140.4 casos por cada 100 000 habitantes, con un mortalidad reportada de 63.2 casos por 100 000 habitantes.[11,12]

El tamizaje de CCR ha demostrado reducir la incidencia y mortalidad de esta enfermedad e incluso en los últimos años se ha recomendado realizar este escrutinio a partir de los 45 años con un grado de recomendación B. [11]

A pesar de que existen diferentes modalidades para el tamizaje del CCR, tales como sangre oculta en heces, prueba inmunohistoquímica fecal, sigmoidoscopia, colonografía por tomografía computarizada y colonoscopia, algunos estudios han evaluado el cumplimiento de las pruebas de detección de CCR y las características demográficas para los hispanos, reportando que los factores y las variables demográficas no se toman en cuenta para desarrollar campañas de detección y la adaptación de estas intervenciones en el CCR con el fin de incrementar la poca adherencia a las pruebas de detección. [13]

Las tasas de detección de CCR por colonoscopia aún son bajas y se ha visto una menor participación en la población hispana de aproximadamente un 10-15%, por lo menos en Estados Unidos. [12]

En un estudio realizado en Texas, se determinaron los perfiles psicosociales de beneficio, susceptibilidad y barrera, en una población hispana de origen mexicano entre 50 y 75 años a quien se le realizó la detección de CCR para valorar si estos perfiles influyeron en la

intervención. La intervención educativa por video fue la menos efectiva mientras que la divulgación por trabajadores de salud en conjunto con video fue la mejor intervención. Por otro lado, se concluyó que las intervenciones educativas sobre el CCR deben adaptarse para mejorar los beneficios y las barreras entre las personas con puntuaciones altas de susceptibilidad ya que aquellos con una susceptibilidad inicial más baja pueden tener una menor aceptación de las pruebas de detección del CCR y pueden responder mejor a enfoques más intensivos que combinan diferentes modos de educación. [14]

En otro estudio realizado en la población del sur de Texas, se exploraron las barreras y los facilitadores de la detección de CCR mediante colonoscopia entre participantes latinos. Entre los participantes se identificaron como barreras el déficit de conocimiento del procedimiento (preparación, sedación, efectos secundarios, dolor), los costos de la detección del CCR, falta de seguro médico, estigma, amenazas percibidas a la masculinidad, temores de un diagnóstico de cáncer, y una posible muerte. Los facilitadores fueron apoyo familiar, los testimonios de los pacientes y la ampliación de las opciones de pruebas de detección. Las recomendaciones para la difusión de información fueron preferidas en persona por un trabajador de la salud, específicamente un médico. Algo interesante en este estudio fue que los pacientes examinados tenían mayor conocimiento del procedimiento en relación con el procedimiento y beneficios en realizarse la colonoscopia. [15]

Un común denominador es la necesidad de mejorar la parte educativa y la investigación para mejorar la parte del estigma cultural y personal predominantemente en los hombres. [16]

En general se describe una población con adecuado conocimiento y conciencia sobre la

utilidad del tamizaje de CCR sin embargo, con una baja prevalencia considerando una muestra con edad en riesgo. También con factores identificados como barreras: la percepción de los estudios de endoscopia como incómodos, así como la renuncia o posiblemente miedo al diagnóstico de cáncer. En este sentido, numerosos estudios han reportado similares barreras a las observadas en este trabajo. Actitudes como el fatalismo, la influencia religiosa y mitos sobre los diferentes métodos son factores determinantes para el éxito los programas de tamizaje específicos en nuestra población. [3,17–19] En relación a esto , consideramos de importancia reducir las brechas que estas barreras crean ante los métodos de tamizaje, en este sentido, resalta la falta de exposición anuncios relativos a la prevención de CCR en televisión e internet en la población estudiada, debido a que estas estrategias de promoción han demostrado un impacto positivo en el número de participantes en los programas de tamizaje y que adicionalmente, resultan costo benéficos.[20–22] por lo anterior expuesto se reclama la equidad en la promoción y acceso a programas de tamizaje equivalentes a los programas de cáncer de mama, cérvico-uterino y próstata los cuales tienen un impacto económico y de morbimortalidad similar en México y el mundo.

Por otro lado, dentro de los facilitadores explorados; en la generalidad los estudios de tamizaje se perciben como necesarios o útiles para el cuidado de la salud. Sin embargo, se destaca la participación del médico como promotor para realizar tamizaje, así como la experiencia cercana al CCR dicho esto por la influencia de tener un familiar o amigo cercano con diagnóstico de CCR; estos dos factores resultan de suma importancia dado que en el análisis multivariado son predictoras para realizarse un método de tamizaje. Adicionalmente, en un estudio cualitativo realizado en Ciudad de México en 2020 destaca estos dos factores como facilitadores así como también el hecho de tener información

acerca de los métodos como por ejemplo material audiovisual.[23] Así también estudios en otras poblaciones latinoamericanas se ha demostrado la participación del médico como clave para que los programas de tamizaje tengan alcance.[17,24]

Por lo anterior descrito, se remarca la importancia de estrategias diseñadas con base a las características propias de la población, es decir, que por una parte se enfoquen sobre la desinformación existente de los métodos de tamizaje ( tipos, características, complicaciones y periodicidad), también tener como objetivo aquellas personas que han sido sensibilizadas por la experiencia de un familiar o amigo y que por otra parte, se refuerce la promoción de los métodos de tamizaje desde el personal de salud de primer contacto, dado la influencia que tenemos sobre la decisión de realizarse tamizaje de CCR.

## **Conclusión**

En este trabajo se describieron diferentes barreras de acceso, conocimiento y actitudes hacia el tamizaje de cáncer colorrectal en la población mexicana las cuales pudieran ser útiles en el diseño de programas preventivos. Se destaca la importancia de la detección oportuna de pacientes potenciales de tamizaje para cáncer colorrectal desde el primer nivel de atención, para que sean enviados a los especialistas que cuentan con el recurso para realizar estos estudios, entre los que se destacan a los cirujanos de colon, recto y ano por su capacidad de abordaje diagnóstico y terapéutico.

## Bibliografía

- [1] Wiegering A, Ackermann S, Riegel J, Dietz UA, Götze O, Germer CT, et al. Improved survival of patients with colon cancer detected by screening colonoscopy. *Int J Colorectal Dis* 2016;31:1039–45. <https://doi.org/10.1007/S00384-015-2501-6>.
- [2] Alberti LR, Garcia DPC, Coelho DL, De Lima DCA, Petroianu A. How to improve colon cancer screening rates. *World J Gastrointest Oncol* 2015;7:484–91. <https://doi.org/10.4251/wjgo.v7.i12.484>.
- [3] Yepes-Rios M, Reimann JOF, Talavera AC, De Esparza AR, Talavera GA. Colorectal Cancer Screening Among Mexican Americans at a Community Clinic. *Am J Prev Med* 2006;30:204–10. <https://doi.org/10.1016/J.AMEPRE.2005.11.002>.
- [4] Sheinfeld Gorin S, Heck JE. Cancer screening among Latino subgroups in the United States. *Prev Med (Baltim)* 2005;40:515–26. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.09.031>.
- [5] Meneses Medina MI, Anaya Sanchez LG, Hernandez-Felix JH, Torres Valdiviezo LI, Rosas Camargo V, Cedro-Tanda A, et al. Determining frequency and reasons associated to refusal of colorectal cancer screening at a reference center in Mexico. *J Clin Oncol* 2022;40:67–67. [https://doi.org/10.1200/JCO.2022.40.4\\_suppl.067](https://doi.org/10.1200/JCO.2022.40.4_suppl.067).
- [6] Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut* 2017;66:683–91. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2015-310912>.
- [7] Burbano Luna DF, Manrique MA, Chávez García MÁ, Pérez Corona T, Hernández Velázquez NN, Escandón Espinoza YM, et al. Epidemiología del cáncer colorrectal en menores de 50 años en el Hospital Juárez de México. *Endoscopia* 2016;28:160–5. <https://doi.org/10.1016/J.ENDOMX.2016.10.008>.
- [8] Honda K, Kagawa-Singer M. Cognitive mediators linking social support networks to colorectal cancer screening adherence. *J Behav Med* 2006;29. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9068-1>.
- [9] Mandel JS, Church TR, Bond JH, Ederer F, Geisser MS, Mongin SJ. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000;343. <https://doi.org/10.1056/NEJM200011303432203>.
- [10] Piñeros M, Laversanne M, Barrios E, Cancela M de C, de Vries E, Pardo C, et al. An updated profile of the cancer burden, patterns and trends in Latin America and the Caribbean. *Lancet Reg Heal - Am* 2022;13. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100294>.
- [11] Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2021;325:1965–77. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2021.6238>.

- [12] Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, Fedewa SA, Butterly LF, Anderson JC, et al. Colorectal cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin* 2020;70:145–64. <https://doi.org/10.3322/CAAC.21601>.
- [13] Calderón-Mora J, Alvarado L, Dwivedi A, Shokar N. Prevalence of Colorectal Cancer Screening Among Hispanic Subgroups in the United States: NHIS 2010 and 2015 Data. *Hisp Heal Care Int* 2022;20:202–11. <https://doi.org/10.1177/15404153211063637>.
- [14] Shokar NK, Dwivedi A, Molokwu JC. Psychosocial Risk Profiles and Colorectal Cancer Screening: A Latent Profile Analysis in a Colorectal Cancer Screening Intervention Setting. *Cancer Prev Res* 2023;16:571–9. <https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-23-0114/728350/AM/PSYCHOSOCIAL-RISK-PROFILES-AND-COLORECTAL-CANCER>.
- [15] Mojica CM, Vargas N, Bradley S, Parra-Medina D. Barriers and Facilitators of Colonoscopy Screening Among Latino Men in a Colorectal Cancer Screening Promotion Program. *Am J Mens Health* 2023;17. <https://doi.org/10.1177/15579883231179325>.
- [16] Puli A V., Lussiez A, MacEachern M, Hayward L, Dualeh S, Richburg CE, et al. Barriers to Colorectal Cancer Screening in US Immigrants: A Scoping Review. *J Surg Res* 2023;282:53–64. <https://doi.org/10.1016/J.JSS.2022.08.024>.
- [17] Fernández ME, Savas LS, Wilson KM, Byrd TL, Atkinson J, Torres-Vigil I, et al. Colorectal Cancer Screening Among Latinos in Three Communities on the Texas-Mexico Border. *Heal Educ Behav* 2015;42:16–25. <https://doi.org/10.1177/1090198114529592>.
- [18] Hatamian S, Hadavandsiri F, Momenimovahed Z, Salehiniya H. Barriers and facilitators of colorectal cancer screening in Asia. *Ecancermedicalsecience* 2021;15. <https://doi.org/10.3332/ECANCER.2021.1285>.
- [19] Bastani R, Gallardo N V, Maxwell AE. Barriers to Colorectal Cancer Screening Among Ethnically Diverse High- and Average-Risk Individuals. *J Psychosoc Oncol* 2001;19:65–84. [https://doi.org/10.1300/J077v19n03\\_06](https://doi.org/10.1300/J077v19n03_06).
- [20] Ekwueme DU, Howard DH, Gelb CA, Rim SH, Cooper CP. Analysis of the Benefits and Costs of a National Campaign to Promote Colorectal Cancer Screening. *Health Promot Pract* 2014;15:750–8. <https://doi.org/10.1177/1524839913519446>.
- [21] Ruco A, Baxter NN, Jacobson J, Tinmouth J, Llovet D. Using Facebook to promote the uptake of colorectal cancer screening. *BMC Public Health* 2022;22:323. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12732-w>.
- [22] Chen CC, Yamada T, Smith J. An evaluation of healthcare information on the internet: The case of colorectal cancer prevention. *Int J Environ Res Public Health* 2014;11:1058–75. <https://doi.org/10.3390/ijerph110101058>.
- [23] Unger-Saldaña K, Saldaña-Tellez M, Potter MB, Van Loon K, Allen-Leigh B, Lajous M. Barriers and facilitators for colorectal cancer screening in a low-income

urban community in Mexico City. *Implement Sci Commun* 2020;1:64.  
<https://doi.org/10.1186/s43058-020-00055-z>.

- [24] Casal ER, Velazquez EN, Mejia RM, Cuneo A, Perez-Stable EJ. Rastreo del cancer colorrectal conocimiento y actitud de la poblacion. *Medicina (B Aires)* 2009;69:135–42.