

# ONCOBARÓMETRO 2020

Informe sobre demoras en la búsqueda de  
atención médica por síntomas de cáncer y  
barreras percibidas

## **Autores**

Dafina Petrova, Maria José Sánchez

Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada

CIBER de Epidemiología y Salud Pública, Madrid

Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.GRANADA, Granada

Con la Colaboración de Demometrica y Sigma Dos

Maquetación atSistemas

© AECC Asociación Española Contra el Cáncer - Sede central

Madrid, abril 2021

Calle Teniente Coronel Noreña, 30

28045 Madrid

[www.aecc.es](http://www.aecc.es)

Las publicaciones de la AECC están creadas para su difusión. Con el fin de llegar al mayor número de personas posibles, este informe sigue los términos de la licencia Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0.

# ÍNDICE

- 05 **Justificación del estudio de las demoras**
- 07 **Objetivos**
- 08 **Resultados**
  - Características de los encuestados.
  - Demoras anticipadas en la búsqueda de atención médica para 13 síntomas de cáncer.
  - Barreras percibidas.
  - Comparación con otros países desarrollados.
  - Demoras anticipadas: diferencias en función de variables socio-demográficas.
    - Análisis por síntoma.
    - Análisis de la puntuación global.
  - Barreras percibidas: diferencias en función de variables socio-demográficas.
    - Análisis por barreras individuales.
    - Análisis de la puntuación global.
  - Demoras anticipadas: diferencias en función de variables psicológicas.
    - Conocimiento de los síntomas del cáncer.
    - Barreras percibidas
    - Creencias sobre el cáncer
    - Temor por el cáncer.
    - Conocimiento de factores de riesgo.
    - Riesgo percibido de cáncer.
- 41 **Conclusiones y discusión**
  - Demoras anticipadas en la búsqueda de atención médica para 13 síntomas de cáncer.
  - Barreras percibidas.
  - Grupos socio-demográficos más vulnerables.
    - Sexo
    - Edad
    - Posición socioeconómica
  - Factores psicológicos
- 45 **Resumen y recomendaciones**
- 46 **Bibliografía**
- 49 **Anexo I. Tablas complementarias.**
- 05 **Anexo II. Descripción del análisis estadístico.**



# Justificación del estudio de las demoras

Una forma de reducir la carga del cáncer es a través de la detección temprana. En general, los cánceres detectados precozmente tienen mejores tasas de supervivencia y requieren tratamientos menos agresivos [1]. Los programas poblacionales de detección temprana son una estrategia eficaz para lograr un diagnóstico precoz de los cánceres asintomáticos. Sin embargo, estos programas están recomendados solo para algunos cánceres (mama, colorrectal y cérvix) y la mayoría de los cánceres siguen diagnosticándose tras la aparición de síntomas relacionados con el cáncer, fuera de estos programas [2]. Por lo tanto, **una estrategia clave para abordar la carga del cáncer es reducir los retrasos en el diagnóstico de los cánceres sintomáticos** (es decir, los cánceres que se manifiestan con síntomas, por los cuales el paciente consulta con un médico).

**Los pacientes cuyo diagnóstico del cáncer se retrasa más tienen peores cifras de supervivencia que los pacientes que reciben un diagnóstico más rápido** [3]. Este hecho se ha observado en pacientes con cánceres en diversas localizaciones anatómicas, entre las cuales se incluye la mama, colon-recto, cabeza y cuello, melanoma cutáneo y testículo [3]. Los retrasos pueden ocurrir en diferentes etapas del proceso de diagnóstico, incluyendo dos intervalos principales [4]. El intervalo del paciente es el tiempo que transcurre desde el inicio de los síntomas hasta la búsqueda de ayuda por parte del paciente (la primera consulta con un profesional sanitario). El intervalo del sistema sanitario se refiere al tiempo transcurrido desde esta primera consulta hasta el diagnóstico y el inicio del tratamiento [4].

**“Los cánceres detectados precozmente tienen mejores tasas de supervivencia”**

La investigación ha demostrado que, para varios cánceres, **el intervalo del paciente suele ser más largo que el intervalo del sistema sanitario, siendo el intervalo del paciente, en algunos casos, de dos hasta cinco veces más largo que el tiempo que el paciente pasa en atención primaria antes de ser derivado a un especialista** [5]. Este hecho sugiere que podemos lograr un diagnóstico más precoz y mejorar la supervivencia de los pacientes con cáncer, si conseguimos reducir el intervalo del paciente. La supervivencia del cáncer en España se sitúa en la media europea [6,7], lo que sugiere que es posible mejorar esta situación.

En general, la demora en la búsqueda de ayuda médica se ha investigado utilizando dos metodologías principales: (a) los estudios retrospectivos con pacientes que han recibido recientemente un diagnóstico de cáncer y (b) los estudios tipo encuesta en personas sanas. En el primer caso, se reporta la demora experimentada por el paciente de manera retrospectiva (p. ej., se evalúa el número de días entre el comienzo de los síntomas y la primera cita médica por estos síntomas). En el segundo caso, se reporta la demora anticipada en casos hipotéticos (p. ej., se estima el tiempo que esperaría la persona antes de pedir una cita médica después de notar un síntoma).

Los estudios tipo encuesta con personas sanas son especialmente valiosos ya que revelan las circunstancias de las personas libres de cáncer y a ries-

go de desarrollar un cáncer en el futuro. Además, este tipo de estudios no son susceptibles a sesgos de memoria o a la influencia de un diagnóstico reciente, como los estudios retrospectivos con pacientes. Finalmente, existe un instrumento desarrollado para el estudio de la demora en la búsqueda de ayuda médica, que se ha utilizado y validado en diversos países, y que podría adaptarse con facilidad al contexto español y permitirnos hacer comparaciones con otros países desarrollados [8,9]. Este instrumento también mide varias barreras percibidas a la hora de buscar atención médica y creencias sobre el cáncer, que podrían tener relevancia sobre los tiempos de demora [10].

Por estas razones, y por la necesidad urgente de estudios sobre este tema en España, para estudiar la demora del paciente se incluyó un módulo de "Demoras en la búsqueda de atención médica por síntomas de cáncer" en el Oncobarómetro del año 2020.

**"La supervivencia del cáncer en España se sitúa en la media europea, lo que sugiere que es posible mejorar esta situación."**

# Objetivos

- 1** **Describir los intervalos anticipados** (cuánto tiempo tardaría en acudir a su médico desde que detecta el síntoma por primera vez) para varios síntomas de cáncer y las barreras percibidas a la hora de buscar atención médica.
- 2** **Caracterizar** - en términos de variables sociodemográficas (edad, sexo, posición socioeconómica...) y variables psicológicas relacionadas con el conocimiento, las creencias, percepciones y actitudes ante el cáncer - **a las personas que suelen demorar más la búsqueda de atención médica para síntomas de cáncer y perciben más barreras.**

# Resultados

## Características de los encuestados

En el Oncobarómetro participaron un total de 4.769 encuestados, de los cuales un 56.5% eran mujeres y 43.5% hombres. La distribución según grupos de edad, posición socioeconómica y estado civil se muestra en la **Tabla 1**. El grupo de edad más representado fue el de 65 o más años (23.9%) y la mayoría de los encuestados estaban casados o vivían en pareja (51%). Un 9.2% declaró tener historia personal de cáncer (un médico les había dicho que tenían un cáncer) y un 74.1% declaró tener un familiar cercano que fue diagnosticado con cáncer. Un 68.7% de las personas fue encuestada en febrero/marzo de 2020, antes de que se declarara el estado de alarma por el Gobierno de España debido a la pandemia por coronavirus (14 de marzo de 2020), mientras que el resto (31.3%) fueron encuestadas en agosto/septiembre 2020.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las 4.769 personas encuestadas en el Oncobarómetro 2020.

Sexo	Hombre	43.5 %
	Mujer	56.5 %
Grupos de edad (años)	18-24	8.3 %
	25-34	13.7 %
	35-44	19.2 %
	45-54	19.2 %
	55-64	15.7 %
	65 y más	23.9 %
Posición socioeconómica	Grupo 1 (más alta)	11.4 %
	Grupo 2	15.3 %
	Grupo 3	17.9 %
	Grupo 4	1.4 %
	Grupo 5	8.3 %
	Grupo 6	25.1 %
	Grupo 7 (más baja)	11.3 %
	Desconocida	9.4 %
Estado civil	Casado o vive en pareja	51.0 %
	Soltero	33.1 %
	Separado o divorciado	8.3 %
	Viudo	7.2 %
	Otros	0.4 %

Historia personal de cáncer	No	90.6 %
	Si	9.2 %
	Desconocida	0.1 %
Familiar cercano con cáncer	No	25.7 %
	Si	74.1 %
	Desconocido	0.2 %
Ola	Pre-coronavirus (febrero/marzo 2020)	68.7 %
	Post-coronavirus (agosto/sept 2020)	31.3 %

**Posición socioeconómica:** **Grupo 1.** Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias. **Grupo 2.** Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico, Deportistas y artistas. **Grupo 3.** Ocupaciones intermedias: asalariados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa. **Grupo 4.** Trabajadores/as por cuenta propia. **Grupo 5.** Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas. **Grupo 6.** Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as. **Grupo 7.** Trabajadores/as no cualificados/as.

El número de encuestados en cada comunidad autónoma y el anexo técnico de los análisis reportados se encuentran en los **Anexo I** y **Anexo II**, respectivamente.

Para medir las demoras anticipadas en la búsqueda de atención médica y las barreras percibidas se administró un cuestionario, desarrollado y validado internacionalmente por el International Cancer Benchmarking Partnership [8].

## Demoras anticipadas en la búsqueda de atención médica para 13 síntomas de cáncer

A los encuestados se les preguntó cuánto tardarían en acudir a su médico desde que detectaran por primera vez cada uno de 13 potenciales síntomas de cáncer (véase **Tabla 2**). Se dejó a los encuestados responder espontáneamente y su respuesta se asignó a una de las categorías indicadas en la Tabla 2. La pregunta sobre "cualquier cambio en el pecho" solo se hizo a las mujeres.

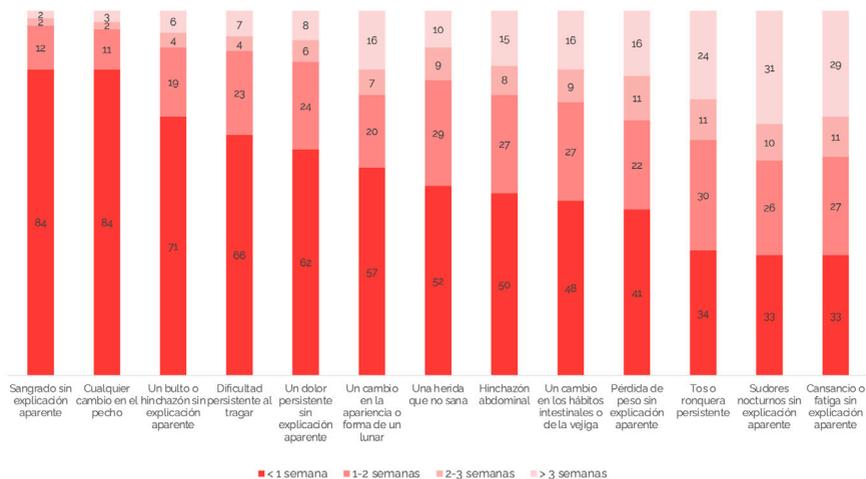
Descripción de los 13 síntomas: Esta lista de 13 síntomas contiene tanto síntomas específicos de ciertos tipos de cáncer (p. ej., cambio en la apariencia de un lunar como síntoma de cáncer de piel; cambio en los hábitos intestinales o de la vejiga como síntomas de cáncer colorrectal y de vejiga, respectivamente), como síntomas generales que se asocian con varios cánceres (p. ej., pérdida de peso, cansancio, dolor persistente). Destacamos que incluye síntomas de los cánceres más frecuentes en la población española, como son el cáncer colorrectal (p. ej., hinchazón abdominal, sangrado sin explicación), cáncer de mama (p. ej., cualquier cambio en el pecho), cáncer de próstata (p. ej., cambio en los hábitos de la vejiga), cáncer de pulmón (p. ej., tos o ronquera persistente), y cáncer ginecológico (p. ej., hinchazón abdominal), entre otros. La lista de síntomas contiene tanto síntomas agudos y/o repentinos (p. ej., sangrado, bulto), como síntomas generalmente percibidos como menos urgentes y/o más vagos (p. ej., pérdida de peso, cambio en los hábitos intestinales) (véase Tabla 2). Tanto el porcentaje de personas que no contestaron a alguna de las preguntas (<2.5%) como el porcentaje de personas que indicaron que contactarían con otro profesional sanitario (<0.2%) fueron muy pequeños.

**En general, el patrón de respuestas revela reacciones relativamente rápidas ante los 13 potenciales síntomas de cáncer** (véase la **Figura 1**). La mayoría de los encuestados consultaría a su médico dentro de una semana desde el inicio de los síntomas, en caso de síntomas más agudos como sangrado, cambios en el pecho (solo para las mujeres) o un bulto/hinchazón. **Al contrario, la demora en buscar atención médica es mayor para los síntomas menos urgentes y/o más vagos**, como son el cansancio/fatiga, sudores nocturnos o tos/ronquera persistente, donde solo un tercio de los encuestados consultaría a su médico dentro de la primera semana, tras darse cuenta de los síntomas. Igualmente se observa un porcentaje mayor de personas que indican que no contactarían con su médico en el caso de síntomas menos urgentes y/o más vagos (entre 3.4% y 12.9%), que en el caso de síntomas agudos/repentinos (entre 0.4% y 4.8%) (véase Tabla 2). Las respuestas en función de la comunidad autónoma de los encuestados se muestran en el Anexo I (**Tabla A2**).

Tabla 2. Porcentaje de encuestados según los tiempos indicados en respuesta a la pregunta "Dígame por favor cuánto tiempo tardaría en acudir a su médico desde que detecta el síntoma por primera vez". Nota: La pregunta sobre cambios en el pecho se hizo solo a las mujeres (N=2697).

	Iría tan pronto como lo detectara	Menos de 1 semana	De 1 a 2 semanas	De 2 a 3 semanas	De 3 a 4 semanas	Más de 1 mes	No contactaría con mi médico por esto	Contactaría con otro profesional sanitario	No contesta
<b>Agudos y/o repentinos</b>									
Sangrado sin explicación aparente	66.2	17.5	11.9	1.6	.8	.8	.6	.0	.6
Cualquier cambio en el pecho	70.8	13.0	10.8	1.7	1.2	1.5	.4	.0	.5
Un bulto o hinchazón sin explicación aparente	52.4	18.4	18.7	4.1	2.3	2.9	.6	.0	.6
Dificultad persistente al tragar	41.2	24.2	22.5	4.3	2.5	2.3	1.9	.1	.9
Un dolor persistente sin explicación aparente	39.2	22.2	23.9	5.5	3.2	3.6	1.3	.1	1.0
Un cambio en la apariencia o forma de un lunar	40.4	15.5	20.1	6.6	5.6	7.4	3.0	.1	1.2
Una herida que no sana	32.0	19.9	28.3	9.1	4.4	3.7	1.7	.1	.7
Hinchazón abdominal (estómago y barriga)	28.6	20.7	27.0	7.9	4.4	5.5	4.8	.1	1.0
<b>Vagos y/o menos urgentes</b>									
Un cambio en los hábitos intestinales o de la vejiga	29.5	18.2	26.7	8.8	6.1	6.2	3.4	.1	1.1
Pérdida de peso sin explicación aparente	29.4	11.4	21.8	10.4	10.1	10.7	4.7	.1	1.4
Tos o ronquera persistente	17.5	16.7	30.0	11.1	7.5	8.9	7.5	.2	.8
Sudores nocturnos sin explicación aparente	17.4	15.2	25.6	9.3	7.4	9.5	12.9	.2	2.5
Cansancio o fatiga sin explicación aparente	8.7	13.6	26.9	11.1	9.5	11.3	7.5	.2	1.2

Figura 1. Porcentaje de encuestados que declaran que buscarían ayuda dentro de las diferentes categorías de respuestas para los 13 potenciales síntomas de cáncer.



No existen estándares internacionales o nacionales sobre cómo de rápido sería recomendable buscar atención médica, tras la aparición de estos síntomas [11].

Considerando 1 semana como el punto de corte deseable en el caso de síntomas agudos/repentinos, observamos que el 50% demoraría más tiempo en caso de un hinchazón abdominal, el 48% en caso de una herida que no sana, el 43% en caso de cambios en la apariencia o forma de un lunar, el 38% en caso de dolor persistente sin explicación, el 34% en caso de dificultad persistente al tragar, el 29% en caso de un bulto o hinchazón sin explicación, y el 16% en caso de cambios en el pecho y sangrado sin explicación.

Considerando 2 semanas como el punto de corte deseable en el caso de síntomas menos urgentes y/o vagos, observamos que un 40% demoraría más en caso de cansancio/fatiga sin explicación y sudores nocturnos sin explicación, un 35% en caso de tos/ronquera persistente, un 36% en caso de pérdida de peso sin explicación y un 25% en caso de un cambio en los hábitos intestinales o de la vejiga.

## Barreras percibidas

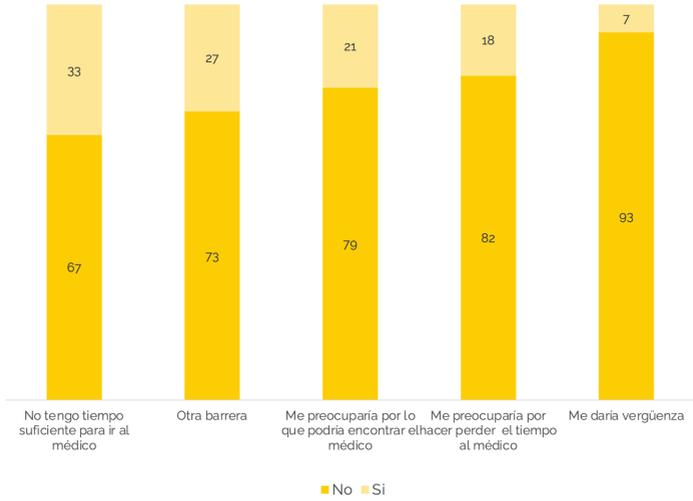
También se preguntó a los encuestados por las razones que les harían demorar la consulta con su médico. En concreto, se les preguntó por cuatro razones predeterminadas (véase la **Tabla 3** y la **Figura 2**) y por barreras adicionales que quisieran mencionar (pregunta abierta). Las respuestas a la pregunta abierta se agruparon en diferentes categorías, según su contenido.

La barrera percibida más frecuente entre las predeterminadas fue no tener tiempo suficiente para ir al médico (declarada por 33% de los encuestados), seguida por preocupación sobre lo que podría encontrar el médico (21%), preocupación por hacer perder tiempo al médico (18%) y sentir vergüenza (7%). Un 27% de los encuestados reportaron alguna barrera adicional. Ésta tenía que ver con la importancia percibida de los síntomas (11%), obligaciones familiares o de trabajo (6%), el funcionamiento del sistema de salud (4%), el coronavirus (1%) y otros (5%).

Tabla 3. Porcentaje de los encuestados según sus respuestas a la pregunta "¿Puede decirme si alguna o algunas de estas razones le retrasarían ir a ver al médico en su caso?".

	Si, a menudo	Si, a veces	No	No contesta	No sabe
Me daría vergüenza	1.4	5.9	92.4	0.2	0.1
Me preocuparía hacer perder el tiempo al médico	4.4	14.0	81.3	0.2	0.1
Me preocuparía por lo que podría encontrar el médico	5.9	15.3	78.4	0.1	0.2
No tengo tiempo suficiente para ir al médico	11.6	21.8	66.3	0.1	0.2

Figura 2. Porcentaje de encuestados indicando "Sí, a menudo" o "Sí, a veces" para cada tipo de barrera percibida a la hora de buscar atención médica.



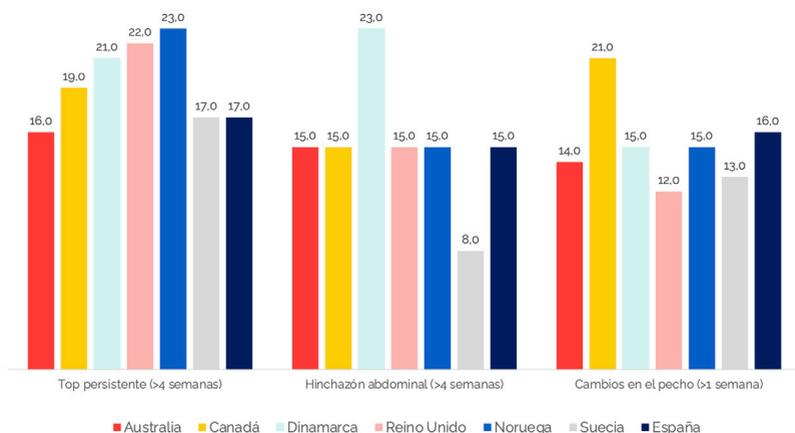
Las respuestas en función de comunidad autónoma de los encuestados se demuestran en el Anexo I (Tabla A3).

## Comparación con otros países desarrollados

El hecho de utilizar un cuestionario validado internacionalmente nos permite comparar las respuestas obtenidas en el Oncobarómetro 2020 en España con las respuestas obtenidas en encuestas similares realizadas en otros países. En concreto, disponemos de resultados básicos de las encuestas realizadas por el International Cancer Benchmarking Partnership en seis países desarrollados: Australia, Canadá, Dinamarca, Reino Unido, Noruega y Suecia, sobre tres síntomas de cáncer [12] y cuatro barreras percibidas a la hora de buscar atención médica [13].

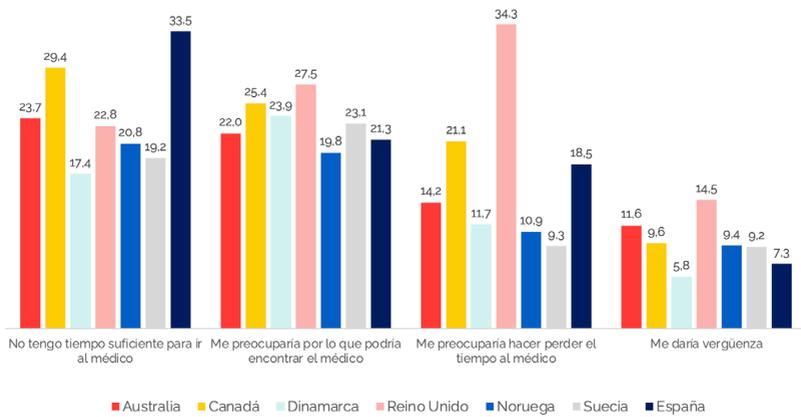
La **Figura 3** demuestra que los tiempos de demora reportados en el Oncobarómetro español 2020 para síntomas clave de cáncer de pulmón (tos persistente), cáncer colorrectal o ginecológico (hinchazón abdominal) y cáncer de mama (cambios en el pecho), son similares y, en algunos casos, incluso mejores que los obtenidos en otros países.

Figura 3. Porcentaje de los encuestados en España (N=4.769, 2020) y los 6 países del International Cancer Benchmarking Partnership (N=4.002 Australia, N=2.064 Canadá, N=2.000 Dinamarca, N=6.965 Reino Unido, N=2.009 Noruega y N=2039 Suecia, 2011) que declaran que buscarían atención médica en un tiempo mayor de 4 semanas (tos persistente e hinchazón abdominal) o 1 semana (Cambios en el pecho) tras notar el síntoma. Datos obtenidos de [12]. Los puntos de corte se basan en [12].



Observamos resultados similares en cuanto a las barreras percibidas, con la excepción de no tener tiempo para ir al médico, que es notablemente más frecuente en la población española que en el resto de países (en algunos casos, prácticamente el doble, véase la **Figura 4**).

Figura 4. Porcentaje de los encuestados en España (N=4.769, 2020) y los 6 países del International Cancer Benchmarking Partnership (N=4.002 Australia, N=2.064 Canadá, N=2.000 Dinamarca, N=6.965 Reino Unido, N=2.009 Noruega y N=2.039 Suecia, 2011) que reportan cada una de 4 barreras. Datos obtenidos de [13].



## Demoras anticipadas: Diferencias en función de variables socio-demográficas

Sería relevante saber si hay ciertos grupos socio-demográficos más propensos a demorar la búsqueda de atención médica y, por lo tanto, con un riesgo más elevado de diagnóstico tardío de cáncer (estadios más avanzados). Para dar respuesta a este aspecto se realizaron análisis de regresión logística múltiple, considerando varios factores socio-demográficos (edad, sexo, posición socioeconómica, estado civil, historia personal de cáncer y tener un familiar cercano diagnosticado con cáncer) sobre las respuestas a cada síntoma, clasificadas como "demoradas" o "no demoradas". Las respuestas se definieron como demoradas si los encuestados declararon que tardarían más de una semana en consultar a su médico, en caso de los síntomas más agudos, y más de dos semanas, en caso de los síntomas menos urgentes.

Los resultados se muestran en las **Figuras 5, 6, 7 y 8**, donde podemos apreciar las diferencias entre los grupos sociodemográficos en la probabilidad de una respuesta demorada.

**En concreto, las figuras muestran el efecto del sexo (mujeres vs. hombres), la edad (todos los grupos de edad, comparados con el grupo más joven, de 18-24 años), la posición socio-económica (todos los grupos comparados con el grupo 1, de posición más favorable), el estado civil (todos los grupos comparados con el de casado/as), la historia personal de cáncer (sí vs. no), tener un familiar diagnosticado con cáncer (sí vs. no) y la ola (Post vs. Pre).**

Figura 5. Odds ratios (puntos negros) y sus intervalos de confianza al 95% (líneas negras cruzando los puntos) derivados de los análisis de regresión logística múltiple investigando las demoras anticipadas, en función de factores socio-demográficos.

**Interpretación:** Si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la izquierda de la línea roja de referencia, significa que este grupo tiene menos probabilidades de demorar la respuesta frente al grupo de comparación. Al contrario, si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la derecha de la línea roja de referencia, significa que este grupo tiene más probabilidades de una respuesta demorada frente al grupo de comparación. PSE=posición socioeconómica.

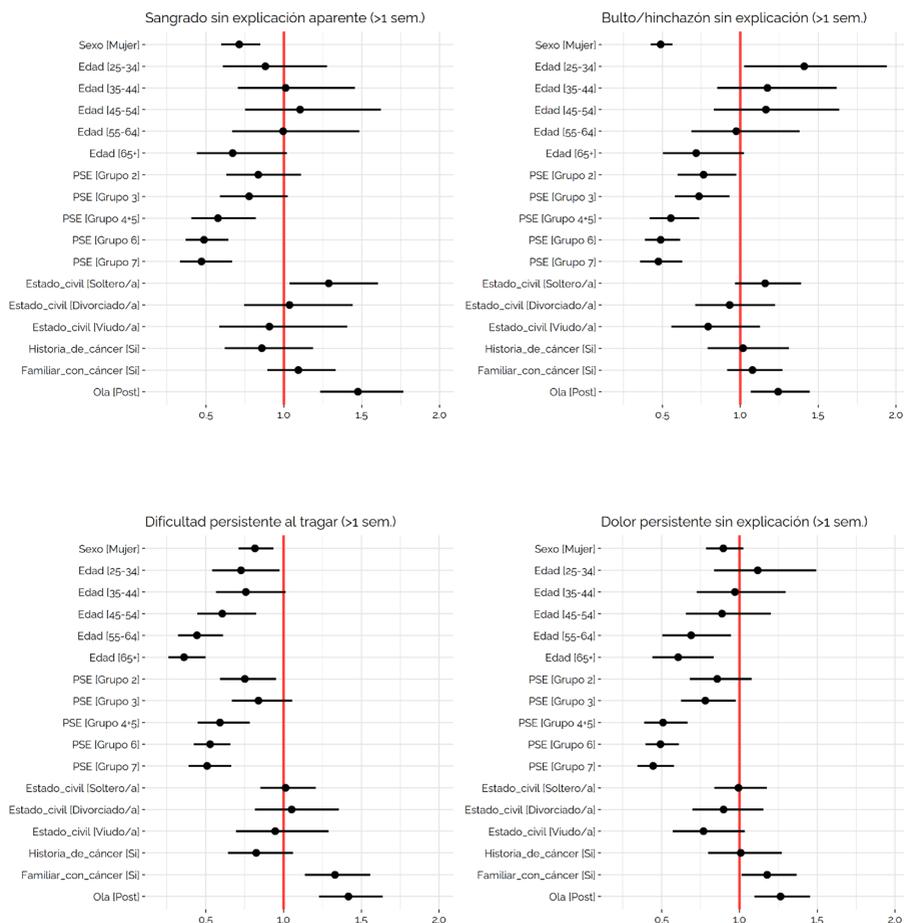


Figura 6. Odds ratios (puntos negros) y sus intervalos de confianza al 95% (líneas negras cruzando los puntos) derivados de los análisis de regresión logística múltiple investigando las demoras anticipadas, en función de factores socio-demográficos.

**Interpretación:** Si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la izquierda de la línea roja de referencia, significa que este grupo tiene menos probabilidades de demorar la respuesta frente al grupo de comparación. Al contrario, si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la derecha de la línea roja de referencia, significa que este grupo tiene más probabilidades de una respuesta demorada frente al grupo de comparación. PSE=posición socioeconómica.

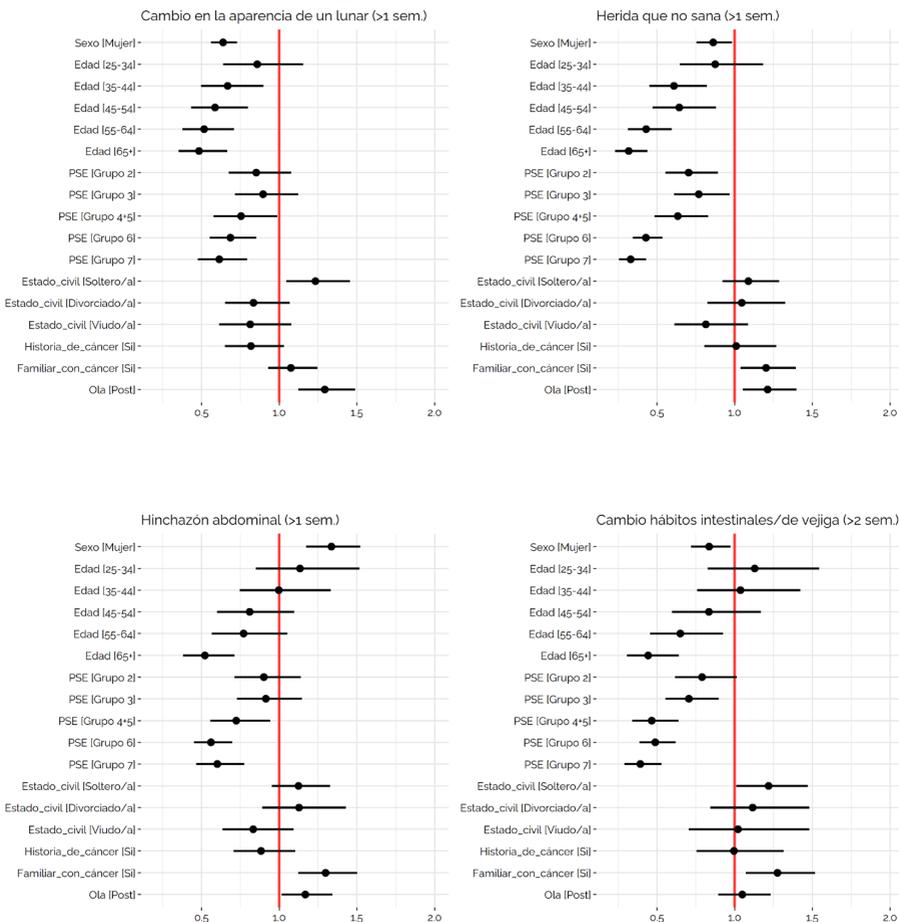


Figura 7. Odds ratios (puntos negros) y sus intervalos de confianza al 95% (líneas negras cruzando los puntos) derivados de los análisis de regresión logística múltiple investigando las demoras anticipadas, en función de factores socio-demográficos.

**Interpretación:** Si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la izquierda de la línea roja de referencia, significa que este grupo tiene menos probabilidades de demorar la respuesta frente al grupo de comparación. Al contrario, si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la derecha de la línea roja de referencia, significa que este grupo tiene más probabilidades de una respuesta demorada frente al grupo de comparación. PSE=posición socioeconómica.

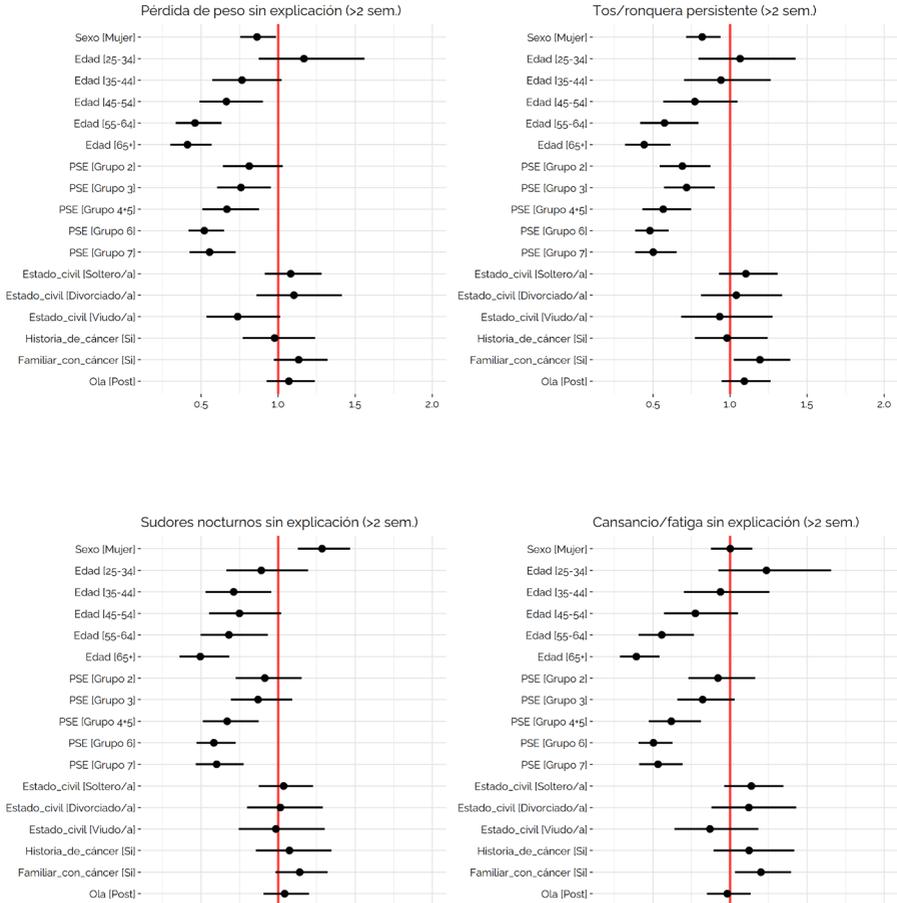
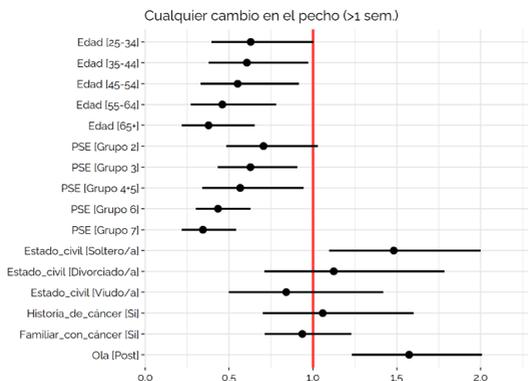


Figura 8. Odds ratios (puntos negros) y sus intervalos de confianza al 95% (líneas negras cruzando los puntos) derivados de los análisis de regresión logística múltiple investigando las demoras anticipadas, en función de factores socio-demográficos.

**Interpretación:** Si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la izquierda de la línea roja de referencia, significa que este grupo tiene menos probabilidades de demorar la respuesta frente al grupo de comparación. Al contrario, si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la derecha de la línea roja de referencia, significa que este grupo tiene más probabilidades de una respuesta demorada frente al grupo de comparación. PSE=posición socioeconómica.



## Análisis por síntoma

Examinando las Figuras 5, 6, 7 y 8, vemos que, para la mayoría de los síntomas, las mujeres son menos propensas a demorar la búsqueda de atención médica que los hombres (indicado por los odds ratios (puntos negros) y sus intervalos de confianza al 95% a la izquierda de la línea roja), con la excepción de hinchazón abdominal y sudores nocturnos sin explicación. En el caso de estos dos síntomas, las mujeres tienen más probabilidades de demorar la búsqueda de atención médica que los hombres.

En cuanto a la edad de los encuestados, comparado con las personas más jóvenes, las personas mayores (65+ años) tenían menos probabilidades de demorar la búsqueda de atención médica para la gran mayoría de los síntomas. Para varios síntomas se observó que una edad más avanzada se asociaba con menos probabilidades de demorar.

En cuanto a la posición socioeconómica, también se observa un patrón claro: comparado con el grupo 1 (el más privilegiado), los grupos menos privilegiados (de 4 a 7) tienen menos probabilidades de demorar. Para prácticamente todos los síntomas se observó que una posición socioeconómica más alta se asociaba con más probabilidades de demorar la búsqueda de atención médica.

En cuanto al estado civil, las personas solteras tenían más probabilidades de demorar la búsqueda de atención médica frente a las personas casadas (o conviviendo con pareja) para cuatro síntomas: sangrado sin explicación aparente, cambio en la apariencia o forma de un lunar, cambio en los hábitos intestinales o de vejiga, y cambio en el pecho. No se observaron otros patrones en cuanto al estado civil.

La historia personal de cáncer no se asoció con las respuestas para ninguno de los síntomas. Sin embargo, tener un familiar cercano diagnosticado con cáncer se asoció con más probabilidades de demorar la búsqueda de atención médica para siete síntomas: dificultad persistente al tragar, dolor persistente sin explicación, una herida que no sana, hinchazón abdominal, cambio en los hábitos intestinales y de vejiga, tos o ronquera persistente y cansancio/fatiga sin explicación.

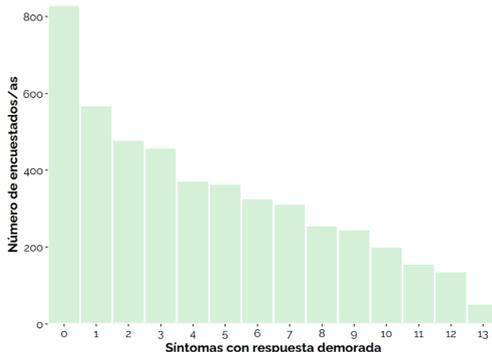
Finalmente, comparado con la primera ola de la encuesta (febrero/marzo 2020), participar en la segunda ola (agosto/septiembre de 2020) se asoció con más probabilidades de demorar la búsqueda de atención médica para los siete síntomas agudos.

### Análisis de la puntuación global

Una manera de analizar los patrones generales de búsqueda de atención médica para síntomas de cáncer es a través de una puntuación global, en la que se otorga a cada encuestado un punto por cada síntoma con respuesta demorada. En otras palabras, se crea una variable que representa el número de síntomas con respuesta demorada para cada encuestado.

La **Figura 9** demuestra las puntuaciones en esta variable que siguen una distribución asimétrica. El número promedio de síntomas demorados fue de 4.37 (Desv. Típica=3.64, min=0, max=13), con una mediana de 4 síntomas.

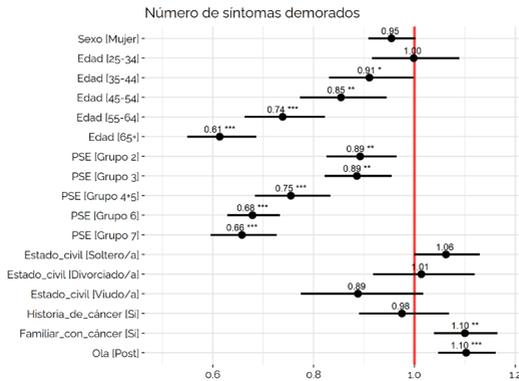
Figura 9. Número de encuestados en la muestra según el número de síntomas con respuesta demorada.



En cuanto a los factores sociodemográficos en relación con esta puntuación global, se confirman los resultados de los análisis de los diferentes síntomas: los más jóvenes, los que pertenecen a grupos socioeconómicos más privilegiados, los que tienen algún familiar cercano diagnosticado con cáncer y los que fueron encuestados en la segunda ola tienen una puntuación más alta, lo que refleja un número mayor de respuestas demoradas (Figura 10).

Figura 10. Cambios relativos en la puntuación (puntos negros) y sus intervalos de confianza al 95% (líneas negras cruzando los puntos) derivados de una regresión Poisson múltiple investigando el número de síntomas con respuesta demorada en función de factores socio-demográficos.

**Interpretación:** Si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la izquierda de la línea roja, significa que este grupo tiene menor puntuación comparado con el grupo de referencia. Al contrario, si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la derecha de la línea roja, significa que este grupo tiene mayor puntuación comparado con el grupo de referencia.  
PSE=posición socioeconómica



Se demuestra el número de síntomas demorados según sexo en la Figura 11, según edad en la Figura 12, según posición socioeconómica en la Figura 13 y según estado civil en la Figura 14.

Figura 11. Número promedio de síntomas con repuesta demorada en hombres y mujeres.

**Interpretación:** El segmento que divide cada caja en dos partes es la mediana, mientras que las dimensiones de la caja son el rango intercuartílico. El valor en los puntos es el promedio.

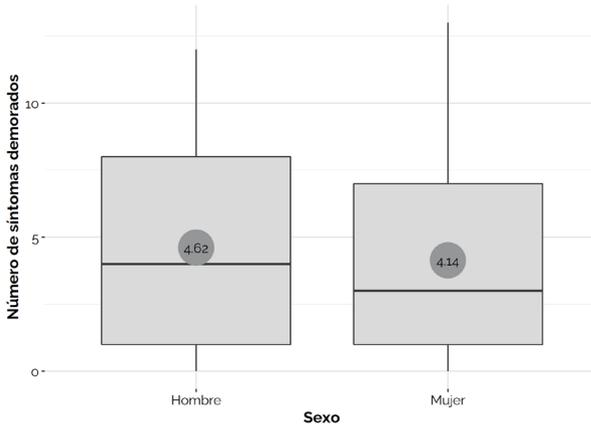


Figura 12. Número promedio de síntomas con repuesta demorada según el grupo de edad.

**Interpretación:** El segmento que divide cada caja en dos partes es la mediana, mientras que las dimensiones de la caja son el rango intercuartílico. El valor en los puntos es el promedio.

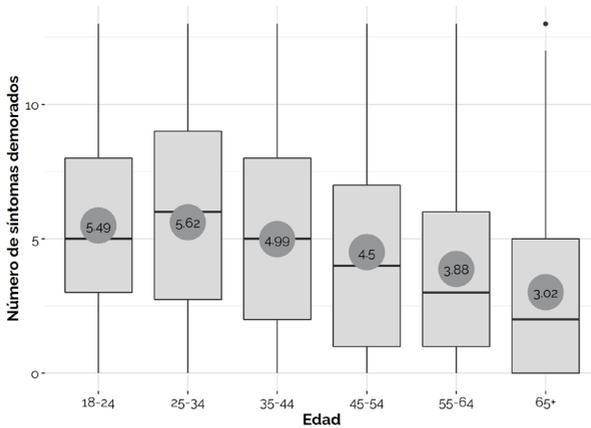
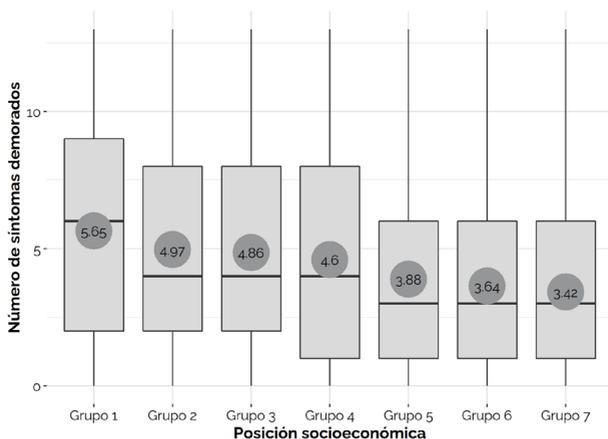


Figura 13. Número promedio de síntomas con repuesta demorada según la posición socioeconómica.

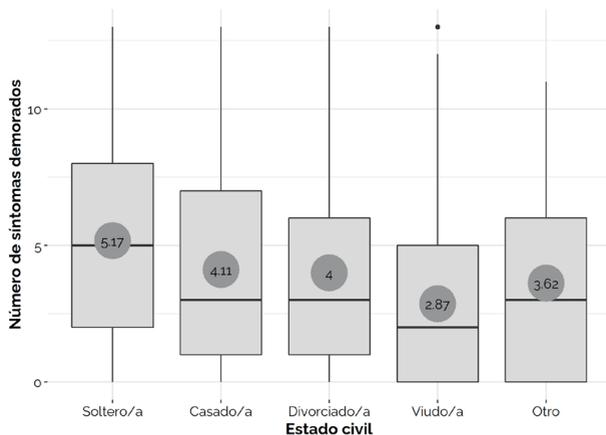
**Interpretación:** El segmento que divide cada caja en dos partes es la mediana, mientras que las dimensiones de la caja son el rango intercuartílico. El valor en los puntos es el promedio.



**Grupo 1.** Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias. **Grupo 2.** Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas. **Grupo 3.** Ocupaciones intermedias: asalariados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa. **Grupo 4.** Trabajadores/as por cuenta propia. **Grupo 5.** Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas. **Grupo 6.** Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as. **Grupo 7.** Trabajadores/as no cualificados/as.

Figura 14. Número promedio de síntomas con repuesta demorada según el estado civil.

**Interpretación:** El segmento que divide cada caja en dos partes es la mediana, mientras que las dimensiones de la caja son el rango intercuartílico. El valor en los puntos es el promedio.



# Barreras percibidas: Diferencias en función de variables socio-demográficas

Se analizaron de manera similar las barreras percibidas, véase las **Figuras 15 y 16**.

## **Análisis por barreras individuales**

### **No tener tiempo suficiente**

Comparado con las personas más jóvenes, las personas mayores (45+ años) tenían menos probabilidades de reportar no tener tiempo suficiente como barrera para buscar atención médica, así como lo las personas con posición socioeconómica menos privilegiada, frente a las de posición más privilegiada.

### **Hacer perder el tiempo al médico**

Las mujeres y los encuestados en la segunda ola tenían más probabilidades de reportar hacer perder el tiempo al médico como barrera a la hora de buscar atención médica.

### **Preocupación por lo que podría encontrar el médico**

Las mujeres, las personas con posición económica menos favorable, las personas solteras y divorciadas/separadas (comparado con las casadas/convirtiéndose), así como las personas con un familiar cercano diagnosticado con cáncer y las que fueron encuestadas en la segunda ola fueron más propensas a reportar esta barrera.

### **Me daría vergüenza**

Las personas con posición socioeconómica menos favorable y las encuestadas en la segunda ola fueron más propensas a mencionar tener vergüenza como barrera.

### **Barrera adicional**

Las personas mayores, las personas con un familiar cercano diagnosticado con cáncer y las que fueron encuestadas en la segunda ola eran más propensas a reportar una barrera adicional a las ya mencionadas.

Figura 15. Odds ratios (puntos negros) y sus intervalos de confianza al 95% (líneas negras cruzando los puntos) derivados de la regresión logística múltiple investigando las barreras reportadas en función de factores socio-demográficos.

**Interpretación:** Si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la izquierda de la línea roja, significa que este grupo tiene menos probabilidades de reportar la barrera frente al grupo de comparación. Al contrario, si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la derecha de la línea roja, significa que este grupo tiene más probabilidades de reportar la barrera frente al grupo de comparación.  
 PSE=posición socioeconómica

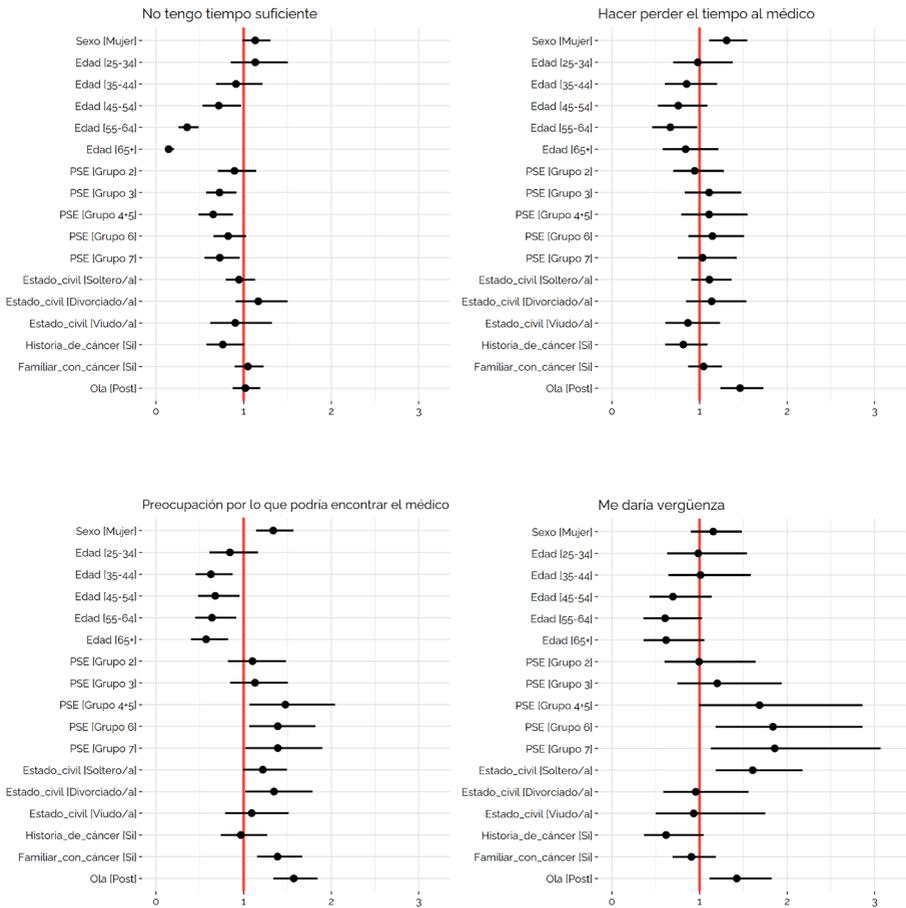
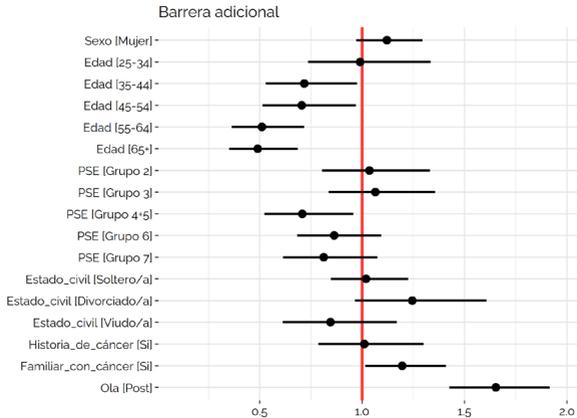


Figura 16. Odds ratios (puntos negros) y sus intervalos de confianza al 95% (líneas negras cruzando los puntos) derivados de un análisis de regresión logística múltiple investigando la barrera adicional reportada (si o no) en función de factores socio-demográficos.

**Interpretación:** Si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la izquierda de la línea roja, significa que este grupo tiene menos probabilidades de reportar la barrera frente al grupo de comparación. Al contrario, si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la derecha de la línea roja, significa que este grupo tiene más probabilidades de reportar la barrera frente al grupo de comparación.  
PSE=posición socioeconómica



## Análisis de la puntuación global

Se creó una variable que representa el número de barreras reportadas por cada encuestado. La **Figura 17** demuestra las puntuaciones en esta variable que siguen una distribución asimétrica. El número promedio de barreras fue de 1.07 (Dev. Típica=1.07, min=0, max=5), con una mediana de 1.

En cuanto a los factores sociodemográficos en relación con esta puntuación global, la **Figura 18** pone de manifiesto que las mujeres, las personas divorciadas/separadas (comparado con las casadas), las que tienen un familiar diagnosticado con cáncer y las que fueron encuestadas en la segunda ola reportaron más barreras. Las personas mayores reportaron menos barreras.

Se demuestra el número de barreras percibidas según sexo en la **Figura 19**, según edad en la **Figura 20**, según posición socioeconómica en la **Figura 21** y según estado civil en la **Figura 22**.

Figura 17. Número de encuestados según el número de barreras reportadas.

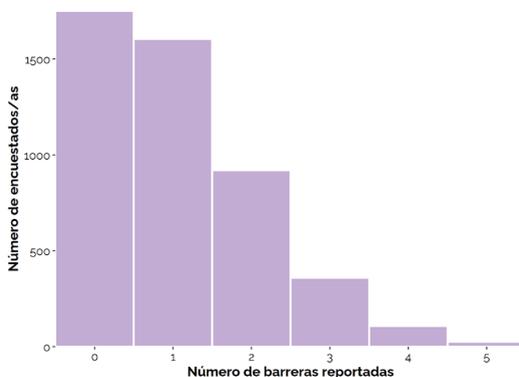


Figura 18. Cambios relativos en la puntuación (puntos negros) y sus intervalos de confianza al 95% (líneas negras cruzando los puntos) derivados de una regresión Poisson múltiple investigando el número de barreras reportadas en función de factores socio-demográficos.

**Interpretación:** Si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la izquierda de la línea roja, significa que este grupo tiene menor puntuación comparado con el grupo de referencia. Al contrario, si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la derecha de la línea roja, significa que este grupo tiene mayor puntuación comparado con el grupo de referencia. PSE=posición socioeconómica

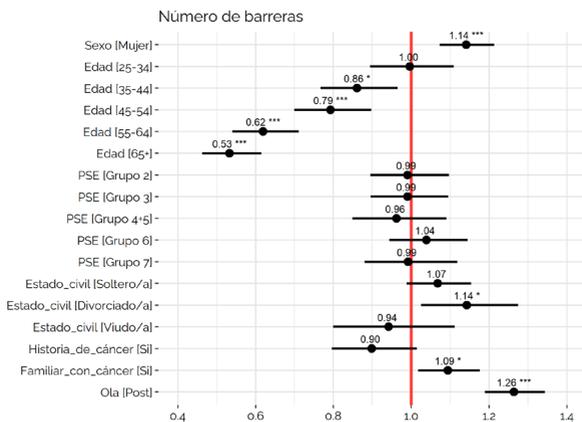


Figura 19. Número promedio de barreras percibidas según sexo.

**Interpretación:** El segmento que divide cada caja en dos partes es la mediana, mientras que las dimensiones de la caja son el rango intercuartílico. El valor en los puntos es el promedio.

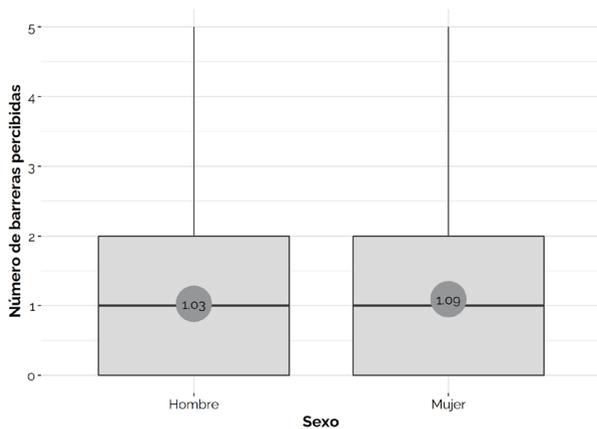


Figura 20. Número promedio de barreras percibidas según edad.

**Interpretación:** El segmento que divide cada caja en dos partes es la mediana, mientras que las dimensiones de la caja son el rango intercuartílico. El valor en los puntos es el promedio.

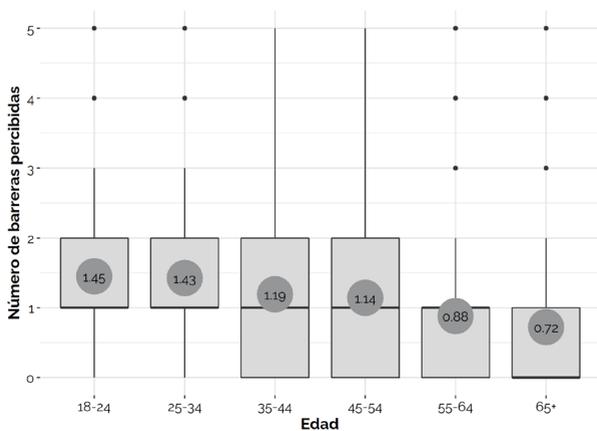


Figura 21. Número promedio de barreras percibidas según posición socioeconómica.

**Interpretación:** El segmento que divide cada caja en dos partes es la mediana, mientras que las dimensiones de la caja son el rango intercuartílico. El valor en los puntos es el promedio.

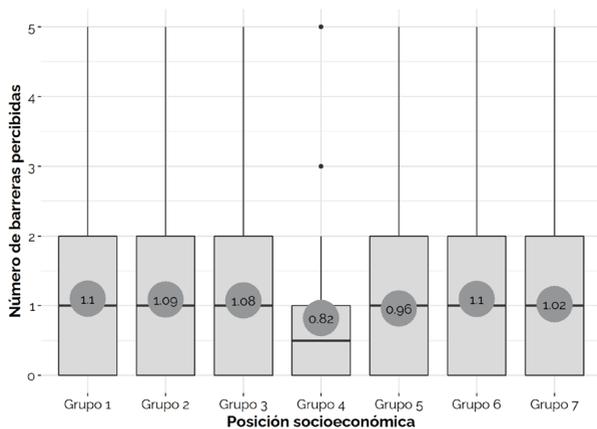
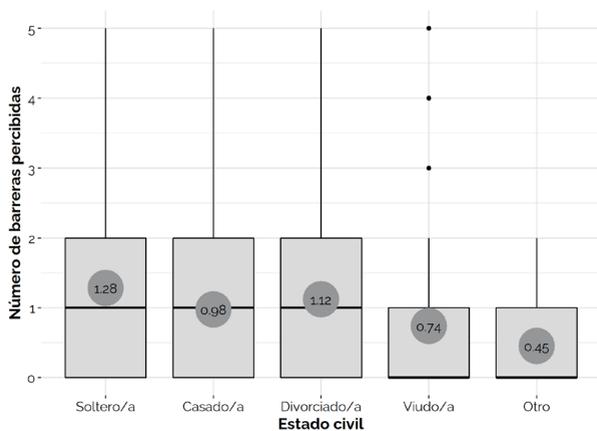


Figura 22. Número promedio de barreras percibidas según estado civil.

**Interpretación:** El segmento que divide cada caja en dos partes es la mediana, mientras que las dimensiones de la caja son el rango intercuartílico. El valor en los puntos es el promedio.



## Demoras anticipadas: Diferencias en función de variables psicológicas

Las variables psicológicas que se han examinado en relación con las demoras anticipadas han sido: conocimiento de los síntomas de cáncer como tal, barreras percibidas, creencias acerca del cáncer y su tratamiento, el temor causado por el cáncer, el conocimiento de los factores de riesgo del cáncer y el riesgo percibido de padecer cáncer.

El conocimiento de síntomas de cáncer se investigó en relación con las demoras para los respectivos síntomas (p.ej., si reconocer el síntoma de cáncer como tal se asociaba con menor probabilidad de demora). El resto de factores psicológicos, por su naturaleza más global, se investigaron en relación con la puntuación global de número de síntomas demorados. En concreto, se realizó un modelo de regresión de Poisson, utilizando como variable resultado el número de síntomas con respuesta demorada y como variables predictoras todas las variables socio-demográficas previamente consideradas y las variables psicológicas.

### Conocimiento de los síntomas de cáncer

A los encuestados se les preguntó si conocían algún síntoma, signo o señal de alarma que le haría pensar que podrían tener cáncer. Un 49% dijeron que sí y a estas personas se les preguntó qué síntomas conocían. Se recogieron datos acerca del conocimiento de 9 síntomas de los incluidos en el cuestionario de demoras: un bulto o nódulo, herida o úlcera (llaga) no cicatrizada, dolor persistente en el tiempo, mancha o lunar que cambia de forma, tamaño y color, sangrado o hemorragias anormales, tos y/o ronquera persistente, cambios en los hábitos urinarios o intestinales, pérdida de peso no justificada, y cansancio/decaimiento.

Se investigó si el conocimiento de cada uno de estos síntomas (sí vs. no) como síntoma potencial de cáncer se asociaba a menor probabilidad de demorar la búsqueda de atención médica, en caso de experimentar este síntoma. Sin embargo, para la mayoría de los síntomas no se evidenciaron asociaciones entre saber que el síntoma puede ser una señal de cáncer y buscar atención médica más rápido. Las excepciones fueron "mancha y lunar que cambia de forma" y "pérdida de peso no justificada". Las personas que conocían estos síntomas tenían menos probabilidad de demorar la búsqueda de atención médica, en caso de notar un cambio en la apariencia o forma de un lunar OR=0.68 [IC 95% 0.57-0.81] y ante la pérdida de peso sin explicación OR=0.75 [IC 95% 0.58-0.98], respectivamente.

## Barreras percibidas

Tres de las cuatro barreras recogidas en la encuesta fueron estadísticamente significativas en el modelo multivariante de demora (véase **Figura 23**). Los encuestados a los que les preocupaba hacer perder el tiempo del médico, les preocupaba el resultado o que no tenían tiempo suficiente para ir al médico reportaron más síntomas con respuesta demorada, comparado con los encuestados que no reportaron estas barreras. La **Figura 24** muestra el número promedio de síntomas demorados derivados del modelo estadístico, según si se reportaron o no las diferentes barreras, y pone de manifiesto que la preocupación por hacer perder el tiempo al médico y el no tener tiempo suficiente para ir al médico eran las barreras con más influencia sobre el número de síntomas demorados.

Figura 23. Factores psicológicos: Cambios relativos en la puntuación (puntos negros) y sus intervalos de confianza al 95% (líneas negras cruzando los puntos) derivados de una regresión Poisson múltiple investigando el número de síntomas con respuesta demorada en función de factores socio-demográficos (no mostrados) y factores psicológicos.

**Interpretación:** Si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la izquierda de la línea roja, se trata de un efecto "protector" (menos síntomas con respuesta demorada). Al contrario, si el efecto estimado y sus intervalos de confianza se encuentran a la derecha de la línea roja, se trata de un efecto de "riesgo" (más síntomas con respuesta demorada).

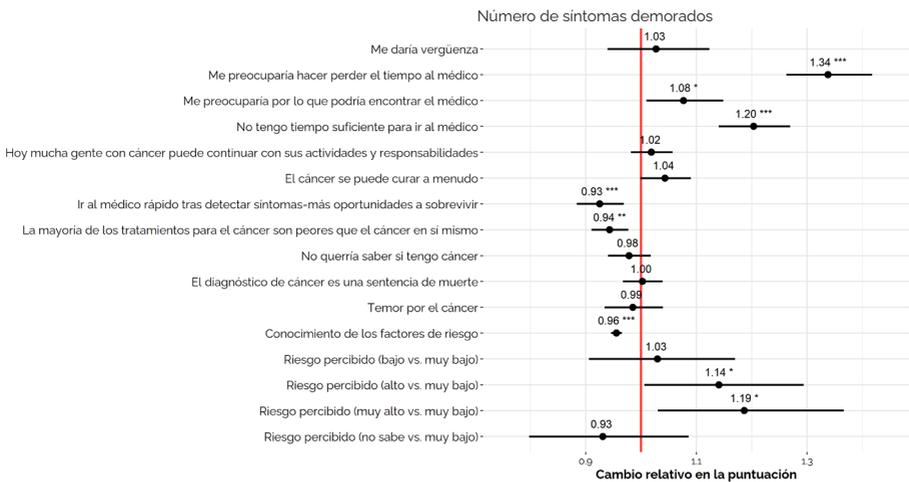
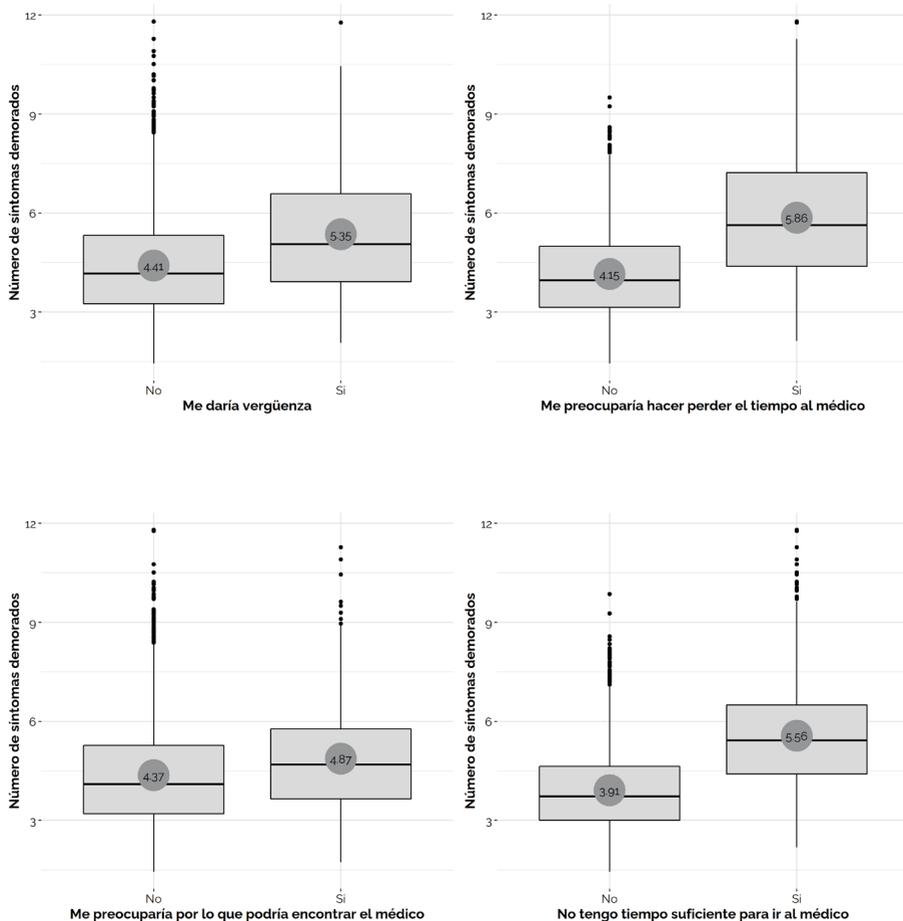


Figura 24. Número promedio de síntomas con repuesta demorada, derivado del modelo de regresión de Poisson según la respuesta a cada ítem sobre barreras percibidas.

**Interpretación:** El segmento que divide cada caja en dos partes es la mediana, mientras que las dimensiones de la caja son el rango intercuartílico. El valor en los puntos es el promedio.



## Creencias sobre el cáncer

Se administraron seis ítems del cuestionario ABC [8] acerca de tres creencias positivas y tres creencias negativas sobre el cáncer y/o su tratamiento (véase **Tabla 4**). La mayoría de los encuestados creía que, hoy en día, los pacientes con cáncer podrían continuar con sus actividades y responsabilidades (71.8%), que el cáncer se puede curar a menudo (77.7%) y que ir al médico rápido, tras detectar los síntomas de cáncer, podría incrementar las oportunidades de sobrevivir (96.4%).

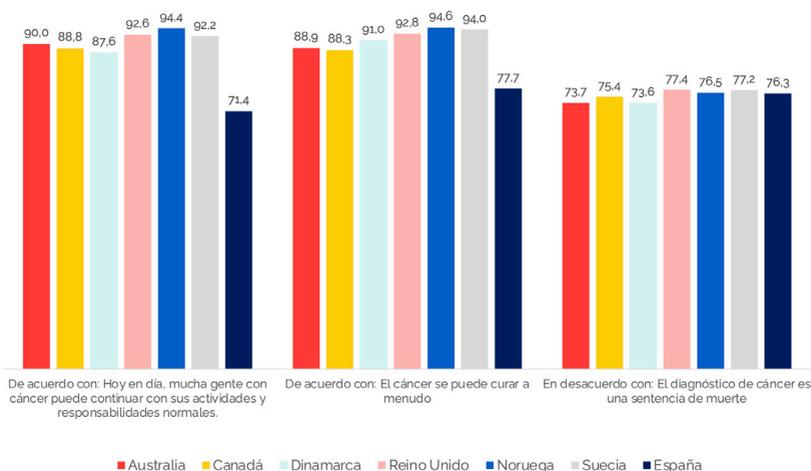
Un 37.7% creía que la mayoría de los tratamientos para el cáncer son peores que el cáncer en sí mismo, mientras que un porcentaje relativamente alto (8.5%) no sabía cómo responder a este ítem. Solo un 11.1% declaró no querer saber si tiene cáncer y un 20.1% expresó una creencia de que un diagnóstico de cáncer es una sentencia de muerte.

Tabla 4. Porcentaje de los encuestados según sus respuestas a la pregunta "Ahora le voy a leer algunas frases que se dicen a veces sobre el cáncer. Para cada una de las frases, ¿puede decirme su grado de acuerdo o desacuerdo?".

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sabe	No contesta
Hoy en día, mucha gente con cáncer puede continuar con sus actividades y responsabilidades normales	2.7	21.2	55.5	15.9	4.0	0.7
El cáncer se puede curar a menudo	1.5	16.5	64.1	13.6	3.7	0.6
Ir al médico tan rápido como sea posible tras detectar los síntomas del cáncer puede incrementar las oportunidades de sobrevivir	0.6	2.2	45.0	51.4	0.6	0.3
La mayoría de los tratamientos para el cáncer son peores que el cáncer en sí mismo	10.5	42.6	32.1	5.6	8.5	0.7
No querría saber si tengo cáncer	42.1	44.7	7.7	3.4	1.8	0.2
Algunas personas piensan que un diagnóstico de cáncer es una sentencia de muerte. ¿En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con que el diagnóstico de cáncer es una sentencia de muerte?	21.1	55.2	16.7	3.4	3.0	0.6

Tenemos datos disponibles de otros países de tres de los ítems sobre creencias. En la **Figura 25** podemos observar que España no difiere de los otros países del ICBP en cuanto a la creencia que el diagnóstico de cáncer es una sentencia de muerte. Sin embargo, el porcentaje de españoles y españolas que cree que las personas con cáncer continúan con sus actividades y que el cáncer se puede curar a menudo es notablemente menor (72% vs. ~90% en el resto de países y 78% vs. ~90% en el resto de países, respectivamente).

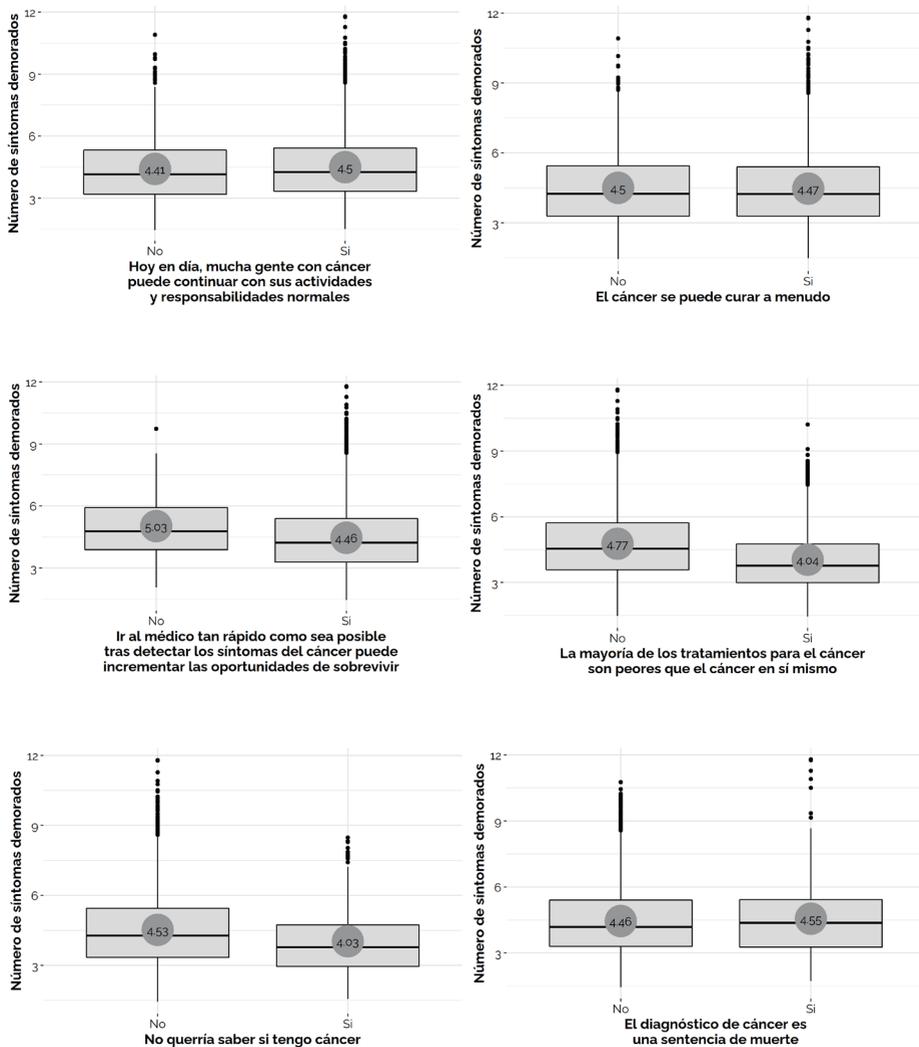
Figura 25. Porcentaje de los encuestados en España (N=4.769, 2020) y los 6 países del International Cancer Benchmarking Partnership (N=4.002 Australia, N=2.064 Canadá, N=2.000 Dinamarca, N=6.965 Reino Unido, N=2.009 Noruega y N=2.039 Suecia, 2011) que están de acuerdo (combinando "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo") o en desacuerdo (combinando "totalmente en desacuerdo" y "en desacuerdo") con tres ítems del cuestionario ABC [8]. Datos obtenidos de [13].



En las **Figuras 23 y 26** observamos que una creencia positiva y una creencia negativa se asociaron con menos síntomas con respuesta demorada. En concreto, las personas que creían que acudir al médico tan rápido como fuera posible, tras detectar los síntomas de cáncer, podría incrementar las oportunidades a sobrevivir y las que creían que la mayoría de los tratamientos para el cáncer son peores que el cáncer en sí mismo, reportaron menos demoras.

Figura 26. Número promedio de síntomas con repuesta demorada derivados del modelo de regresión de Poisson según la respuesta a cada ítem sobre creencias.

**Interpretación:** El segmento que divide cada caja en dos partes es la mediana, mientras que las dimensiones de la caja son el rango intercuartílico. El valor en los puntos es el promedio.



## Temor por el cáncer

Se les preguntó a los encuestados cuál de estas situaciones les produciría más temor: una enfermedad degenerativa, un infarto, el SIDA, un accidente de coche, un cáncer, un trastorno mental, el coronavirus, otra o ninguna. Un 36.7% indicó como respuesta el cáncer. A partir de esto se creó una variable "temor por el cáncer", codificada con 1 si la persona había indicado el cáncer como la situación que más temor le producía y 0 si había indicado otra situación. Sin embargo, esta variable no se relacionó con el número de síntomas demorados (**Figura 23**).

## Conocimiento de factores de riesgo

A los encuestados se les preguntó también sobre la influencia que tenía cada uno de 10 factores de riesgo para el cáncer. En concreto, los encuestados indicaron, utilizando una escala de 1 "no influye nada" hasta 10 "tiene mucha influencia", qué grado de influencia creían que tenía cada uno de diez factores para que una persona desarrolle un cáncer. La **Figura 27** pone de manifiesto que la menor influencia (y la mayor proporción de respuestas "No sabe/No contesta", 8.6%) se atribuía a las enfermedades de transmisión sexual, seguidas por el peso. Al contrario, el factor de riesgo más conocido fue el tabaco.

Para investigar cómo el conocimiento de factores de riesgo se relaciona con la demora ante síntomas de cáncer se calculó una variable "conocimiento de factores de riesgo", que otorga un punto por cada factor reconocido con influencia de 8 o más. Esta variable tuvo una distribución relativamente simétrica con media de 5,6 (Desv. Típica=2.6) y mediana de 6 (IQR 4-8, min=0, max=10).

Las **Figuras 23 y 28** muestran que un mayor conocimiento de los factores de riesgo del cáncer se asocia con menos demora.

## Riesgo percibido de cáncer

Los encuestados respondieron a la pregunta "¿Cree Ud. que el riesgo de tener cualquier tipo de cáncer a lo largo de su vida es ...?". Un 6.0% indicaron "muy bajo", 27.1% "bajo", 42.5% "alto" y 11.4% "muy alto", mientras que 11.6% no sabía. Un 0.3% no contestó a la pregunta y un 1% tenía cáncer en la actualidad.

Las **Figuras 23 y 29** demuestran que un mayor riesgo percibido de cáncer se asocia con mayor demora, en concreto percibir un riesgo muy alto o alto vs. muy bajo.

Figura 27. Valor promedio de influencia (10=máxima influencia) para cada factor de riesgo.

**Interpretación:** El segmento que divide cada caja en dos partes es la mediana, mientras que las dimensiones de la caja son el rango intercuartílico. El valor en los puntos es el promedio. %NS/NC=porcentaje de encuestado que no sabe o no contesta a la pregunta.

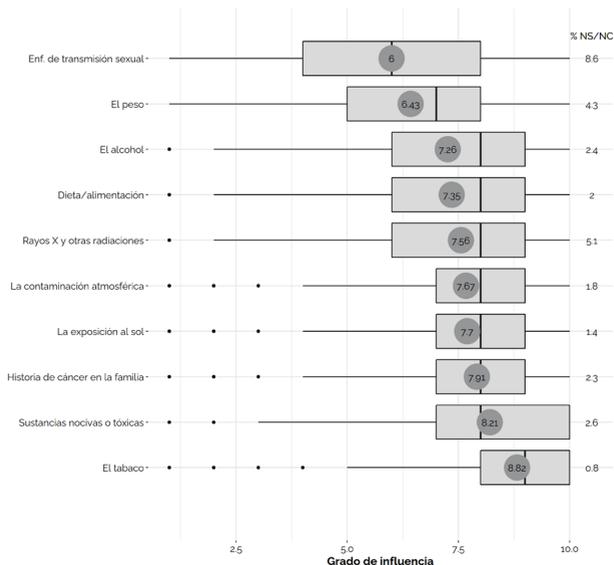


Figura 28. Número promedio de síntomas con repuesta demorada derivados del modelo de regresión de Poisson según el número de factores de riesgo de cáncer correctamente identificados (influencia>7).

**Interpretación:** El segmento que divide cada caja en dos partes es la mediana, mientras que las dimensiones de la caja son el rango intercuartílico. El valor en los puntos es el promedio.

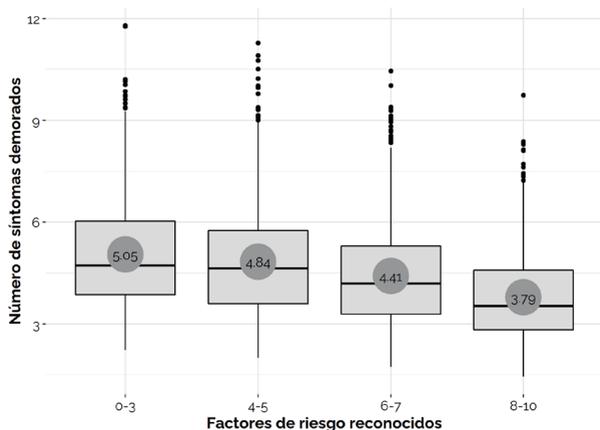
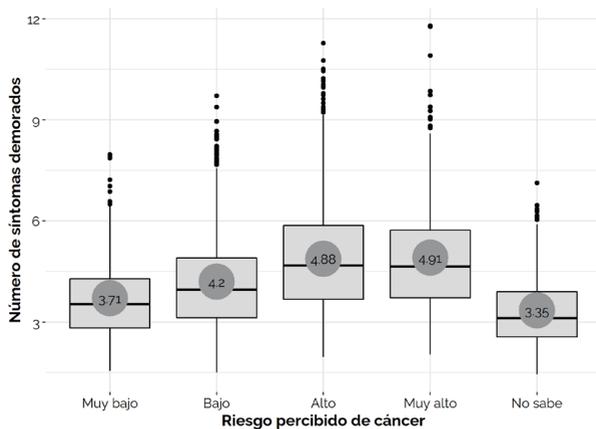


Figura 29. Número promedio de síntomas con respuesta demorada derivados del modelo de regresión de Poisson según el riesgo percibido de cáncer.

**Interpretación:** El segmento que divide cada caja en dos partes es la mediana, mientras que las dimensiones de la caja son el rango intercuartílico. El valor en los puntos es el promedio.



# Conclusiones

Este ha sido el primer estudio en España para investigar las demoras anticipadas en la búsqueda de atención médica por síntomas de cáncer y el primer estudio en relacionar estas demoras con varias barreras percibidas por las personas a la hora de buscar atención médica.

## Demoras anticipadas en la búsqueda de atención médica para 13 síntomas de cáncer

No existen estándares internacionales que podemos aplicar para determinar cuál es el tiempo recomendado de búsqueda de atención médica para los síntomas de cáncer [11]. En el estudio de las demoras anticipadas se suele utilizar la regla general de "cuanto antes mejor", teniendo en cuenta que algunos síntomas son más urgentes que otros.

A la hora de evaluar los resultados, también sería importante tener en cuenta que las demoras reportadas en encuestas con población general como el Oncobarómetro ("demoras anticipadas") suelen ser mucho más cortas que las demoras reportadas por pacientes reales recién diagnosticados de cáncer ("demoras experimentadas"). En concreto, la mayoría de los participantes en encuestas de población general suele anticipar la búsqueda de atención médica dentro

de una semana tras el comienzo de los síntomas, mientras que muchos pacientes diagnosticados con cáncer esperan dos o más meses en contactar con su médico [14]. Es por ello, que las personas podrían tardar mucho más de lo que declaran en la encuesta si llegan a experimentar los síntomas de cáncer. Además, en la mayoría de los casos habrá que añadir un tiempo de espera importante entre el momento en el que se pida la cita con el médico y el momento en que esta tiene lugar por la lista de espera u otros retrasos en la programación. Todo esto sugiere que los resultados obtenidos en la encuesta podrían ser una aproximación optimista del número de días que suele pasar entre el comienzo de los síntomas de cáncer y la primera cita con el médico para los pacientes con cáncer en nuestro entorno.

Para cada síntoma de cáncer se ha estimado el porcentaje de personas que demoraría la búsqueda de atención médica innecesariamente y, por lo tanto, aumentaría su riesgo de recibir un diagnóstico más tardío (p. ej. en un estadio más avanzado de la enfermedad).

Considerando una semana como el punto de corte deseable en el caso de **síntomas agudos y/o repentinos**, observamos que 50% demoraría más tiempo en el caso de un hinchazón abdominal, 48% en el caso de una

herida que no sana, 43% en el caso de cambios en la apariencia o forma de un lunar, 38% en el caso de dolor persistente sin explicación, 34% en el caso de dificultad persistente al tragar, 29% en el caso de un bulto o hinchazón sin explicación, y 16% en el caso de cambios en el pecho y sangrado sin explicación. Considerando dos semanas como el punto de corte deseable para los **síntomas menos urgentes y/o vagos**, observamos que un 40% demoraría más en el caso de cansancio/fatiga sin explicación y sudores nocturnos sin explicación, 35% en el caso de tos/ronquera persistente, 36% en el caso de pérdida de peso sin explicación y 25% en el caso de un cambio en los hábitos intestinales o de la vejiga.

En comparación con otros países, podríamos clasificar los tiempos de demora reportados en el Oncobarómetro 2020 como parecidos a los tiempos reportados en otros países desarrollados [12].

## Barreras percibidas

Para reducir el riesgo de un diagnóstico tardío de la enfermedad, sería importante identificar y abordar las razones para los retrasos en la búsqueda de atención médica. Investigaciones previas sugieren que un número menor de barreras percibidas a la hora de consultar con el médico se relaciona con una búsqueda de ayuda más rápida [12,15].

Desafortunadamente, el Oncobarómetro 2020 revela varias barreras percibidas por la población. Alrededor de uno de cada tres españoles declara no tener tiempo suficiente para ir al médico como una barrera. Uno de cinco declara preocupación por lo que podría encontrar el médico y preocupación por hacerle perder el tiempo. Las personas que perciben estas barreras son

más propensas a demorar la búsqueda de atención médica por síntomas de cáncer. Las barreras percibidas menos frecuentes, pero también importantes, incluyen no percibir los síntomas como suficientemente importantes (11%), sentir vergüenza (7%) y tener obligaciones familiares o de trabajo (6%).

## Grupos socio-demográficos más vulnerables

Es relevante saber si hay ciertos grupos socio-demográficos que son más propensos a demorar la búsqueda de atención médica y, por lo tanto, podrían tener un riesgo más elevado de diagnóstico tardío de cáncer. Aunque hay cierta variación entre síntomas, se observan patrones claros para algunos factores sociodemográficos.

### Sexo

Las mujeres reportan que buscarían ayuda más rápido que los hombres para la mayoría de los síntomas, con la excepción de hinchazón abdominal y sudores nocturnos sin explicación, donde las mujeres son más propensas a demorar. Reportar preocupación (por lo que el médico podría encontrar o por hacerle perder el tiempo) es más frecuente entre las mujeres que los hombres.

### Edad

Parecido a lo que se ha encontrado en estudios previos [12,15,16], las personas mayores (p. ej., 65+ años) son el grupo que reporta menos demoras y menos barreras percibidas. Es un resultado esperanzador, ya que el riesgo de cáncer aumenta de manera importante con la edad y la mayoría de los cánceres se diagnostican en personas mayores de 70 años [17].

## Posición socioeconómica

Una posición socioeconómica más favorable de los encuestados (p. ej., directores, profesionales con estudios universitarios) se relacionó con más riesgo de demora. Los resultados de estudios previos sobre la relación entre la posición socioeconómica y la demora en buscar atención médica por síntomas de cáncer son mixtos [14]. Las encuestas poblacionales registran resultados parecidos a los encontrados en el Oncobarómetro 2020: una posición socioeconómica menos favorable se asocia con menos demora [15,18-20]. Sin embargo, los estudios con pacientes diagnosticados con cáncer revelan resultados contrarios: que las personas con una posición socioeconómica menos favorable tienen una supervivencia peor, posiblemente debido a un diagnóstico más tardío de la enfermedad y más demoras en acudir al sistema sanitario [14,21,22].

Una explicación de estas diferencias podría encontrarse en las barreras percibidas por los diferentes grupos socioeconómicos. La barrera percibida de falta de tiempo para ir al médico fue más frecuente entre las personas con posición socioeconómica más privilegiada. Quizá esta barrera podría ser fácilmente superada si se experimentan síntomas reales y las molestias y preocupaciones asociadas, reduciendo las demoras en este grupo. Sin embargo, entre las personas con posición socioeconómica menos privilegiada fueron más frecuentes la preocupación por lo que el médico podría encontrar y la vergüenza. Quizá estas barreras se mantienen o incluso aumentan si se experimentan síntomas reales, produciendo demoras importantes en este grupo.

Finalmente, los encuestados en la segunda

ola reportaron más demora y más barreras percibidas, un efecto que podría deberse a la pandemia por coronavirus y que se analiza en más detalle en otro informe.

## Factores psicológicos

Los factores psicológicos podrían revelar algunas de las razones por las que las personas demoran la búsqueda de atención médica. Por ejemplo, en diversos estudios, variables cognitivas como el conocimiento de los síntomas de cáncer se han relacionado de manera consistente con una búsqueda de atención médica más rápida [10]. Sin embargo, en este estudio no se observó un patrón que relacionaba el **conocimiento de síntomas** con la demora en la búsqueda de ayuda. En concreto, esta relación se observó en el caso de solo dos síntomas (lunar que cambia de forma y pérdida de peso no justificada). La falta de relación se podría deber a la manera de medir el conocimiento de los encuestados que se hizo anotando hasta 5 respuestas espontáneas a la pregunta "¿Conoce algún síntoma, signo o señal de alarma que le haría pensar que podría tener cáncer? ¿Podría decirme cuál o cuáles?". En la gran mayoría de los estudios previos que encuentran una relación entre el conocimiento de síntomas y la demora, el conocimiento se midió utilizando listas de síntomas predeterminados que los encuestados tienen que identificar como síntomas de cáncer o no [10], un método que resulta en el reconocimiento de más síntomas que el método de respuestas espontáneas.

Las **creencias sobre el cáncer** sí se relacionaron con la demora. En concreto, las personas que creen que ir al médico lo más rápido posible tras detectar los síntomas podría incrementar las oportunidades a sobrevivir y las personas que creen que

los tratamientos para el cáncer suelen ser peores que el cáncer mismo, reportan menos demora. Estos resultados apuntan a que saber que un diagnóstico más precoz podría mejorar la supervivencia y/o necesitar de tratamientos menos invasivos podría ayudar a reducir las demoras en la búsqueda de atención médica. Este resultado confirma los hallazgos de estudios previos en los que unas creencias menos negativas sobre el cáncer (p. ej., que es una enfermedad tratable) se relacionaban con menos demora en buscar atención médica [10], aunque no se observaron relaciones significativas para todas las creencias positivas y negativas recogidas en la encuesta. En cuanto a estas creencias, cabe destacar que el porcentaje de personas que cree que las personas con cáncer continúan con sus actividades y que el cáncer se puede curar a menudo es notablemente menor en España que en otros países desarrollados [13], apuntando a una prevalencia mayor de creencias y percepciones negativas relacionadas con el cáncer en nuestro país.

El **conocimiento de los factores de riesgo del cáncer** también se relacionó con la demora. Acorde con estudios previos [23-25], los factores de riesgo más reconocidos fueron el tabaco, las sustancias nocivas o tóxicas, la historia de cáncer en la familia, y la exposición al sol, mientras que los factores menos reconocidos fueron las enfermedades de transmisión sexual y el peso. Las personas que reconocen de forma correcta más factores de riesgo de cáncer reportan menos demora. Tradicionalmente las campañas e intervenciones sobre cáncer dirigidas a la población general han intentado mejorar el conocimiento de los factores de riesgo para que la población abandone comportamientos que puedan incrementar el riesgo (p. ej., fumar, beber alcohol...). Estos resultados sugieren que

el conocimiento de los factores de riesgo también podría contribuir a reducir las demoras en buscar atención médica cuando se experimentan síntomas de cáncer. No conocemos estudios previos que han investigado o documentado esta relación en el contexto de cáncer, sin embargo sí se ha relacionado el conocimiento de factores de riesgo para el síndrome coronario agudo, con una menor demora en la búsqueda de atención médica por parte de pacientes diagnosticados con esta enfermedad [26]. El conocimiento de los factores de riesgo, especialmente si se tienen varios, podría ayudar a las personas a reconocer la probabilidad de padecer un cáncer si se experimentan síntomas, lo cual podría reducir la demora en la búsqueda de ayuda.

El **riesgo percibido de cáncer** también se relacionó con la demora, de tal manera que, las personas que percibían su riesgo de padecer cáncer como más alto reportaron más demora. Asumiendo que el riesgo percibido refleja por lo menos hasta cierto punto el riesgo real de padecer cáncer, este efecto es preocupante. En el contexto del cáncer, se ha observado que las personas que perciben más riesgo de cáncer, especialmente cuando el cáncer les preocupa mucho, reportan evitar visitar su médico, incluso cuando piensan que deberían hacerlo [27]. En el estudio actual se observa un efecto parecido, que podemos interpretar en el contexto del efecto del miedo y la preocupación sobre la búsqueda de información y ayuda médica [27,28], ya que las personas que suelen percibir más riesgo de cáncer también reportan más preocupación [29]. En estudios previos se ha observado que emociones como estas tienen efectos contradictorios sobre la búsqueda de atención médica por síntomas de cáncer y que pueden tanto acelerarla como demorarla, en función de qué exactamente genera el

miedo o la preocupación [28].

Las personas que declararon **tener un familiar cercano diagnosticado con cáncer** reportaron más demoras y más barreras percibidas. En la literatura previa, el impacto de tener historia familiar de cáncer sobre la búsqueda de ayuda en caso de síntomas no es concluyente[21]. Sin embargo, los científicos apuntan que las experiencias de los familiares y amigos

cercanos son la base de las creencias que forman las personas sobre el cáncer [14] y tener historia familiar de cáncer es uno de los factores de riesgo más reconocidos por la población general. Los resultados de este estudio sugieren que las personas que han tenido familiares cercanos diagnosticados con cáncer podrían tener creencias o experimentar emociones que les hagan esperar más en consultar a su médico con síntomas de cáncer.

## Resumen y recomendaciones

Las personas que declaran que esperarían más antes de consultar a su médico por varios síntomas de cáncer incluyen las personas más jóvenes (menores de 45 años), las personas con una posición socioeconómica más favorable (p. ej., con estudios universitarios) y las personas que tienen un familiar cercano diagnosticado con cáncer. Independientemente de los grupos demográficos a los que pertenecen las personas, las siguientes creencias y características se relacionan - de manera significativa y con efectos notables - con más demoras en buscar atención médica:

- Preocuparse por hacer perder el tiempo al médico.
- Preocuparse por lo que el médico podría encontrar
- No tener tiempo suficiente para ir

al médico.

- No creer/saber que ir al médico cuanto antes mejoraría las oportunidades a sobrevivir al cáncer.
- Desconocer los factores de riesgo del cáncer.
- Percibir riesgo alto de padecer cáncer.

**Los resultados del Oncobarómetro 2020 sugieren que abordar estas barreras en la población, a través de campañas publicitarias, intervenciones en atención primaria u otros tipos de acciones, podría ser una estrategia prometedora para reducir las demoras en la búsqueda de atención médica en el caso de síntomas de cáncer.**

# Bibliografía

- Minicozzi P, Walsh PM, Sanchez MJ, Trama A, Innos K, Marcos-Gragera R, et al. Is low survival for cancer in Eastern Europe due principally to late stage at diagnosis? *Eur J Cancer* 2018 Apr;93:127-137.
- Schüz J, Espina C, Villain P, Herrero R, Leon ME, Minozzi S, et al. European Code against Cancer 4th Edition: 12 ways to reduce your cancer risk. *Cancer epidemiology* 2015;39:S1-S10.
- Neal R, Tharmanathan P, France B, Din N, Cotton S, Fallon-Ferguson J, et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. *Br J Cancer* 2015;112(s1):S92.
- Walter F, Webster A, Scott S, Emery J. The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis. *J Health Serv Res Policy* 2012 Apr;17(2):110-118.
- Lyratzopoulos G, Saunders CL, Abel GA, McPhail S, Neal R, Wardle J, et al. The relative length of the patient and the primary care interval in patients with 28 common and rarer cancers. *Br J Cancer* 2015;112(s1):S35.
- European Commission - ECIS European Cancer Information System. Measuring cancer burden and its trends across Europe. 2019; Available at: <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>.
- Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estimaciones de la incidencia del cáncer en España. 2020;<https://www.redecan.es/redecan.org/es/index.html>.
- Simon AE, Forbes LJ, Boniface D, Warburton F, Brain KE, Dessaix A, et al. An international measure of awareness and beliefs about cancer: development and testing of the ABC. *BMJ Open* 2012 Dec 18;2(6):10.1136/bmjopen-2012-001758. Print 2012.
- Stubbings S, Robb K, Waller J, Ramirez A, Austoker J, Macleod U, et al. Development of a measurement tool to assess public awareness of cancer. *Br J Cancer* 2009;101(S2):S13.
- Petrova D, Okan Y, Salamanca-Fernández E, Domínguez-López S, Sánchez M, Rodríguez-Barranco M. Psychological factors related to time to help-seeking for cancer symptoms: A meta-analysis across cancer sites. *Health psychology review* 2020;14(2):245-268.
- Pedersen AF, Forbes L, Brain K, Hvidberg L, Wulff CN, Lagerlund M, et al. Negative cancer beliefs, recognition of cancer symptoms and anticipated time to help-seeking: an international cancer benchmarking partnership (ICBP) study. *BMC Cancer* 2018;18(1):363.
- Donnelly C, Quaipe S, Forbes L, Boylan J, Tishelman C, Gavin A. Do perceived barriers to clinical presentation affect anticipated time to presenting with cancer symptoms: an ICBP study. *Eur J Public Health* 2017 Oct 1;27(5):808-813.
- Forbes LJ, Simon AE, Warburton

F, Boniface D, Brain KE, Dessaix A, et al. Differences in cancer awareness and beliefs between Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK (the International Cancer Benchmarking Partnership): do they contribute to differences in cancer survival? *Br J Cancer* 2013 Feb 5;108(2):292-300.

- McCutchan GM, Wood F, Edwards A, Richards R, Brain KE. Influences of cancer symptom knowledge, beliefs and barriers on cancer symptom presentation in relation to socio-economic deprivation: a systematic review. *BMC Cancer* 2015 Dec 23;15:1000-015-1972-8.

- Robb K, Stubbings S, Ramirez A, Macleod U, Austoker J, Waller J, et al. Public awareness of cancer in Britain: a population-based survey of adults. *Br J Cancer* 2009;101(S2):S18.

- Moffat J, Hinchliffe R AD, Ironmonger L, Osborne K. Identifying anticipated barriers to help-seeking to promote earlier diagnosis of cancer in Great Britain. *Public Health* 2016 Dec;141:120-125.

- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2020. 2020:[https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras\\_del\\_cancer\\_2020.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf).

- Brain KE, Smits S, Simon AE, Forbes LJ, Roberts C, Robbe IJ, et al. Ovarian cancer symptom awareness and anticipated delayed presentation in a population sample. *BMC Cancer*

2014 Mar 10;14:171-2407-14-171.

- Quaife SL, Forbes LJ, Ramirez AJ, Brain KE, Donnelly C, Simon AE, et al. Recognition of cancer warning signs and anticipated delay in help-seeking in a population sample of adults in the UK. *Br J Cancer* 2014 Jan 7;110(1):12-18.

- van Osch L, Lechner L, Reubsaet A, de Nooijer J, de Vries H. Passive cancer detection and medical help seeking for cancer symptoms: (in) adequate behavior and psychosocial determinants. *Eur J Cancer Prev* 2007 Jun;16(3):266-274.

- Macleod U, Mitchell E, Burgess C, Macdonald S, Ramirez A. Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers. *Br J Cancer* 2009;101(S2):S92.

- Woods L, Rachet B, Coleman M. Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: a review. *Annals of Oncology* 2005;17(1):5-19.

- Sanz-Barbero B, Prieto-Flores ME, Otero-García L, Abt-Sacks A, Bernal M, Cambas N. Percepción de los factores de riesgo de cáncer por la población española. *Gaceta Sanitaria* 2014;28(2):137-145.

- Hvidberg L, Pedersen AF, Wulff CN, Vedsted P. Cancer awareness and socio-economic position: results from a population-based study in Denmark. *BMC Cancer* 2014;14(1):581.

- Lagerlund M, Hvidberg L, Haj-

darevic S, Pedersen AF, Runesdotter S, Vedsted P, et al. Awareness of risk factors for cancer: a comparative study of Sweden and Denmark. *BMC Public Health* 2015;15(1):1156.

- Garrido D, Petrova D, Catena A, Ramírez-Hernández JA, Garcia-Retamero R. Recognizing a Heart Attack: Patients' Knowledge of Cardiovascular Risk Factors and Its Relation to Prehospital Decision Delay in Acute Coronary Syndrome. *Frontiers in Psychology* 2020;11:2056.
- Persoskie A, Ferrer RA, Klein WM. Association of cancer worry and perceived risk with doctor avoidance: an analysis of information avoidance in a nationally representative US sample. *J Behav Med* 2014;37(5):977-987.
- Balasooriya-Smeekens C, Walter FM, Scott S. The role of emotions in time to presentation for symptoms suggestive of cancer: a systematic literature review of quantitative studies. *Psychooncology* 2015 Dec;24(12):1594-1604.
- Lipkus IM, Kuchibhatla M, McBride CM, Bosworth HB, Pollak KI, Siegler IC, et al. Relationships among breast cancer perceived absolute risk, comparative risk, and worries. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2000 Sep;9(9):973-975.

# Anexo I.

## Tablas complementarias

Tabla A1. Número y porcentaje de encuestados procedentes de cada comunidad autónoma.

Comunidad autónoma	Número	Porcentaje
Andalucía	844	17.7
Aragón	136	2.8
Asturias	110	2.3
Islas Baleares	121	2.5
Canarias	229	4.8
Cantabria	61	1.3
Castilla y León	255	5.3
Castilla-La Mancha	206	4.3
Cataluña	764	16
Comunidad Valenciana	506	10.6
Extremadura	110	2.3
Galicia	287	6
Madrid	673	14.1
Murcia	146	3.1
Navarra	65	1.4
País Vasco	225	4.7
La Rioja	32	0.7
<b>Total</b>	<b>4769</b>	<b>100</b>

Tabla A2. Porcentaje de encuestados en cada comunidad autónoma que declaran que buscarían ayuda dentro de las diferentes categorías para 13 potenciales síntomas de cáncer.

	Sangrado sin explicación aparente				Cualquier cambio en el pecho				Un bulto o hinchazón sin explicación aparente			
	<1 semana	1-2 semanas	2-3 semanas	>3 semanas	<1 semana	1-2 semanas	2-3 semanas	>3 semanas	<1 semana	1-2 semanas	2-3 semanas	>3 semanas
Andalucía	86.1%	10.1%	2%	18%	84.5%	11.1%	1.6%	2.7%	71.5%	19.4%	3.1%	6%
Aragón	86.8%	9.6%	2.2%	1.5%	80.9%	10.3%	1.5%	7.4%	75.7%	18.4%	0.7%	5.1%
Asturias	85.5%	10.9%	1.8%	1.8%	88.2%	11.8%	0%	0%	68.8%	23.9%	3.7%	3.7%
Islas Baleares	85.7%	9.2%	0%	5%	83.6%	13.1%	3.3%	0%	76.3%	15.3%	5.1%	3.4%
Canarias	87.7%	9.3%	0.4%	2.6%	88.7%	9%	0%	2.3%	77%	15.9%	2.2%	4.9%
Cantabria	78.3%	16.7%	3.3%	1.7%	83.8%	8.1%	0%	8.1%	73.3%	20%	5%	1.7%
Castilla y León	81%	13.8%	2.4%	2.8%	90.1%	7.7%	0.7%	1.4%	70%	16.6%	5.1%	8.3%
Castilla-La Mancha	82%	14.6%	1.5%	1.9%	80%	6.3%	1.6%	3.1%	71.7%	17.1%	4.9%	6.3%
Cataluña	83.9%	11.9%	2.2%	2%	80%	15.8%	1.2%	2.9%	70.5%	19.6%	3.9%	6%
Comunidad Valenciana	85.2%	10.3%	2%	2.6%	83.6%	9.3%	4.3%	2.9%	71%	18.1%	5%	6%
Extremadura	85.3%	11%	0%	3.7%	89.6%	6%	1.5%	3%	75%	18.5%	2.8%	3.7%
Galicia	85.7%	11.9%	0%	2.4%	90.5%	7.4%	0.7%	1.4%	73.8%	15%	4.9%	6.3%
Madrid	80.9%	14.8%	1.8%	2.5%	81.2%	12.8%	1.7%	4.3%	67.5%	20.4%	5.2%	6.9%
Murcia	87.5%	10.4%	0.7%	1.4%	88.6%	7.6%	1.3%	2.5%	80.7%	14.5%	2.8%	2.1%
Navarra	80%	16.9%	1.5%	1.5%	83.3%	8.3%	2.8%	5.6%	63.6%	18.2%	13.6%	4.5%
Pais Vasco	77.8%	16.4%	2.2%	3.6%	80.6%	9.7%	4.9%	4.9%	65.2%	24.9%	3.2%	6.8%
La Rioja	84.8%	9.1%	3%	3%	87%	4.3%	0%	8.7%	84.4%	6.3%	3.1%	6.3%
<b>España</b>	<b>84%</b>	<b>12%</b>	<b>1.7%</b>	<b>2.3%</b>	<b>84.3%</b>	<b>10.8%</b>	<b>1.8%</b>	<b>3.1%</b>	<b>71.3%</b>	<b>18.7%</b>	<b>4.1%</b>	<b>5.9%</b>

	Dificultad persistente al tragar				Un dolor persistente sin explicación aparente				Un cambio en la apariencia o forma de un lunar			
	<1 semana	1-2 semanas	2-3 semanas	>3 semanas	<1 semana	1-2 semanas	2-3 semanas	>3 semanas	<1 semana	1-2 semanas	2-3 semanas	>3 semanas
Andalucía	67,4%	22,0%	3,8%	6,8%	65,4%	22,1%	4,0%	8,4%	57,9%	18,8%	7,3%	16,0%
Aragón	60,9%	25,6%	3,8%	9,8%	63,7%	25,9%	2,2%	8,1%	62,5%	17,6%	8,1%	11,8%
Asturias	65,5%	24,5%	3,6%	6,4%	60,6%	22,9%	7,3%	9,2%	51,9%	23,1%	6,5%	18,5%
Islas Baleares	64,1%	26,5%	4,3%	5,1%	65,8%	23,9%	3,4%	6,8%	62,7%	16,9%	3,4%	16,9%
Canarias	67,6%	21,3%	2,7%	8,4%	69,2%	22,0%	3,5%	5,3%	60,0%	22,2%	4,4%	13,3%
Cantabria	70,5%	21,3%	3,3%	4,9%	48,3%	32,8%	13,8%	5,2%	50,8%	24,6%	6,6%	18,0%
Castilla y León	61,5%	25,0%	4,4%	9,1%	55,1%	27,9%	7,3%	9,7%	54,9%	18,2%	7,9%	19,0%
Castilla-La Mancha	64,1%	21,4%	4,9%	9,7%	63,4%	21,0%	6,3%	9,3%	54,5%	20,8%	9,4%	15,3%
Cataluña	63,9%	24,5%	5,0%	6,6%	60,4%	24,8%	7,0%	7,8%	56,4%	21,2%	6,6%	15,8%
Comunidad Valenciana	66,7%	22,1%	3,6%	7,6%	61,4%	24,7%	4,8%	9,1%	59,8%	21,2%	5,2%	13,8%
Extremadura	78,0%	8,3%	6,4%	7,3%	67,0%	21,1%	2,8%	9,2%	62,6%	17,8%	8,4%	11,2%
Galicia	70,9%	20,7%	3,5%	4,9%	67,2%	22,0%	6,6%	4,2%	52,1%	23,0%	8,5%	16,3%
Madrid	65,2%	23,6%	5,5%	5,8%	57,7%	25,8%	6,4%	10,0%	52,3%	21,7%	6,6%	19,4%
Murcia	67,1%	22,6%	3,4%	6,8%	70,3%	19,3%	4,8%	5,5%	65,5%	11,7%	6,2%	16,6%
Navarra	53,0%	30,3%	4,5%	12,1%	61,5%	16,9%	7,7%	13,8%	49,2%	13,8%	4,6%	32,3%
Pais Vasco	67,6%	23,4%	5,4%	3,6%	56,4%	30,7%	5,0%	7,8%	54,3%	25,8%	5,9%	14,0%
La Rioja	78,1%	9,4%	3,1%	9,4%	56,3%	25,0%	6,3%	12,5%	62,5%	15,6%	3,1%	18,8%
<b>España</b>	<b>66,1%</b>	<b>22,7%</b>	<b>4,3%</b>	<b>6,9%</b>	<b>62,1%</b>	<b>24,1%</b>	<b>5,6%</b>	<b>8,3%</b>	<b>56,6%</b>	<b>20,4%</b>	<b>6,7%</b>	<b>16,3%</b>

	Una herida que no sana				Hinchazón abdominal				Un cambio en los hábitos intestinales o de la vejiga			
	<1 semana	1-2 semanas	2-3 semanas	>3 semanas	<1 semana	1-2 semanas	2-3 semanas	>3 semanas	<1 semana	1-2 semanas	2-3 semanas	>3 semanas
Andalucía	51.4%	30.5%	7.3%	10.7%	50.7%	26.5%	8.6%	14.2%	48.6%	30.1%	8.4%	12.9%
Aragón	52.9%	27.9%	10.3%	8.8%	54.8%	28.9%	3.0%	13.3%	54.4%	20.6%	9.6%	15.4%
Asturias	49.1%	30.0%	10.9%	10.0%	41.3%	31.2%	7.3%	20.2%	3.1%	23.9%	11.0%	22.0%
Islas Baleares	56.3%	26.1%	8.4%	9.2%	52.1%	21.0%	13.4%	13.4%	48.7%	19.7%	12.8%	18.8%
Canarias	64.8%	21.7%	8.7%	4.8%	52.9%	29.1%	5.3%	12.8%	52.2%	28.3%	7.5%	11.9%
Cantabria	54.1%	23.0%	16.4%	6.6%	44.1%	32.2%	10.2%	13.6%	49.2%	27.1%	10.2%	13.6%
Castilla y León	45.8%	31.3%	9.6%	13.3%	47.8%	26.5%	10.4%	15.3%	47.6%	24.8%	8.4%	19.2%
Castilla-La Mancha	58.8%	23.0%	7.8%	10.3%	47.3%	29.8%	8.8%	14.1%	48.5%	29.4%	7.8%	14.2%
Cataluña	52.6%	28.4%	10.1%	8.8%	49.5%	27.1%	7.3%	16.1%	48.2%	27.2%	7.0%	17.6%
Comunidad Valenciana	53.8%	26.9%	10.1%	9.3%	49.4%	26.2%	9.2%	15.2%	47.3%	29.3%	9.6%	13.8%
Extremadura	56.9%	26.6%	4.6%	11.9%	54.6%	25.9%	7.4%	12.0%	56.9%	21.1%	8.3%	13.8%
Galicia	56.1%	29.5%	7.0%	7.4%	55.4%	26.3%	6.3%	11.9%	49.8%	27.9%	9.2%	13.1%
Madrid	48.2%	31.1%	10.1%	10.6%	47.0%	29.2%	6.9%	16.9%	45.9%	25.2%	10.5%	18.5%
Murcia	54.2%	28.5%	6.9%	10.4%	54.2%	23.2%	9.2%	13.4%	53.1%	23.4%	4.8%	18.6%
Navarra	35.4%	27.7%	18.5%	18.5%	43.3%	22.4%	10.4%	23.9%	37.5%	25.0%	12.5%	25.0%
Pais Vasco	35.4%	27.7%	18.5%	18.5%	43.3%	22.4%	10.4%	23.9%	42.8%	30.6%	12.2%	14.4%
La Rioja	48.5%	36.4%	6.1%	9.1%	62.5%	12.5%	6.3%	18.8%	58.1%	9.7%	6.5%	25.8%
España	52.4%	28.5%	9.2%	9.9%	49.8%	27.3%	8.0%	14.9%	48.2%	27.0%	8.9%	15.9%

	Pérdida de peso sin explicación aparente				Tos o ronquera persistente			
	<1 sem	1-2 sem	2-3 sem	>3 sem	<1 sem	1-2 sem	2-3 sem	>3 sem
Andalucía	41.9%	21.1%	10.3%	26.7%	34.4%	31.1%	11.0%	23.5%
Aragón	47.8%	23.1%	9.7%	19.4%	36.6%	32.8	9.0%	21.6%
Asturias	43.1%	15.6%	15.6%	25.7%	40.9%	24.5%	17.3%	17.3%
Islas Baleares	44.3%	20.0%	11.3%	24.3%	31.7%	32.5%	18.3%	17.5%
Canarias	46.9%	26.1%	7.1%	19.9%	37.6%	29.3%	9.2%	24.0%
Cantabria	37.3%	27.1%	8.5%	27.1%	29.5%	24.6%	18.0%	27.9%
Castilla y León	41.8%	19.1%	12.7%	26.3%	26.3%	31.1%	13.5%	29.1%
Castilla-La Mancha	40.6%	25.7%	11.4%	22.3%	39.2%	31.4%	8.3%	21.1%
Cataluña	38.6%	26.0%	8.9%	26.5%	31.4%	30.9%	10.9%	26.8%
Comunidad Valenciana	42.5%	21.0%	11.2%	25.3%	37.8%	31.4%	11.5%	19.3%
Extremadura	52.3%	15.9%	12.1%	19.6%	41.3%	33.0%	12.8%	12.8%
Galicia	46.6%	20.5%	9.2%	23.7%	39.3%	27.4%	12.6%	20.7%
Madrid	37.0%	20.0%	12.6%	30.4%	32.9%	29.2%	11.6%	26.3%
Murcia	46.5%	19.7%	9.2%	24.6%	42.8%	27.6%	9.0%	20.7%
Navarra	41.5%	12.3%	10.8%	35.4%	24.6%	29.2%	4.6%	41.5%
Pais Vasco	34.5%	30.0%	10.9%	24.5%	28.4%	33.3%	5.9%	32.4%
La Rioja	43.8%	18.8%	6.3%	31.3%	46.9%	21.9%	9.4%	21.9%
<b>España</b>	<b>41.4%</b>	<b>22.1%</b>	<b>10.6%</b>	<b>25.9%</b>	<b>34.5%</b>	<b>30.3%</b>	<b>11.2%</b>	<b>24.1%</b>

	Sudores nocturnos sin explicación aparente				Cansancio o fatiga sin explicación aparente			
	<1 sem	1-2 sem	2-3 sem	>3 sem	<1 sem	1-2 sem	2-3 sem	>3 sem
Andalucía	31,0%	25,8%	9,8%	33,5%	31,0%	29,3%	11,7%	28,0%
Aragón	38,6%	22,7%	9,8%	28,8%	39,0%	22,8%	11,8%	26,5%
Asturias	29,9%	26,2%	13,1%	30,8%	33,9%	23,9%	12,8%	29,4%
Islas Baleares	31,9%	27,4%	9,7%	31,0%	24,1%	24,1%	20,7%	31,0%
Canarias	35,8%	34,1%	8,0%	22,1%	43,4%	24,1%	11,4%	21,1%
Cantabria	33,9%	25,4%	3,4%	37,3%	25,4%	27,1%	13,6%	33,9%
Castilla y León	32,1%	22,6%	11,1%	34,2%	30,7%	31,9%	10,8%	26,7%
Castilla-La Mancha	34,0%	27,5%	11,0%	27,5%	38,5%	25,4%	11,7%	24,4%
Cataluña	34,9%	26,8%	11,1%	27,2%	30,1%	28,0%	10,8%	31,1%
Comunidad Valenciana	40,1%	25,0%	8,5%	26,4%	33,1%	27,3%	11,8%	27,9%
Extremadura	36,8%	30,2%	8,5%	24,5%	36,7%	22,0%	11,0%	30,3%
Galicia	31,9%	26,5%	10,4%	31,2%	39,3%	27,4%	9,8%	23,5%
Madrid	30,6%	26,0%	9,0%	34,3%	28,7%	26,4%	10,7%	34,2%
Murcia	36,2%	24,1%	7,1%	32,6%	34,7%	31,9%	10,4%	22,9%
Navarra	21,9%	18,8%	4,7%	54,7%	35,4%	13,8%	4,6%	46,2%
País Vasco	30,4%	30,4%	7,8%	31,3%	32,1%	31,2%	10,4%	26,2%
La Rioja	46,9%	18,8%	6,3%	28,1%	46,9%	18,8%	9,4%	25,0%
España	33,5%	26,3%	9,5%	30,6%	32,7%	27,3%	11,3%	28,7%

Tabla A3. Porcentaje de encuestados en cada comunidad autónoma que reportan (si o no) cada una de las barreras percibidas.

	Me daría vergüenza		Me preocuparía hacer perder el tiempo al médico		Me preocuparía por lo que podría encontrar el médico		No tengo tiempo suficiente para ir al médico		Otra barrera (texto libre)	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Andalucía	91,3%	8,7%	80,1%	19,9%	75,9%	24,1%	66,4%	33,6%	72,8%	27,2%
Aragón	97,0%	3,0%	89,5%	10,5%	85,3%	14,7%	77,8%	22,2%	77,2%	22,8%
Asturias	95,5%	4,5%	82,0%	18,0%	82,0%	18,0%	68,8%	31,2%	76,4%	23,6%
Islas Baleares	91,7%	8,3%	76,9%	23,1%	77,5%	22,5%	68,6%	31,4%	68,6%	31,4%
Canarias	93,0%	7,0%	84,7%	15,3%	79,5%	20,5%	69,4%	30,6%	69,9%	30,1%
Cantabria	95,1%	4,9%	83,6%	16,4%	75,4%	24,6%	73,3%	26,7%	73,8%	26,2%
Castilla y León	89,0%	11,0%	76,9%	23,1%	79,2%	20,8%	68,1%	31,9%	72,9%	27,1%
Castilla-La Mancha	93,1%	6,9%	87,3%	12,7%	83,8%	16,2%	69,3%	30,7%	74,3%	25,7%
Cataluña	92,1%	7,9%	81,9%	18,1%	77,4%	22,6%	61,3%	38,7%	70,9%	29,1%
Comunidad Valenciana	92,3%	7,7%	81,0%	19,0%	80,2%	19,8%	66,5%	33,5%	75,5%	24,5%
Extremadura	90,9%	9,1%	80,9%	19,1%	74,1%	25,9%	67,0%	33,0%	75,5%	24,5%
Galicia	95,4%	4,6%	87,3%	12,7%	79,0%	21,0%	72,0%	28,0%	81,2%	18,8%
Madrid	93,0%	7,0%	78,5%	21,5%	78,3%	21,7%	60,7%	39,3%	69,5%	30,5%
Murcia	92,5%	7,5%	81,5%	18,5%	79,5%	20,5%	66,4%	33,6%	76,7%	23,3%
Navarra	87,7%	12,3%	71,2%	28,8%	70,8%	29,2%	64,6%	35,4%	76,9%	23,1%
Pais Vasco	96,9%	3,1%	84,0%	16,0%	84,4%	15,6%	76,4%	23,6%	75,1%	24,9%
La Rioja	100,0%	0,0%	90,6%	9,4%	81,3%	18,8%	75,0%	25,0%	75,0%	25,0%
<b>España</b>	<b>92,7%</b>	<b>7,3%</b>	<b>81,5%</b>	<b>18,5%</b>	<b>78,7%</b>	<b>21,3%</b>	<b>66,5%</b>	<b>33,5%</b>	<b>73,2%</b>	<b>26,8%</b>

# Anexo II.

## Descripción del análisis estadístico

Para analizar los datos de la encuesta se utilizaron los programas R (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>) y SPSS (v. 21 de IBM: <https://www.ibm.com/analytics/spss-statistics-software>). Todos los análisis se han hecho aplicando los pesos proporcionados por la empresa que ha realizado la encuesta, en R aplicando el paquete "survey" (Versión 3.37) y en SPSS utilizando la función "WEIGHT BY". El análisis se ha hecho en base a los casos completos (no se ha hecho imputación de datos faltantes). Los grupos socioeconómicos 4 y 5 fueron unificadas para el análisis debido a su pequeño tamaño de muestra.

En el cuestionario sobre las demoras anticipadas para 13 síntomas de cáncer, las personas que contestaron que contactarían con otro profesional sanitario se han excluido del análisis porque no está claro el tiempo de demora que hay que asignar a esta respuesta. Las respuestas "No contactaría con mi médico" se codificaron como demoras de 3 o más semanas (p. ej., Figura 1).

En el cuestionario sobre barreras, las respuestas "Sí, a menudo" y "Sí, a veces" se agruparon en la categoría "Sí" para identificar a las personas que reportan percibir cada barrera. Las respuestas a la pregunta abierta sobre barreras se agruparon en diferentes categorías según su contenido por dos revisoras independientes. Las discrepancias que se produjeron en el agrupamiento inicial se resolvieron con discusión entre ambas revisoras.

En el cuestionario de creencias sobre el cáncer, tanto las respuestas "totalmente en desacuerdo" y "en desacuerdo" como las respuestas "totalmente de acuerdo" y "de acuerdo" se agruparon en "no" y "sí", respectivamente, para identificar las personas que reportan cada creencia.

En el cuestionario sobre conocimiento de factores de riesgo se calculó una variable "conocimiento de factores de riesgo" que otorga un punto por cada factor reconocido con influencia de 8 o más.

Para analizar los varios factores relacionados con las demoras o las barreras percibidas se realizaron análisis de regresión múltiple utilizando el paquete "survey" en R. En caso de las variables resultado binarias (p. ej., respuesta demorada o no para cada síntoma; reporta una barrera o no) se realizaron regresiones logísticas múltiples. En caso de las variables de resumen (p. ej., número de síntomas con respuestas demoradas, número de barreras percibidas) se realizaron regresiones múltiples de Poisson. En todos los casos se estimaron los intervalos de confianza al 95% de los parámetros relevantes. El análisis se hizo en dos bloques: primero añadiendo un bloque de variables sociodemográficas y después un segundo bloque de variables psicológicas. De esta manera, los efectos observados de las variables psicológicas serían independientes de los efectos de variables sociodemográficas, como el sexo o la edad. A la largo del informe se ha descrito cómo interpretar los resultados en las diferentes tablas y gráficas.

Asociación Española Contra el Cáncer

