

ARTÍCULOS ORIGINALES

SENTIDOS EN LAS NARRATIVAS SOBRE CÁNCER COLORRECTAL EN POBLACIÓN SANA: APORTES PARA UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN EN ARGENTINA

Narratives of Colorectal Cancer Among Healthy Population: Contributions for a Preventive Strategy in Argentina

Alejandro Capriati,¹ Silvina Ramos,² Cecilia Tamburrino¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Son recientes y escasos los estudios sobre conocimientos del cáncer colorrectal (CCR) en población sana y sus actitudes respecto a pruebas de detección temprana. **OBJETIVO:** Con el propósito de producir insumos para la estrategia comunicacional de sus programas, el Instituto Nacional del Cáncer encomendó al Centro de Estudios de Estado y Sociedad la realización de un estudio sociocultural. El objetivo del presente trabajo fue analizar los significados culturales relativos al CCR, a fin de identificar potenciales obstáculos y facilitadores de las prácticas de prevención en población sana. **MÉTODOS:** Se utilizaron dos técnicas de relevamiento de información: la entrevista en profundidad y el grupo focal. Se seleccionaron varones y mujeres de entre 45 y 65 años sin antecedentes propios de CCR. El trabajo de campo fue desarrollado en cuatro ciudades de Argentina. **RESULTADOS:** A excepción del conocimiento basado en la experiencia personal, no se registraron nociones o creencias claramente definidas sobre el CCR. El término "colorrectal" no despertó asociaciones de sentido, ni fue relacionado espontáneamente con el intestino. Las cuestiones relativas al ano demostraron ser un importante obstáculo para la prevención y detección temprana del CCR. **CONCLUSIONES:** La confianza en la ciencia y la tecnología, así como la creencia acerca de que el momento en el que se "agarra" la enfermedad es determinante para su desenlace, pueden ser una plataforma sobre la cual deconstruir creencias y reconstruir nuevas concepciones, para dar sentido a los comportamientos preventivos de cuidado y atención de la salud.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Studies on knowledge of colorectal cancer (CRC) in healthy population and attitudes towards screening tests are scarce and recent. **OBJECTIVE:** In order to provide inputs for the communication strategy of its programs, the National Cancer Institute of Argentina commissioned a socio-cultural study, which was to be conducted by Center for Studies of the State and Society. The objective of this work was to focus on socio-cultural aspects related to CRC, so as to identify potential barriers and facilitators to prevention practices in healthy population. **METHODS:** Two data collection techniques were used: in-depth interview and focus group, applied to men and women aged between 45 and 65 years, without history of CRC. Fieldwork was conducted in four cities of Argentina. **RESULTS:** Except for the knowledge based on personal experience, there were no clearly defined beliefs about CRC. The term "colorectal" failed to arouse meaning associations and was not spontaneously associated to the intestine. Issues related to the anus were found to be a major barrier for prevention and early detection of CRC. **CONCLUSIONS:** Confidence in science and technology as well as beliefs about timely detection of the disease are critical aspects. They should be the basis to deconstruct beliefs and reconstruct new concepts, in order to give meaning to preventive health care behaviors.

PALABRAS CLAVE: Cáncer colorrectal - Prevención - Comunicación en salud

KEY WORDS: Colorectal cancer - Prevention - Health communication

¹ Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires

² Centro de Estudios de Estado y Sociedad

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación

FECHA DE RECEPCIÓN: 4 de marzo de 2014

FECHA DE ACEPTACIÓN: 11 de junio de 2014

CORRESPONDENCIA A: Silvina Ramos
Correo electrónico: silvinaramosarcoiris@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es un tumor prevenible con origen en una lesión precursora (el pólipo adenomatoso), que presenta un crecimiento lento y con una progresión hacia el cáncer que puede demorar varios años. Esta característica de su historia natural ofrece una ventana de oportunidad para la detección temprana y la prevención secundaria; si el cáncer se identifica a tiempo, es curable en un elevado porcentaje de casos.^{1,2} En este escenario, el desafío para la salud pública se centra en incrementar las prácticas preventivas y mejorar el acceso al tratamiento del CCR.

En Argentina, más del 60% de los casos de CCR son diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad,

y sólo un 37% de las detecciones ocurren de manera temprana.^{1,3} Situaciones similares se registran en otros países del mundo, donde el cribado del CCR presenta tasas bajas o muy inferiores a las adecuadas o necesarias.^{2,4-6}

Son pocos y recientes los estudios que investigan las nociones sobre el CCR en la población sana y sus actitudes respecto a las pruebas de detección temprana.⁷⁻¹⁴ Existe un acuerdo extendido acerca de que la comprensión de las creencias sobre la enfermedad y la atención de la salud, por un lado, y las percepciones acerca de la accesibilidad de la población a los respectivos servicios, por el otro, son cimientos necesarios para el diseño de una estrategia comunicacional en salud.¹⁵⁻¹⁷

Los conocimientos y saberes elaborados por la gente común (ni expertos, ni especialistas) sobre las enfermedades se denominan teorías o modelos implícitos, explicativos o de sentido común, según el autor o la perspectiva teórica.^{18,19} Estos modelos legos revelan el conjunto de creencias, conocimientos y atribuciones que las personas construyen sobre la naturaleza, la gravedad, la etiología, los síntomas, el tratamiento, el curso, el pronóstico y/o las consecuencias de una enfermedad. En conjunto, estas representaciones tienen incidencia directa en las prácticas preventivas y de enfrentamiento de la afección.^{20,21}

El objetivo del presente trabajo fue analizar los significados culturales relativos al CCR para identificar potenciales obstáculos a las prácticas de prevención en la población sana. Específicamente, se focalizaron los aspectos vinculados a las prácticas preventivas, el conocimiento del CCR y sus pruebas de detección temprana.

MÉTODOS

Con un diseño exploratorio-descriptivo, se utilizó una estrategia metodológica cualitativa para producir, procesar y analizar la información. Se emplearon dos técnicas de relevamiento: la entrevista en profundidad y el grupo focal. Se aplicó un consentimiento informado, y cada participante recibió información y respuestas a sus dudas sobre la investigación. Una vez concluida la actividad, se ofreció material informativo sobre la prevención del CCR.

El trabajo de campo fue desarrollado entre septiembre y noviembre de 2012 en cuatro ciudades de Argentina: Bariloche (Río Negro), Esteban Echeverría (Provincia de Buenos Aires), Posadas (Misiones) y San Miguel de Tucumán (Tucumán). En cada localidad se realizaron dos grupos focales (uno a varones y uno a mujeres) y seis entrevistas (tres a varones y tres a mujeres). El trabajo de campo se llevó a cabo en barrios populares, con diferentes niveles de pobreza y marginalidad.

Las entrevistas tuvieron una duración promedio de una hora; los grupos focales, de una hora y 45 minutos. Se seleccionó a varones y mujeres de entre 45 y 65 años sin antecedentes propios de CCR ni antecedentes de primer grado de la enfermedad, que nunca se realizaron una colonoscopia y que no habían estado en tratamiento o seguimiento con un especialista del aparato digestivo

por ningún motivo.

De acuerdo con el diseño y los instrumentos de recolección de información utilizados, los resultados presentados son indicativos del universo cultural de las poblaciones a las que pertenecen las personas involucradas en el estudio. No se trata de una generalización estadística, asentada en una muestra aleatoria desde la cual se extrapolan las respuestas, criterio inadecuado para un abordaje cualitativo. En la investigación social cualitativa inscripta en el paradigma interpretativo de las ciencias sociales, cuyo interés es la comprensión del sentido de la acción social desde las perspectivas de los sujetos^{22,23}, la selección estratégica de las personas y grupos²⁴, la precisión de la descripción, la exhaustividad del análisis y la categorización²⁵, permiten identificar los patrones comunes y la diversidad intracultural. Estos procedimientos habilitan una generalización limitada y circunstanciada, debido a la escala en que se sitúa el objeto de estudio y el interés por privilegiar la profundidad del análisis sobre la extensión²⁶; una generalización de tipo analítica que posibilita la expansión a otros casos de conceptos o teorías emergentes. Las referencias interpretativas que en el texto se realizan respecto a las mujeres y los varones están ancladas en la población participante y echan luz sobre el universo simbólico de las poblaciones a las que pertenecen. Los resultados podrán ser el incentivo para la realización de estudios en otros contextos, que ayuden a identificar los factores idiosincráticos a cada escenario social, si es que existen.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 60 mujeres y 54 varones. El promedio de edad de las mujeres fue de 51,5 años y el de los varones, de 53,3. En relación con el nivel educativo, la mayoría había finalizado el ciclo primario (64,4% en mujeres y 56,9% en varones). El ciclo secundario había sido concluido por menos de una cuarta parte de las mujeres (23,7%) y menos de una quinta parte de los varones (17,8%). En lo que respecta al empleo, la mayoría realizaba algún tipo de actividad. Entre las mujeres, salvo cuatro excepciones (5%), la muestra estaba dividida entre empleadas (47,5%) y amas de casa (47,5%). Entre los varones, casi la mitad estaba empleado (48,6%), alrededor de una cuarta parte era cuentapropista (24,8%) y otros eran jubilados o desocupados (14,3 y 12,3%, respectivamente). Salvo casos singulares, las mujeres y los varones atendían su salud a través del sistema público; algunos contaban con obras sociales de empleados públicos o coberturas sindicales.

El estudio mostró que para los participantes, prevenir es un término positivo, vinculado a la vida y a la salud. Son recurrentes las asociaciones con las acciones de evitar, anticipar o frenar. En la noción de prevención se articulan cuatro conjuntos de saberes y prácticas: ir al médico, hacerse estudios o controles, cuidarse y, por último, recibir o tener acceso a la información.

Particularmente las mujeres entrevistadas –para la pre-

sentación de los resultados se omite reiterar en cada oración *las mujeres entrevistadas o los varones entrevistados*— otorgaron a las acciones preventivas una exigencia normativa, expresada como un acatamiento a la indicación profesional. Frases como “hay que” o “las mujeres tenemos que” denotan el carácter normativo que se asigna al cuidado de la salud y a las acciones preventivas, tal como se ha identificado en otras investigaciones.^{27,28} Entre los varones, la norma preventiva no tiene igual peso ni intensidad y aparece conjugada de modo condicional, distante de las prácticas. Según pudo observarse, la mayoría de los hombres no tenían incorporada la realización de exámenes de tipo preventivo y acudían al médico cuando el dolor no les permitía continuar con su rutina.

El cuidado es concebido en relación con el estilo de vida personal, vinculado a hábitos definidos como saludables (ejercicio físico, alimentación sana, etc.). Los aspectos ligados a lo psicológico, al espíritu, al ánimo y a la autoestima también aparecen incluidos dentro del dominio de las acciones preventivas. Se asume que tienen la capacidad de modificar los cuerpos o incidir en sus procesos y funciones. Por ello, “no hacerse mala sangre” o “ir al psicólogo” constituyen otras formas de prevención.

Por último, el acceso a la información también integra el dominio de la prevención, pues el conocimiento proporciona el contenido a las acciones preventivas, orienta la conducta y ofrece indicaciones o respuestas.

La multiplicidad de sentidos asociados a la prevención se vincula de modo diverso con los servicios de salud, que son utilizados principalmente para fines curativos. La acción preventiva puede llegar a resultar extraña; algunas mujeres consideran que esas consultas o estudios equivalen a “ir por ir” o “concurrir por cualquier cosa”. Según las entrevistadas, ir al médico cuando no pasa nada es entendido como malgastar el tiempo y los recursos de los profesionales y las instituciones, perjudicando a otras personas que realmente necesitan la asistencia. No obstante, las mujeres consideran que —aun teniendo intenciones de cuidar la salud— las dificultades de acceso a los servicios (turnos escasos, filas en la madrugada para conseguirlos o consultas que demoran meses) atentan contra cualquier acción temprana o precoz.

De acuerdo con lo observado en el estudio, el conocimiento del CCR forma parte del modo más amplio de concebir el cáncer, que se describe en términos unitarios, como una sola enfermedad y la misma entidad patológica, que puede aparecer en distintas zonas del cuerpo. Los discursos no trazan diferencias cualitativas entre tipos de cáncer, sino sólo las diferencias propias de su dispar localización. Así, el daño, las consecuencias o los síntomas guardan relación con la ubicación y los órganos o funciones afectados.²⁹

El desconocimiento sobre el CCR fue la principal característica observada en los participantes de la investigación. El término “colorrectal” no despertó asociaciones de sentido, ni fue relacionado espontáneamente con el intestino. Las

palabras “colon”, “recto” “pólipos” o “colonoscopia” tampoco parecieron estar difundidas en el lenguaje cotidiano, ni aparecieron como categorías de uso común. Para muchos, estos términos no remitieron a ningún referente cognitivo claro ni evocaron imágenes precisas. La palabra “intestino” fue la de mayor uso y comprensión, y se vinculó con términos locales utilizados para denominar esta zona del cuerpo, como “tripas”, “triperío” u otra variación.

Debido a la escasa o nula información específica, el CCR fue percibido como una enfermedad poco importante o infrecuente; en muchos casos, no se lo consideró un cáncer particularmente riesgoso, sino todo lo contrario (“no debe ser importante; de lo contrario, ya me habría enterado”). La falta de conocimiento también generó confusiones, sobre todo entre el CCR y el cáncer de próstata. Del mismo modo, fueron recurrentes los interrogantes y las dudas que suscitaban los vínculos entre el CCR y las hemorroides. Especialmente entre los varones y en relación con la próstata, estas cuestiones expusieron preocupaciones, equívocos o temores que ameritan ser abordados por los mensajes y las estrategias de prevención.

Tal como advirtió una participante del grupo focal en Tucumán antes de dar su respuesta (“esto es lo que me imagino, no había pensado nunca en eso”), muchas opiniones o apreciaciones formuladas tanto por los varones como por las mujeres eran inferencias, deducciones, fantasías o intuiciones elaboradas en el contexto mismo de la entrevista o grupo focal. Frecuentemente, los vacíos de información sobre el CCR fueron llenados con lo que cada uno conocía, pensaba o creía sobre el cáncer en general.

En este marco, la “bolsita”, la alimentación y las funciones excretoras fueron los tres conjuntos de asociaciones más frecuentes al momento de hablar del CCR. Frases como “¿es cuando te ponen la bolsita?” o “pensé que era más de los hombres” revelaron algunas de las creencias reiteradas en las cuatro localidades.

Buena parte de las informantes coincidieron en que el CCR era “más de varones”. Se tendió a descartar a las mujeres como grupo con riesgos asociados a esta enfermedad y merecedor de una especial atención. La edad y la incidencia de la herencia no generaron siempre respuestas positivas, aunque el envejecimiento y el hecho de contar con algún antecedente familiar aparecieron como factores a tener en cuenta.

Entre los motivos que despiertan el CCR —además de los golpes, las infecciones y las emociones fuertes, también presentes en otros tipos de cáncer—, se otorgó un peso mayor a los vinculados con los hábitos alimentarios y las funciones digestivas (“comer mal”, “los picantes”, “consumo de carne, grasa, alcohol, tabaco”).

En relación con los síntomas, los participantes se concentraron en fenómenos vinculados a la excreción. Las mujeres sostuvieron que el CCR producía problemas “de la salida”, “estreñimiento”, “obstrucciones”, “descompostura” y “sangre en la caca”. Los varones mencionaron “retorcijones” “dolores en el ano”, “diarrea”, “sangre con caca” y

“descenso de peso”. Hubo desconocimiento respecto a los pólipos, salvo para aquellos con experiencias personales.

En todas las ciudades incluidas en el estudio prevaleció la idea de que este cáncer se puede curar si es “agarrado a tiempo”. Cabe subrayar que “agarrarlo a tiempo” no establece un momento unívoco: a veces significa consultar ante los primeros dolores; en otras ocasiones, alude a detectar un problema antes de tener dolores o síntomas visibles; también puede hacer referencia a la detección del cáncer en los primeros momentos de su desarrollo. Sin información o datos precisos que las avalaran, algunas opiniones optimistas se fundamentaron en los avances de la ciencia y en el nivel actual del desarrollo tecnológico. Sin embargo, ni varones ni mujeres demostraron conocer alguna prueba diagnóstica en particular, y tampoco sabían si existían.

En lo que respecta a las actitudes hacia las pruebas de detección temprana del CCR, la mayoría de los participantes dijo que no conocía la colonoscopia, nunca la había escuchado nombrar y no sabía para qué servía. Tras la explicación correspondiente, las mujeres la calificaron como una técnica “invasiva”, “muy dolorosa” y que les daba vergüenza. De un modo similar, el miedo, el dolor y la vergüenza aparecieron en los varones como barreras para la realización de la colonoscopia.

Uno de los varones explicó que, debido a la educación recibida, “nos sentimos invadidos porque te meten el dedo atrás”. Las risas al conversar sobre el ano reflejaron la trama de prejuicios e inhibiciones que atraviesa esta enfermedad. Algunos manifestaron su negativa a realizar el estudio. Para otros, el carácter invasivo de la prueba se acrecentaba con la incomodidad generada por la atención de una médica mujer.

En todas las ciudades y en ambos sexos, las cuestiones relativas al ano emergieron como las principales barreras (emocionales, morales o simbólicas) para el desarrollo de prácticas de prevención, detección temprana o, incluso, para la realización de consultas o conversaciones sobre este cáncer en particular. No obstante, la frase “habrá que hacerlo” puso en evidencia la tensión entre el imperativo de cuidar la salud y las imágenes desagradables del estudio, y mostró una actitud típica hacia la prueba: aceptar su realización en caso de ser indicada por un profesional de la salud, priorizando los beneficios y subestimando las implicancias negativas. En estos casos, el estudio apareció como una oportunidad, que confirma que una persona está bien o permite detectar algo con la debida antelación.

El test de sangre oculta en heces resultó completamente desconocido. Tampoco fue identificado o recordado a partir de las explicaciones ofrecidas por el equipo de investigación.

DISCUSIÓN

A excepción del conocimiento basado en la experiencia personal, no se registran nociones o creencias claramente definidas sobre el CCR. Cabe afirmar que es un saber con posibilidades de ser enriquecido, mejorado y corregido.

El término “colorrectal” no despierta asociaciones de senti-

do, ni se lo relaciona espontáneamente con el intestino. Los saberes expertos vinculados al CCR están inmersos en un campo semántico o dependen de una red de significantes que –en su conjunto y casi por completo– resultan ajenos a las nociones y experiencias cotidianas de las mujeres y los varones. Por otro lado, las cuestiones relativas al ano constituyen un importante obstáculo emocional, moral, simbólico y cultural para promover la prevención y detección temprana.

A partir de la confianza en la ciencia y la tecnología, y del convencimiento de que el momento en el que se “agarra” la enfermedad es determinante para su desenlace (entre otras ideas compartidas culturalmente), se puede deconstruir creencias y reconstruir nuevas concepciones, para dar sentido a los comportamientos preventivos de cuidado y atención de la salud.

Además de poner en juego las experiencias personales y cuestiones subjetivas, las acciones de prevención y detección requieren la intervención del sistema de salud como productor de oportunidades y de respuestas institucionales y clínicas eficaces. Para ello, es esencial identificar las barreras de acceso a los servicios de atención médica para comprender los patrones de utilización y los vínculos subjetivos que establece la población con esos servicios. Esta tarea permite contextualizar las oportunidades y las limitaciones que el sistema de salud plantea a las prácticas preventivas. En Argentina, la población tiene un elevado grado de cobertura (el 63,9% de la población tiene cobertura de salud, es decir, cuenta con una obra social, una prepaga por derivación de aportes o por contratación voluntaria, o se encuentra percibiendo un programa o plan estatal de salud, INDEC, 2010)³⁰ y acceso universal a los servicios públicos de salud. No obstante ello, el sistema se caracteriza por su segmentación y la heterogeneidad en la eficiencia y la calidad de servicios.³¹ La escasa coordinación entre los niveles de atención y la dificultad de articular las acciones de detección, diagnóstico y tratamiento imponen obstáculos para promover las prácticas preventivas en salud.

La comprensión de las nociones legas de la población es una cuestión de suma relevancia para informar una estrategia comunicacional en materia de prevención secundaria del CCR. Las significaciones culturales y sociales del CCR, las actitudes hacia los estudios de detección y las medidas de prevención secundaria, son un insumo clave para la elaboración de estrategias comunicacionales en este campo. Sobre esa base, se puede promover un conocimiento más apropiado, actitudes más proactivas y conductas de cuidado y atención de la salud orientadas a la prevención eficaz de la enfermedad.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Si bien el test de sangre oculta en heces era completamente desconocido, la prueba resulta fácil y rápidamente comprensible e integrable a las experiencias y marcos de sentido por su vinculación con los estudios por parásitos.

Por lo tanto, el uso a futuro de este test diagnóstico cuenta con un punto de anclaje para los mensajes de promoción, que debería ser plenamente aprovechado.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El conjunto de creencias legas descriptas en este estudio puede contribuir a mejorar la comunicación entre la población y los servicios de salud en relación con la prevención del CCR. La ausencia de nociones en torno al término "colorrectal", el desconocimiento de las pruebas de detección temprana y las barreras emocionales y simbólicas identificadas en cuestiones relativas al ano revelan complejos desafíos para la comunicación social, la consulta clínica y la promoción de prácticas de prevención de este cáncer en particular. Para orientar la comunicación y la interacción con la población, es fundamental que los equipos de salud conozcan las creencias de determinados sectores sociales sobre las causas de una enfermedad, su historia natural, sus consecuencias y las técnicas diagnósticas que la medicina puede ofrecer.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

El bajo nivel de conocimiento del CCR entre la población general debe ser el punto de partida de una estrategia comunicacional dirigida a mejorar la prevención y la detec-

ción temprana. Los hallazgos del estudio aportan puntos de anclaje útiles para diseñar una estrategia sensible a los rasgos culturales de la población.

AGRADECIMIENTOS

A la dirección y personal del Instituto Nacional del Cáncer, especialmente a María Viniestra (Coordinadora del Programa Nacional de Cáncer de Mama), Silvina Arrossi (Coordinadora del Área de Prevención de Cáncer Cervicoterino) y Ubaldo Gualdrini (Coordinador del Programa de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal), por la revisión del protocolo y los instrumentos de relevamiento de información. A Luciana Iummato y Leticia Rivas, por su colaboración en diversas tareas del proyecto.

A Ana Aguilera, co-coordinadora del proyecto junto a Silvina Ramos, por su labor en la organización del trabajo de campo y en la edición de los informes sobre búsqueda bibliográfica y resultados. A Paula Lehner y Lorena Peña, por sus aportes a los avances del trabajo.

A los referentes y colaboradores de cada una de las ciudades en las cuales se llevó adelante la investigación, por su valiosa contribución para acceder a los territorios y facilitar el contacto con las personas entrevistadas. A cada una de las personas que aceptó formar parte del presente estudio, por disponer su tiempo a participar del proyecto y por la generosidad de compartir sus vivencias.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Capriati A, Ramos S, Tamburrino C. Sentidos en las narrativas sobre cáncer colorrectal en población sana: aportes para una estrategia de prevención en Argentina. Rev Argent Salud Pública. 2014; Mar;5(18):31-36.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gualdrini U, Iummato L. Cáncer colorrectal en la Argentina. Organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2012.
- Santos Jr J. Anal Canal and Colorectal Cancer: Current Features: IV - Colon Cancer - Clinical, Epidemiological, and Preventive Aspects. *Revista Brasileira De Coloproctologia*. 2008;28(3):378-385.
- Casal E, Velázquez E, Mejía R, Cuneo A, Pérez-Stable E. Rastreo del cáncer colorrectal: conocimiento y actitud de la población. *Medicina*. 2009;69(1):135-142.
- Getrich C, Andrew L, Helitzer D, Hoffman R, Warner T, Sánchez V, et al. Expressions of Machismo in Colorectal Cancer Screening Among New Mexico Hispanic Subpopulations. *Qualitative Health Research*. 2012;22(4):546-559.
- Fernández M, Wippold R, Torres-Vigil I, Byrd T, Freeberg D, Bains Y, et al. Colorectal Cancer Screening Among Latinos from U.S. Cities along the Texas-Mexico Border. *Cancer Causes & Control*. 2008;19(2):195-206.
- Cameron K, Francis L, Wolf M, Baker D, Makoul G. Investigating Hispanic/Latino Perceptions about Colorectal Cancer Screening: A Community-Based Approach to Effective Message Design. *Patient Education and Counseling*. 2007;68(2):145-152.
- Gimeno-García A, Quintero E, Nicolás-Pérez D, Jiménez-Sosa A. Public Awareness of Colorectal Cancer and Screening in a Spanish Population. *Public Health*. 2008;125:609-615.

- Lasser K, Murillo J, Lisboa S, Casimir A, Valley-Shah L, Emmons K, et al. Colorectal Cancer Screening Among Ethnically Diverse, Low-Income Patients. A Randomized Controlled Trial. *American Medical Association*. 2011;171(10):906-912.
- Koo J, Arasaratnam M, Liu K, Redmond D, Connor S, Sung J, et al. Knowledge, Perception and Practices of Colorectal Cancer Screening in an Ethnically Diverse Population. *Cancer Epidemiology*. 2010;34(5):604-610.
- Di Costanzo F. What Does the Italian Population Think about Colorectal Screening? *Internal and Emergency Medicine*. 2009;4(3):199-200.
- Green A, Peters-Lewis A, Percac-Lima S, Betancourt J, Richter J, Janairo M, et al. Barriers to Screening Colonoscopy for Low-Income Latino and White Patients in an Urban Community Health Center. *Journal of General Internal Medicine*. 2008;23(6):834-840.
- Lasser K, Ayanian J, Fletcher R, Good M. Barriers to Colorectal Cancer Screening in Community Health Centers: A Qualitative Study. *BMC Family Practice*. 2008;9(1):15.
- Sessa A, Abbate R, Giuseppe G, Marinelli P, Angelillo I. Knowledge, Attitudes, and Preventive Practices about Colorectal Cancer among Adults in an Area of Southern Italy. *BMC Cancer*. 2008;8(1):171-181.
- Mandelson M, Curry S, Anderson L, Nadel M, Lee N, Rutter C, et al. Colorectal Cancer Screening Participation by Older Women. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002;19(3):149-154.
- Petracci M, Waisbord S. Comunicación y salud en Argentina. Buenos Aires:

La Crujía Ediciones; 2011.

¹⁶ Strecher V, Rosenstock I. The Health Belief Model. En: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (ed.). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.

¹⁷ National Cancer Institute (U.S.). *Making Health Communication Programs Work*. Washington DC: The Institute; 2004.

¹⁸ Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: California Press; 1980.

¹⁹ Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The Common-Sense Representation of Illness Danger. En: *Contributions to Medical Psychology*, Vol. 2. Nueva York: Pergamon Press; 1980.

²⁰ Godoy-Izquierdo D, López-Chicheri I, López-Torrecillas F, Vélez M, Godoy J. Contents of Lay Illness Models Dimensions for Physical and Mental Diseases and Implications for Health Professionals. *Patient Education and Counseling*. 2007;67(1-2):196-213.

²¹ Quiceno J, Vinaccia S. Illness Perception: An Approximation from the Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*. 2010;25:56-83.

²² Vasilachis de Gialdino I. (coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires, Gedisa; 2007.

²³ Minayo M.C. *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

²⁴ Strauss A. y Corbin, J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedi-*

mientos para desarrollar la teoría fundamentada. Bogotá: CONTUS/Universidad de Antioquia; 2006

²⁵ Becker H. The epistemology of the qualitative research. En: Jessor, R.J., Colby, A. and Schweder, R. (Eds) *Essays on Ethnography and Human Development*. Chicago: University of Chicago Press; 1996.

²⁶ Giménez G. El problema de la generalización en los estudios de caso. En *Cultura y representaciones sociales*. 2012;7(13): 40-62.

²⁷ Zamberlin N, Thouryaret L, Arrossi S. Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del PAP, Buenos Aires: UNICEF, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación; 2012.

²⁸ Petracci M, Romero M, Ramos S. Calidad de la atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvico-uterino. Informe final. Buenos Aires: CEDES; 2002.

²⁹ Ramos S, Tamburrino M, Aguilera A, Capriati A, Lehner P, Peña L. Imágenes sociales del cáncer. Estudio nacional para orientar la comunicación social. En: *Manuales y guías*, Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de la Nación; 2013.

³⁰ Instituto Nacional de Estadística y Censos. *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*.

³¹ Aportes para el desarrollo humano en Argentina. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD Argentina; 2011.