Gaceta Sanitaria 40 (2026) 102585

Original

Barreras y facilitadores para la participación en el cribado de cáncer colorrectal de la población migrante y gitana

Iratxe López-López de Araya[a,b], Yolanda González-Rábago[a,b,c,*] e Isabel Portillo[c,d]

[a] Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Leioa (Bizkaia), España
[b] Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico – OPIK, Leoia, Bizkaia, España
[c] Biobizkaia Instituto de Investigación Sanitara, Barakaldo, Bizkaia, España
[d] Programa de cribados de Osakidetza, Bilbao, Bizkaia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 17 de septiembre de 2025
Aceptado el 18 de enero de 2026

Palabras clave:
Cáncer colorrectal
Cribado
Desigualdades en salud
Marco interseccional
Investigación cualitativa
Etnia
Raza
España

RESUMEN

Objetivo: Identificar las barreras y los facilitadores para la participación en el programa de cribado de cáncer colorrectal (PCCR) en el País Vasco de las poblaciones migrante y gitana (50-69 años), y explorar los elementos diferenciales de estos factores respecto a la población general.
Método: Estudio cualitativo de carácter explicativo-interpretativo desde un enfoque socioconstructivista, mediante cuatro grupos de discusión y cinco grupos triangulares con un total de 42 participantes, entre octubre de 2023 y mayo de 2024, en el País Vasco. Se realizó un análisis temático reflexivo.
Resultados: Se identificaron barreras en las personas participantes migrantes y gitanas, con elementos diferenciales respecto a la población hegemónica, educativos, lingüísticos, socioculturales (ideas sobre salud y prevención) y de género (responsabilidades de cuidado, construcción de la masculinidad). La atención personalizada y presencial, junto con la sensibilización mediante figuras de referencia, son facilitadores clave. Los antecedentes familiares y los problemas de salud previos actúan como facilitadores en la población hegemónica, pero no en las poblaciones migrante y gitana.
Conclusiones: La participación en el PCCR está condicionada por barreras educativas, lingüísticas, socioculturales y de género, manifestadas en roles de cuidado y modelos de masculinidad. Es necesario incorporar una perspectiva interseccional para comprender como el género, el nivel socioeconómico y la etnia o la raza influyen en la participación en los programas de cribado. Las barreras y los facilitadores identificados permiten orientar el diseño de estrategias específicas de acercamiento a estas comunidades, como la atención presencial y la sensibilización mediante figuras de referencia.

© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Barriers and facilitators for participation in colorectal cancer screening in migrant and Roma populations

Keywords:
Colorectal cancer
Screening
Health inequalities
Intersectional framework
Qualitative research
Ethnicity
Race
Spain

ABSTRACT

Objective: To identify barriers and facilitators to participation in the colorectal cancer screening program (CCSP) in the Basque Country among migrant and Roma populations (aged 50-69), and to explore the differential elements of these factors compared with the general population.
Method: We conducted an explanatory–interpretative qualitative study from a socioconstructivist perspective. Data was collected through four focus groups and five triangular groups, with a total of 42 participants, between October 2023 and May 2024, in the Basque Country. A reflexive thematic analysis was done.
Results: Barriers identified among migrant and Roma participants differ from hegemonic population' ones, including educational, linguistic, sociocultural (beliefs about health and prevention), and gender-related factors (care responsibilities, constructions of masculinity). Personalized and in-person care, along with awareness raising by trusted community figures, emerged as key facilitators. While family history and previous health issues acted as facilitators among the hegemonic population, those did not have the same effect among migrant and Roma populations.
Conclusions: Participation in the CCSP is constrained by educational, linguistic, sociocultural, and gender-related barriers, manifested in care responsibilities and models of masculinity. An intersectional perspective is essential to understanding how gender, socioeconomic status, and race or ethnicity influence participation in screening programs. The barriers and facilitators identified can guide the development of targeted outreach strategies to engage these communities, such as in-person care and awareness raising through community figures.

© 2026 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: yolanda.gonzalezr@ehu.eus (Y. González-Rábago).

https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102585
0213-9111/© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

En España, el cáncer colorrectal es el segundo en incidencia en ambos sexos, por detrás del cáncer de mama en las mujeres y del cáncer de próstata en los hombres[1]. Su detección precoz mediante programas de cribado poblacional reduce significativamente la mortalidad[2]. Estos programas comenzaron a principios de los años 2000 en España y han ido expandiéndose de manera gradual a través de programas piloto en diferentes comunidades autónomas, aunque persisten desigualdades en cuanto a incidencia y mortalidad[1].

En el País Vasco, el programa de cribado de cáncer colorrectal (PCCR)[3] comenzó en 2009, dirigido a hombres y mujeres de 50-69 años, y fue ampliado en 2024 hasta los 74 años. El cribado se basa en un test inmunoquímico cuantitativo de sangre oculta en heces y, en casos positivos, colonoscopia bajo sedación para confirmación diagnóstica. Las personas cuyo test es negativo en la ronda anterior, o que no participaron, vuelven a ser invitados al PCCR 2 años después[4]. La participación alcanzó el 70,5% en 2022, superando las recomendaciones de la Guía Europea (65%)[4,5].

Pese a estas cifras, persisten desigualdades en la participación asociadas al género, la edad o el nivel socioeconómico[6,7]. En el País Vasco, los hombres participan menos que las mujeres, aunque la participación aumenta con la edad en ambos, y es menor tanto en los grupos socioeconómicos más bajos como en los más altos[6]. Sin embargo, en el contexto español no existen datos sobre participación de población racializada —entendida como aquella de origen migratorio, racial o étnico no hegemónico—. Un estudio cualitativo con población gitana[8] mostró que existen algunos factores que condicionan la participación, que son diferenciales de la población general. Nuestro estudio profundiza en estas diferencias e incorpora la comparación con otras poblaciones vulnerables, como la migrante, así como con la población hegemónica, para abordar si los factores que condicionan la participación actúan de forma diferente entre poblaciones diversas. La metodología cualitativa se considera la más adecuada para explorar esta participación, mediante la comprensión de los significados que las personas le conceden, y analizando sus motivaciones, percepciones y discursos sobre el PCCR.

La literatura internacional evidencia que la población racializada participa menos en los programas de cribado[9,10]. La colonoscopia es la prueba de detección de cáncer menos realizada y peor aceptada entre migrantes, en comparación con las de los cánceres de mama y de cuello uterino[9]. En los Países Bajos, las personas migrantes tenían hasta un 57% menos probabilidades de participar en el cribado, y la participación era menor en los migrantes de primera generación que en los de segunda[11].

Las barreras idiomáticas y socioculturales pueden determinar que dichos grupos no puedan acceder a ciertas medidas preventivas y de detección precoz[10,12]. Las personas migrantes tienen menor acceso y uso de los servicios de salud[13], con diferencias importantes entre grupos, como por ejemplo las personas migrantes indocumentadas, que enfrentan mayores obstáculos para el acceso[14]. Esta situación se agrava en los grupos especialmente vulnerables, como las mujeres migrantes con trabajos precarios en sectores no regulados[15]. También se han asociado con las malas condiciones de vida y trabajo, una menor integración social[13,15] o la falta de conocimiento del sistema de atención sanitaria y de los métodos de detección del país de acogida[16].

La población gitana presenta igualmente menor acceso a servicios sanitarios y a programas preventivos que la población general[17]. Entre las barreras en el acceso a los servicios de salud destacan la baja alfabetización, el menor conocimiento de los sistemas sanitarios, la discriminación por parte del personal sanitario y la falta de confianza[18]. En el caso del cribado del cáncer colorrectal, se han identificado barreras como rechazo a hablar de la enfermedad, temor al diagnóstico, desconocimiento del programa, vergüenza asociada a la colonoscopia, aceptación de la voluntad divina y percepción de discriminación[8].

El objetivo de este estudio fue identificar las barreras y los facilitadores para la participación en el PCCR en el País Vasco de las poblaciones migrante y gitana (50-69 años), y explorar los elementos diferenciales de estos factores respecto a la población general.

Método

Se realizó un estudio cualitativo mediante un diseño explicativo-interpretativo con enfoque socioconstructivista[19]. Entendemos las creencias y representaciones acerca de la prevención en salud como construcciones sociales, producidas en la interacción social y colectiva, donde se producen los significados sociales. Se realizaron grupos de discusión y triangulares, estos últimos para generar una situación de producción discursiva más abierta y prerrepresentativa en un entorno más cercano con la población racializada[20]. El trabajo de campo fue realizado por dos investigadoras y se llevó a cabo en el País Vasco, entre octubre de 2023 y mayo de 2024. Se diseñó un muestreo teórico de personas de 50 a 69 años (población objetivo del PCCR) residentes en el País Vasco, definiendo diversos perfiles según sexo, nivel educativo y origen migratorio y étnico (autóctona/blanca, migrante, gitana). Para dar heterogeneidad a la muestra se consideró el ámbito residencial rural o urbano. Se hicieron grupos separados de hombres y mujeres, así como de población autóctona no gitana, población migrante de diversos orígenes (Latinoamérica, Magreb y África Subsahariana) y población gitana, y se buscó diversidad de edades (n = 42 participantes) (tabla 1).

Se utilizó un guion semiestructurado que abordó la conceptualización sobre la salud y sus determinantes, el autocuidado, la prevención y los programas preventivos, y el conocimiento, la opinión y la experiencia en cuanto al PCCR (véase el Material suplementario), que fue adaptándose en cada sesión y a medida que se avanzaba en el trabajo de campo. Todas las sesiones se grabaron y transcribieron. Se realizó un análisis temático reflexivo[21] desde una perspectiva interseccional[22], considerando interacciones y conflictos en los grupos sociales con énfasis en el contexto y las relaciones de poder en los discursos. Se utilizó el *software* cualitativo Atlas.ti 23. Tanto el trabajo de campo como el análisis lo realizaron dos personas, lo que permitió incorporar las ideas emergentes entre los distintos grupos de participantes, así como modificar reflexivamente las categorías analíticas surgidas de la primera codificación realizada de manera separada. Para mejorar la validez, se hizo una triangulación de investigadoras durante el análisis[19], los resultados fueron consensuados en el equipo y se devolvieron a las personas participantes.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) (Referencia: M10_2023_349) y se recabó el consentimiento informado por escrito de todas las personas participantes. Para un mayor detalle sobre la metodología empleada puede consultarse el Material suplementario.

Los resultados que se reportan en el presente artículo siguen los estándares para informar investigaciones cualitativas (SRQR, *Standards for Reporting Qualitative Research*)[23].

Resultados

Barreras para la participación en el PCCR

1) Barreras educativas y lingüísticas

Las personas participantes con menor nivel educativo presentaron un conocimiento más limitado y dificultades para comprender el objetivo y el procedimiento del programa (tabla 2, *verbatim*

Tabla 1
Características de la muestra

Código	n	Territorio	Sexo	Nivel educación	Origen migratorio/étnico	Ámbito residencial	Participación en el PCCR (sí/total)
GD1	6	Bizkaia	Mujeres	Universitaria	Autóctona	Urbano	6/6
GD2	6	Araba y Bizkaia	Hombres	Primaria/ secundaria/ universitaria	Autóctona	Rural	5/6
GD3	6	Bizkaia	Mujeres	Primaria/ secundaria	Autóctona	Urbano	6/6
GD4	6	Araba y Bizkaia	Mujeres	Primaria/ secundaria/ universitaria	Autóctona	Rural	6/6
GT1	4	Bizkaia	Mujeres	Sin estudios/ secundaria	Gitana	Urbano	2/4
GT2	3	Bizkaia	Mujeres	Primaria/ secundaria	Migrante	Urbano	2/3
GT3	5	Bizkaia	Hombres	Sin estudios/ secundaria	Gitana	Urbano	2/5
GT4	3	Bizkaia	Hombres	Secundaria	Migrante	Urbano	2/3
GT5	3	Araba	Hombres	Primaria/ secundaria	Migrante	Urbano	2/3

PCCR: programa de cribado de cáncer colorrectal.

Tabla 2
Discursos representativos sobre las barreras educativas y lingüísticas para la participación en el programa de cribado de cáncer colorrectal

Referencia	*Verbatim*
1.1	«No, yo entendía otra cosa, sabes. [...] porque no sabía de qué iba, ni nada.» (GT1, mujer gitana, sin estudios, no ha participado)
1.2	«A mí no me parece tan sencillo, eh [...], a mí no me parece tan fácil.» (GD3, mujer autóctona, estudios primarios, sí ha participado)
1.3	«Les llega y nada, pues una carta que es pues nada, ni siquiera la entiende la mayoría.» (GT4, hombre migrante, estudios secundarios, no ha participado)
1.4	«A mí cuando vino y lo mire, dije, pero esto que me han metido aquí era un CD de esos que se ponen en los móviles. [...] Me pareció. Como no sabía así, fijo, y la verdad no se leer muy bien.» (GT1, mujer gitana, sin estudios, no ha participado)

1.1 y 1.2). Específicamente en las poblaciones migrante y gitana, las personas participantes relataron que las barreras lingüísticas y educativas dificultaban la lectura de la carta de invitación, la comprensión del procedimiento y el seguimiento de las instrucciones para la recogida de muestras (1.3 y 1.4).

2) Responsabilidades de cuidados

Las mujeres participantes señalaron la sobrecarga de responsabilidades de cuidado como una barrera para la participación en el cribado. En sus relatos, expresaron que asumen mayoritariamente el cuidado de hijas/os y familiares, y las tareas domésticas. Esta situación fue mencionada especialmente por mujeres con menor nivel educativo, migrantes y gitanas en entornos de mayor precariedad y subordinación. En su discurso, el cribado apareció como una prioridad menor frente al cuidado de los demás, las tareas domésticas o la conciliación laboral y familiar (tabla 3, *verbatim* 2.1, 2.2 y 2.3).

3) Construcción de la masculinidad

A partir de los discursos recogidos, la construcción social de la masculinidad emergió como una barrera para la participación de los hombres en el PCCR. La masculinidad hegemónica se relacionó con un marco que desalienta el autocuidado de la salud, traduciéndose en actitudes de indiferencia, especialmente entre hombres con menor nivel educativo, migrantes y gitanos, con limitado contacto con el sistema sanitario (2.5 y 2.6). En el discurso masculino también emergió una visión reactiva del cuidado de la salud, que considera innecesarias las pruebas preventivas en ausencia de síntomas, bajo la creencia de que sentirse bien equivale a buena salud (2.7, 2.8 y 2.9), lo que reduce la percepción de riesgo y la conciencia sobre la detección precoz. El miedo a un resultado positivo, junto a la dificultad para expresar vulnerabilidad, podrían llevar a evitar la prueba de detección precoz en lugar de enfrentarla (2.10 y 2.11). Esta construcción de la masculinidad como barrera fue identificada también por las mujeres participantes, aludiendo a que las expectativas sociales que vinculan la masculinidad con fortaleza y resistencia desincentivan la prevención, al percibirse el cribado como una señal de vulnerabilidad (2.4). También destacaron el estigma asociado a la colonoscopia, percibida como una prueba invasiva y amenazante para la masculinidad (2.12), lo que refuerza la reticencia a participar y a exponer una zona íntima.

4) Barreras socioculturales

Las diferencias en la construcción sociocultural de las ideas sobre salud, enfermedad y prevención respecto al modelo biomédico hegemónico dificultarían la participación en el PCCR especialmente de personas migrantes y gitanas. En la comunidad gitana, el miedo al diagnóstico de cáncer y a las instituciones sanitarias pareció dificultar la participación tanto en el PCCR como en otros programas preventivos (tabla 4, *verbatim* 3.1 y 3.2). En sus discursos, el cáncer fue descrito como una realidad difícil de nombrar, apareciendo el uso de eufemismos como «el bicho» para referirse a la enfermedad, lo que refleja la presencia de estigma y tabú en torno al cáncer (3.3). Entre los hombres, los cánceres que afectan a áreas íntimas, como el de colón y el de próstata, aparecieron especialmente silenciados en los ámbitos familiar y comunitario (3.4). Entre las personas gitanas participantes, la recogida de la muestra de heces para detectar el cáncer colorrectal generaba incomodidad y rechazo al considerarlo un procedimiento desagradable (3.5 y 3.6).

Entre participantes procedentes del Magreb y África Subsahariana, las diferencias vinculadas al funcionamiento de los sistemas sanitarios en los países de origen, respecto al sistema español, también influirían en la participación en programas preventivos. En sus comunidades de origen, el acceso a la atención sanitaria suele depender de los recursos económicos y esta es percibida como un privilegio, lo que contrastaría con un sistema de salud que pro-

Tabla 3
Discursos representativos sobre las barreras asociadas al género en la participación en el programa de cribado de cáncer colorrectal

Referencia	*Verbatim*
Responsabilidades de cuidados	
2.1	«Yo creo que también estamos atentas a casa. Si me voy a esta hora, ¿quién atiende a los niños o la comida? Digo yo que vamos [a realizar prueba].» (GT1, mujer gitana, sin estudios, no ha participado)
2.2	«Yo me la hice una vez, pero esta última vez hace como 1 año, la verdad, no. A ver, se me presentó una situación que estoy cuidando de mi madre en el otro piso y bueno, y abandoné la carta ahí en el piso familiar, vamos, que no le dice ni caso. Entre compilar trabajo, a mi madre y otras cosas, y nada.» (GT2, mujer migrante, estudios secundarios, no ha participado)
2.3	«No hacía de nada [pruebas preventivas], pero ahora desde que dejé de trabajar hago todo, no dejo de hacer nada.» (GD4, mujer autóctona, estudios primarios, sí ha participado)
Construcción de la masculinidad	
2.4	«En el clima que nos hemos criado todos, ¿sabes? Los hombres pasan más de ciertas cosas, lo que han visto en su padre, en su familia, en que los hombres van por un lado y las mujeres por otro.» (GD3, mujer autóctona, estudios secundarios, sí ha participado)
2.5	«El hombre es más dejado para esas cosas [prácticas preventivas].» (GT3, hombre gitano, sin estudios)
2.6	«No. La verdad es que no hemos hablado de por qué [no realizar la prueba], pero que es un poco la dejadez.» (GT4, hombre migrante, estudios secundarios, no ha participado)
Visión reactiva del cuidado de la salud	
2.7	«Porque ¿para qué ir? No, estoy bien. No creen que ellos tengan que hacerlo. No, no, estoy bien, estoy bien. . . Para ellos y decir estoy bien, hasta que finalmente, te llega. [...] Y tengo amigos de ir al médico, "no, no, no. Estoy bien".» (GT5, hombre migrante, estudios secundarios)
2.8	"Si no lo hago y lo dejo pasar, yo estoy bien, no me encuentro mal, no tengo ningún problema, no tengo nada, pues ¿por qué lo tengo que hacer? Pues voy y no lo hago, ya está, sin más, pero sí es cierto [que nos preocupamos menos].» (GD2, hombre autóctono, estudios universitarios, no ha participado)
2.9	«Es un poco como, sigues pensando que eres joven, sano y no te va a pasar nada. Entonces no, tampoco quieres, no sé de momento no, pues la veo, bueno, está la carta ahí... Ni la abro.» (GT4, hombre migrante, estudios secundarios, no ha participado)
Miedo a un resultado positivo	
2.10	«El hombre es más miedoso que la mujer, o la mujer es más valiente. El hombre, hacemos más la política, la virtud, no queremos saber... Y luego, bueno, pues a veces da bastantes disgustos.» (GD2, hombre autóctono, estudios universitarios, sí ha participado)
2.11	«Es que a veces no quieres afrontar la realidad, no, igual dices, "ay, si voy y me dicen algo". Y pasas de todo.» (GT4, hombre migrante, estudios secundarios, no ha participado)
Estigma asociado con la colonoscopia	
2.12	«Pero particularmente con el cribado de cáncer de colon, la idea de que me van a meter algo por el culo. . . Yo creo que ahí actúa como un freno psicológico importante, ¿eh? [...] Que les hagas un tacto rectal, pues les parece. O sea, este rollo hay un poco mágico de la amenaza de la [masculinidad].» (GD1, mujer autóctona, estudios universitarios, sí ha participado)

Tabla 4
Discursos representativos sobre las barreras socioculturales para la participación en el programa de cribado de cáncer colorrectal

Referencia	*Verbatim*
Comunidad gitana	
3.1	«Yo no sé por qué los gitanos tienen tanto miedo al médico.» (GT1, mujer gitana, sin estudios, sí ha participado)
3.2	«La prevención en el mundo gitano se ve ahora. Es reflejada en que hay unas cuestiones que todavía arrastramos en salud, que es el miedo a los médicos, el miedo a las enfermedades.» (GT3, hombre gitano, estudios secundarios, sí ha participado)
3.3	«No lo nombramos. Es que no lo nombramos. [...] Una cosa mala, "el bicho", yo me acuerdo cuando decían "el bicho" decía yo, jolín, "el bicho".» (GT1, mujer gitana, estudios secundarios, sí ha participado)
3.4	«Hay dos que nos han arrastrado y todavía nos arrastran, que es el de la próstata y el del colon [. . .] La gente lo ha ocultado, gente que ha manchado sábanas... Lo ha callado, lo ha ocultado, la mujer, también le ha obligado el hombre a la mujer a que se callara, ¿no? Cuando llega ya a una situación, esa es como que cómo voy a decir que tengo esto, ¿cómo voy a decir en la próstata?» (GT3, hombre gitano, estudios secundarios, sí ha participado)
3.5	«Por la prueba, que no me gustaría [recoger las heces].» (GT3, hombre gitano, sin estudios, no ha participado)
3.6	«Yo sí lo he recibido. Pero me daba asco.» (GT1, mujer gitana, sin estudios, no ha participado)
Población migrante	
3.7	«También es, muchas veces es por lo que decíamos nosotros culturalmente, ¿no? Que no vamos mucho al médico, no nos preocupa mucho ir al médico. [...] No vamos al médico porque no. Porque antes no teníamos este privilegio. Es como, no sé, o sea, tienes un acceso a un servicio que antes no, o sea, que era un privilegio para unos. Y si no tenías, como dice el compañero, si no tenías el bolsillo.» (GT4, hombre migrante, estudios secundarios, no ha participado)
3.8	«Y si encima, si lo dices, vete al médico, no deja a los médicos porque él tiene la idea, hasta ahora tiene la idea de que está en África y todo eso en Europa. Aquí los amigos, si los veo, si me dicen tal, digo, vete al médico. Pero tienen la idea de ir al médico es como si están en África, ir al médico y pagar.» (GT5, hombre migrante, estudios secundarios, sí ha participado)
3.9	«No es que el sistema en África actual nos empuja o nos enseña a curarnos de otra manera. Entonces, yo antes de salir de mi país nunca me había tomado una pastilla. Nunca, pero como mi abuela va detrás de la casa, dos hierbas, es así y tú te lo bebes y lo que ella te está explicando, que te está limpiando el estómago y vas a hacer pis y caca durante todo el día, y te dice esto. Estás bien y tú te sientes como que sí.» (GT4, hombre migrante, estudios secundarios, si ha participado)
3.10	«Es que aquí mismo van a ambulatorio, hospitales, sacan sangre y dice, joder, me han sacado mogollón de sangre. ¿Lo van a vender? [...] No entienden. Muchos lo entienden, pero no sé, es que a veces no entiendo tampoco.» (GT4, hombre migrante, estudios secundarios, sí ha participado)

mueve el acceso universal a la atención sanitaria (3.7 y 3.8). Además, observaban diferencias en las prácticas preventivas. Mientras que en los sistemas occidentales predominan los métodos médicos convencionales, como el uso de medicamentos y la realización de pruebas diagnósticas, en sus lugares de origen se valoran más la medicina tradicional y los remedios naturales (3.9 y 3.10), por lo que prácticas médicas desconocidas, como el cribado del cáncer colorrectal, podrían generar resistencia.

Tabla 5
Discursos representativos de los facilitadores para la participación en el programa de cribado de cáncer colorrectal

Referencia	*Verbatim*
Mujeres como facilitadoras del cribado	
4.5	«La inmensa mayoría de la cuadrilla nuestra, los hombres siempre están dependiendo un poquito de las mujeres [...] en el cuidado y de cosas.» (GD1, mujer autóctona, estudios universitarios, sí ha participado)
4.6	«Bueno, mi hermano que antes vivía conmigo, él creo que también le llego y él creo que tampoco [hizo la prueba]. En los médicos él tenía que estar ya, que tiene que estar, como dice de muerte, para poder ir hay que pedirle la cita y que no. [. . .] O sea, son hombres que no se cuidan y hoy día ya yo se lo decía muchas veces, "por favor, cuídate".» (GT2, mujer migrante, estudios secundarios, sí ha participado)
4.7	«Bueno, yo creo que todas las mujeres o casi todas cogen, ve, que ya tienes la cita, venga, ya tienes que ir. ¿Entonces van obligados o lo demás pasan, ¿eh?» (GD4, mujer autóctona, estudios primarios, sí ha participado)
Antecedentes familiares de cáncer colorrectal o problemas de salud previos	
4.8	«Yo tengo una hermana operada de cáncer de colon y a raíz de eso hemos ido todos los hermanos a hacernos la prueba, todos, todos los años, eh.» (GD1, mujer autóctona, estudios universitarios, sí ha participado)
4.9	«Si lo vives cerca en la familia o unos amigos, yo creo que ya aceptas y vas, pero si no lo vives muy de cerca o en casa, pasa, no van.» (GD4, mujer autóctona, estudios primarios, sí ha participado)
4.10	«Al final es verdad que funciona mucho, el boca a boca, no porque los amigos te dicen vamos, yo tengo este problema y te cuentan y pues esta experiencia. Te da un poco de así, pero no lo haces [prueba de cribado].» (GD2, hombre autóctono, estudios universitarios, sí ha participado)
4.11	«Yo tenía muchas diarreas y tenía un miedo terrible porque soy de colon irritable desde siempre, de los nervios y así. Y sí, muy bien.» (GD4, mujer autóctona, estudios primarios, sí ha participado)

Factores facilitadores para la participación en el PCCR

1) Las mujeres como facilitadoras del cribado

Las mujeres desempeñaban un papel clave como facilitadoras en la participación de los hombres en el PCCR. Principalmente, asumen la responsabilidad del cuidado y la prevención en sus familias y comunidades (tabla 5, *verbatim* 4.5). En las poblaciones autóctona no gitana y migrante, su influencia resultaría fundamental para motivar a parejas, hermanos/as y familiares a participar, ya que su mayor familiaridad con la importancia de la prevención les permite sensibilizar y apoyar a sus seres queridos (4.6 y 4.7). Este rol no se observó en las mujeres gitanas.

2) Antecedentes familiares de cáncer colorrectal y problemas de salud previos

En la población autóctona no gitana, los antecedentes familiares de cáncer colorrectal se identificaron como facilitadores, generando mayor motivación para participar, al reconocer la herencia genética como factor de riesgo (4.8). Además, quienes habían tenido experiencias de familiares y amistades que habían enfrentado el cáncer colorrectal, o quienes padecían problemas intestinales previos, parecían mostrar una mayor disposición a realizarse la prueba (4.9, 4.10 y 4.11). Sin embargo, los antecedentes familiares y los problemas de salud previos no parecían motivar a las personas migrantes y gitanas, siendo un elemento diferencial clave.

3) Atención personalizada y presencial

La atención personalizada podría actuar como un facilitador para aumentar la participación, en especial en grupos vulnerables. Ello implicaría proporcionar información clara sobre el procedimiento de la prueba, sus beneficios y riesgos, así como orientación individualizada. Priorizar la prueba presencial en atención primaria podría ser clave para superar las barreras, sobre todo en personas con baja alfabetización en salud, ya que la interacción con el personal sanitario, y sus explicaciones, pueden generar confianza y tranquilidad (tabla 6, *verbatim* 5.1 y 5.2).

4) Difusión de información y sensibilización sobre el programa

El discurso de todos los grupos sociales participantes subrayó la importancia de difundir información sobre el PCCR y el procedimiento de la prueba, especialmente mediante medios de comunicación convencionales y digitales (5.3, 5.4, 5.5). Incluir testimonios de personas afectadas o de personas conocidas podría dar credibilidad a estas campañas, reduciendo el estigma y promoviendo una cultura de prevención (5.6, 5.7, 5.8).

Discusión

Nuestros resultados muestran que, en el País Vasco, la participación en el PCCR de las poblaciones migrante y gitana puede estar relacionada con condicionantes específicos, que actúan como barreras o facilitadores, a veces de manera diferencial respecto a la población general. Las principales barreras son educativas, lingüísticas, socioculturales y de género, como las responsabilidades de cuidado y la construcción de la masculinidad, que afectan a la población hegemónica, pero impactan sobre todo en las personas con menor nivel educativo o racializadas. La atención personalizada y presencial, junto con la sensibilización a través de figuras de referencia, facilitan la participación en poblaciones con baja alfabetización en salud, en especial en población racializada. En cambio, los antecedentes familiares y los problemas de salud previos, que favorecen la participación en la población hegemónica, no tienen el mismo efecto en las personas migrantes o gitanas. El rol de la mujer es clave en la promoción del cribado, tanto en la población autóctona no gitana como en la migrante.

Nuestros resultados coinciden con los de otros estudios europeos que relacionan un bajo nivel educativo con una menor participación en los programas de cribado[24], patrón también observado en otros lugares de España[12] y en el País Vasco[6]. En la población migrante se suma la dificultad para comprender la información del programa y las invitaciones al cribado, principalmente por barreras lingüísticas[25]. Una revisión mostró que la socialización de género provoca desigualdades en el cuidado de la salud y los programas preventivos entre mujeres y hombres[7], también evidenciadas en España[26]. Nuestros hallazgos muestran que la carga de cuidados limita la participación femenina, atravesada por la intersección de género, nivel socioeconómico, etnia y raza[27]. Dinámicas similares se describen en mujeres migrantes, en las que los múltiples empleos precarios y las cargas familiares condicionan el acceso a los servicios de salud[15]. Un estudio estatal sobre el cribado del cáncer de mama señaló obstáculos como falta de tiempo, priorización laboral y sobrecarga familiar sin apoyo suficiente[28]. En las mujeres gitanas también se observan desigualdades, con menor uso de

Tabla 6
Discursos representativos de los facilitadores para la participación en el programa de cribado de cáncer colorrectal

Referencia	*Verbatim*
Atención personalizada y presencial	
5.1	«Ahora, si vas directamente al médico o al hospital, te lo hacen todo, igual te lo haces. Pero que te vengan papelitos y esas cosas, no puedo hacer, digo yo, ¿eh? por mí.» (GT1, mujer gitana, sin estudios, no ha participado)
5.2	«Bueno, si te va a costar, la chica te puede enseñar [a hacer la prueba] si no entiendes porque hay analfabetas abuelitas.» (GT2, mujer migrante, estudios primarios, sí ha participado)
Difusión de información y sensibilización	
Medios de comunicación y testimonios	
5.3	«Yo creo que hace falta una campaña de sensibilización.» (GD2, hombre autóctono, estudios universitarios, sí ha participado)
5.4	«Yo creo que simplemente apareciendo en programas de mucha difusión de televisión.» (GD1, mujer autóctona, estudios universitarios, sí ha participado)
5.5	«Aquí yo creo que, en España, por los medios de comunicación, pues manejan mucho la parte de prevención. O sea, están con campañas tanto para el cáncer para una cosa, para otra, para los niños. A mí eso me parece importante hacer algo, por lo menos que la gente que ve televisión o que escuche, que estén al tanto de su salud.» (GT2, mujer migrante, estudios secundarios, sí ha participado)
5.6	«Igual hacía más efecto que gente conocida, futbolistas y vamos, a los hombres, que se hiciese una campaña.» (GD1, mujer autóctona, estudios universitarios, sí ha participado)
Sensibilización a través de líderes religiosos	
5.7	«También hay que acudir a mezquitas, pues igual hay 1000 personas en un entorno de una mezquita, en iglesias. [...] Hay que entrar, hay que introducirse. Yo hablo de la comunidad nuestra, no en general. Los chavales, hoy en día no les importa esto, pero realmente las mezquitas, que los imanes que están ahí, que son personas de mucho respeto y poder, que son mayores también, no digan que se la hacen ellos, que lo digan en el sermón.» (GT4, hombre migrante, estudios secundarios, no ha participado)
5.8	«Tenemos un modo de información muy bueno que no lo utilizamos, que es la iglesia evangélica, para nosotros es el telediario, no es como que sale un representante, eh, que nos cuenta lo que sería. [. . .] Si desde el púlpito a los feligreses les suelta todo, es una forma de llegar a ellos y de decírselo [...] que se empiece a utilizar esa vía para información de lo que nos pasa, porque si llega un pastor mayor y nos dice “eh, hay un programa de esto”, que solamente haya hombres para que no haya vergüenza con las mujeres, que diga vamos a quedarnos aquí, hay un problema, que viene una campaña, de esto es que hay problemas de pólipos, hay problemas de próstata, esto hay la diabetes, a la gente lo que nos digan nuestros pastores y más los mayores es lo que más nos llega, no que te llegue un papelito.» (GT3, hombre gitano, estudios secundarios, sí ha participado)

visitas ginecológicas y de cribados de cáncer de mama y de cuello uterino[29].

En los hombres, diversos estudios evidencian que la adhesión a la masculinidad hegemónica actúa como barrera para acceder a los servicios de salud[30]. La dificultad para mostrarse vulnerables se traduce en resistencia al cribado, percibido como una señal de debilidad. Nuestros resultados indican que esto ocurre en los hombres con menor nivel educativo, migrantes y de población gitana. En los hombres gitanos, estudios previos también han señalado que los estereotipos de masculinidad limitan su participación en actividades preventivas[31]. En cambio, los hombres con mayor nivel educativo parecen superar parcialmente estos estereotipos y muestran mayor disposición al cribado, coincidiendo con Farrimond[32], quien describe la figura del «hombre de acción», vinculada a contextos socioeconómicos favorecidos. Sin embargo, entre quienes mantienen masculinidades hegemónicas, el miedo al diagnóstico, junto al rechazo a mostrar vulnerabilidad, así como el estigma asociado a la colonoscopia, percibida como amenazante para la masculinidad, siguen siendo barreras importantes[33,34].

Un estudio en el Reino Unido destacó que las actitudes y las creencias culturales obstaculizan la participación de las minorías étnicas en el cribado[35], coincidiendo con nuestros resultados. En los Estados Unidos de América, algunos trabajos han relacionado los procesos de aculturación —medidos por el tiempo de residencia— con la adopción de normas sociales que influyen en las actitudes hacia el cribado[10]. También se señalan como barreras el desconocimiento del sistema sanitario[16] y las diferencias percibidas respecto a la medicina occidental[35]. En la población gitana, las barreras coinciden con estudios previos[8] y con lo señalado por Condon et al.[31] en comunidades romaníes europeas: miedo al diagnóstico, tabú sobre el cáncer —con uso de eufemismos—, rechazo a la recogida de muestras y discriminación institucional.

Entre los facilitadores, la literatura indica que las mujeres suelen actuar como promotoras clave de la participación masculina en los cribados, influyendo en las decisiones de salud de la familia[27], y en muchos casos convenciendo a sus parejas para realizarse la prueba de cribado[26,36]. En nuestro estudio, este papel facilitador se evidenció en las mujeres autóctonas no gitanas y en migrantes, pero no en las mujeres gitanas, lo que sugiere que se debería profundizar en las particularidades contextuales y culturales de esta comunidad. Respecto a los antecedentes familiares, un estudio en el Reino Unido mostró que las minorías étnicas con antecedentes de cáncer colorrectal recomendaban o deseaban asistir a la colonoscopia[35,37]; en nuestro trabajo, este facilitador solo se observa en población hegemónica, no en migrante ni gitana.

De acuerdo con la evidencia[25], la asistencia presencial y personalizada es un facilitador clave para la participación en el cribado. La Atención Primaria resulta central, pues las recomendaciones del personal sanitario legitiman la prueba[33] y la información cara a cara favorece la aceptación[25]. En nuestro estudio, las personas con baja alfabetización en salud y de poblaciones vulnerables valoraban especialmente el recibir explicaciones claras y comprensibles[8,35]. Estas poblaciones, que enfrentan mayores desigualdades en salud, requieren respuestas adaptadas del sistema sanitario.

La sensibilización y la difusión de información mediante campañas y medios de comunicación también aumenta la cobertura del cribado[25]. En población gitana y migrante, las personas participantes identificaron a los líderes religiosos como figuras clave para la sensibilización sobre el programa. Este hallazgo coincide con los resultados de Santiago-Portero et al.[8], quienes destacan la importancia de involucrar a mediadores de entornos religiosos y asociaciones. En los discursos, la sensibilización por líderes religiosos se relacionó con un mayor diálogo sobre el cáncer, para desestigmatizarlo y reducir las barreras culturales, sociales y estructurales.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones, en especial en cuanto a la diversidad de perfiles migrantes participantes. La ausencia de participantes de origen chino y de mujeres musulmanas limita el análisis de elementos específicos de estas comunidades étnicas y religiosas. La mayoría de las personas migrantes tenían residencia estable, todas hablaban y comprendían el español, y algunas contaban con un alto nivel educativo, lo que pudo condicionar sus percepciones sobre el cribado y su capacidad para navegar por el sistema sanitario. No obstante, varias compartieron también

la visión de su comunidad de origen, lo que puede haber mitigado esta limitación.

Hasta donde conocemos, este es el primer estudio sobre percepciones hacia el PCCR en población migrante y gitana, aspecto señalado como necesario en un trabajo reciente realizado en España[38]. Además, hay escasez de estudios sobre la intersección de masculinidad, cribado colorrectal y racialización. Nuestro estudio contribuye a llenar parcialmente este vacío, ya señalado por Oster et al.[36], quienes subrayaron la importancia de considerar la etnia, la clase social y la edad de los hombres en futuras investigaciones. Aunque la edad se considera una variable relevante, en nuestros hallazgos no se observaron diferencias en las percepciones hacia la participación en el PCCR dentro del rango de 50-69 años. Además, se tuvo en cuenta el ámbito residencial rural y urbano, pero no se observaron diferencias en el discurso.

Estos resultados podrían tener implicaciones prácticas para el PCCR. Es fundamental diseñar programas preventivos sensibles a la diversidad sociocultural y accesibles a toda la población. Se requiere una perspectiva interseccional en salud que considere no solo género y nivel socioeconómico, sino también origen migratorio, étnico y religioso como condicionantes de la participación en programas preventivos. Se precisan intervenciones específicas para poblaciones sujetas a discriminación sistemática, complementando los programas universales de cribado. Las barreras y los facilitadores identificados pueden contribuir al diseño de estrategias específicas, como la atención personalizada y presencial, así como la sensibilización a través de figuras de referencia, acercando a estas comunidades al PCCR y promoviendo un sistema de salud más equitativo.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Los datos del estudio pueden solicitarse a la autora de correspondencia, respetando la confidencialidad de las personas participantes.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los programas de cribado de cáncer colorrectal reducen la incidencia y la mortalidad, pero su efectividad requiere una alta participación. Existen desigualdades en el acceso y la participación, especialmente entre grupos vulnerables como las poblaciones migrante y gitana.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El estudio identifica barreras que influyen en la participación de las poblaciones migrante y gitana, como barreras educativas, lingüísticas, socioculturales y de género. También se identifican facilitadores como la atención personalizada y presencial, y la sensibilización mediante figuras de referencia. Además, evidencia la necesidad de incorporar una perspectiva interseccional.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Los hallazgos ofrecen una base para el diseño de estrategias específicas orientadas a mejorar la participación en el programa de cribado colorrectal, como intervenciones adaptadas socioculturalmente, atención personalizada y colaboración con líderes comunitarios. Esto puede contribuir a reducir desigualdades y promover sistemas de salud más equitativos.

Editor responsable del artículo

Ignacio de Loyola González-Salgado.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a Gaceta Sanitaria, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

I. López-López de Araya, Y. González-Rábago e I. Portillo participaron en la conceptualización del estudio y la administración del proyecto. El diseño y el desarrollo del estudio, así como la recopilación y el análisis de los datos, fueron realizados por I. López-López de Araya y Y. González-Rábago. La adquisición de fondos correspondió a I. Portillo. La redacción del texto estuvo a cargo de I. López-López de Araya y Y. González-Rábago. Todas las personas firmantes revisaron y aprobaron la edición final del artículo.

Agradecimientos

A las personas que participaron, por su tiempo y valiosa contribución, fundamentales para el desarrollo del estudio. También agradecemos a Unai Martín y a Celia Fernández-Carro su colaboración en las fases iniciales del diseño del estudio, así como a Biltzen, Servicio Vasco de Integración y Convivencia Intercultural, por su apoyo en la selección y el contacto de las personas participantes.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado por la Unión Europea - Next Generation EU, a través de la aplicación presupuestaria 26.50.31RB.451 del presupuesto de gastos del Ministerio de Sanidad de 2023, y se enmarca en el proyecto titulado «Mejora de la participación y disminución de las desigualdades en el cribado de cáncer colorrectal en el País Vasco».

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.gaceta.2026.102585.

Bibliografía

1. Organización Europea para la Cooperación Económica (OECE). Perfiles nacionales de cáncer: España 2023. París: OECD Publishing; 2023.
2. Ministerio de Sanidad. Programas de cribado: información general. (Consultado el 09/10/2024.) Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerCervix/infoGeneral.htm.
3. Osakidetza. Programa de detección precoz de cáncer de colon. (Consultado el 20/01/2024.) Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/programa-de-prevencion-del-cancer-colorrectal/webosk00-oskenf/es/.
4. Centro Coordinador del Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal. Programa de cribado de cáncer colorrectal. Versión 10. Bilbao: Osakidetza; 2023.
5. Segnan N, Patnick J, von Karsa L. editores. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.

6. Solís-Ibinagagoitia M, Unanue-Arza S, Díaz-Seoane M, et al. Factors related to non-participation in the Basque Country Colorectal Cancer Screening Programme. Front Public Health. 2020;8:604385.
7. Mosquera I, Mendizabal N, Martín U, et al. Inequalities in participation in colorectal cancer screening programmes: a systematic review. Eur J Public Health. 2020;30:416–25.
8. Santiago-Portero MC, Gómez-García JM, Reig-Gómez H, et al. Conocimientos, creencias y actitudes de la población gitana ante el cribado del cáncer colorrectal. Gac Sanit. 2018;32:11–7.
9. Walker P, Settgast A, DeSilva M. Cancer screening in refugees and immigrants: a global perspective. Am J Trop Med Hyg. 2022;106:1593–600.
10. Agunwamba AA, Zhu X, Sauver JS, et al. Barriers and facilitators of colorectal cancer screening using the 5 As framework: a systematic review of US studies. Prev Med Rep. 2023;35:102353.
11. van de Schootbrugge-Vandermeer HJ, Lansdorp-Vogelaar I, de Jonge L, et al. Socio-demographic and cultural factors related to non-participation in the Dutch colorectal cancer screening programme. Eur J Cancer. 2023;190:112942.
12. Molina-Barceló A, Moreno J, Peiró-Pérez R, et al. Desigualdades de acceso a los programas de cribado del cáncer en España y cómo reducirlas: datos de 2013 y 2020. Rev Esp Salud Publica. 2021;95:1–28.
13. Rosano A, Dauvrin M, Buttigieg SC, et al. Migrant's access to preventive health services in five EU countries. BMC Health Serv Res. 2017;17:1–11.
14. Sarría-Santamera A, Hijas-Gómez AI, Carmona R, et al. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. Public Health Rev. 2016;37:28.
15. Gea-Sánchez M, Alconada-Romero A, Briones-Vozmediano E, et al. Undocumented immigrant women in Spain: a scoping review on access to and utilization of health and social services. J Immigr Minor Health. 2017;19:194–204.
16. Portero de la Cruz S, Cebrino J. Uptake patterns and predictors of colorectal cancer screening among adult's resident in Spain: a population-based study from 2017 to 2020. Front Public Health. 2023;11:1151225.
17. Comisión Europea, Dirección General de Salud y Consumidores. Roma health report health status of the Roma population: data collection in the Member States of the European Union. Bruselas: Publications Office; 2014.
18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Fundación Secretariado Gitano. Salud y comunidad gitana. Análisis de propuestas para la actuación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.; 2005.
19. Berenguera A, Fernández de Sanmamed M, Pons M, et al. Escuchar, observar y comprender: recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.
20. Conde F. Los grupos triangulares como espacios transicionales para la producción discursiva: un estudio sobre la vivienda en Huelva. En: Gordo AJ, Serrano A, editores. Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social. Madrid: Pearson Educación; 2008. p. 155–87.
21. Braun V, Clarke V, Hayfield N, et al. Thematic analysis. En: Liamputtong P, editor. Handbook of research methods in health social sciences. Singapore: Springer; 2019. p. 843–60.
22. Crenshaw KW. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. Stanford Law Rev. 1991;43:1241–99.
23. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89:1245–51.
24. Jäntti M, Heinävaara S, Malila N, et al. Sociodemographic features and patterns of non-participation in colorectal cancer screening in Finland. Eur J Public Health. 2021;31:890–4.
25. Hoeck S, Van Roy K, Willems S. Barriers and facilitators to participate in the colorectal cancer screening programme in Flanders (Belgium): a focus group study. Acta Clin Belg. 2022;77:37–44.
26. Molina-Barceló A, Peiró-Pérez R, Vanaclocha M, et al. Informed participation in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme from a gender perspective. Gac Sanit. 2018;32:72–6.
27. González-Rábago Y, López-López de Araya I, Fernández-Carro C, et al. Representaciones sociales sobre la salud en poblaciones no hegemónicas: una aproximación interseccional a las percepciones de las personas migrantes y gitanas en el País Vasco. Rev Esp Sociol. 2025;34:a267.
28. Pons-Vigués M, Puigpinós-Riera R, Rodríguez D, et al. Country of origin and prevention of breast cancer: beliefs, knowledge and barriers. Health Place. 2012;18:1270–81.
29. Usera-Clavero M, Gil-González D, La Parra-Casado D, et al. Inequalities in the use of gynecological visits and preventive services for breast and cervical cancer in Roma women in Spain. Int J Public Health. 2020;65:273–80.
30. Polanco Cerón N, Morrison R. La ocupación como reproductora del género: una aproximación a la masculinidad hegemónica. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupcional. 2024;32:e3644.
31. Condon L, Curejova J, Morgan DL, et al. Knowledge and experience of cancer prevention and screening among Gypsies Roma and Travellers: a participatory qualitative study. BMC Public Health. 2021;21:360.
32. Farrimond H. Beyond the caveman: rethinking masculinity in relation to men's help-seeking. Health. 2011;16:208–25.
33. Honein-AbouHaidar GN, Kastner M, Vuong V, et al. Systematic review and meta-study synthesis of qualitative studies evaluating facilitators and barriers to participation in colorectal cancer screening. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2016;25:907–17.
34. Mojica CM, Vargas N, Bradley S, et al. Barriers and facilitators of colonoscopy screening among Latino men in a colorectal cancer screening promotion program. Am J Mens Health. 2023;17:15579883231179325.
35. Kerrison RS, Gil N, Travis E, et al. Barriers to colonoscopy in UK colorectal cancer screening programmes: qualitative interviews with ethnic minority groups. Psychooncology. 2023;32:779–92.
36. Oster C, McGuiness C, Duncan A, et al. Masculinity and men's participation in colorectal cancer screening. Psychol Men Masculinity. 2015;16:254–63.
37. Dharni N, Armstrong D, Chung-Faye G, et al. Factors influencing participation in colorectal cancer screening — a qualitative study in an ethnic and socio-economically diverse inner city population. Health Expect. 2017;20:608–17.
38. de Haro D, Fernández B, Amador ML. Actitudes e imágenes sociales sobre el cribado de cáncer colorrectal. Una aproximación exploratoria mediante grupos de discusión. Rev Esp Salud Publica. 2023;97:e202308063.