

**PASANTÍA DE INVESTIGACIÓN EN EL PROYECTO VIVENCIAS DE MUJERES
MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA.**

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Víctor Hugo Quintero Bautista

COINVESTIGADORES

Melva Patricia Ocampo

Luzmila Hernández Sampayo

Directora de la pasantía

Luzmila Hernández Sampayo

Magíster en Enfermería Materno-infantil

ESTUDIANTES:

Ana María Arcila Quiñonez

Alejandra Cortes Perdomo

Margarita Rosa Trejos Carvajal

Oscar Miguel Vela Vela

**Factores que influyen en el tiempo de atención entre el primer signo o
síntoma de alarma hasta el diagnóstico de cáncer mamario en mujeres del
programa AIMMA.**

Ana María Arcila Quiñonez
Alejandra Cortes Perdomo
Margarita Rosa Trejos Carvajal
Oscar Miguel Vela Vela

Directora de la pasantía

Luzmila Hernández
Magíster en Enfermería Materno-infantil

Directora trabajo de grado

Natalia Tobo Medina
Melva Patricia Ocampo

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI
2018**

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
2. JUSTIFICACIÓN	8
3. OBJETIVOS	10
3.1. OBJETIVO GENERAL	10
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4. PROPÓSITO	10
5. MARCO CONCEPTUAL	11
5.1. Cáncer de mama	11
5.2. Detección temprana.....	11
5.3. Factor.....	12
5.4. Tiempo de atención	12
5.5. Barreras de acceso.....	13
5.6. Demoras en el diagnóstico de cáncer de mama	13
5.7. Signo y síntoma	13
5.8. Diagnóstico de cáncer de mama	14
5.9. Pronóstico	15
5.10. Sobrevida o supervivencia específica al cáncer.....	15
6. MARCO REFERENCIAL	16
7. METODOLOGÍA.....	20
7.1. Diseño y tipo de estudio.....	20
7.2. Población	20
7.3. Muestra y tamaño de la muestra:	20
7.4. Criterios de inclusión:.....	20
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	21
8.1. Recolección de la información	21

8.2.	Instrumento	21
8.3.	Análisis de la información	22
9.	RESULTADOS	23
10.1.	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	23
10.2.	FACTORES DEL INDIVIDUO	31
10.3.	FACTORES ECONÓMICOS	36
10.4.	FACTORES GEOGRÁFICOS.....	41
10.5.	FACTORES SOCIALES.	44
10.6.	FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE SALUD	49
10.7.	TIEMPOS DE ATENCIÓN	55
11.	DISCUSIÓN	60
12.	CONCLUSIONES	67
13.	RECOMENDACIONES	69
14.	AGRADECIMIENTOS	70
15.	REFERENCIAS	71
16.	Anexos:	
1.	Acta de aprobación n° 016-016	
2.	Consentimiento informado	
3.	Encuesta	

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos ha crecido la importancia epidemiológica de las enfermedades crónicas degenerativas, las cuales se han constituido en las primeras causas de morbilidad. El cáncer como enfermedad crónica no transmisible es un importante problema de salud pública en todo el mundo. Los registros del cáncer demuestran que las tasas de incidencia y mortalidad continúan incrementándose.¹

El cáncer es tanto a nivel mundial como nacional la segunda causa de muerte, según las estadísticas del Globocan, para Colombia en el año 2012, aproximadamente 104 personas fallecieron cada día por esta enfermedad y 196 personas enfermaron de cáncer.² El cáncer de mama es el más común de los cánceres entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos y es una de las principales causas de muerte.³

La mayoría de todas las muertes por cáncer de mama (69%), se producen en países en desarrollo, de modo que no es una enfermedad del mundo desarrollado.³ La alta probabilidad de morir por cáncer de mama en los países en desarrollo refleja aún más las desigualdades en la detección precoz y el acceso al tratamiento.⁴ El riesgo de contraer cáncer de mama aumenta con la edad y es una de las enfermedades que más grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales genera.⁵

La incidencia varía mucho en todo el mundo, con tasas normalizadas por edad de hasta 99,4 por 100000 en América del Norte. Europa oriental, América del Sur, África austral y Asia occidental presentan incidencias moderadas, pero en aumento. La incidencia más baja se da en la mayoría de los países africanos, pero también en ellos se observa un incremento de la incidencia de cáncer de mama.³ Además, se presenta una detección en estadios avanzados de 80%, es decir, un diagnóstico tardío que tiene como resultado una supervivencia limitada de la paciente, generando mayores costos al sistema de salud y aumento en las tasas de mortalidad por cáncer.⁶

Las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían mucho en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60%

¹ Fernández Pérez MD, Regueira Betancourt SM, Torres Fernández M. Factores de riesgo modificables en algunos tipos de cáncer. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2016 [citado 2018 Jun 12]; 41(11):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/940>

aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos (Coleman et al., 2008). Las bajas tasas de supervivencia observadas en los países poco desarrollados pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada; pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento.³

En Colombia según los datos de la cuenta de *ALTO COSTO*, correspondientes a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2015 a 1° de enero de 2016, el cáncer de mama ocupó el primer lugar entre los tumores malignos más frecuentes en la población general y entre las mujeres, con un total de 43.846 pacientes afectadas.⁷

La mayor incidencia de cáncer de mama se constituye como una problemática de salud pública para el país, por lo cual las entidades de control y prestación de servicios en salud generaron guías y protocolos de atención que propenden por la prevención y detección del cáncer en estadios tempranos. Sin embargo, las altas cifras de mujeres afectadas por cáncer de mama ponen de manifiesto fallas en la eficacia, efectividad y oportunidad en la atención a las pacientes, siendo este último, uno de los aspectos de mayor trascendencia en el contexto y desarrollo natural de la enfermedad, por lo cual se evidencia la importancia de los tiempos transcurridos entre la aparición del primer síntoma, el diagnóstico y el tratamiento.⁸

Postergar el diagnóstico de cáncer y el inicio del tratamiento tiene como resultado una progresión del tumor y en un pronóstico más sombrío. Arndt y Col describieron dos tipos de retardo: (a) Por parte del paciente: desde la percepción del primer síntoma y la consulta. (b) Del proveedor: desde la primera consulta hasta el diagnóstico y el inicio del tratamiento.⁴

Los marcos específicos de acción desarrollados para el control de cáncer se basan en gran medida en la prevención integrada de factores de riesgo de la población, en la posibilidad de detección temprana y también en la calidad, oportunidad y continuidad en la atención de los enfermos para mejorar la calidad de vida y disminuir el impacto económico y de desarrollo social negativos.⁹

Los profesionales de enfermería como agentes de cuidado en los diferentes niveles de atención, no pueden estar ajenos a la situación del cáncer de mama y por lo tanto se hace necesario y casi que obligatorio la adquisición e incorporación

de conocimientos y saberes para la atención y el diagnóstico oportuno que fortalezcan la práctica de la profesión y por ende el ejercicio de cuidado de las personas, en este caso específico de las mujeres con cáncer de mama.

El presente trabajo de investigación se desarrolla en el marco de la Pasantía de Investigación realizada con el Programa AIMMA (Atención Integral a la Mujeres con Cáncer de Mama) de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle; inmerso en el proyecto “Vivencias de mujeres mastectomizadas por cáncer de mama” perteneciente al Grupo de Investigación Cuidado de enfermería, (Grupo A de COLCIENCIAS) bajo la línea de investigación Procreación y Sexualidad de los Seres Humanos.

La presente investigación tiene por objetivo identificar los factores que influyen en el tiempo de atención entre el primer signo o síntoma de alarma y el diagnóstico de cáncer de mama. El estudio se llevará a cabo mediante una propuesta metodológica de tipo cuantitativa descriptiva.

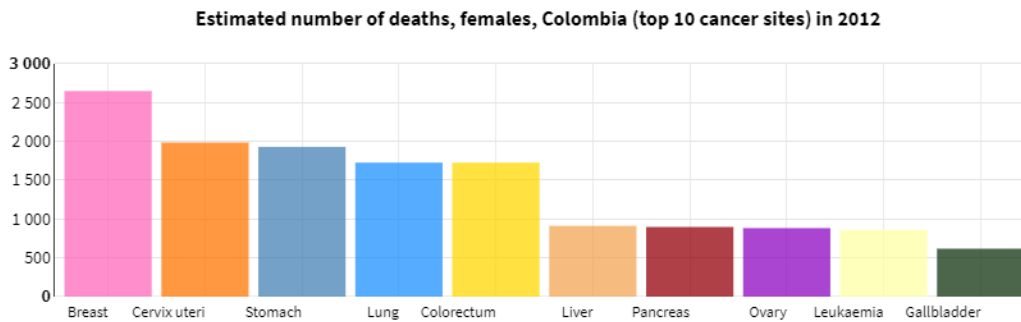
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es el más común de los cánceres entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos y es una de las principales causas de muerte.³ Los datos del Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos estimaron para el año 2017 la aparición de 252,710 casos nuevos y 40,610 muertes por esta causa.¹⁰ Aunque es considerado como una enfermedad de los países desarrollados, la mayoría (69%) de las defunciones por esa causa, se registran en los países en desarrollo.³

De acuerdo con la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer el cáncer de mama es la más diagnosticada y primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres en el mundo. Se estima que en el año 2012 se presentaron 1,7 millones de casos nuevos, y 0,5 millones de muertes, siendo el cáncer más común en mujeres en 140 países y causa más frecuente de mortalidad en 101 países.⁷

En Latinoamérica y el Caribe, las estadísticas proporcionadas por GLOBOCAN (2012) reflejan que la mortalidad por cáncer de mama en mujeres prevalece respecto a otros tipos de cáncer.¹¹ Según estimaciones locales, durante el periodo 2002-2006, Colombia tuvo una tasa cruda de incidencia anual de 32.6 por cada 100.000 habitantes y una tasa cruda corregida de mortalidad anual de 9.5 por cada 100.000 muertes.¹⁴ Durante el período 2004 a 2008 en Colombia, el cáncer en la mujer constituyó el 19.6% del total de muertes, con 15.848 muertes por año, siendo el de mama la mayor causa con 12,3%. Este cáncer incrementó su tasa de mortalidad en el país de 7.4 muertes por 100,000 mujeres en el período 1989–1993 a 9.1 muertes por 100,000 mujeres para los años 2004–2008.¹⁵ En Colombia el cáncer de mama es la primera causa de muerte en mujeres por enfermedad de cáncer.¹⁴ (Grafica No.1)

Gráfica N°1 Estimación del número de muertes en mujeres por cáncer en Colombia en 2012.



Data source: GLOBOCAN 2012
 Graph production: Global Cancer Observatory (<http://gco.iarc.fr/>)
 © International Agency for Research on Cancer 2018

International Agency for Research on Cancer
 World Health Organization

La gráfica permite observar que la mayor causa de muertes por cáncer en Colombia para el año 2012 fue atribuido al cáncer de mama con 2.649 defunciones.

Las estadísticas para Colombia en el periodo 2007-2011, reflejan que las regiones con mayor incidencia de cáncer de mama fueron Bogotá (1.463), Antioquia (1.138), y Valle del Cauca (1.052), representando el 47% de nuevos diagnósticos de cáncer de mama del país (7.627), estas regiones concentran el 48% de la tasa de mortalidad en el país (2.226 casos) para el periodo de estudio. En Cali el cáncer de mama en mujeres encabeza la lista en incidencia, mortalidad y prevalencia en comparación con otros tipos de cáncer.¹⁵

Lo anterior permite visualizar de manera más clara el panorama de cáncer de mama a nivel mundial, nacional y local, y evidencia la alta morbilidad en la población femenina, convirtiéndose en un fenómeno de gran relevancia y estudio. En Colombia el cáncer es un problema de salud pública en aumento, que representa grandes repercusiones psicoafectivas, sociales y económicas imponiendo un reto para el sistema de salud.² contemplándose la importancia de su detección temprana (Resolución 412 y 3384 de 2000).

Algunos estudios plantean que la detección temprana y oportuna es la medida más eficaz para disminuir la carga de la enfermedad, debido a que su detección en estadios iniciales es curable, tiene un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, tratamientos más asequibles que generan menos costos al sistema.² Según la Organización Mundial de la Salud y diversas organizaciones contra el cáncer es posible salvar 1,5 millones de vidas que se perderían a causa del cáncer, si se garantizara el diagnóstico y el inicio del tratamiento oportunos.¹⁷ Aunque el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS), se cataloga como uno de los de mayor cobertura a nivel mundial (92% de cobertura en el año 2013), dicho indicador no refleja una situación de acceso real

en forma oportuna y de calidad en la atención en los servicios de salud y es más ineficiente cuando se enfrenta una enfermedad como el cáncer de mama. Esta situación se refleja en el estudio realizado en Bogotá (2015) que revela que sólo el 26.4% logró acceder a un tratamiento oportuno, con una media de tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el inicio del tratamiento, de 175 días (5.8 meses).¹⁸

La mortalidad por cáncer de mama puede ser disminuida en cualquier población con los programas de diagnóstico y tratamiento adecuados. Colombia carece de un programa organizado de tamizaje para la detección temprana, basado en la oportunidad y la educación de la población, así como para la preparación de los profesionales de salud pública para identificar las señales de advertencia y síntomas que permitan un diagnóstico precoz.¹⁹

Por esta razón, la detección en estadios avanzados y la alta mortalidad, siguen siendo fenómenos prevalentes en el panorama del cáncer de mama, los cuales pueden ser atribuidos en parte a la existencia de barreras de acceso que dificultan el acercamiento de las mujeres a los servicios de salud oportunamente. La falta de información, bajo nivel educativo y económico, creencias y tabúes en torno de la enfermedad, falta de disponibilidad de servicios de salud, largos tiempos de espera para consulta o pruebas diagnósticas, entre otros factores, pueden llevar a las mujeres a postergar la búsqueda de atención.²⁰

Actualmente un alto porcentaje de las mujeres que acuden a los servicios de salud experimentan demoras en la atención, en la mayoría de los casos las demoras a las que debieron someterse las mujeres con cáncer de mama son atribuibles a los problemas propios del sistema de salud, tales como la falta de acceso a los servicios, los trámites administrativos, al personal de salud que minusvalora el síntoma en la consulta. En lo concerniente a los factores que determinan estas demoras, en diversos estudios a nivel internacional se han detectado problemas sociales que pueden generar barreras de acceso y demoras en el proceso de atención.¹⁸

Aunque la atención y detección temprana del cáncer de mama son temas de gran interés y estudio, tanto en el país, como en la ciudad de Cali, son pocos los estudios e investigaciones que abordan lo que concierne a tiempos en la atención e instauración de un diagnóstico y los factores que intervienen en ello.

Desde el año 2007 como una estrategia de cuidado en el componente de Extensión Solidaria de la Universidad del Valle, surge el programa AIMMA (Atención Integral a Mujeres con Cáncer de Mama), de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, adscrito al grupo Cuidado de Enfermería y

desarrollado en el Hospital Universitario del Valle en el servicio de Oncología; como un espacio de contacto directo con mujeres que viven la experiencia de tener cáncer de mama. Este espacio nos permitió conocer a través de los relatos de las mujeres afectadas los inconvenientes en torno a los tiempos de espera para la atención, diagnóstico y tratamiento.

Debido a lo anteriormente planteado surge el interés de indagar más sobre esta problemática a través de la formulación de la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que influyen en el tiempo de atención entre la aparición del primer signo o síntoma de alarma y el diagnóstico de cáncer mama en mujeres participantes del programa AIMMA de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle?

2. JUSTIFICACIÓN

Sabiendo que el cáncer en la actualidad es uno de los procesos patológicos que genera grandes consecuencias en la persona y la familia, se considera que “el cáncer de mama es un problema de salud pública no reconocido como prioritario por la mayoría de las autoridades de salud en la región de las Américas, pese al continuo incremento de las tasas de incidencia y mortalidad”.²¹

Los tiempos de atención en cáncer de mama juegan un papel clave debido a que la obtención de un diagnóstico oportuno permite acceder a un tratamiento temprano que favorece la sobrevida, por eso es un factor determinante en la evolución de la enfermedad, dado que estudios han señalado que demoras en la atención pueden tener implicaciones negativas en el pronóstico.

El diagnóstico temprano se asocia con mejores resultados y las posibilidades de curación en más del 90% de los casos. En cambio, el retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento se asocia con una menor supervivencia, y se calcula que un periodo de tiempo mayor a los tres (3) meses entre la aparición de los síntomas y el inicio tratamiento reduce la supervivencia global en un 12%.²² Esto sitúa a los profesionales, al sistema de salud y al país en la necesidad de disminuir estos tiempos de atención con el fin de generar una mayor sobrevida en la población, además de reducir costos en la atención en salud.

En el contexto colombiano se han estudiado las causas y los efectos de las demoras en el curso clínico y en el pronóstico del cáncer de mama en las mujeres, y se ha encontrado que hay factores sociales que actúan como barreras de acceso y son responsables de los retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento. Algunos autores han estudiado cómo los determinantes socioeconómicos de estrato y escolaridad se relacionan con la estabilidad laboral, las tasas de empleo, el poder adquisitivo y la posibilidad de ingresos. Está claro que todos estos factores podría afectar la oportunidad en el diagnóstico de la enfermedad.¹⁸ Por lo anterior una intervención oportuna de estos factores de acceso podría reducir en gran medida los tiempos de atención y mejoraría drásticamente el tratamiento, pronóstico del paciente y la calidad de vida de la misma.

Desde la interacción con mujeres que pertenecen al programa AIMMA (Atención Integral a Mujeres con Cáncer de Mama), se ha podido percibir que algunas de ellas han sido diagnosticadas en estadios avanzados, lo cual ha implicado la necesidad de utilizar tratamientos más agresivos. Adicionalmente estas mujeres han podido identificar factores positivos o negativos a la hora de acceder a un diagnóstico y tratamiento temprano. Estas experiencias suscitan a la necesidad de

investigar y profundizar los factores que juegan un rol determinante en la instauración de un diagnóstico temprano de cáncer de mama en las mujeres de Cali.

Después de realizar la revisión de literatura se encontró que para la ciudad de Cali no hay estudios que permitan esclarecer los factores que influyen en los tiempos de atención desde la detección inicial del signo o síntoma hasta el diagnóstico final de cáncer de mama. Teniendo en cuenta lo anterior se evidencia la importancia de realizar esta investigación puesto que al identificar claramente los factores que tienen incidencia en los tiempos de atención del cáncer de mama, se podrían establecer cuales se pueden intervenir, modificar o atenuar de forma tal que influya positivamente en su detección precoz y una mayor oportunidad en la atención por parte de los profesionales y el sistema de salud.

Los profesionales de enfermería hacen parte importante del equipo multidisciplinario encargado de la atención a la mujer con cáncer de mama puesto que proporcionan un cuidado integral en los diferentes momentos en los que la persona tiene contacto con el sistema de salud, como por ejemplo en la prevención, detección temprana, el diagnóstico y tratamiento. Por ende es de vital importancia que el profesional de enfermería pueda comprender cómo funciona el fenómeno del cáncer de mama en su entorno, qué factores influyen en el proceso de atención y como el profesional puede intervenirlos para mejorar la calidad de la atención.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que influyen en el tiempo transcurrido desde el momento de detección del primer signo o síntoma de alarma en la mama hasta la realización del diagnóstico de cáncer de mama en mujeres participantes del programa AIMMA de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama participantes del programa AIMMA de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle.
- Determinar en las mujeres con cáncer de mama el tiempo transcurrido entre el primer signo o síntoma de alarma hasta la realización del diagnóstico.
- Reconocer los factores que intervienen en el tiempo que transcurre entre la identificación del primer signo o síntoma y el diagnóstico de cáncer de mama.

4. PROPÓSITO

A partir de esta investigación se busca ampliar el conocimiento de enfermería sobre qué factores intervienen en el tiempo transcurrido entre el primer signo o síntoma de alarma hasta la realización del diagnóstico de cáncer de mama, tomando como referencia a las mujeres con cáncer de mama pertenecientes al programa AIMMA, esto con el fin de comprender el fenómeno actual del cáncer de mama e identificar cuáles factores actúan como aspectos claves en el acceso al diagnóstico temprano de cáncer de mama en Cali-Colombia.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1. Cáncer de mama

El cáncer, es una situación nosológica multicausal en la que suceden alteraciones no reparadas del material genético dando lugar a un crecimiento incontrolado de células en un órgano o tejido, que puede ser de invasión local y llegar a una extensión o diseminación a distancia.²³ En la anatomía natural de la mama existen dos estructuras fundamentales: los conductos o ductos y los lobulillos. La reproducción celular incontrolada puede originarse en cualquiera de las estructuras celulares que conforman la glándula mamaria. El cáncer de mama ocurre con mayor frecuencia en la mujer, y en hombres es una enfermedad infrecuente, ya que representa el 1% de todos los cánceres de mama y es responsable del 0,1% de las muertes por cáncer en hombres. La incidencia se ha incrementado en los últimos 25 años.²⁴

5.2. Detección temprana

Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. (Ministerio de Salud, resolución número 00412 DE 2000). Aunque se puede lograr cierta reducción del riesgo mediante medidas de prevención, esas estrategias no pueden eliminar la mayoría de los cánceres de mama que se registran en los países de ingresos bajos y medios. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer (Anderson et al., 2008).³

En respuesta al intento por identificar las lesiones en sus estadios cada vez más tempranos, en las últimas décadas la ciencia ha planteado los programas de tamización que incluyen la implementación de mamografías rutinarias en sus esquemas anuales y bianuales. La evidencia existente define claramente tres estrategias fundamentales para la detección del cáncer de mama: la detección temprana sin tamizaje, el tamizaje de oportunidad y el tamizaje organizado.²³

La detección temprana sin tamizaje, se realiza mediante una respuesta oportuna de los servicios de salud ante los síntomas o signos clínicos manifestados durante el momento de la consulta médica. El tamizaje puede ser de oportunidad, cuando el proveedor de servicios de salud ofrece la prueba en el momento de la consulta por cualquier causa diferente a síntomas mamarios (fuera de un programa formal).

El tamizaje organizado (poblacional) se desarrolla como estrategia de un programa masivo dirigido a una población específica.²⁵

La detección temprana ya sea bajo el esquema de tamización o sin el mismo pretende poder realizar el diagnóstico oportuno del cáncer de mama, en un punto donde se logre con el tratamiento instaurado el mejor pronóstico posible. Basados en la evidencia el Instituto Colombiano de Cancerología, emite sus recomendaciones en relación con tres pruebas fundamentales de tamización para el diagnóstico temprano del cáncer de mama: la mamografía, el examen clínico de la mama (ECM) y el autoexamen.

La norma técnica para la detección temprana del cáncer de seno contempla la atención para la detección temprana del cáncer de seno, como la realización de mamografía de cuatro proyecciones, que permita identificar oportunamente, masas en el seno sugestivas de lesión maligna y que hacen pertinente la confirmación diagnóstica y el tratamiento correspondiente.²⁶

De manera resumida, las recomendaciones del Instituto Nacional de Cancerología en relación con la detección temprana son la identificación oportuna en toda mujer que presente síntomas o signos, la realización del examen clínico de la mama en la consulta y la tamización de oportunidad mediante mamografía a mujeres entre 50 y 69 años.²⁷

Es obligatorio a toda mujer por encima de los 50 años de edad realizarle una mamografía de 4 proyecciones cada dos años, independiente de la presencia o no de signos o síntomas en la mama. Además toda mujer con mamografía sospechosa, debe tener acceso a los servicios de diagnóstico definitivo mediante biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF) y al consecuente tratamiento, que debe ser realizado por un grupo calificado para el manejo de enfermedades de la mama.²⁶

5.3. Factor

Elemento, suceso, circunstancia o incidente que contribuye a producir un resultado positivo o negativo en una situación determinada.

5.4. Tiempo de atención

Describe el periodo en días, meses o años que transcurre desde que la persona solicita la consulta médica y la prestación del servicio de salud.

5.5. Barreras de acceso

Eventos que influyen en el acceso de las mujeres a los servicios de salud, en el caso del cáncer de mama, desde la identificación de signos y síntomas de alarma hasta el diagnóstico y la iniciación del tratamiento. Son diversos los factores que se convierten en obstáculos que limitan el uso de los servicios de salud por parte de los usuarios.

Este concepto incluye las determinadas autobarreras, consideradas como los comportamientos y las actitudes que, consciente o inconscientemente, tienen algunas mujeres frente al cáncer de mama. Estos comportamientos y actitudes tienen su fundamento en los conocimientos, las creencias o experiencias previas de las mujeres, y determinan las actitudes, conductas o situaciones sociales que les impiden una atención oportuna y detección temprana de la enfermedad.²⁸

También se definen como barreras de acceso las ligadas a los determinantes estructurales, sociales, económicos, y propios del sistema de salud que impiden el ejercicio del derecho a la salud y que influyen en la oportunidad de recibir un diagnóstico y un tratamiento para el cáncer de mama.⁸

5.6. Demoras en el diagnóstico de cáncer de mama

Se habla de demoras en el diagnóstico, cuando el tiempo transcurrido desde la primera consulta por el signo o síntoma de alarma de la mujer hasta la instauración de un diagnóstico clínico por parte del proveedor del servicio de salud; excede los parámetros establecidos para este estudio, en este caso se definirán como:

- **Demoras del servicio de salud:** El tiempo transcurrido entre el contacto con el servicio de salud en la primera consulta y la ejecución del diagnóstico. Para nuestro caso hablaremos de demora por parte del servicio de salud cuando el tiempo de atención e instauración del diagnóstico fue superior a (60) días.
- **Demora atribuido al paciente:** Periodo transcurrido desde el momento de la aparición del primer signo o síntoma de alarma hasta el momento de la primera consulta de la paciente al servicio médico superior 60 días.²⁹

5.7. Signo y síntoma

Se define como la percepción por parte de la mujer de hallazgos presuntivos de alteraciones de la mama durante el autoexamen de seno. Las recomendaciones para la detección temprana de cáncer de seno son la realización de un autoexamen mensual 4 a 10 días después del primer día de la menstruación, si la

mujer ya no menstrua se debe elegir un día al mes y realizarlo siempre el mismo día.

Los hallazgos durante la valoración de la mama pueden incluir algunos de los siguientes:

- Un bulto de cualquier tamaño (pequeño o grande) o un engrosamiento en la mama.
- Arrugas, puntos retraídos o manchas en la piel del seno.
- Retracción o inversión del pezón.
- Úlceras o costras en el pezón o eliminación de líquido por el mismo.
- Masas en la axila.
- Cambios en lunares o cicatrices de la mama.
- Notable asimetría entre ambas mamas que no existía antes.
- Dolor en la mama o en el pezón

5.8. Diagnóstico de cáncer de mama

El diagnóstico definitivo de cáncer de mama se basa en las características de los tumores mamarios teniendo en cuenta tres aspectos fundamentales: el examen patológico, los receptores de las células cancerígenas y la extensión. El examen microscópico del tumor determina si es o no invasor, el tipo y el grado histológico. Las pruebas para receptores de estrógeno y progesterona en las células tumorales de la mama permiten determinar el pronóstico para responder a la terapia hormonal.²³

El Instituto Nacional de Salud a través de SIVIGILA define operativamente el evento como todo hombre o mujer con diagnóstico de cáncer de mama (carcinoma ductal in situ, lobulillar o infiltrante) confirmado por biopsia de acuerdo con la clasificación CIE 10 – C50, 0 – C50, 9.

Es importante conocer que toda mujer con mamografía sospechosa, debe tener acceso a los servicios de diagnóstico definitivo mediante biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF) y al consecuente tratamiento, que debe ser realizado por un grupo calificado para el manejo de enfermedades de la mama.

Adicionalmente, existen pruebas complementarias para todo paciente con diagnóstico confirmado de cáncer de mama. Estas incluyen: radiografía de tórax, ecografía hepática y gammagrafía ósea para evaluar el grado de extensión o metástasis a otros órganos.²⁶

5.9. Pronóstico

Predicción acerca de la evolución de un enfermo y del resultado final de la enfermedad, a partir de estadísticas de estudios de determinada condición médica o patología. Sin embargo, es una predicción que se ve afectada por diferentes variables y por ende no es una determinación, aunque la experiencia clínica puede permitir realizar unos bastante aproximados.²⁹

5.10. Sobrevida o supervivencia específica al cáncer

Es el porcentaje de pacientes con un tipo y un estadio específico de cáncer que no han muerto debido al cáncer, durante un período determinado de tiempo después del diagnóstico. El período de tiempo puede abarcar 1, 2, 5 años, etc. El período que se usa con mayor frecuencia es 5 años.³⁰

6. MARCO REFERENCIAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año más de 1,2 millones de mujeres desarrollan cáncer de mama, y que mueren por esta enfermedad anualmente más de 300.000 mujeres en los países latinoamericanos y del Caribe.³⁰ Los grupos poblacionales más frecuentemente afectados son las mujeres de 30 a 69 años.

En Estados Unidos, según los resultados entregados para el año 2015 por el Instituto Nacional de Cáncer de ese país, las tasas de mortalidad por cáncer han estado disminuyendo continuamente durante las últimas dos décadas. En general, el riesgo de morir de cáncer disminuyó en un 22% entre 1991 y 2011.³¹

La situación actual en Colombia no es ajena a este panorama mundial encontrándose que la tasa de incidencia anual estimada es de 30 casos por cada 100.000 mujeres; la tendencia de la mortalidad por cáncer de mama en el país es creciente durante los últimos años.²⁵ Por tanto se puede afirmar que el impacto para el país de esta enfermedad es muy alto y por consiguiente se evoca la necesidad de conocer mejor su curso.

El cáncer de mama es un fenómeno que presenta altos índices de morbilidad y mortalidad, dejando secuelas negativas en la salud de la población femenina cuando no es manejado adecuadamente. Por lo anterior hay que ser reiterativos en la garantía de la oportunidad en la atención debido a que es una medida que puede hacer una significativa diferencia en la supervivencia de las mujeres que atraviesan la experiencia de tener cáncer de mama.

En Colombia, la detección temprana del cáncer de mama se fomenta mediante la mamografía; también se recomienda brindar, a todas las mujeres mayores de 20 años, educación en autoexamen de mama y se estipula la realización del examen clínico durante la consulta médica o ginecológica.²⁸ Aunque están concertadas estas medidas se encuentra una realidad bastante diferente debido a que en el país se carece de un programa organizado para el cribado y la detección temprana basado en la oportunidad y la educación de la población, así como para la preparación de los profesionales de salud pública para identificar las señales de advertencia y síntomas que permitan un diagnóstico precoz.

La Organización Mundial de la Salud y diversas organizaciones contra el cáncer han planteado que es posible salvar 1,5 millones de vidas que se perderían a causa del cáncer, si se garantizaran el diagnóstico y el inicio del tratamiento oportunos.¹⁸ Esto fundamenta la importancia de adoptar las medidas de detección

temprana estipuladas y el reconocimiento de los factores que contribuyen a que el cáncer se desarrolle.

Al analizar los tiempos en el cáncer de mama se encuentra que estos son indicadores de calidad en la atención; para la finalidad de esta investigación se tuvieron en cuenta principalmente el tiempo transcurrido desde que comienza con los primeros síntomas hasta el diagnóstico de certeza.³²

Los tiempos de atención están directamente ligados al pronóstico y la supervivencia al cáncer de mama, tienen una relación inversamente proporcional debido a que entre más tiempo pase hasta el diagnóstico y el tratamiento inicial, es menor la posibilidad de supervivencia y peor el pronóstico. Entonces los pacientes con cáncer de mama tienen peor pronóstico a medida que su enfermedad se encuentra más avanzada. El retardo en la consulta por parte del enfermo, o del diagnóstico por parte del médico, llevan a que los pacientes sean tratados en fases tardías de la enfermedad y por lo tanto tengan menores posibilidades de tratamiento exitoso.⁴

Lo anterior se ve reflejado en un estudio realizado en Bogotá entre los años 2011 y 2012 donde se abordaron los factores asociados con el tratamiento oportuno de cáncer de mama. Los resultados obtenidos reflejan que solo el 26,4% de las mujeres logró acceder a un tratamiento oportuno, con una mediana del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el inicio del tratamiento de 175 días.¹⁸

En múltiples estudios se han mencionado diversos factores que influyen directa e indirectamente sobre los tiempos de atención en cáncer de mama; las descripciones actuales del retraso en los tiempos de atención han sido estudiados desde múltiples puntos de vista, aunque algunos autores coinciden en que el alargamiento de estos tiempos está relacionado con factores provenientes del sistema de salud, de los profesionales de la salud y del mismo paciente.³³

Los retrasos relacionados al sistema de salud hacen referencia a las influencias sistémicas, especialmente a las mujeres que se encuentran en desventaja debido a discapacidades de movilidad, bajos ingresos o responsabilidades múltiples y conflictivas. Además, se ha prestado poca atención a las formas en que las relaciones estructurales de género, clase, raza o edad se activan, se resisten o se reproducen durante los encuentros con el sistema sanitario.

Los retrasos relacionados con el profesional de la salud abarcan síntomas atípicos de las pacientes, tumores pequeños, trabajo a tiempo completo y niveles educativos más altos. En los retrasos relacionados con el paciente están los menores ingresos, menor nivel educativo e identificación como grupos minoritarios y percepción de falta de acceso a la atención médica, también muchas mujeres con bajos ingresos reportan barreras para buscar atención como restricciones de tiempo, otros compromisos y falta de conocimiento sobre el acceso a la atención; influyen cuestiones relacionadas con el género, como las prioridades de la familia y el lugar de trabajo.³³

También son factores importantes las “autobarreras” que están relacionadas con las creencias, actitudes, conductas o situaciones sociales que no permiten la acción requerida; en un concepto más amplio, las barreras pueden ser el temor, el pudor, las creencias erróneas, los problemas sexuales, las angustias relacionadas con la imagen del cuerpo, el estado cognoscitivo, el contexto, la edad de las mujeres, las situaciones familiares, entre otras.²⁸ Las autobarreras pueden llegar a retrasar considerablemente la atención, o inclusive negar el acceso a ella, por eso es importante dar una apropiada educación al paciente, muchas de las autobarreras son causadas por el desconocimiento tanto de la persona como del profesional.

Todo lo anterior con el fin de señalar y enfatizar que el sistema de salud debe garantizar el acceso a la población a sus servicios, independientemente de la condición socioeconómica y el grupo étnico del individuo, asegurando igualdad de oportunidades y calidad en la prestación de servicios preventivo, diagnóstico y terapéutico.

Otros factores relacionados con los tiempos de atención, son las características del cáncer de mama, como la etapa del cáncer en el momento del diagnóstico. Además las pruebas para el diagnóstico del cáncer recomendadas (mamografía, ecografía, biopsia, resonancia magnética, etcétera) consumen mucho tiempo, y se ha reportado que aumenta la media del tiempo de espera significativamente, pero son necesarias para un tratamiento de mejor calidad.³⁴

Es sabido que la mayoría de los casos diagnosticados en los países en desarrollo se encuentran en estadios más avanzados de la enfermedad, lo que complica el tratamiento.²⁵ Esta situación debe ser cambiada, se deben mejorar las medidas de detección y fomentar el conocimiento de la población sobre el cáncer de mama, para evitar que acudan al sistema de salud en etapas muy avanzadas.

Todos estos factores son grandes limitantes para que las pacientes tengan el acceso a una atención adecuada, y actúan como barreras que tienen repercusiones directas sobre el tiempo de atención y la calidad de la atención. Estas deben ser consideradas para poder cumplir las necesidades específicas de las pacientes, debido a que no se puede generalizar las situaciones, las barreras son diferentes para cada caso.

Otro factor importante a tener en cuenta enfocado hacia un mejor pronóstico es el apoyo social pues influye de forma positiva cuando es fuerte y eficiente, puede hacer que las mujeres acudan tempranamente si encuentran algún signo o síntoma de alarma, y posibilita que continúen en el proceso de diagnóstico y tratamiento de forma correcta. Dentro del apoyo social está: el apoyo de la familia y amigos, espiritualidad, y grupos de apoyo, todos muy importantes para la recuperación de las mujeres y hacer frente al cáncer.³⁵ Por el contrario la ausencia de apoyo social puede ser el factor con mayor influencia negativa en la evolución del cáncer de mama.

A pesar de lo anterior se debe continuar mejorando los sistemas para la detección oportuna del cáncer de mama, acompañado de la promoción en salud y educación a las mujeres sobre el reconocimiento de signos de alarma, evitando así que se halle la enfermedad en etapas avanzadas, con las consecuentes repercusiones negativas que este tiene. Se debe priorizar que las poblaciones más vulnerables tengan mejor acceso a la detección y la atención oportuna. Así mismo identificar los factores que influyen en los tiempos de atención y que se constituyen como aspectos claves para la detección temprana de cáncer se vuelve una tarea indispensable para los profesionales de salud, debido a que como se ha descrito intervienen directamente en las personas que viven su propia experiencia con esta enfermedad y son determinantes a la hora de su pronóstico y sobrevida.

7. METODOLOGÍA

7.1. Diseño y tipo de estudio

Se propone un diseño cuantitativo de tipo descriptivo que permita el alcance del objetivo planteado.

7.2. Población

La población está compuesta por las mujeres mayores de edad, con diagnóstico de cáncer de mama, inscritas al programa AIMMA.

7.3. Muestra y tamaño de la muestra:

Se tomará una muestra por conveniencia de 50 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama pertenecientes al programa AIMMA teniendo en cuenta los criterios de inclusión y los criterios exclusión.

7.4. Criterios de inclusión:

- Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama mayor de 18 años.
- Mujer con cáncer de mama perteneciente al programa AIMMA.
- Participante activo del programa AIMMA.
- Mujeres sin déficit cognitivo por historia clínica.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Participaron de 50 mujeres que reunieron los criterios de inclusión, sin importar su credo, etnia, tipo de afiliación al sistema de salud, estado civil, estrato socioeconómico. El contacto inicial con las mujeres se estableció durante los encuentros del programa AIMMA, en los cuales se explicaron los objetivos, características, manera de recolectar los datos y beneficios que se pueden derivar de la investigación.

Se enfatizó en la voluntariedad de la participación en el estudio y la posibilidad de retirarse en cualquier momento del mismo, igualmente se explicó la confidencialidad absoluta de los datos obtenidos y la protección de la identidad de los participantes. Se solicita leer el consentimiento informado (Anexo 2) y se le entrega copia del mismo una vez diligenciado. De acuerdo con la resolución 8430 de 1993, respecto a la normatividad científica, técnica y administrativa para la investigación en salud, éste es un estudio de riesgo mínimo.

Los beneficios potenciales para el grupo de participantes en la investigación están dados en términos no tangibles, al tener la posibilidad de compartir sus experiencias desde el inicio del proceso que la llevó al diagnóstico de cáncer de mama. La presente investigación cuenta con el aval de comité de ética de la Universidad del Valle otorgado por medio del ACTA DE APROBACIÓN N° 016-016. (Anexo 1)

8.1. Recolección de la información

El contacto inicial se establece con las mujeres durante una de las sesiones del programa AIMMA, en esta aproximación se les explica sobre la investigación, con información sobre objetivos del estudio y la forma de recolectar los datos a través de una encuesta que se podrá aplicar de manera presencial o telefónica.

Se explicarán los beneficios que pueden derivarse de ésta, se enfatizará en la participación voluntaria y en la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin perjuicio alguno para ella, igualmente se explicará sobre la confidencialidad de los datos obtenidos y la protección de la identidad de los participantes usando códigos. Se solicita firmar el consentimiento informado (Anexo 2).

En fecha definida entre el investigador y la participante, se establecerá hora y lugar para la realización de la encuesta.

8.2. Instrumento

Para la recolección de información se aplicó una encuesta que fue diligenciada por los investigadores del proyecto, se pretendió conocer las características

sociodemográficas de la mujer, tiempos de atención y los principales factores que intervienen en el proceso de acceder a los servicios de salud y consecuentemente a la instauración del diagnóstico de cáncer de mama (Anexo 3).

8.3. Análisis de la información

Se utilizó el programa SPSS versión 25.0 (Statistical Package for The Social Sciences), el cual permite introducir los datos obtenidos y obtener gráficamente un análisis cuantitativo de las variables medidas.

9. RESULTADOS

La población total de mujeres que participaron en el estudio fue de 50, todas ellas pertenecientes al programa AIMMA de la escuela de enfermería de la Universidad del Valle procedentes de los departamentos del Valle del Cauca y Cauca.

El análisis se realizó agrupando las variables por factores, por lo cual en cada factor descrito se presentará una tabla resumen y luego se describirán detalladamente los resultados de cada variable. A continuación se presentan las tablas de resultados discriminadas por factores.

10.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

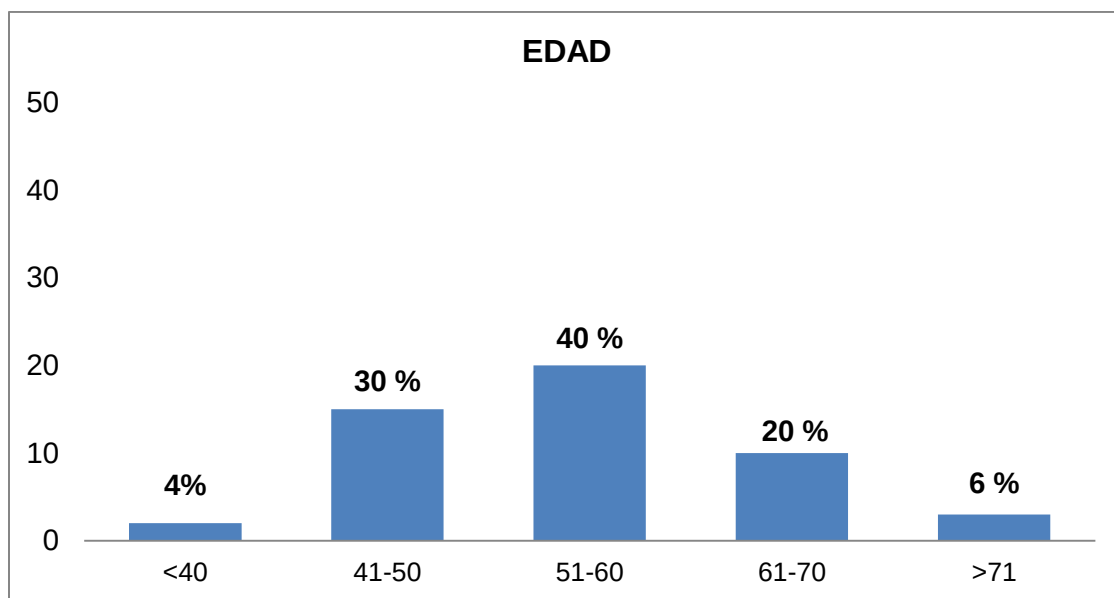
Tabla N°1. Caracterización sociodemográfica

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
EDAD EN AÑOS		
≤40	2	4
41-50	15	30
51-60	20	40
61-70	10	20
≥71	3	6
Media	55	
Mediana	54	
Moda	50	
Rango	37-80(43)	
CIUDAD DE RESIDENCIA		
Cali	32	64
Palmira	5	10
Otras ciudades del Valle	11	22
Otras ciudades del Cauca	2	4
ESCOLARIDAD		
No tiene estudio	1	2
Primaria	10	20
Secundaria	26	52
Técnico o tecnólogo	9	18
Universitario	4	8
SEGURIDAD SOCIAL		
No tiene	1	2
Régimen subsidiado	31	62
Régimen contributivo	15	30
Régimen especial	3	6

EPS		
Emssanar	23	46
Comfandi SOS	7	14
Coosalud	6	12
Otras	14	28
ESTADO CIVIL		
Soltera	13	26
Casada	21	42
Separada	5	10
Unión libre	7	14
Viuda	4	8
ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
1	17	34
2	16	32
3	16	32
4	1	2
OCUPACIÓN		
Empleada	15	30
Desempleado	35	70
DISCAPACIDAD		
SI	1	2
NO	49	98
CREDO		
Católico	38	76
Cristiano	7	14
Otras religiones	5	10

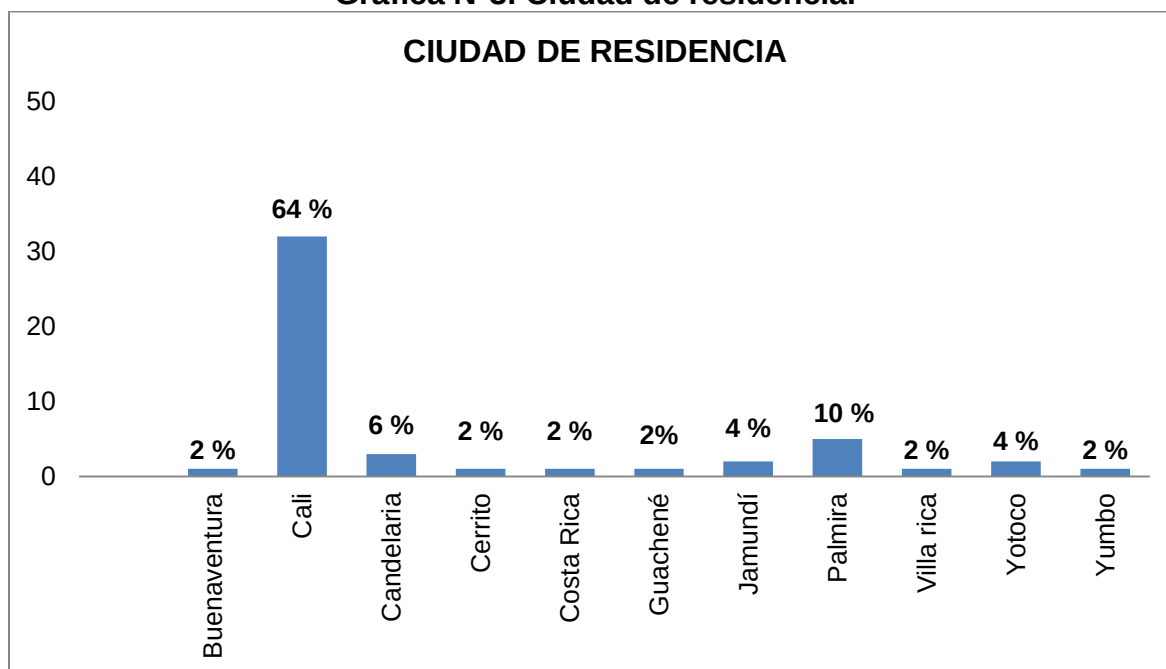
La caracterización sociodemográfica muestra que el 70% de las encuestadas tenía entre 41 a 60 años, la edad promedio de las participantes fue de 55 años. La mayoría de las mujeres son habitantes de la ciudad de Cali (64%). El 52% alcanzó un nivel de escolaridad básica secundaria. Pertenecían al régimen subsidiado el 62%, de estas la mayoría afiliadas a Emssanar (46%). En relación al estado civil el 42% eran casadas. La mayoría pertenecían al estrato socioeconómico número 1 (34%). El 70% no tenían empleo. De las participantes el 98% no presentaban discapacidad y el credo que profesaban la mayoría era católico (76%).

Gráfica N°2. Edad



El promedio de edad de las encuestadas fue de 55 años, la mediana de 54 años, la moda 50 años (4%) y el rango de edades estaba entre 37 años y 80 años. Lo anterior demostró que la muestra tiene una distribución homogénea con respecto a la edad. El intervalo de edad con mayor porcentaje fue entre 51 y 60 años con un 40%, seguido de 41 a 50 años con un 30%, y de 61 a 70 años con un 20%, finalmente un 6% para las mayores de 70 años y un 4% para las menores de 40 años.

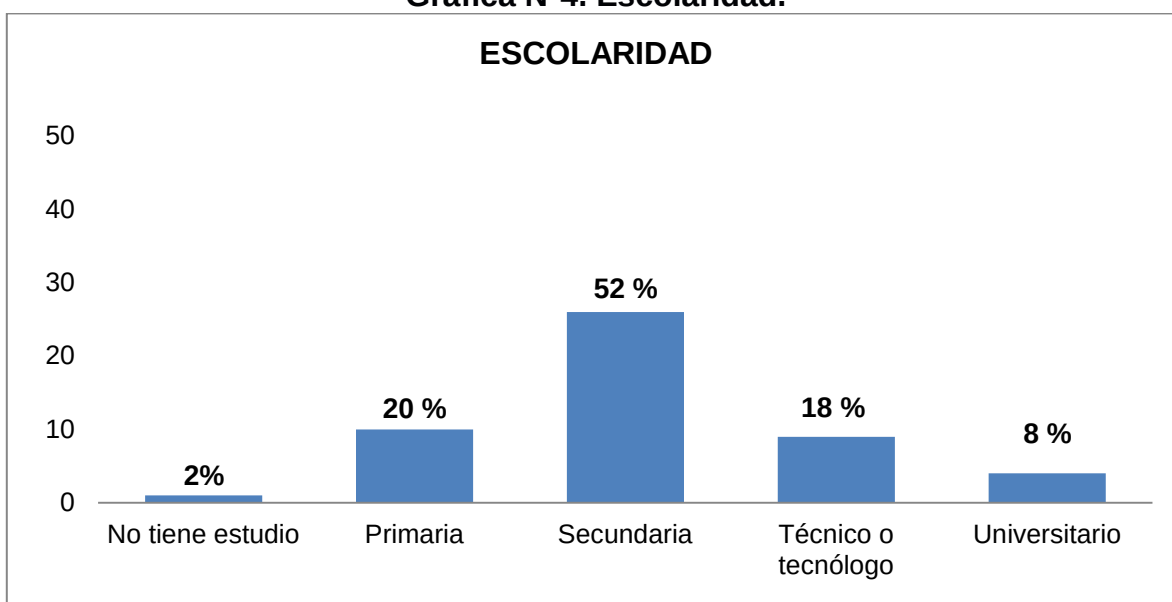
Gráfica N°3. Ciudad de residencia.



* Las ciudades de residencia están ubicadas en los departamentos Valle del Cauca y Cauca.

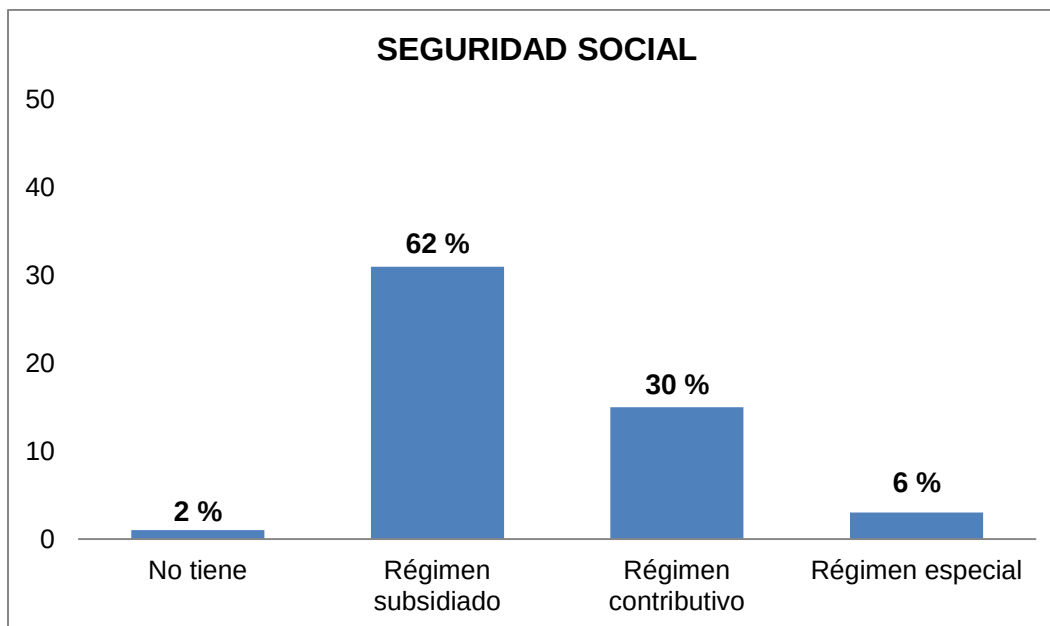
El 96% de las encuestadas residen en el departamento del Valle del Cauca y solo un 8%, procede del departamento del Cauca. Del total de encuestadas el 64% viven en la ciudad de Cali, el 10% vive en Palmira, el 18% residen en otras ciudades del departamento del Valle entre ellas Candelaria, Yumbo, Cerrito, Yotoco y Buenaventura. El 4% restante son residentes del departamento del Cauca (Villa Rica, Guachené).

Gráfica N°4. Escolaridad.



El 52% de las mujeres tiene estudios de secundaria completa o incompleta, el 20% primaria completa o incompleta, 18% un estudio técnico o tecnológico, 8% universitario y solo el 2% no tienen ningún tipo de estudio formal.

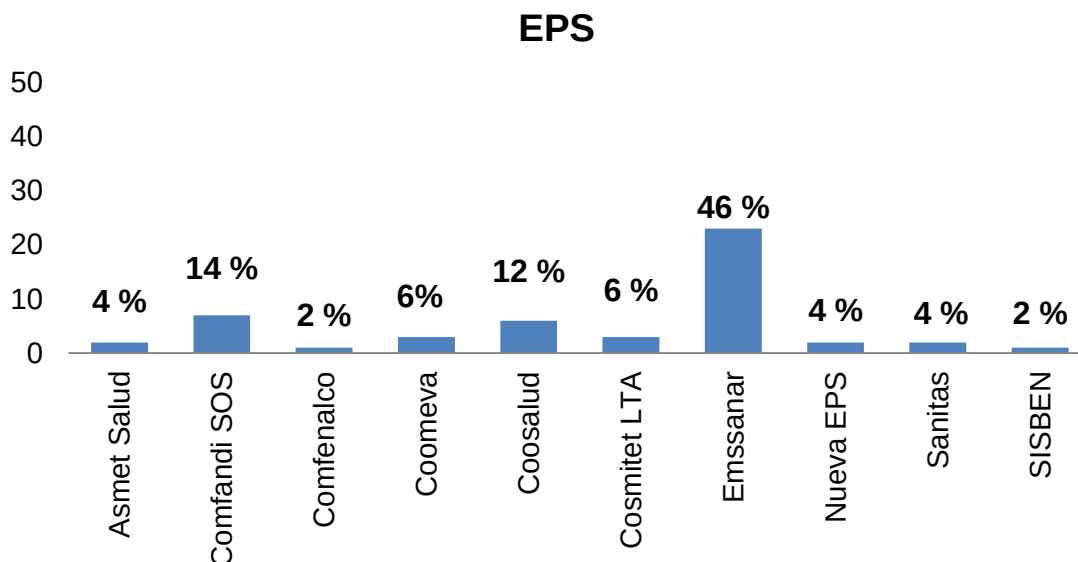
Gráfica N°5. Seguridad social.



- * El régimen especial se refiere a un tipo de afiliación al que pertenecen la policía, fuerzas militares y magisterio, tiene características excepcionales a las de los otros regímenes.
- * Las personas que no tienen seguridad social pertenecen a la población pobre no asegurada.

El 62% de las encuestadas pertenece al régimen subsidiado, el 30% está vinculada al régimen contributivo, el 6% se encuentra en el régimen especial y solamente el 2% pertenece a la población pobre no asegurada.

Gráfica N°6. EPS.

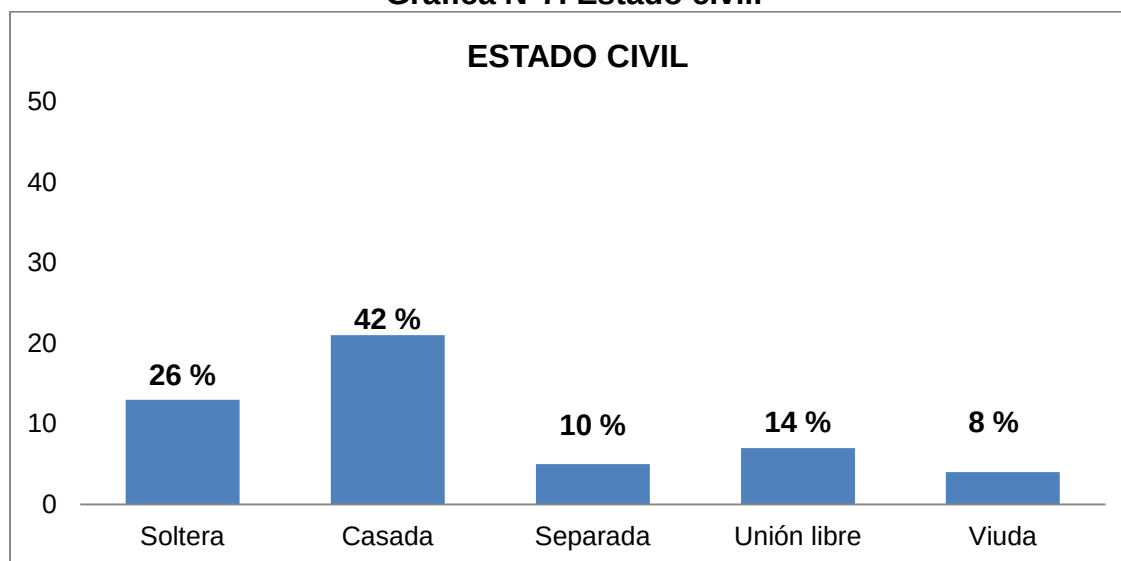


- * Las variables corresponden a las diferentes EPS del régimen subsidiado, contributivo y especial.

El 46% de las mujeres se encuentran vinculadas a Emssanar, el 14% está en Comfandi SOS, el 12% es atendida por Coosalud, Coomeva y Cosmitet comparten

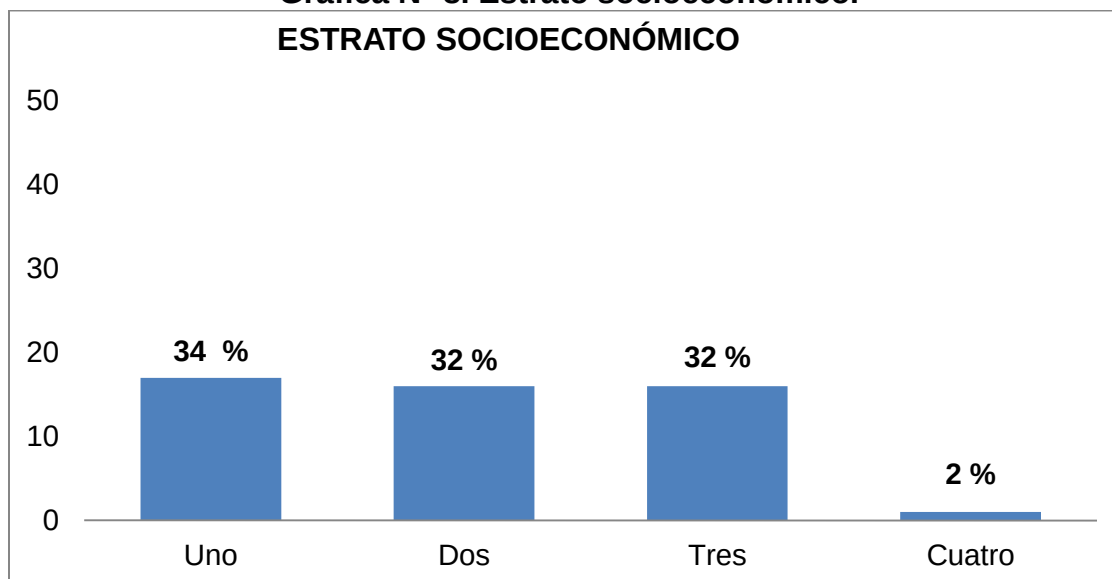
cada una el 6% y el 14% están vinculadas a otras EPS (Nueva EPS, Sanitas, Asmet Salud, Comfenalco) y el 2% no tenían EPS.

Gráfica N°7. Estado civil.



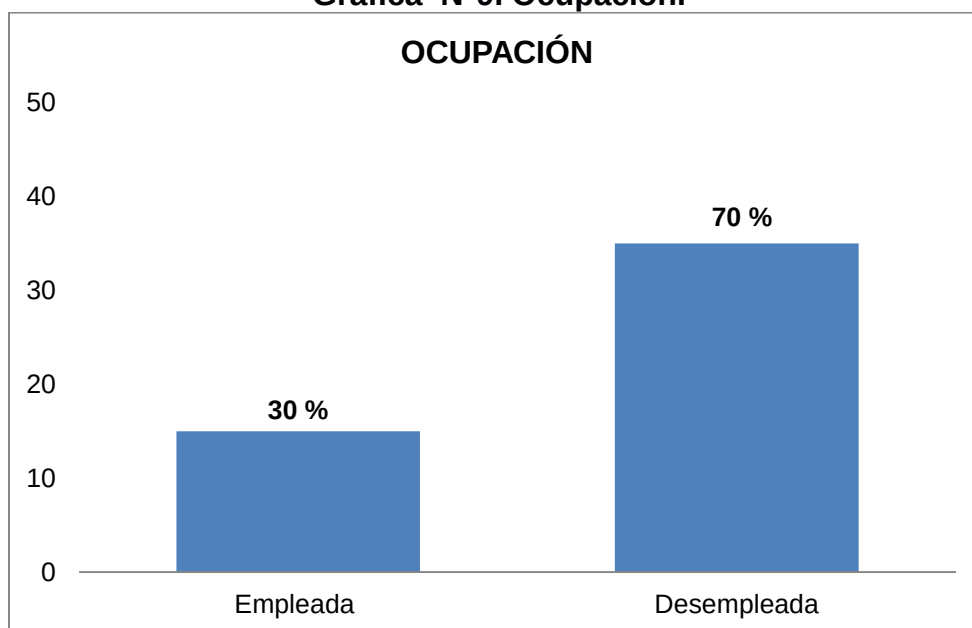
El 42% de las encuestadas son casadas, el 26% son solteras, el 14% viven en unión libre, el 10% son separadas y el 8% son viudas. El 56% de las mujeres objeto de estudio tienen actualmente una relación, es decir conviven con su pareja (casadas o en unión libre); mientras que un 44% del total están solteras, son separadas o viudas.

Grafica N° 8. Estrato socioeconómico.

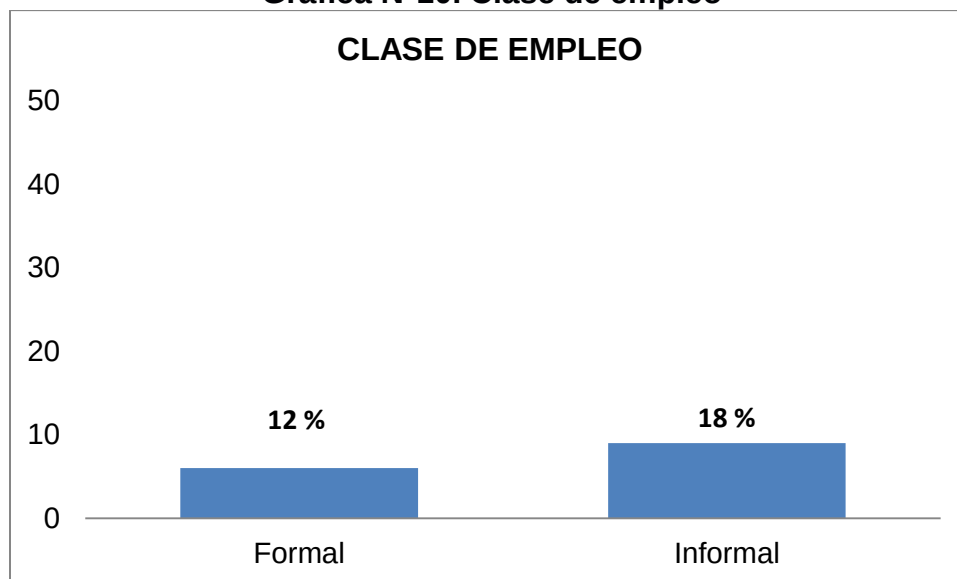


El 98% de las mujeres encuestadas pertenece a los estratos socioeconómicos uno, dos y tres. El 34% pertenecen al estrato uno, el 32% pertenecen al estrato dos, el 32% al estrato tres y solo el 2% pertenece al estrato cuatro.

Gráfica N°9. Ocupación.



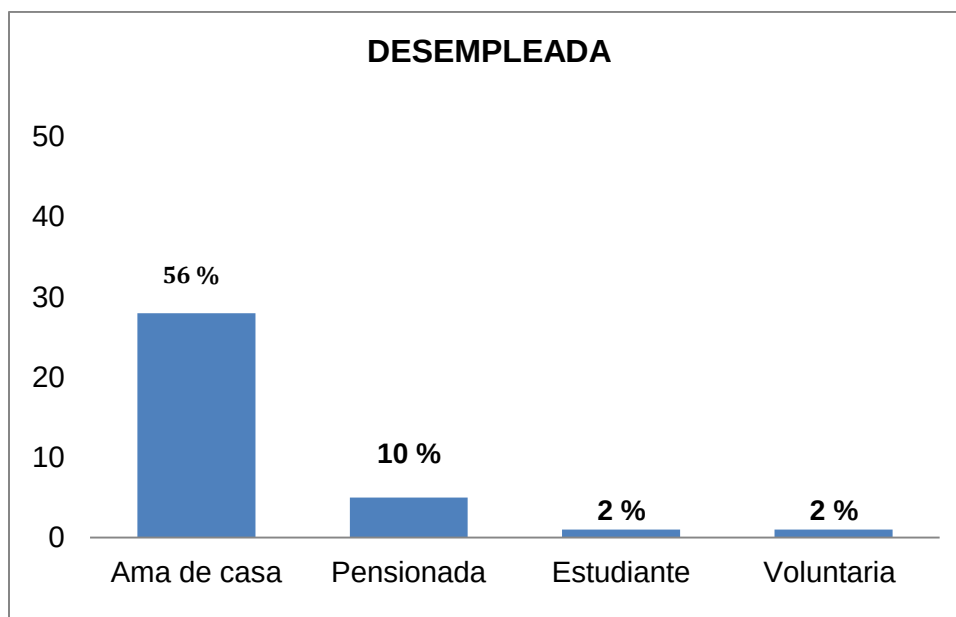
Gráfica N°10. Clase de empleo



* Empleada formal: auxiliar contable, docente, fábrica textil.

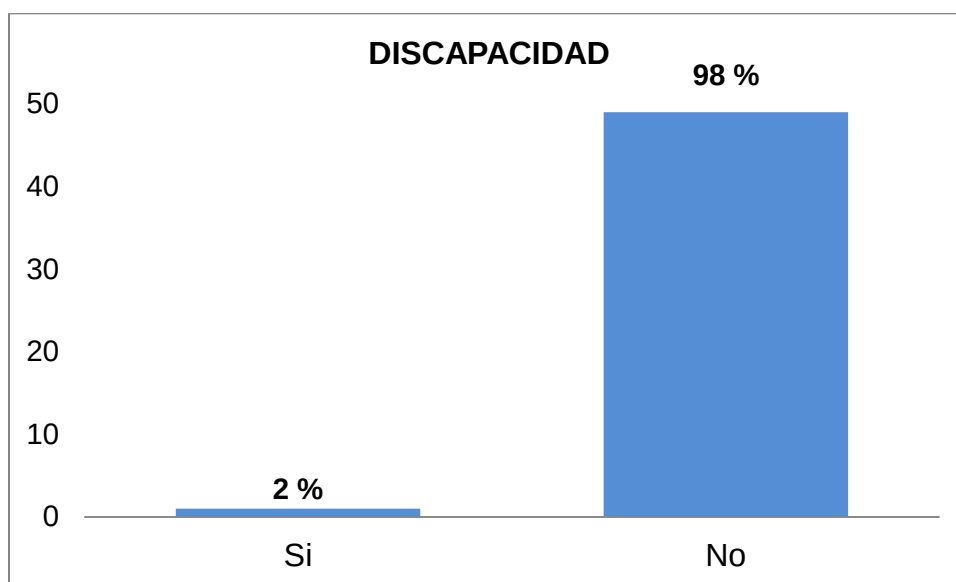
** Empleadas informales: comerciantes, agricultura, modistería, vendedora

Grafica N° 11. Ocupación



Al momento de la aplicación de la encuesta el 70% de las mujeres no tenían empleo, de las cuales el 56% eran amas de casa, el 10% jubiladas o pensionadas, el 2% estudiantes y un 2% trabajaban como voluntarias. El 30% restante tenía un empleo formal o informal; el 18% tenían empleos informales (comerciantes, agricultura, modistería, vendedora) y el 12% tenían empleos formales (auxiliar contable, docente, fábrica).

Grafica N° 12. Discapacidad*

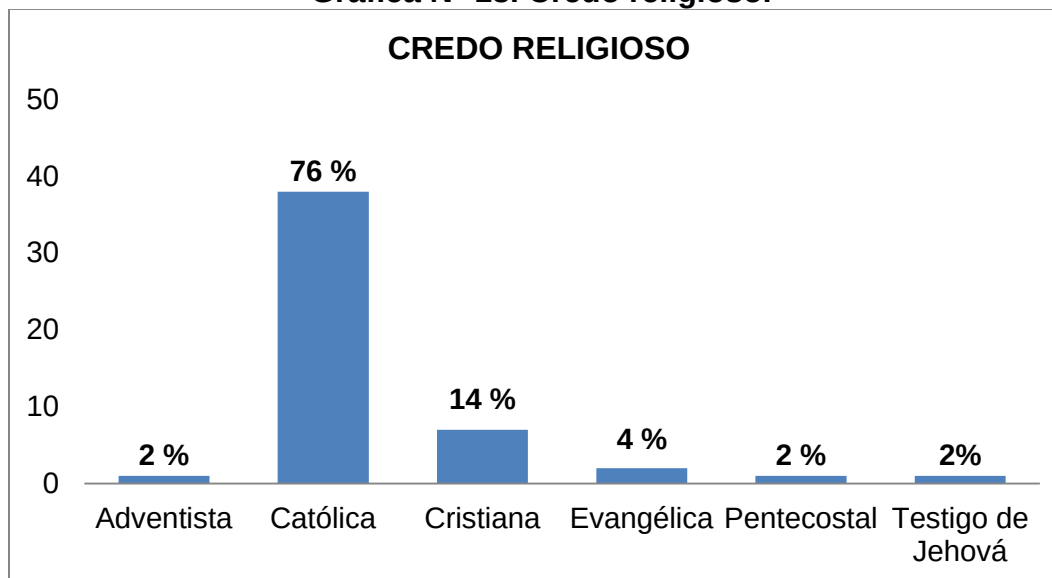


* Discapacidad de tipo auditiva, visual, cognitiva, motora, sensitiva, psíquica, etc.

**Discapacidad motora.

El 98% de las mujeres encuestadas no tienen ningún tipo de discapacidad, solamente el 2% presenta una discapacidad motora.

Grafica N° 13. Credo religioso.



El 76% de las encuestadas profesan el catolicismo, el 14% son cristianas y el 10% tienen otros credos (adventistas, evangélicas, pentecostal y testigo de Jehová).

10.2. FACTORES DEL INDIVIDUO

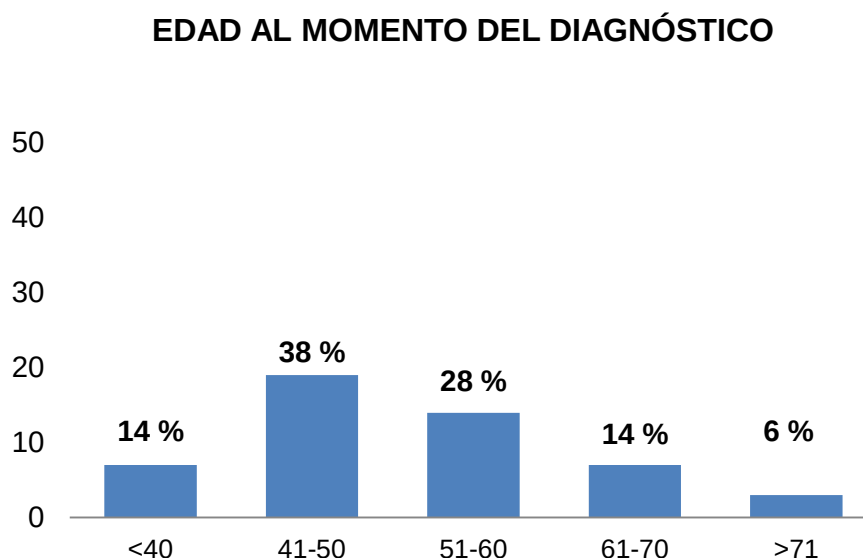
Tabla N° 12. Factores del individuo.

Edad en años al momento de diagnóstico	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<40	7	14
41-50	19	38
51-60	14	28
61-70	7	14
>71	3	6
Estadio clínico del tumor en el diagnóstico	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
I	1	2
II	13	26
III	19	38
No sabe	17	34
Aspectos limitantes para acceder al servicio de salud desde que identificó el primer signo o síntoma de alarma.	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)

<i>Poca información sobre la enfermedad</i>	5	20.8
<i>No presentó síntomas</i>	2	8.33
<i>Problemas con la EPS</i>	4	16.6
<i>No le dio importancia a los síntomas y dejó pasar el tiempo</i>	3	12.5
<i>Miedo al diagnóstico y las intervenciones</i>	1	4.16
<i>Negligencia del personal de salud</i>	2	12.5
<i>Combinación de las anteriores</i>	6	25.0
Considera tuvo el tiempo necesario para acceder de manera oportuna al servicio de salud.	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<i>SI</i>	46	92
<i>NO*</i>	4	8
<i>*Razón principal por la que el tiempo no era el necesario</i>		
— <i>Horas de trabajo no lo permitían</i>	4	100

Los resultados de los factores individuales de las mujeres participantes del estudio revelan que la mayoría fue diagnosticada con cáncer de mama entre los 41 a 50 años (38%). Al 38% de las mujeres se les detectó el cáncer en el estadio III, el 34% de mujeres desconocían el estadio del cáncer. Reconocieron situaciones personales que le impidieron acceder al servicio de salud desde cuando identificó el primer signo o síntoma de alarma (48%), de estas el 25% indicaron varios motivos por los cuales no acudieron al servicio de salud tempranamente. El 92% de las encuestadas afirmó tener el tiempo suficiente para acceder a los servicios de salud, de las mujeres que manifestaron no tener el tiempo suficiente el 100% justificaron que las horas de trabajo no lo permitieron.

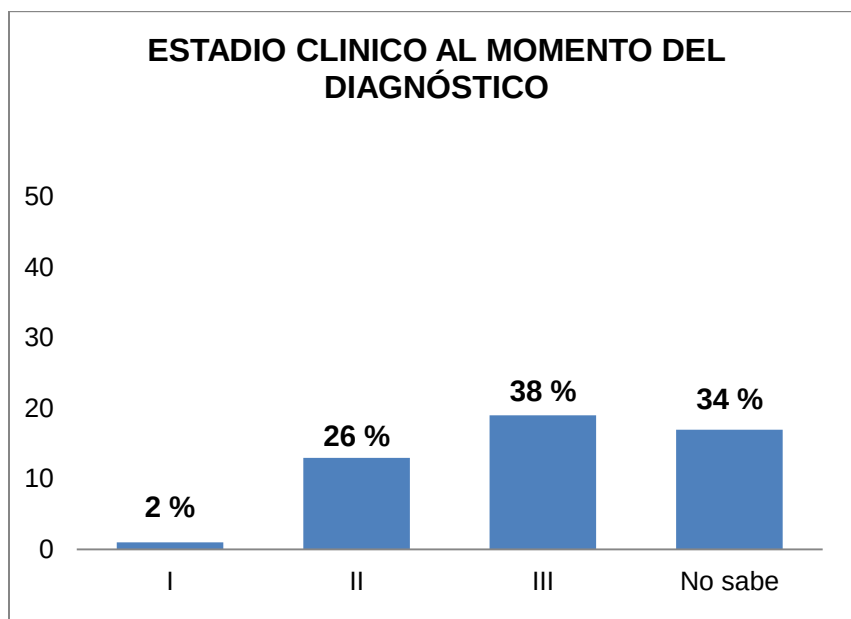
Grafica N° 14. Edad en años al momento del Diagnóstico de Ca de mama.



La edad promedio de las encuestadas al momento del diagnóstico de cáncer de mama fue de 51 años, la mediana fue de 50 años, el rango de edad estuvo entre 31 y 79 años. Entre edades, el 36% de las encuestadas está entre los 41 y 50 años, seguido del 34% entre los 51 y 60 años, el 14% menores de 40 años, el 10% entre 61 y 70 años y solo el 6% eran mayores de 70 años. Lo que evidencia que el 84% de las mujeres al momento del diagnóstico eran menores de 60 años.

Grafica N° 15. Estadio Clínico del tumor en el diagnóstico*

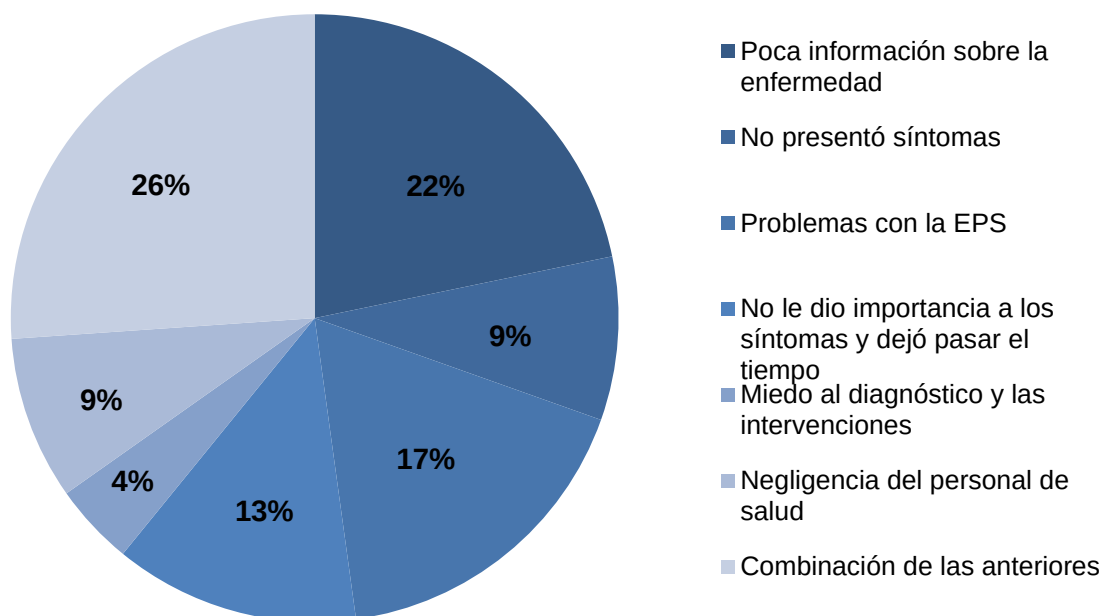
* Agrupación de estadios clínicos según clasificación TNM.



El 28% de las mujeres fueron diagnosticadas en estadios I y II, el 38% en estadio III y el 34% restante no sabían o no recordaban su estadio al momento del diagnóstico.

Grafica N° 16. Aspectos que impidieron acercarse inicialmente a la consulta de salud*

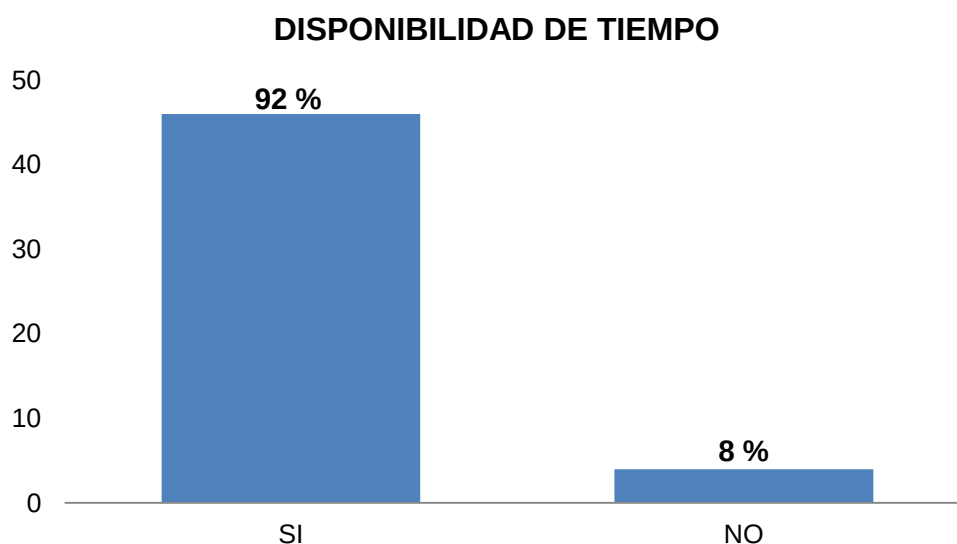
LIMITANTES PARA EL ACCESO AL SERVICIO DE SALUD



* Solo respondieron si transcurrió un tiempo mayor a un mes desde que identificó el signo o síntoma de alarma hasta que acudió al servicio de salud.

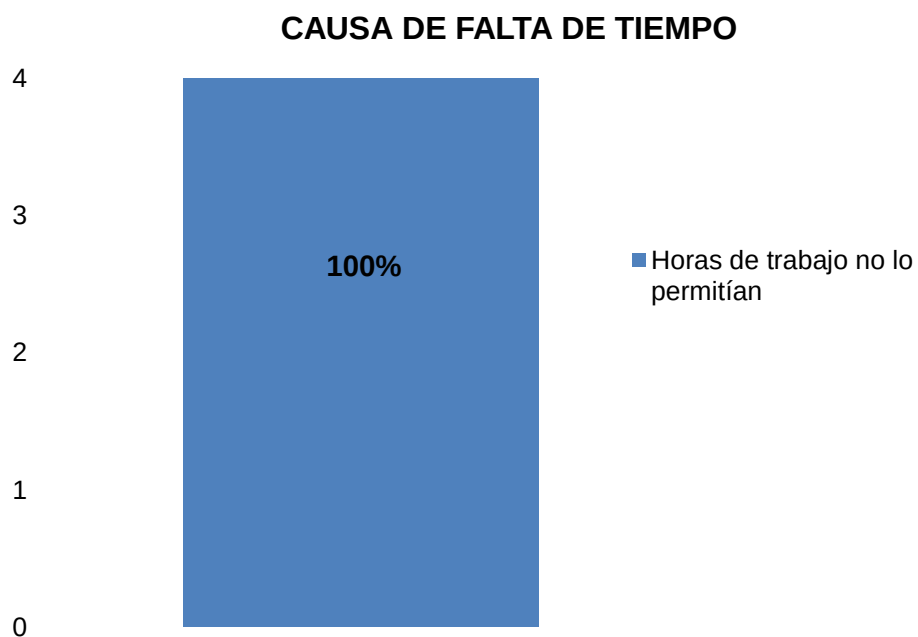
Los aspectos o las razones por las cuales no se acercaron a los servicios de salud al inicio de los síntomas de la enfermedad fueron 21% porque tenía poca información sobre la enfermedad, 8% informaron que no tuvieron síntomas claros de alarma, 17% tuvieron problemas de atención en la EPS, 12% no le dio importancia a los síntomas y dejó pasar el tiempo, 4% tuvo miedo al diagnóstico y las intervenciones quirúrgicas que tendrían que realizarle, 12% afirma que fue por la negligencia del personal de salud cuando fue a consultar. El 25% restante de las encuestadas, respondió conjugando varias de las variables anteriores: poca información sobre la enfermedad y miedo al diagnóstico y las intervenciones quirúrgicas (4.2%), poca información sobre la enfermedad y no le dio importancia a los síntomas y dejó pasar el tiempo (4.2%), poca información sobre la enfermedad y negligencia del personal médico (4.2%), no le dio importancia a los síntomas y dejó pasar el tiempo y problemas con la EPS (4.2%), poca información sobre la enfermedad, miedo al diagnóstico y a las intervenciones quirúrgicas y problemas con la EPS (4.2%) y no le dio importancia a los síntomas y dejó pasar el tiempo, no presentó síntomas y hubo negligencia del personal de salud (4.2%).

Grafica N° 17. Considera tuvo el tiempo necesario para acceder de manera oportuna al servicio de salud.



El 92% de las encuestadas considera que si tuvo el tiempo necesario para acceder oportunamente al servicio de salud, sin embargo el 8% de ellas consideró lo contrario.

Tabla N° 18. Razón principal por la que el tiempo no era el necesario*



* Solo responden las que mencionaron que no tuvieron el tiempo necesario para acceder de manera oportuna al servicio de salud.

Solo 4 mujeres respondieron que el tiempo no era el necesario para acceder de manera oportuna al servicio de salud, y de estas el 100% respondió que la razón principal era que los horarios de trabajo no le permitieron acceder oportunamente al servicio de salud.

10.3. FACTORES ECONÓMICOS

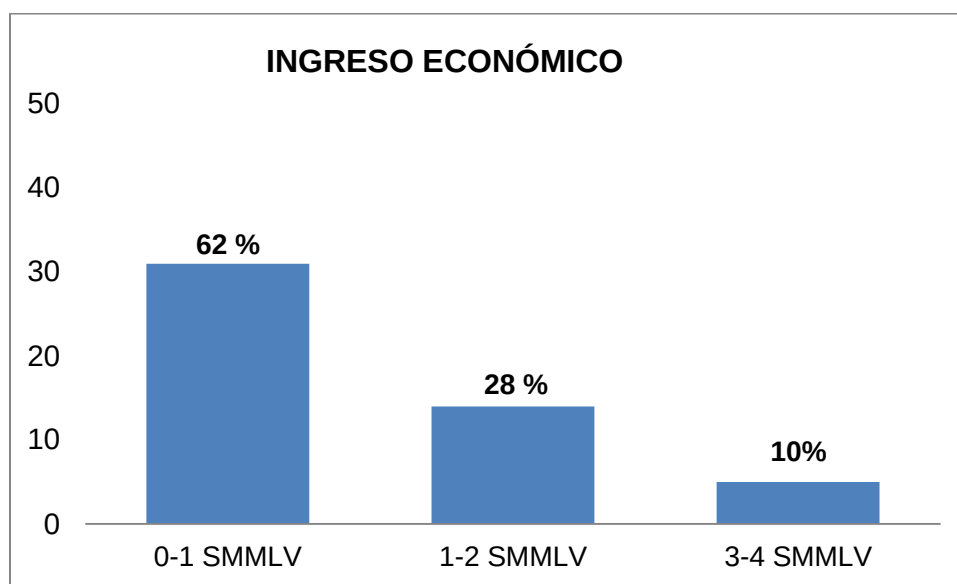
Tabla N° 18 Factores económicos

Ingreso económico	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0-1 SMMLV	31	62
1-2 SMMLV	14	28
3-4 SMMLV	5	10
Dependencia económica		
Si	30	60
No	20	40
De quién dependía económicamente		
Amigos	1	3.3
Cónyuge	15	50
Familia	13	43.3
Cónyuge y familia	1	3.3
Recursos económicos como limitante de acceso a los servicios de salud.		
Si	23	46
No	27	54
Empleador facilitó el tiempo para el acceso a la atención en salud.		
Si	9	60
No	2	13.3
No tenía Jefe	4	26.6
Cambió la relación laboral a partir de la detección del primer signo y el diagnóstico de cáncer		
Si	23	46
No	27	54
Cambio en la situación económica en el proceso de diagnóstico de cáncer de mama.		
Si	32	64
No	18	36

En cuanto a los factores económicos, en el 62% de las mujeres sus ingresos económicos al momento del diagnóstico no superaban un salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV), el 60% de ellas dependían económicamente de otra persona, la fuente de apoyo económico que predominó en el 96.6% de los casos provino del cónyuge, la familia o ambos. Para el 54% de las mujeres los recursos

económicos no fueron percibidos como una limitante para el acceso a los servicios de salud. El 60 % de las mujeres que tenían empleo refieren que su empleador les facilitó el tiempo para acceder a los servicios de salud. Para el 46% de las encuestadas cambió su relación laboral a partir del diagnóstico de cáncer de mama, adicionalmente el 64% refiere que cambió su situación económica a raíz de su proceso de enfermedad.

Grafica N° 19. Ingreso económico mensual al momento de la detección del primer signo y/o síntoma de alarma*

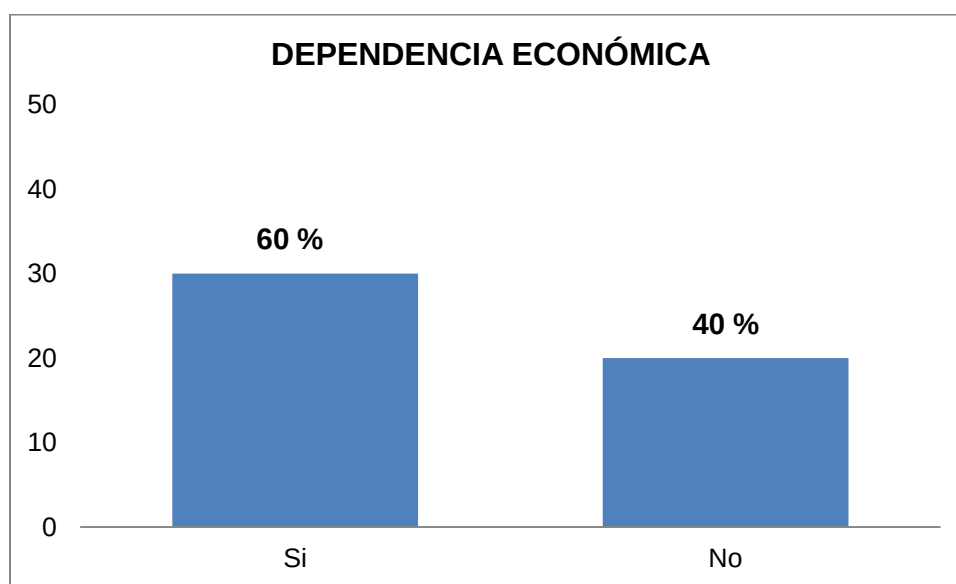


* Ingreso en salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) para el año 2016.

** SMLMV= 689,455.00 pesos colombianos.

EL 62% de las encuestadas afirmó que su ingreso mensual era entre 0 a 1 Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (SMLMV), es decir \$689.455 valor correspondiente al año 2016, el 28% respondió que los ingresos mensuales eran entre 1 y 2 SMLMV (Entre \$689.455 y \$1.378.910) y el 10% con ingresos entre 3 y 4 SMLMV (hasta \$2.757.820).

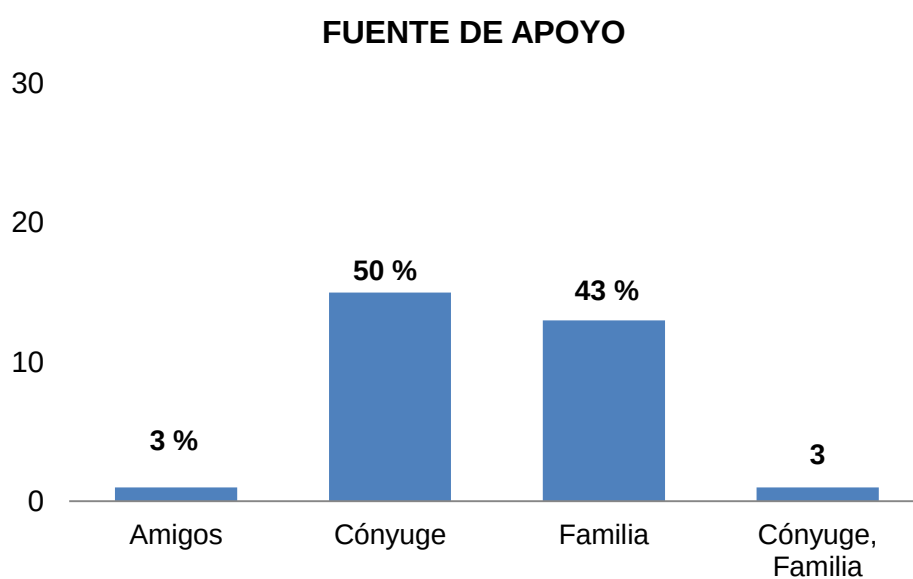
Grafica N° 20. Dependencia económica de otra persona*



* Dependencia económica desde que identificó el primer signo o síntoma hasta el diagnóstico del cáncer.

EL 60% de las mujeres respondió que si dependían económicamente de otras personas, el 40% tenían independencia económica.

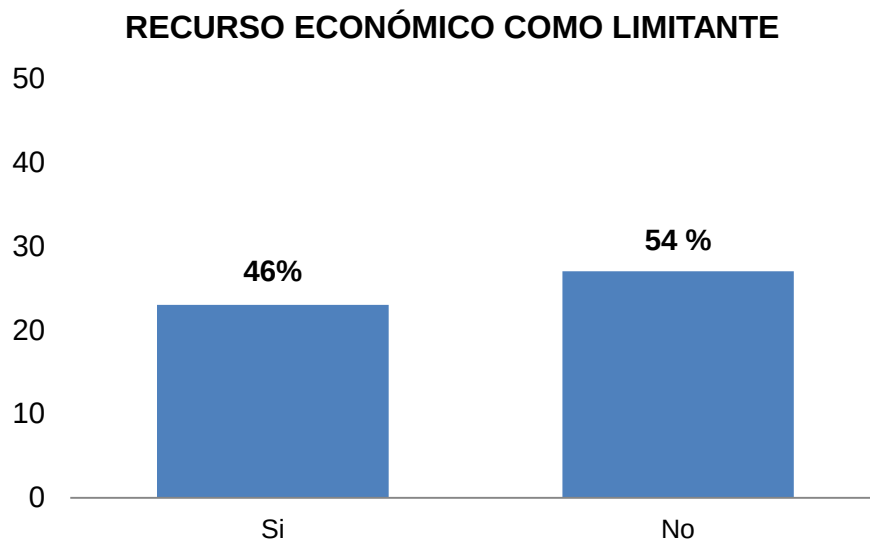
Grafica N° 21. Fuente de apoyo económico*



* Persona de la que dependía económicamente durante el tiempo desde que identificó el primer signo o síntoma hasta el diagnóstico del cáncer.

El 50% de las mujeres respondió que dependían económicamente de su cónyuge, mientras que las que dependían de sus familiares eran 43.3%, el 3.3% de amigos y un 3.3% restante, del cónyuge y de la familia conjuntamente.

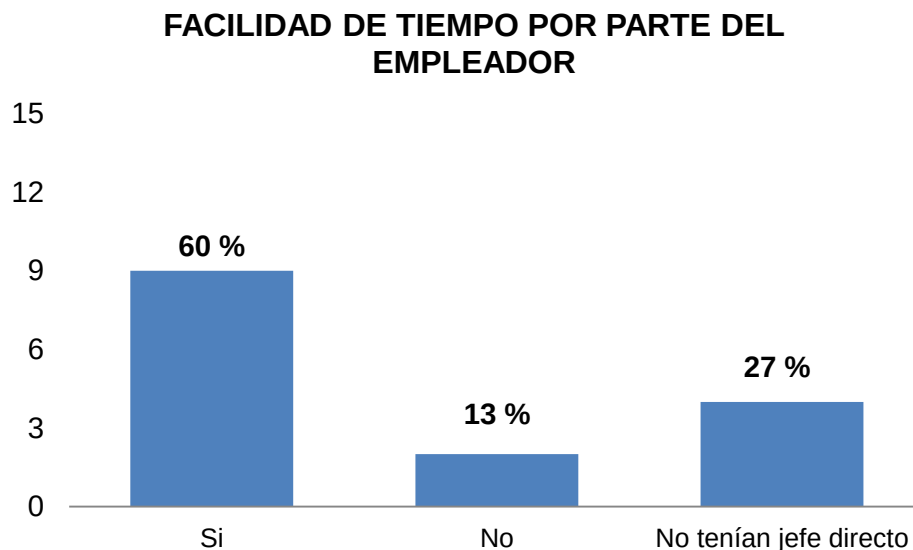
Grafica N° 22. Recursos económicos como limitante para el acceso a los servicios*



* Recursos económicos al momento de la detección del primer signo o síntoma de alarma.

El 54% respondió que no fue una limitante para acceder a los servicios de salud, mientras que el 46% afirmó que si lo fue.

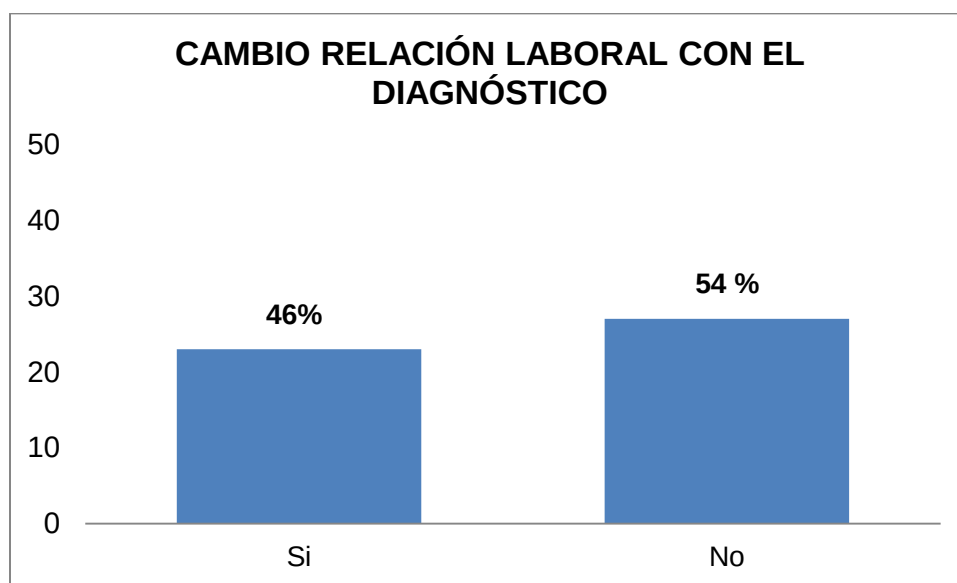
Grafica N° 23. Empleador facilitó el tiempo para el acceso a la atención en salud.



** Respondieron esta pregunta solo las mujeres que tenían empleo.*

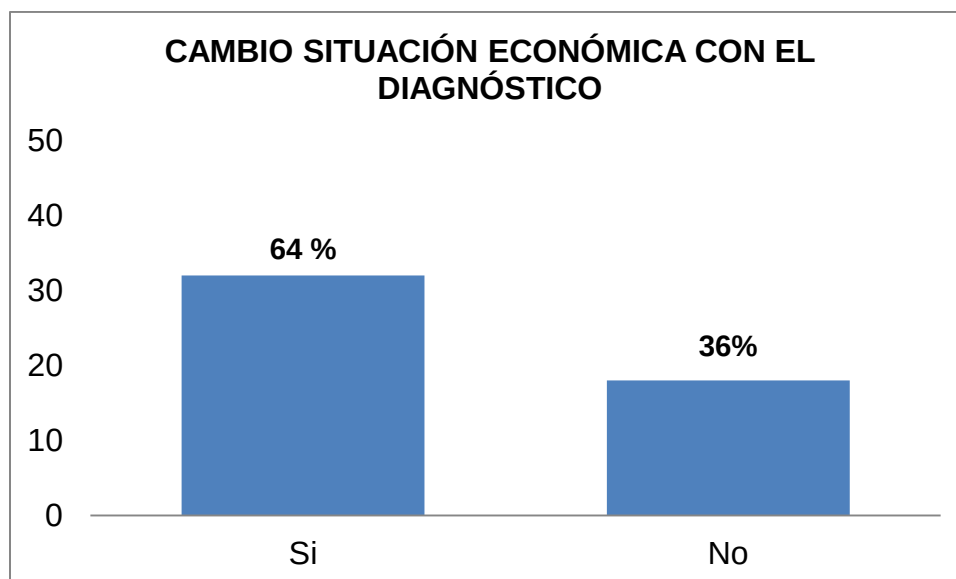
El 60% de las mujeres que tenían empleo durante el proceso de detección y diagnóstico del cáncer de mama, afirmó que su empleador si facilitó el tiempo para asistir a la institución de salud. El 13,3% respondió que el empleador no le facilitó el tiempo para acudir a la atención en salud y el 26,6% no tenían un jefe directo debido a las características de su trabajo.

Grafica N° 24. Cambio de relación laboral con el proceso del cáncer



El 54% respondió que no hubo cambios en su relación laboral a raíz de su enfermedad, mientras que el 46% afirmó que si cambió su relación laboral con la presencia de su enfermedad.

Grafica N°25. Cambio de situación económica con el diagnóstico de cáncer de mama.



Del total de las encuestadas, El 64% respondió que sí hubo cambios en su situación económica a raíz de la enfermedad, el 36% afirmó que no.

10.4. FACTORES GEOGRÁFICOS.

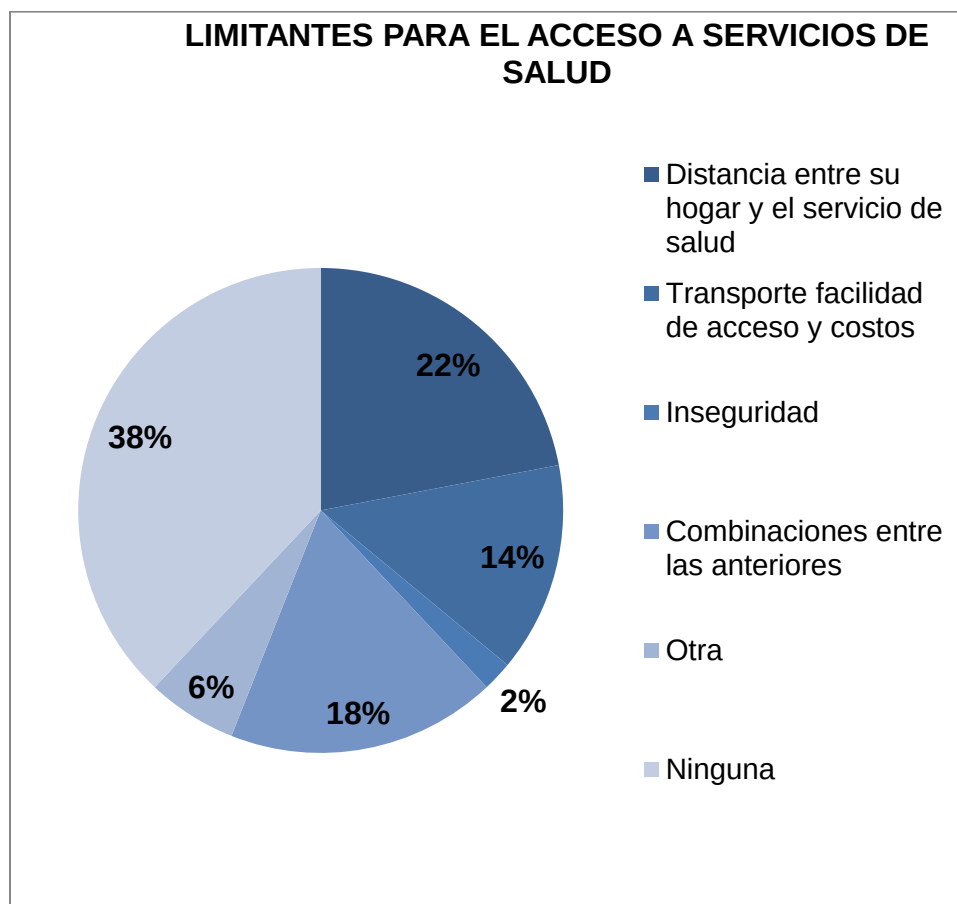
Tabla N° 26. Factores geográficos

Distribución geográfica de la población.	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Centro de referencia	32	64
Zonas aledañas al centro de referencia.	18	36
Situaciones que influyen negativamente en el acceso al servicio de salud y diagnóstico de cáncer de mama.		
Distancia entre su hogar y el servicio de salud	11	22
Transporte facilidad de acceso y costos	7	14
Inseguridad	1	2
Combinaciones entre las anteriores	9	18
Otra	3	6
Ninguna	19	38
Lugar de residencia como limitante al acceso de los servicios de salud.		
Si	22	44
No	28	56
Medios de transporte para acceso a servicio de salud.		
Vehículo público (bus, MIO, taxi)	40	80
Vehículo particular	4	8
Caminar	1	2
Dos o más tipos de transporte	5	10

* Centro de referencia: Cali, institución de salud de tercer nivel que atiende a esta población.

Dentro de los factores geográficos encontramos que el 64% de la población encuestada vive cerca al centro de referencia, el 62% de las participantes reconoció situaciones que se constituyeron como limitantes en el acceso al servicio de salud y al diagnóstico, tales como distancia entre su hogar y el servicio de salud (22%), Transporte, facilidad de acceso y sus costos (14%), mientras el 38% no percibió ninguna. El lugar de residencia fue una limitante para el acceso al servicio de salud en un 44%. El 80% utilizaban como medio de transporte principal servicios públicos.

Grafica N° 27. Situaciones que pudieron llegar a ser una limitante para el diagnóstico*

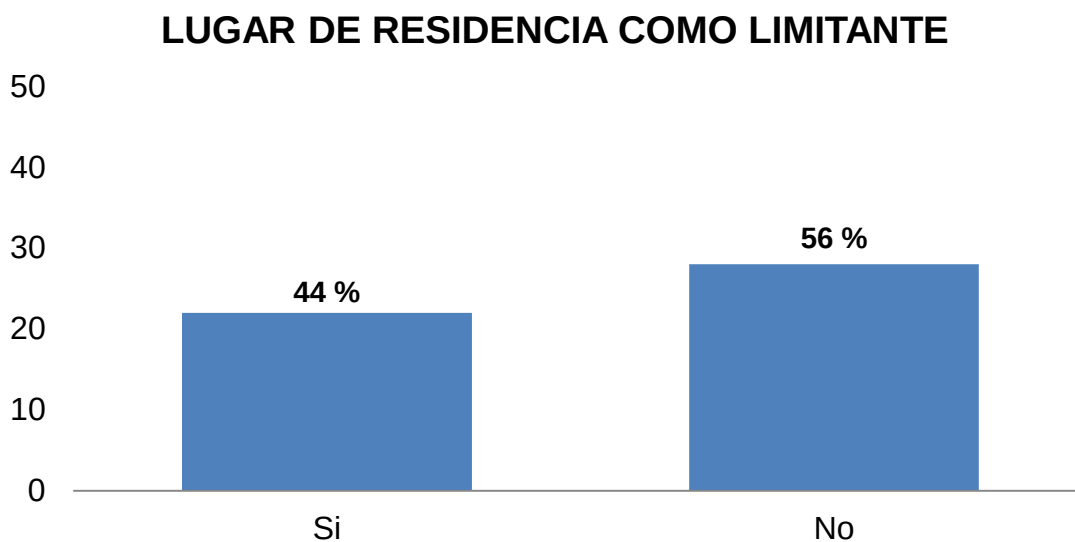


* Otros: Por dinero, necesitaba acompañante, no podía salir en cualquier momento, procesos administrativos con la EPS.

Del total de las encuestadas, El 62% si cree que hubo situaciones en su entorno que pudieron llegar a ser una limitante para el diagnóstico del cáncer de mama. Dentro de estas limitantes, se encuentra la distancia entre su hogar y el servicio

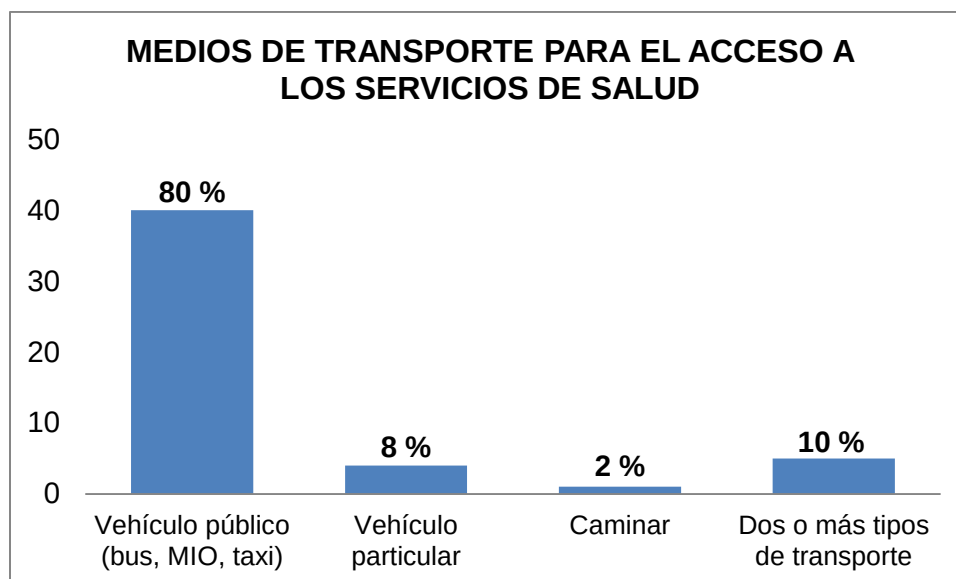
de salud al que debía acudir (22%), el transporte o la facilidad de acceso y los costos (14%), otros como falta de dinero, la necesidad de acompañante, procesos administrativos con la EPS (6%), la inseguridad en su comunidad o el servicio de salud (2%) y una combinación de dos o más de los factores anteriores (18%). El 38% no señaló limitantes de este tipo para acceder al diagnóstico.

Grafica N° 28. Lugar de residencia como factor limitante para el acceso al servicio de salud.



Para el 56% su lugar de residencia no fue una limitante para acceder al servicio de salud mientras que el 44% considera que si era una limitante.

Grafica N° 29. Medios de transporte para acceder a los servicios de salud



El 80% de las mujeres utilizó para acceder a los servicios de salud transporte público (Bus intermunicipal, MIO, taxi), el 10% empleó dos o más tipos de transporte, que se conjugaron en el uso de vehículo particular y vehículo público en su mayoría, el 8% se transportaba en vehículo particular (carro y/o moto) y el 2% podía llegar caminando hasta el servicio de salud.

10.5. FACTORES SOCIALES.

Tabla N° 30. Factores sociales

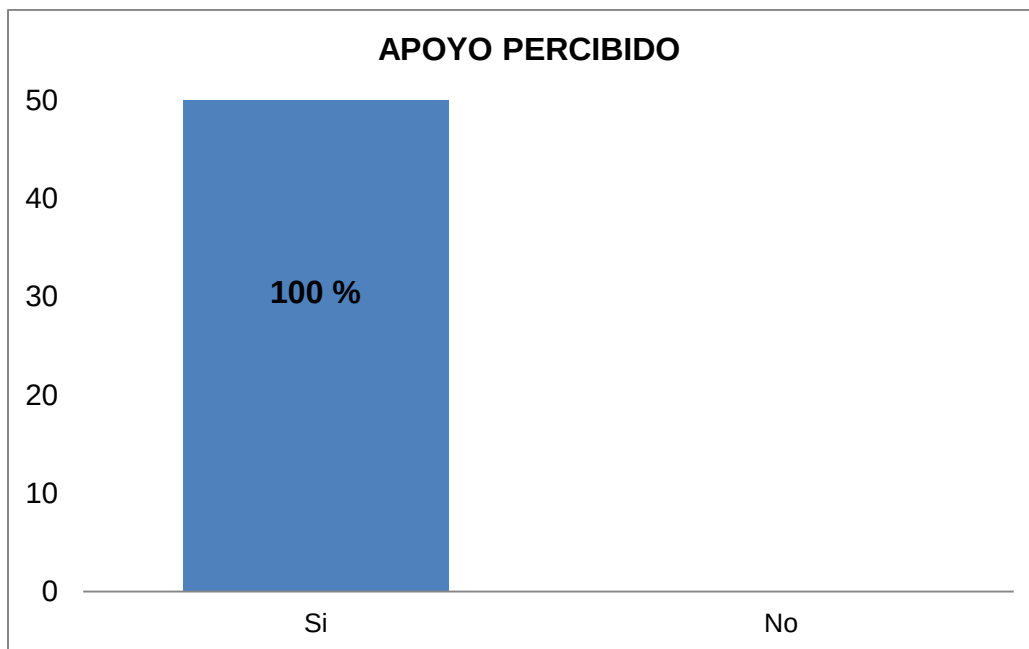
Percepción de apoyo social desde que identificó el primer signo o síntoma hasta el diagnóstico.	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<i>Si</i>	50	100
<i>No</i>	0	0
Soporte social percibido.		
<i>Solo Familia</i>	9	18
<i>Solo Amigos</i>	1	2
<i>Dos o más fuentes de apoyo social</i>	40	80
Dimensiones funcionales de apoyo social.		
• <i>Emocional</i>	2	4
• <i>Espiritual</i>	2	4
• <i>Económico</i>	3	6
• <i>Dos o más tipos de apoyo (emocional, espiritual, económico, informativo)</i>	43	86
Percepción de la calidad de apoyo social.		

• Excelente • Bueno	32 18	64 36
Dependencia de compañía a los servicios de salud.		
• Si • No	36 14	72 28
Percepción de apoyo social por parte del equipo de salud.		
• Excelente • Bueno • Regular	19 30 1	38 60 2

Observación: la descripción de las siguientes variables: personas que le brindaron apoyo durante el proceso de enfermedad, tipo de apoyo brindado, se usó la frecuencia absoluta obtenida para cada caso y con este dato se realizó la descripción porcentual de la variable, la razón es que éstas preguntas presentaban más de una opción de respuesta, por esto al totalizar el porcentaje éste no representaría la totalidad de los datos.

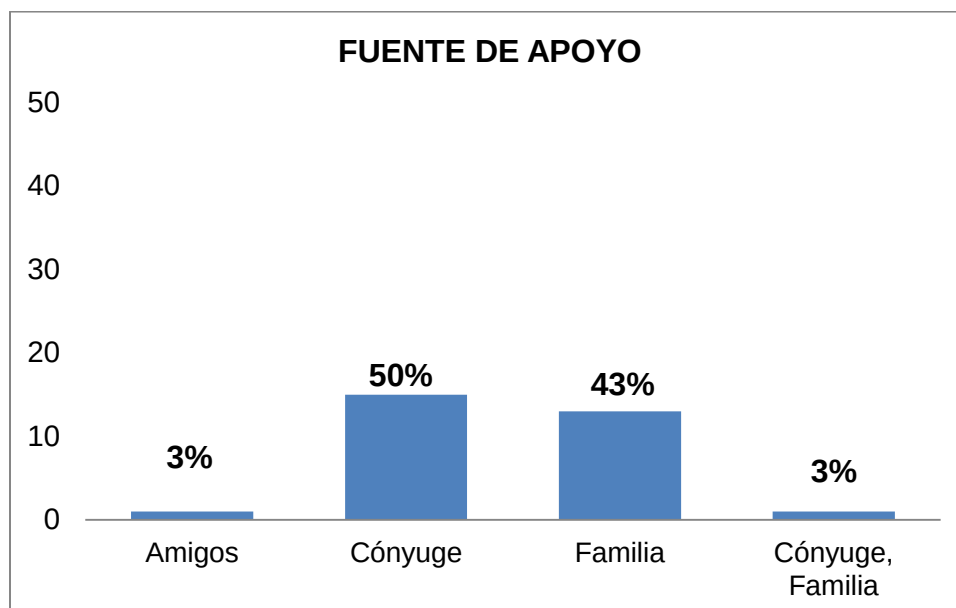
Respecto a los factores sociales el 100% de las mujeres reconocieron que recibieron algún tipo de apoyo social, el 80% lo recibieron de dos o más fuentes de apoyo (familia, amigos, grupo religioso, grupos de ayuda). El 86% de las encuestadas afirmaron recibir apoyo social de tipo emocional, espiritual o económico conjuntamente. La valoración de la calidad del soporte recibido fue excelente en el 64% de los casos. La necesidad de acompañamiento para la concurrencia al servicio de salud fue afirmativo en el 72% de las mujeres. La valoración otorgada al apoyo social por parte del equipo de salud fue bueno en el 60% de los casos.

Grafica N° 31. Apoyo de otras personas desde que identificó el primer signo o síntoma hasta el diagnóstico.



El 100% de las mujeres encuestadas considera que sí recibió apoyo desde que detectó el signo o síntoma de alarma hasta que se realizó el diagnóstico e incluso posterior al diagnóstico.

Grafica N° 32. Tabla de frecuencias: personas que le brindaron apoyo durante el proceso con la enfermedad.

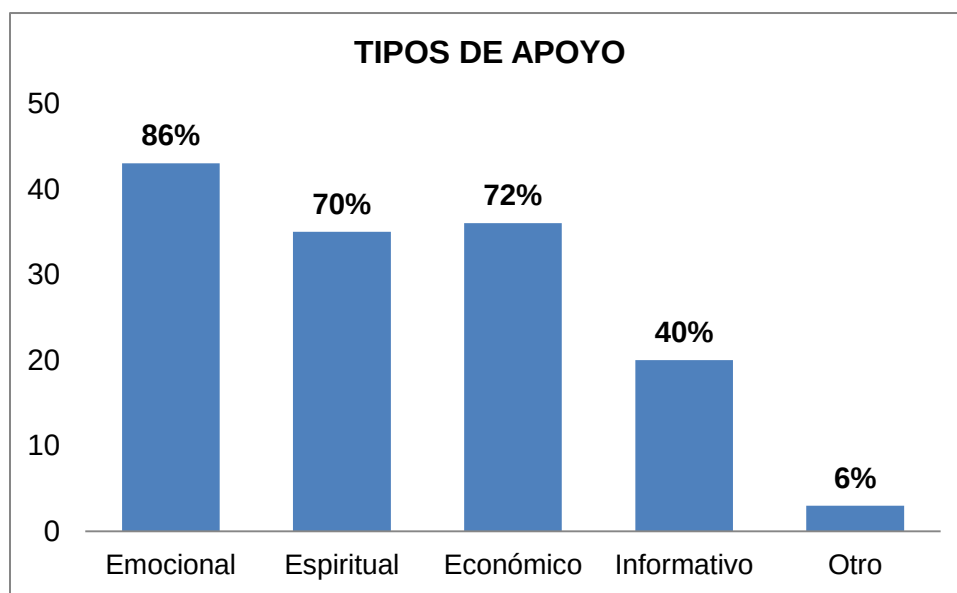


** Las mujeres responden qué grupo o grupos de personas le brindaron apoyo en el proceso de la enfermedad.*

Del total de las encuestadas, 49 (98%) recibieron apoyo proveniente de su familia, pero solo 9 (18%) recibió apoyo solo de la familia, 28 (56%) de ellas de sus

amigos, 20 (40%) de grupos religiosos, 13 (26%) de los vecinos, 17 (34%) del personal de salud y 6 (12%) de organizaciones de ayuda. Cabe resaltar que entre los resultados anteriores hubo 38 (76%) mujeres que mencionaron haber recibido una combinación de apoyo proveniente de dos o más grupos de personas.

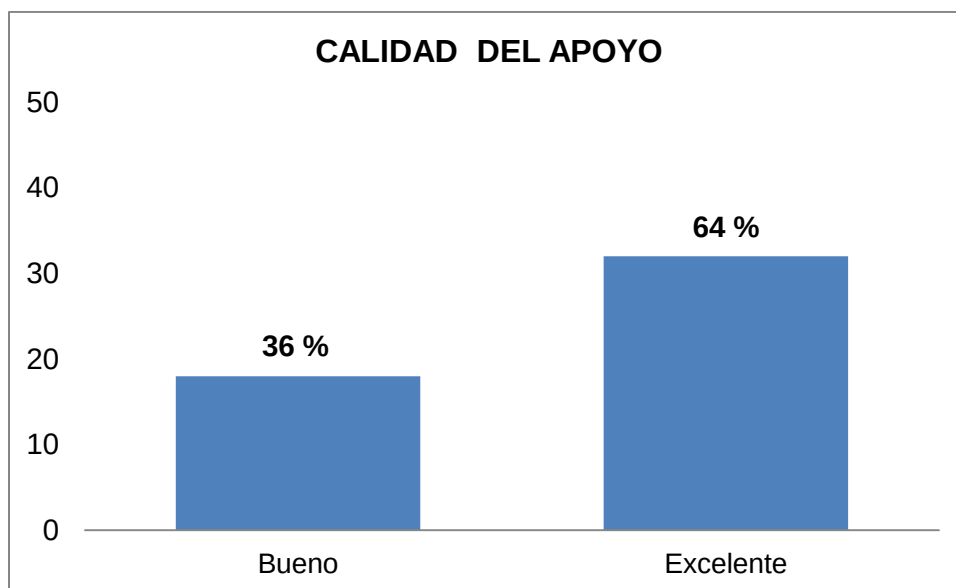
Grafica N° 33. Tipo de apoyo brindado.



** Las mujeres describen que tipo o tipos de apoyo le dieron durante la enfermedad.*

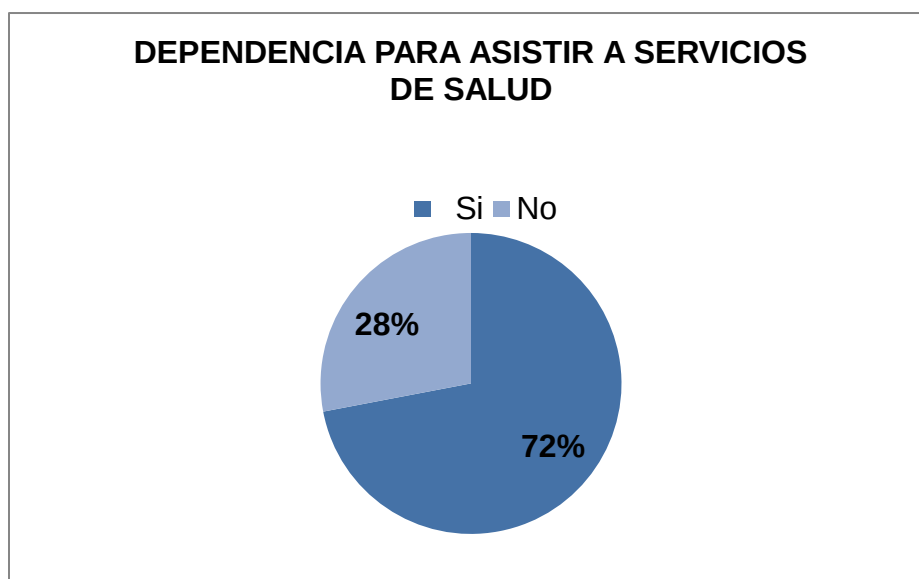
Del total de las encuestadas, 43 (86%) recibieron apoyo emocional, aunque 2 (4%) mujeres recibieron solo apoyo emocional, 36 (72%) apoyo económico y de éstas sólo 3 (6%) recibieron únicamente este tipo de apoyo, 35 (70%) apoyo de tipo espiritual, 20 (40%) apoyo de tipo informativo. Cabe resaltar que entre los resultados anteriores hubo 41 (82%) mujeres que mencionaron haber recibido una combinación de dos o más tipos de apoyo.

Grafica N° 34. Calificación del apoyo recibido.



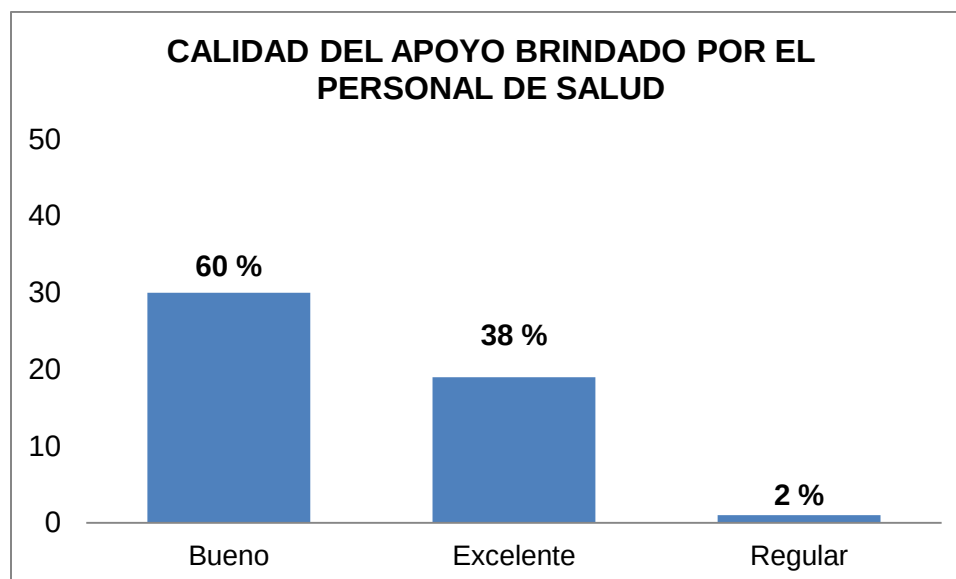
El 64% de las mujeres considero que recibió un apoyo excelente y el 36% restante percibió el apoyo como bueno.

Grafica N° 35. Dependencia de acompañante para asistir a los servicios de salud.



Del total de las encuestadas, el 72% respondió que sí dependía de la compañía de una persona para asistir a los servicios de salud; mientras que el 28% afirmó que no.

Grafica N° 36. Percepción de apoyo recibido por parte del equipo de salud en la atención de su condición.



El 60% respondió que el apoyo recibido por parte del equipo de salud en la atención de su condición fue bueno, el 38% lo percibió como excelente y solamente un 2% respondió que el apoyo fue regular.

10.6. FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE SALUD

Tabla N° 37. Factores relacionados con el sistema de salud

Exámenes ordenados para el diagnóstico	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
• <i>Biopsia</i>	50	100
• <i>Mamografía</i>	41	82
• <i>Ecografía</i>	32	64
• <i>Combinación entre examen clínico, mamografía, ecografía, biopsia, laboratorios y otros medios diagnósticos.</i>	46	92
Consulta con especialista.		
• <i>Si</i>	50	100
• <i>No</i>	0	0
Percepción de subvaloración de la condición clínica del paciente por los profesionales de salud.		
• <i>Si</i>	20	40
• <i>No</i>	30	60
Calidad de la atención por profesionales de salud.		
• <i>Excelente</i>	13	26
• <i>Bueno</i>	29	58
• <i>Regular</i>	8	16
Valoración de los trámites administrativos		

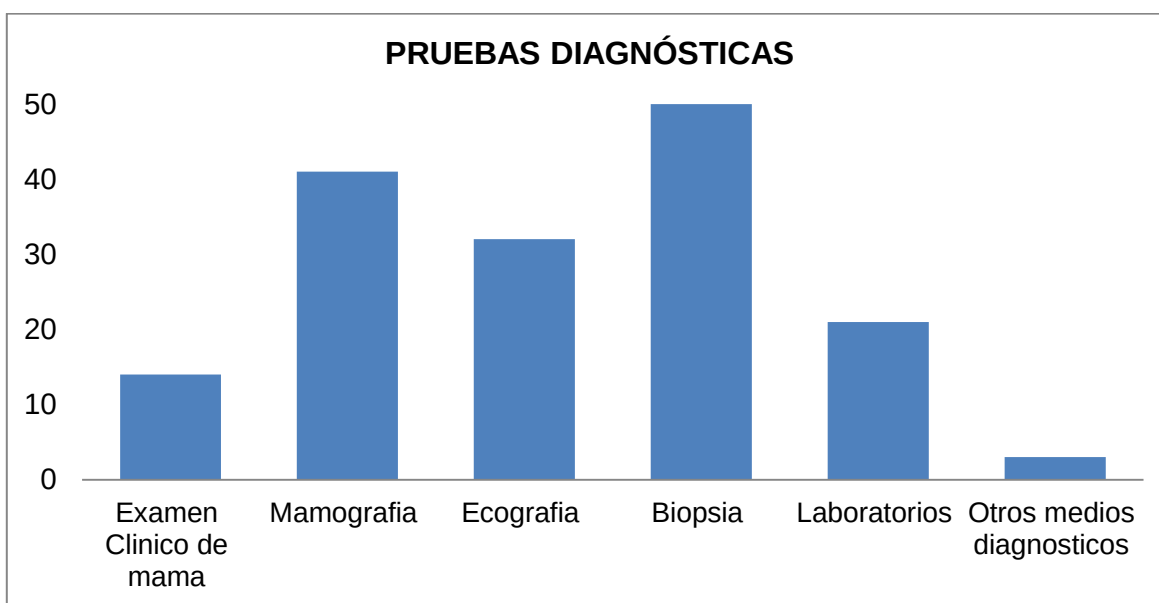
<i>En cuanto a pertinencia</i>		
• <i>Pertinentes</i>	33	66
• <i>Excesivos</i>	6	12
• <i>Difícil realización</i>	11	22
<i>En cuanto a oportunidad</i>		
• <i>Oportunos</i>	30	60
• <i>Inoportunos</i>	20	40
Limitaciones en el acceso al diagnóstico de cáncer de mama.		
<i>Si</i>	35	70%
<i>No</i>	15	30%
Limitaciones percibidas en el acceso al diagnóstico de cáncer de mama.		
• <i>Exámenes, consultas, procedimientos no disponibles en municipio de residencia.</i>	16	32
• <i>Costos excesivos para la realización de exámenes o impresiones diagnósticas.</i>	3	6
• <i>Información ofrecida de EPS para realización de trámites no fue clara.</i>	6	12
• <i>Aplazamiento de consulta o procedimientos.</i>	14	28
• <i>Horarios de atención no adecuados a disponibilidad de acceso.</i>	12	24
• <i>Retraso entrega de resultados</i>	1	2
• <i>Ninguno</i>	15	30

Observación: para la descripción de las siguientes variables: exámenes ordenados para el diagnóstico y limitaciones en el acceso al diagnóstico de cáncer de mama, se usó la frecuencia absoluta obtenida para cada caso y con este dato se realizó la descripción porcentual de la variable, la razón es que éstas preguntas presentaban más de una opción de respuesta, por esto al totalizar el porcentaje éste no sería igual al 100%.

Los factores relacionados con el sistema de salud muestran que al 100% de las mujeres se realizó una biopsia para su diagnóstico, en 46 (92%) de los casos los exámenes indicados para el diagnóstico de cáncer de mama corresponden a la combinación entre examen clínico de la mama, mamografía, ecografía, laboratorios y otros métodos complementarios; El 100% de las encuestadas fue remitida al especialista en oncología. El 60% de las mujeres no percibió que el profesional de salud hubiera subvalorado su condición de salud mientras que el 40% si percibió una subvaloración de su estado de salud. La calidad de la atención en salud fue valorada como buena para el 58%, excelente 26% y regular 16%. La valoración de los trámites administrativos en cuanto a pertinencia y oportunidad indican que en su mayoría las mujeres consideraron pertinentes los trámites con un 66% y oportunos con 60%. En general para el 30% de las encuestadas no se presentó ninguna limitante relacionada al sistema de salud

durante todo su proceso desde la detección del signo o síntoma hasta el diagnóstico, Sin embargo 70% de ellas si tuvieron algunas limitaciones relacionadas al sistema de salud. Dentro de estas limitaciones se destaca que para 16 (32%) de las personas se encontraron con que exámenes, consultas, procedimientos no estaban disponibles en municipio de residencia, 14 (28%) se les aplazó o canceló una consulta o procedimiento. Cabe resaltar que entre los resultados anteriores hubo 14 (28%) mujeres que mencionaron haber tenido una combinación de dos o más de estas situaciones.

Grafica N° 38. Exámenes ordenados para el diagnóstico.



** Las mujeres describen que examen o exámenes se le realizaron para la obtención del diagnóstico.*

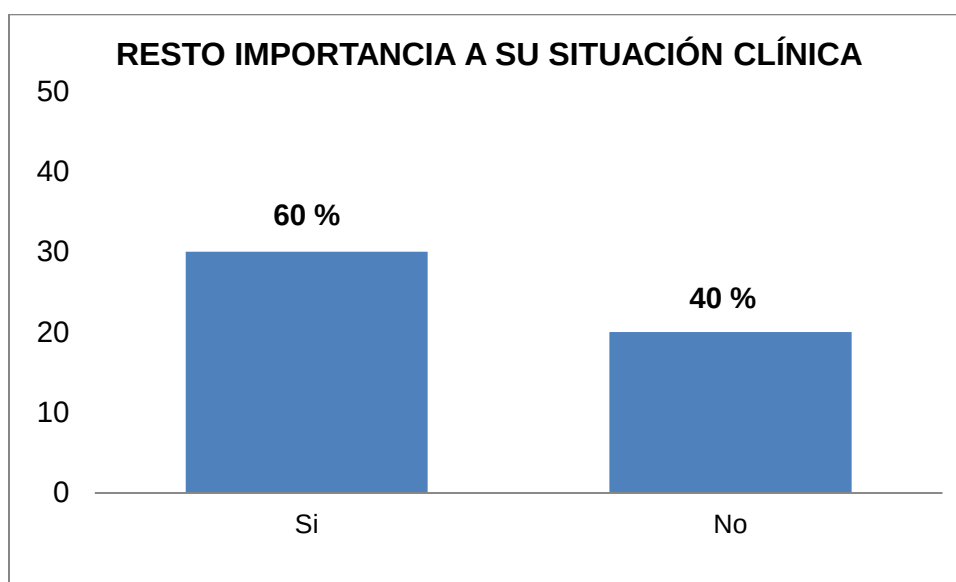
Respecto a los exámenes realizados para el diagnóstico a la totalidad de las encuestadas se le realizó biopsia (100%), a 41 de ellas le realizaron mamografía (82%), a 32 (64%) ecografía, a 21 (42%) les ordenaron paraclínicos de control y adicionalmente a 14 (28%) de ellas se les realizó un examen clínico de mama.

Grafica N° 39. Remisión a médico especialista.



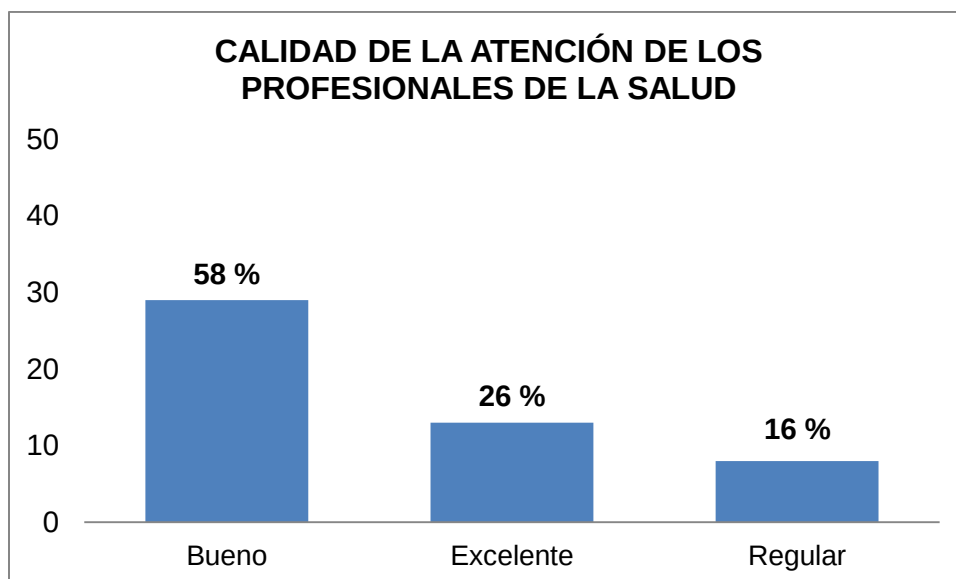
El 100% de las mujeres encuestadas, respondió que sí fueron remitidas al médico especialista, en este caso el oncólogo.

Grafica N° 40. Percepción atención de personal de salud a condición clínica



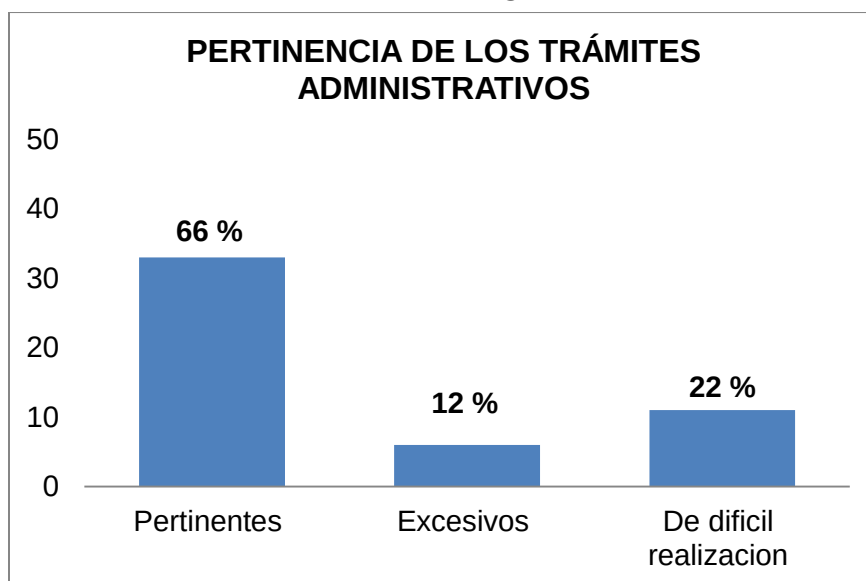
El 60% de las mujeres respondió que no sintió que el personal de salud le restara importancia a su situación médica. Sin embargo, un 40% sintió que en algún momento el personal de salud si le restó importancia a su condición de salud.

Grafica N° 41. Percepción de la calidad de atención brindada por los profesionales de salud involucrados en proceso de atención.



El 58% percibió que la calidad de la atención recibida de los profesionales de salud involucrados en su caso fue buena; el 26% afirmó que fue excelente y el 16% dijo que la calidad de la atención fue regular. Es decir, un 84% de las encuestadas tuvo una buena y excelente percepción de la calidad de la atención brindada por los profesionales de la salud involucrados en su proceso.

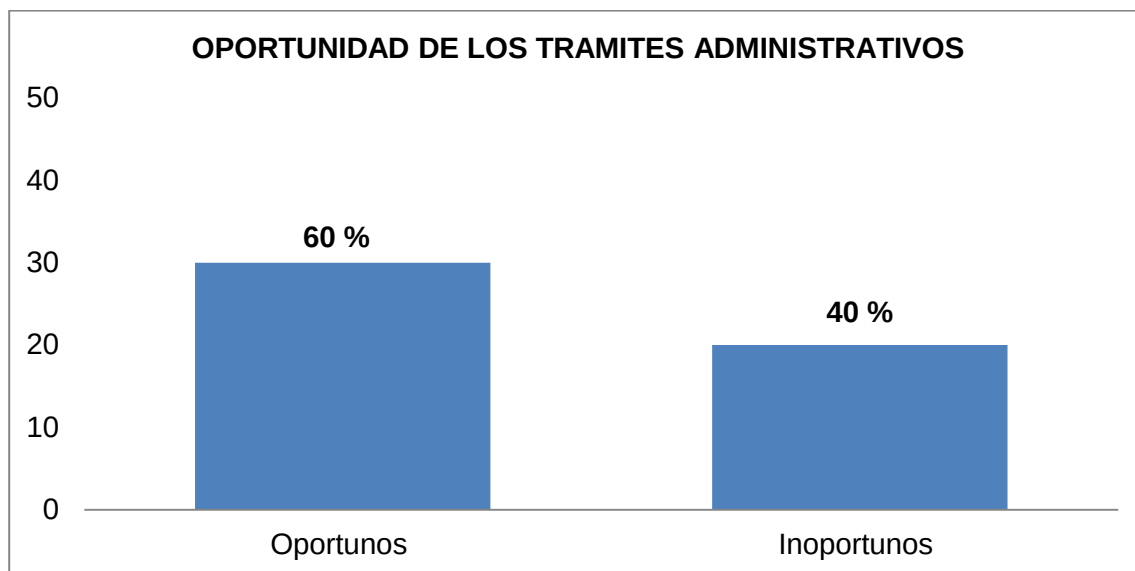
**Grafica N° 42. Valoración de trámites administrativos
PERTINENCIA**



Para el 66% de las mujeres consideró que los trámites administrativos fueron pertinentes para su proceso, para el 22% fueron de difícil realización y para el 12% fueron excesivos.

Grafica N° 43. Valoración de trámites administrativos

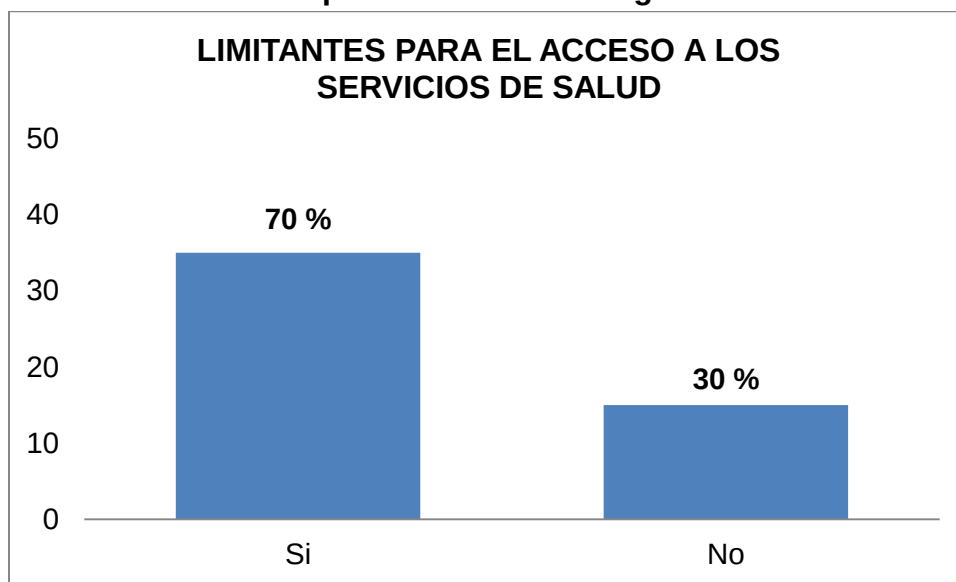
OPORTUNIDAD



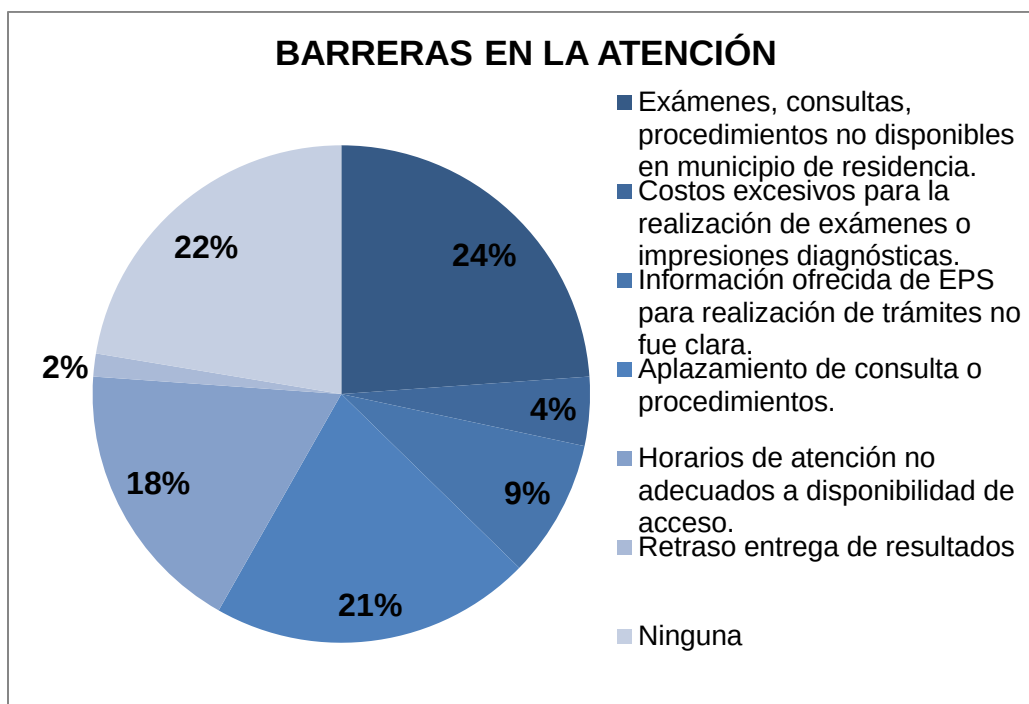
** Las mujeres evalúan los trámites administrativos desde la oportunidad y la pertinencia.*

Para el 60% de las mujeres los trámites administrativos fueron oportunos, mientras que para el 40% fueron inoportunos.

Grafica N°44. Limitaciones para el acceso a diagnóstico de cáncer de mama



Grafica N° 45. Percepción desde la primera consulta médica y el diagnóstico de cáncer de mama de las siguientes barreras en la atención.



En general para el 30% de las encuestadas no se presentó ninguna limitante relacionada al sistema de salud durante todo su proceso desde la detección del signo o síntoma hasta el diagnóstico, Sin embargo 70% de ellas si tuvieron algunas limitaciones relacionadas al sistema de salud. Dentro de esas limitaciones, del total de encuestadas, 16 (32%) los Exámenes, consultas, procedimientos no estaban disponibles en su municipio de residencia, 14 (28%) tuvo aplazamiento de la consulta o procedimientos, 12 (24%) refieren que los horarios de atención no eran adecuados a la disponibilidad de su tiempo, 3 (6%) manifestaron costos excesivos para la realización de exámenes o impresiones diagnósticas, 6 (12%) refieren que la Información ofrecida por la EPS para la realización de trámites no fue clara, sólo 1 (2%) tuvo retraso en la entrega de los resultados y 15 (30%) mujeres señalaron no haber tenido ninguna problema de los mencionados. Cabe resaltar que entre los resultados anteriores hubo 14 (28%) mujeres que mencionaron haber tenido una combinación de dos o más de estas situaciones.

10.7. TIEMPOS DE ATENCIÓN

Tabla N° 46. Tiempos de atención

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
-----------	------------	----------------

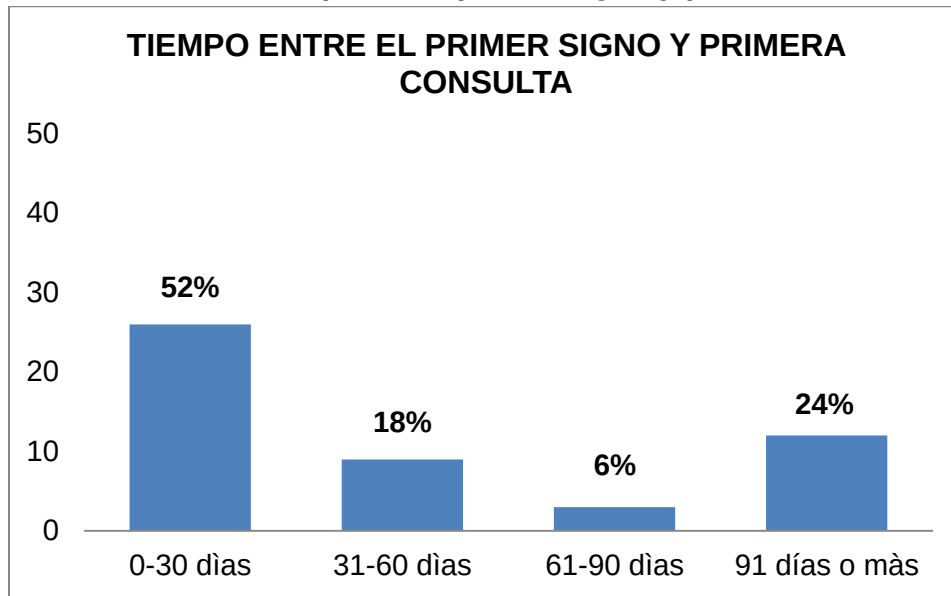
<i>Tiempo entre primer signo y primera consulta.</i>		
0-30 días	26	52
31-60 días	9	18
61-90 días	3	6
91 días o más	12	24
<i>Tiempo transcurrido desde la primera consulta médica hasta el diagnóstico de cáncer de mama.</i>		
0-30 días	16	32
31-60 días	13	26
61-90 días	4	8
91 días o más	17	34
<i>Tiempo entre la orden de los exámenes, la realización y la entrega de resultados.</i>		
0-30 días	27	54
31-60 días	13	26
61-90 días	2	4
91 días o más	8	16
<i>Tiempo transcurrido desde que solicitó la cita con especialista hasta que le dieron el diagnóstico de cáncer de mama.</i>		
0-30 días	29	58
31-60 días	9	18
61-90 días	6	12
91 días o más	6	12

Respecto a los tiempos de atención el 34% de las mujeres tuvieron un tiempo menor de 90 días desde que se detectó el primer signo o síntoma de alarma hasta el diagnóstico, sin embargo un 66% de las encuestadas fueron diagnosticadas en un tiempo mayor a 90 días.

El 52% de las mujeres acudieron a la primera consulta médica en un periodo menor de 30 días desde que detectaron el signo o síntoma de alarma, solo el 30% de ellas acudieron a la primera consulta después de los 60 días. El 32% de estas mujeres tuvieron un tiempo menor a 30 días desde la primera consulta médica hasta el diagnóstico, sin embargo 34% de las mujeres tuvieron un tiempo mayor a 90 días desde la primera consulta médica hasta el diagnóstico. Para el 54% el tiempo en la solicitud, realización y entrega de resultados de los exámenes para el diagnóstico (biopsia, mamografía, ecografía, etc.) fue menor de 30 días, mientras que para el 16% el tiempo fue mayor de 90 días.

Por último el 58% de las encuestadas tuvo un tiempo menor de 30 días desde que solicitó la cita con el especialista hasta que se le realizó el diagnóstico, solo el 12% tuvo un tiempo mayor de 90 días.

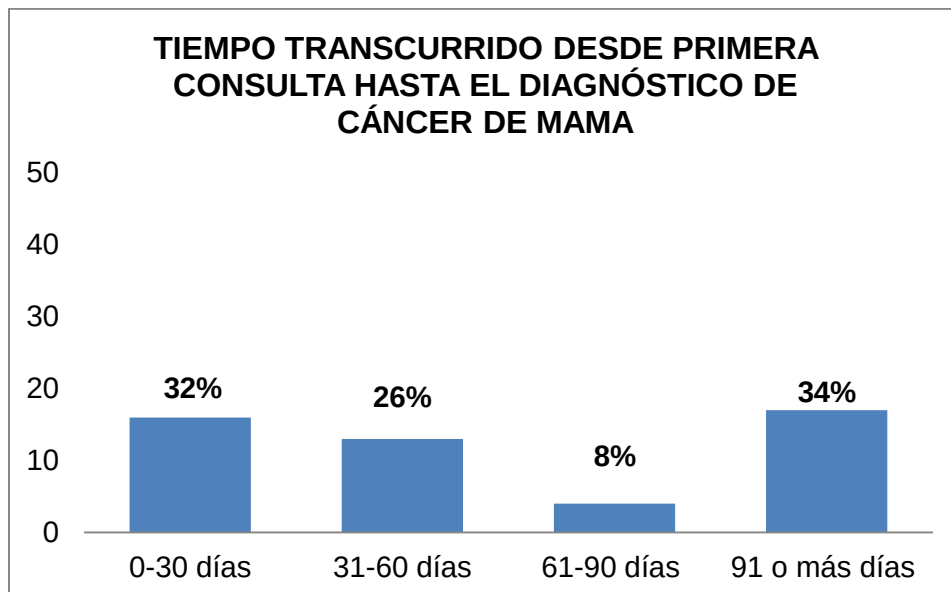
Grafica N° 47. Tiempo entre primer signo y primera consulta.



**Tiempo estimado desde que detectó el primer signo o síntoma de alarma hasta que acudió a los servicios de salud.*

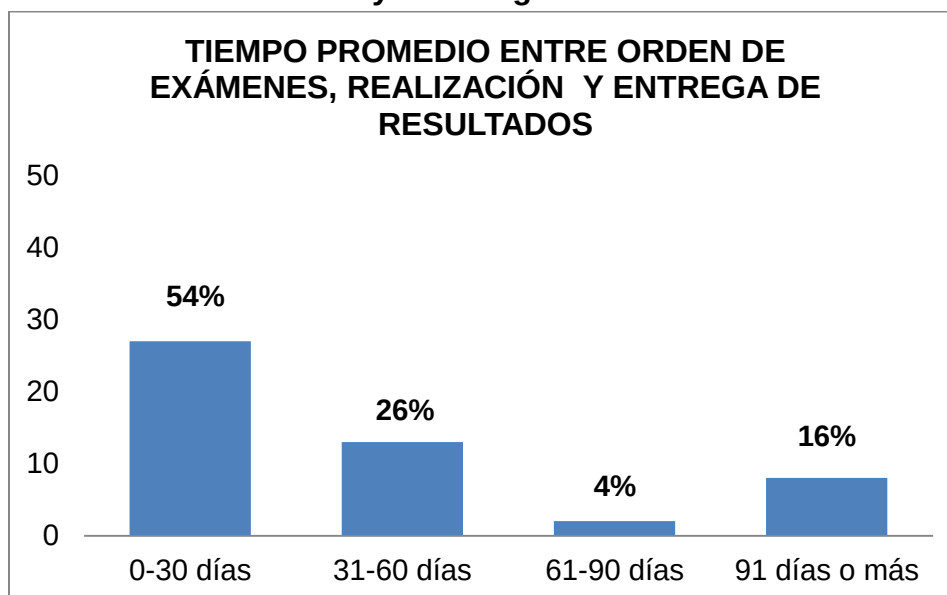
El 52% asiste a consulta médica en los primeros 30 días después de detectar el primer signo o síntoma de alarma; el 24% lo hace después de 90 días, el 18% va a consulta médica entre los 31 y 60 días y un 6% consulta entre los 61 y 90 días luego de la detección del signo o síntoma de alarma.

Grafica N° 48. Tiempo transcurrido desde la primera consulta médica hasta el diagnóstico de cáncer de mama.



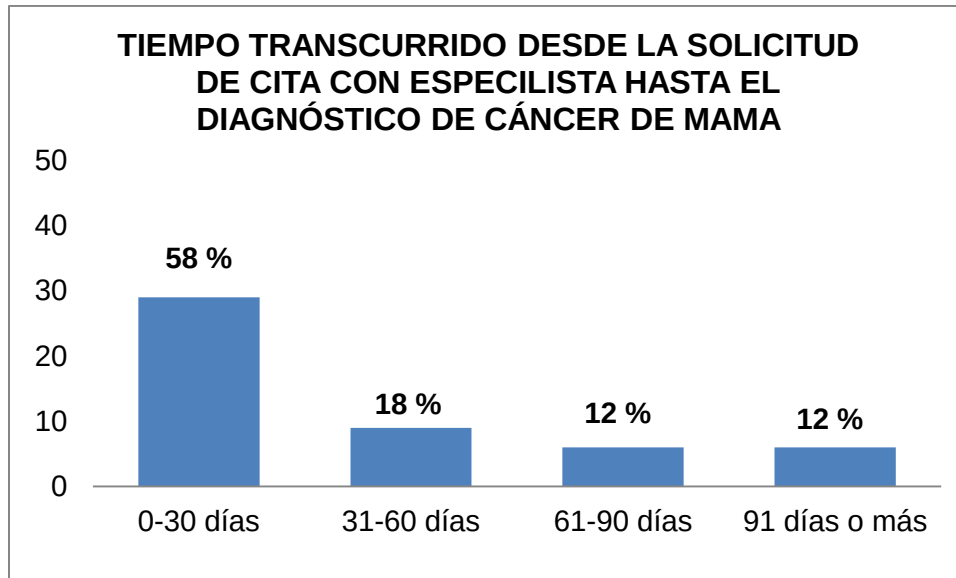
Del total de mujeres encuestadas, el 34% fue diagnosticada con cáncer de mama después de 90 días de la primera consulta médica; el 32% tuvo el diagnóstico en los primeros 30 días siguientes a la primera consulta; el 26% recibió el diagnóstico de cáncer entre los 31 y 60 días luego de la consulta médica y un 8% lo obtuvo entre los 61 y 90 días después de su primera consulta médica.

Grafica N° 49. Tiempo promedio entre la orden de los exámenes, la realización y la entrega de resultados.



Del total de mujeres encuestadas, el 54% afirmó que transcurrieron hasta 30 días en promedio entre la orden, realización y entrega de resultados de los exámenes, el 26% respondió que fueron entre 31 y 60 días; el 16% dijo que el tiempo de espera promedio fue de más de 90 días y el 4% respondió que transcurrieron en promedio entre 61 y 90 días. Es decir que 20% de las mujeres encuestadas tuvieron los resultados definitivos de su enfermedad después de los 60 días.

Grafica N° 50. Tiempo transcurrido desde que solicitó la cita con el especialista hasta que le dieron el diagnóstico de cáncer de mama.



El 58% de las mujeres respondió que pasaron hasta 30 días desde que solicitó la cita con el especialista hasta que le dieron el diagnóstico de cáncer de mama; 18% entre 31 y 60 días; el 12% entre 61 y 90 días y un 12% respondió que transcurrieron más de 90 días desde que solicitó la cita médica con el especialista hasta el diagnóstico del cáncer de mama. Es decir que el 24% de las mujeres tuvieron su diagnóstico definitivo después de los 60 días de haber pedido la consulta con el especialista.

11.DISCUSIÓN

La incidencia de cáncer de mama en Colombia ha ido en aumento en los últimos años, se atribuye como una de las causas posibles el mejoramiento en los sistemas de prevención y detección del cáncer; a pesar de los esfuerzos en materia de detección la tasa de sobrevivencia continúa siendo baja, se sigue detectando la enfermedad en estadios avanzados e identificando deficiencias en los servicios ofrecidos por el sistema de salud y barreras propias del individuo que aumentan la demora en el abordaje inicial. El análisis de los factores asociados a los tiempos de atención resulta importante pues permite generar acciones hacia una detección más oportuna y en estadios iniciales de la enfermedad garantizando un mejor pronóstico, tratamientos menos agresivos y una mejoría notoria en su calidad de vida.

En relación a los resultados obtenidos se encontró que el promedio de edad era de 55 años, y nivel de escolaridad básica secundaria, pertenecientes al régimen subsidiado, de estratos bajos, desempleadas, siendo la principal ocupación ama de casa, el 64% residían en la ciudad de Cali. Según los hallazgos encontrados en Bogotá por Piñeros y colaboradores donde la edad promedio de las mujeres era de 54 años y la mayoría tenían estudios de secundaria, el 70% eran de zona urbana,³⁷ datos muy similares a los obtenidos en este estudio, todo lo contrario a la información encontrada con relación a la afiliación al sistema de salud y el estrato socioeconómico donde la mayoría de la población pertenecía al régimen contributivo y al estrato 3 o más; esto puede ser atribuido a que la muestra poblacional del presente estudio era atendida en una Institución Prestadora de Salud del sector público, en la cual la mayoría de sus usuarios pertenecen al régimen subsidiado y a los estratos bajos de la población. Otros estudios como el realizado por Maghous A. et al señalan que el mayor porcentaje de las mujeres se encontraban desempleadas y la principal ocupación era ama de casa (74%) datos que corresponden con los encontrados en este estudio.³⁸

Con respecto a los factores asociados al individuo se encontró que la mayoría fue diagnosticada con cáncer de mama entre los 41 a 50 años, una edad promedio de 51 años, en concordancia con lo encontrado por Antonio Maffuz- azzis et al en su estudio realizado en México en el 2016 en donde la edad promedio al diagnóstico fue de 53 años.³⁹ En cuanto al estadio clínico al momento del diagnóstico al 40 % de las mujeres se les detectó el cáncer en un estadio localmente avanzado (IIB-III), mientras que 34% de mujeres desconocían el estadio del cáncer. Piñeros y cols., 2009 en su investigación describieron información muy similar, al 57.1% se le identificó en un estadio localmente avanzado (IIB-IIIC) mientras que el 7.1% no

tenía información sobre el estadio clínico.³⁷ El desconocimiento de las condiciones de salud, limitan desde el individuo a acudir prontamente a las opciones de tratamiento en el caso de tener ya el diagnóstico y acrecientan la morbilidad en estas mujeres por causa de la desinformación no solo antes de la enfermedad si no en el transcurso de esta.

Los principales factores relacionados con el individuo por los cuales las mujeres no asistieran a los servicios de salud cuando detectaron el síntoma de alarma fueron: el desconocimiento de la enfermedad, problemas con la EPS, negligencia del personal de salud y que no les dieron importancia a los síntomas. Cabe destacar que estos factores no se presentan de forma aislada debido a que muchas de las mujeres identificaron más de una de estas situaciones al mismo tiempo. En otros países como Marruecos se encontraron que los factores relacionados con la demora del paciente fueron: que no se atribuyen los síntomas al cáncer, miedo al diagnóstico y/o tratamiento del cáncer, limitaciones financieras, prioridades de la vida competitiva, vergüenza por hacerse un examen de los senos, uso de métodos tradicionales, etc. (Maghous A. et al.).³⁸

Otros estudios indican que factores individuales como las creencias y comportamientos asociadas a la falta de información y a la percepción distorsionada de la enfermedad conducen, en mayor o menor grado, a evitar el autoexamen de las mamas y restringen la demanda por la mamografía y por el examen clínico de las mamas en mujeres que viven en condición de pobreza limitando el acceso temprano a los servicios de salud y agudizando el problema.⁴⁰

En cuanto a los factores socioeconómicos, el (62%) de las mujeres pertenecían a la población de bajos recursos económicos, devengando menos de un salario mínimo legal mensual vigente en su mayoría y dependían económicamente de otras personas, donde la fuente de soporte económico más significativo en el estudio lo representan el cónyuge y la familia. Un estudio realizado en Antioquia concluyó que la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama fue menor, tanto en general como en el dominio físico, psicológico, social y del entorno, en quienes provenían de estratos socio-económicos bajos y pertenecían al régimen subsidiado de salud.⁴¹

Cabe señalar que para el 54% de las mujeres de este estudio los recursos económicos no fueron percibidos como una limitante para el acceso a los servicios de salud, incluso luego de que el 64% refieren que cambio su situación económica después de su diagnóstico de cáncer de mama, lo que resulta contrario según lo hallado por Burgess et al, en donde los ingresos inadecuados generaban presiones y ocupaciones que podrían distraer a los sujetos de buscar una atención

inicial en salud, y donde unos ingresos limitados podrían reducir la posibilidad de acceso a los servicios de salud.⁴¹

Ante el diagnóstico de cáncer de mama la mayoría de las mujeres no presentaron un cambio en la relación laboral. Para Molina Raquel et al, en su estudio, la estabilidad laboral y el poder incorporarse a un empleo supone para el paciente con cáncer un parámetro importante ya que implica una estabilidad económica y una “normalización” de su vida.⁴²

En cuanto a la distribución geográfica de la población se encontró que el 64% viven cerca al centro de referencia de salud (institución donde son atendidas en Cali), la mayoría de las participantes en el estudio reconoció limitantes en acceso de los servicios de salud, relacionados con la distancia y transporte entre el lugar de residencia y el lugar de atención en salud, estos se reconocen como barreras geográficas según un estudio realizado por Sánchez V Guillermo et al. en diferentes ciudades de Colombia.⁸ Sánchez dice que las barreras geográficas se mueven en dos escenarios principales: urbanas y rurales, afectadas por el contexto de atención central vs periferia que resultan en el fraccionamiento de los servicios ofrecidos, y obligan a las mujeres a realizar desplazamientos excesivos dentro de la ciudad o entre diferentes municipios además se mezclan las restricciones económicas, las dificultades de transporte y las condiciones de salud de las mujeres con cáncer de mama.

La búsqueda de atención de salud resulta en la necesidad de desplazamiento, teniendo en cuenta que el 80% utilizaban como medio de transporte principal los de servicio público (MIO, Bus intermunicipal, taxi) convirtiendo al transporte uno de los factores principales que intervienen a la hora de acceder a los servicios de salud, debido a la carga económica adicional que conllevan, muchas veces imposible de asumir por la población de sectores más vulnerables.

El apoyo social funciona como un determinante en el diagnóstico temprano de cáncer de mama en dos aspectos, en inicio la red de apoyo puede impulsar la búsqueda de atención en salud ante la presencia de un síntoma o signo de alarma, y posteriormente influirá en la continuidad en la búsqueda de atención, confirmación diagnóstica y tratamiento.

La totalidad de las encuestadas percibió la existencia de redes de apoyo, las cuales valoran como excelentes o buenas en la mayoría de los casos, los actores principales fueron la familia y amigos, que brindaron apoyo de tipo emocional, espiritual y económico. Las fuentes de apoyo menos significativas provienen del personal de salud y grupos de ayuda, donde una tercera parte percibieron algún tipo de apoyo por el personal de salud, y un bajo porcentaje percibió apoyo por

parte de organizaciones de ayuda, lo cual se asemeja a un estudio realizado en Medellín donde el 90,5% de las mujeres con cáncer de mama no habían recibido apoyo social por parte de alguna institución y manifestaron no tener conocimiento de la existencia de instituciones dedicadas a brindar este tipo de ayuda.⁴¹

El apoyo social influye en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama porque se asocia a mayor optimismo y con la utilización de estrategias de afrontamiento activo. Las personas optimistas tienen la creencia estable de que ocurrirán cosas positivas (Scheier & Carver, 1985) y son precisamente esas expectativas las que, a la hora de tener que enfrentar contratiempos, se traducen en esfuerzos por enfrentar el problema de modo activo y persistente (Ferrando et al., 2002).⁴³

La mayoría de las mujeres requirió el acceso a especialista en oncología y de la combinación de más de dos métodos diagnósticos, lo cual incrementa significativamente los tiempos; sobre todo para las mujeres de bajos recursos económicos y con sistema de salud subsidiado, donde la conjugación entre los trámites administrativos y la cobertura de un sistema de salud donde la demanda es superada por la oferta se constituye como una barrera real de acceso.

El estudio de Llerenas y colaboradores reflejó que las mujeres con un alto nivel socioeconómico generalmente informaron tiempos más cortos desde la recepción de los resultados de la mamografía sospechosa hasta la biopsia diagnóstica.⁴⁴

Las barreras de acceso identificadas con mayor frecuencia en las mujeres corresponden con exámenes no disponibles en municipio de residencia, aplazamiento de exámenes, consultas, procedimientos y horarios de atención no accesibles. En el estudio realizado por Guillermo Sanchez et.al las barreras propias del sistema se tipifican de acuerdo con el comienzo de las mismas: originadas en el asegurador, en el prestador y/o en el plan de beneficios. Las barreras impuestas por el asegurador están relacionadas con la contratación insuficiente de proveedores y prestadores (Contrato con IPS, laboratorios de diagnóstico, proveedores de medicamentos), y con los trámites para acceder a la atención.¹⁶ La cancelación de contratos con las empresas prestadoras y no suplir estas instituciones, es una de las dificultades más importantes.

La falta de disponibilidad de las tecnologías diagnósticas en los niveles de atención primaria es uno de los elementos de relevancia para el retraso en el diagnóstico, un estudio realizado en México indicó que la carencia de mamografos o aparatos de ultrasonidos es uno de los temas que las mujeres destacan en su proceso de detección y diagnóstico oportunos,¹⁷ lo cual resulta significativo

teniendo en cuenta que en nuestro estudio el 32% de las mujeres refirieron esta como una limitante para el diagnóstico.

En otro estudio realizado en Bogotá por Guillermo Sánchez, reportaron que al 26,4% de las mujeres entrevistadas se les negó algún servicio de salud durante el proceso de atención, hallaron además que el porcentaje de mujeres a las que se les negó algún servicio fue mayor en las mujeres con afiliación al régimen subsidiado de salud y con estratos socioeconómicos más bajos,¹⁸ lo que reafirma que las condiciones socioeconómicas son un factor clave en todo el proceso de atención y se convierte en muchas ocasiones en una limitante para el acceso a los servicios.

Una vez superada las barreras de acceso para la confirmación diagnóstica, se evaluó la calidad y la satisfacción de las participantes con la atención en los servicios de salud. Podemos definir la satisfacción del paciente como la diferencia entre sus expectativas y la percepción de la asistencia que ha recibido (calidad percibida). Resulta imprescindible conocer su opinión y detectar cuáles son los puntos fuertes de la asistencia, para poder potenciarlos, y cuáles son los puntos débiles de la misma, para establecer programas de mejora. En general hay una percepción positiva y optimista de la atención recibida por parte de los profesionales de salud y de la gestión administrativa. Es importante destacar que cerca del 40% de las mujeres manifestaron una subvaloración de su situación de salud, esto muy relacionado con lo hallado en México por Gustavo Nigenda estudio en el cual las participantes refirieron en sus testimonios que el médico al que acudieron le restó importancia a los signos detectados en la mama incluso al mostrarlo la mujer en la consulta.¹⁷

El desconocimiento general de la población juega un rol importante en este hallazgo, puesto que aunque la mayoría detecta limitantes no perciben estas como factores que determinan la calidad de la atención. Es ahí donde la educación puede constituirse como un factor protector en cuanto a que a mayor nivel educativo se tiene incrementan las oportunidades, mejora la capacidad de pago, fortalece la red de apoyo y en consecuencia conocen el sistema de salud y son capaces, por lo general, de hacer valer sus derechos.⁸

Respecto a los tiempos de atención, se encontró que las mujeres tuvieron un tiempo de atención similar al estudio realizado por Piñeros y colaboradores en Bogotá, la mayoría (66%) fueron diagnosticadas en un tiempo mayor a tres meses.³⁷ Según algunos autores se considera que el tiempo aceptable de una demora en la atención es de menos de 6 semanas o 42 días desde la primera detección del síntoma hasta que se vaya a iniciar el tratamiento.⁴⁵ En otro estudio realizado en un Hospital Público de Brasil encontraron que el tiempo de atención

promedio desde la consulta hasta la confirmación del diagnóstico fue de 142 días, alrededor de 4 meses,⁴⁶ algo similar a lo encontrado en este estudio.

En cuanto al tiempo entre la detección del signo de alarma y la consulta médica se presentaron demoras en el 30% de las participantes al igual que en el estudio realizado en Distrito Federal de Oaxaca en donde el tiempo desde los primeros síntomas hasta la consulta con un médico fue de 60 días.¹⁷ En otro estudio realizado en México se encontró que la mayoría de las mujeres consultaron dentro de los primeros 30 días. Estas demoras según lo plantean otros autores se dan por factores relacionados con el individuo como los abordados en este estudio.

Respecto al tiempo de atención entre la primera consulta médica hasta el diagnóstico el 34% tuvo un tiempo mayor a 90 días, un resultado similar al hallado en Bogotá por Piñeros donde la mediana de tiempo fue de 91 días para esta fase de la atención.³⁵ En cuanto al tiempo de solicitud, realización y entrega de exámenes y pruebas diagnósticas (mamografía y biopsia) fue menor de 30 días para el 54% de las encuestadas en nuestro estudio, algo similar a lo informado por Ángeles-Llerenas en México donde el promedio de tiempo para estos exámenes fue de 31 días.⁴⁴ Sin embargo, esta variable en los estudios encontrados no se tenía en cuenta y en el contexto de nuestro sistema de salud se hace significativo estimar el tiempo promedio de esta, pues contribuye al tiempo de espera para la confirmación diagnóstica.

Finalmente otra fase importante hacia la instauración de un diagnóstico es la atención por un médico especialista que para este estudio tuvo un tiempo menor de 30 días en el 58% de las mujeres, este tiempo se puede considerar corto en contraste con lo hallado por Priscila Galvão en Brasil donde uno de los tiempos que más causó demora en todo el proceso de atención en salud para el diagnóstico fue la consulta médica con el servicio especializado el cual tuvo una media de 46 días.⁴⁶

Es importante destacar que dentro de todo lo hallado en el estudio se identificó que las demoras en la instauración de un diagnóstico no pueden ser atribuidas a una sola causa, por el contrario se observó que es un proceso multicausal, en el cual la relación del nivel educativo, las oportunidades de acceso laboral e ingresos económicos influyen considerablemente en el acceso a los servicios de salud para.

Como recomendaciones para asegurar que las mujeres accedan al diagnóstico oportuno de cáncer de mama, la guía europea de calidad del cribado mamográfico recomienda que desde que se obtenga un resultado anormal en la mamografía y hasta que se realicen las pruebas de valoración adicional no transcurran más de 5

días, y que desde que se realicen las pruebas de valoración adicional y hasta que se comuniquen los resultados finales tampoco transcurran más de 5 días.⁴⁷

Las creencias sobre la salud adquiridas culturalmente pueden constituir un obstáculo formidable para el diagnóstico temprano, y deben abordarse en primer término la concientización y el acceso, tanto para diseñar los estudios como para poner en marcha nuevos programas relacionados con la detección, el diagnóstico o el tratamiento del cáncer.⁴⁷ Para hacer un diagnóstico temprano además se ha reconocido la importancia de que el médico y el personal de enfermería del primer nivel de atención realicen las actividades de prevención primaria y secundaria, así como la detección de factores de riesgo, examen clínico de mama, mamografía e información educativa a las mujeres, incluyendo la enseñanza de la autoexploración mamaria que les permita acudir al médico oportunamente y puedan tomar decisiones informadas.⁴⁸

12. CONCLUSIONES

Según los resultados encontrados en el presente estudio se concluye que en el cáncer de mama existen factores individuales, demográficos y del sistema de salud que se relacionan directamente con un diagnóstico tardío y la detección en estadios avanzados de la enfermedad.

A partir de lo observado en el estudio se encontró que afrontar una enfermedad crónica como el cáncer de mama implica grandes cambios a nivel, emocional, físico, familiar, económico, social, laboral, difíciles de afrontar en muchas ocasiones por las mujeres y su familia que implican un esfuerzo conjunto por parte de los profesionales de salud para brindar atención y apoyo en todo su proceso de atención.

El funcionamiento del sistema de salud colombiano no brinda garantía de la oportunidad y calidad en la atención, pues pese a los esfuerzos de la normatividad vigente para realizar diagnósticos de forma precoz que permitan tratamientos más rápidos y menos lesivos para las pacientes; esto aún no se ve reflejado en la atención real de las personas con cáncer quienes por sus condiciones socioeconómicas siguen reconociendo un déficit en el sistema de salud, pero culturalmente se siguen aceptando estos problemas lo que impide el empoderamiento de la comunidad en el ejercicio de sus derechos que favorezcan el proceso de atención en salud.

Este estudio permitió evidenciar una correlación con el perfil sociodemográfico descrito a nivel de Latinoamérica y que el panorama en la atención a la persona con cáncer de mama es muy similar a lo encontrado en otros estudios en diferentes ciudades del país y en Latinoamérica, lo que lleva a pensar que existe un componente socioeconómico característico de los países en vía de desarrollo que determina el acceso a los servicios de salud.

La muestra seleccionada fue una muestra homogénea; respecto a la validez del estudio, este puede considerarse válido internamente debido a que la muestra se seleccionó teniendo en cuenta los lineamientos planteados inicialmente, además se dio información detallada por parte de los investigadores sobre las preguntas y opciones de respuesta del instrumento de encuesta, lo cual permitió a las encuestadas comprender a qué se referían los diferentes ítems, por consiguiente se pudo realizar una adecuada recolección de la información. En alusión a la validez externa es necesario mencionar que la muestra del estudio es pequeña, por lo cual se hace difícil la extrapolación de los resultados a otras poblaciones.

Para el análisis estadístico del estudio se utilizó la técnica univariada, en la que se describe variable por variable del instrumento.

Limitaciones del estudio

Cabe mencionar que el presente estudio contó con algunas limitaciones, como lo fue una muestra pequeña para realizar la investigación, esto debido a que el programa AIMMA cuenta con una base de datos de aproximadamente 200 pacientes y la mayoría vive por fuera de la ciudad lo que impidió el acceso a los encuentros programados para el desarrollo de las encuestas, otras no pudieron asistir debido situaciones económicas o por encontrarse en el momento en su tratamiento de quimioterapia o radioterapia, además hubo inconvenientes para el contacto telefónico con las pacientes registradas en las bases de datos, lo cual dificultó reunir la muestra rápidamente.

Presumimos que el conocimiento y percepción subjetiva de las mujeres respecto a los tiempos de atención pudo influir en los resultados del estudio, enmascarar información de relevancia y conducir a factores de error en la toma de los datos.

13.RECOMENDACIONES

Resulta necesario realizar estudios con poblaciones más amplias que abarquen aspectos cuantitativos y cualitativos respecto a las barreras en el acceso al diagnóstico y que profundicen en la percepción de la mujer frente al proceso de atención y los aspectos relacionados con la atención por parte del sistema de salud, puesto que la literatura nacional e internacional al respecto al tema es escasa. Además es importante indagar la relación entre las variables estudiadas, a través de estudios bivariados para obtener una visión más amplia de la problemática detrás del diagnóstico tardío de cáncer de mama.

Se deben aumentar los esfuerzos por garantizar que la atención al paciente oncológico sea con calidad, calidez y trato digno asegurando la continuidad de la atención, educando y protegiendo los derechos de esta población, no solo para que la percepción de apoyo social sea mejor, sino para realmente aportar en el logro de una atención humana y equitativa que contribuya en la supervivencia de la mujer con cáncer de mama.

Se hace necesario indagar acerca del soporte social que están brindando las entidades del estado para proveer los recursos para las mujeres que son diagnosticadas, no experimentan barreras de acceso que impidan obtener un tratamiento oportuno.

14. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos especialmente a las mujeres que aceptaron compartir su experiencia y alentaron con su testimonio a otras para participar en este estudio. Al programa AIMMA de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, que apoya a pacientes con cáncer, y su directora Luzmila Hernandez; a nuestras familias por su apoyo a lo largo de este proceso.

15. REFERENCIAS

1. Fernández Pérez MD, Regueira Betancourt SM, Torres Fernández M. Factores de riesgo modificables en algunos tipos de cáncer. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [revista en Internet]. 2016 [citado 2018 Jun 12]; 41(11):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/940>
2. Ospina M, Huertas J, Montaña J, Rivillas J. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia [Internet]. Scielo.org.co. 2018 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n2/v33n2a13.pdf>
3. Cáncer de mama: prevención y control [Internet]. Who.int. 2018 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
4. Yoffe de Quiroz Ita. Retardo en el diagnóstico de los pacientes con cáncer. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)* [Internet]. 2005 [citado 2018 Jun 05]; 38(1-2): 22-28. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181689492005001000003&lng=en.
5. CDC-Riesgo de cáncer de mama por edad [Internet]. Cdc.gov. 2018 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/statistics/age.htm>
6. Knaut F, Arreola-Ornelas H, Velázquez E, Dorantes J, Méndez Ó, Ávila Burgos L. El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. SCIELO. 2018 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800019&lng=es&nrm=iso&tlng=es#ModalArticles
7. Acuña L, Sanchez P, Soler L, Valderrama F, Daza M, Moreno L et al. Boletín de información técnica especializada Volumen 3 Número 17 [Internet]. Cuentadealtocosto.org. 2018 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Boletin_Dia_Mundial_cancer_de_mama.pdf
8. Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública Medellín* 2014; 32(3): 305-313
9. Plan nacional para el control de cáncer en Colombia 2012-2020. Ministerio de salud y protección social. Instituto Nacional de Cancerología. 2012 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf>.

10. Cancer Stat Facts: Female Breast Cancer [Internet]. National Cancer Institute. Surveillance, epidemiology, and end results program. 2018 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>
11. Cancer today. Estimated Number of deaths, females, worldwide in 2012 [Internet]. International Agency for Research on Cancer. 2018 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?mode=cancer&mode_population=continents&population=900&sex=2&cancer=29&type=1&statistic=0&prevalence=0&color_palette=default
12. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado Fedesalud, Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Colombia 2013.
13. Mariño M. Cáncer de mama en Colombia [Internet]. Revistamedicina.net. 2014 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/107-5/366>
14. Cancer today. Estimated Number of deaths, females, Colombia in 2012 [Internet]. International Agency for Research on Cancer. 2018 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?mode=cancer&mode_population=continents&population=170&sex=2&cancer=29&type=1&statistic=0&prevalence=0&color_palette=default
15. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011. Primera edición. Bogotá. D.C. Instituto Nacional de Cancerología, 2015, v.1. p. 148
16. Nigenda Gustavo, Caballero Marta, González-Robledo Luz María. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2009 Ene [citado 2018 Jun 05]; 51(Suppl 2): s254-s262. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800016&lng=es.
17. Sánchez Guillermo, Niño Carlos Gustavo, Estupiñán Carolina. Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá. Biomédica [Internet]. 2015 Dec [citado 2018 Jun 05]; 35(4): 505-512. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572015000400008&lng=en.<http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i4.2378>.
18. Bravo L, García L, Carrascal E, Rubiano J. Burden of breast cancer in Cali, Colombia: 1962-2012 [Internet]. Scielosp.org. 2018 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500012&lng=en#ModalArticles
19. Flores Álvarez M. La importancia de la detección oportuna del cáncer de mama [Internet]. Tanatologia-amtac.com. 2018 [citado 2018 Jun 05].

- Disponibile en: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/142%20La%20importancia.pdf>
20. Molano-Tobar N, Varela P. Percepción acerca del cáncer de mama en un grupo de mujeres de un hospital en Popayán, Colombia [Internet]. *Revistas.una.ac.cr*. 2018 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/mhsalud/article/view/9014/10542>
 21. Unger-Saldaña Karla, Infante-Castañeda Claudia. Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2009 Ene [citado 2018 Jun 05]; 51(Suppl 2): s270-s285. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800018&lng=es.
 22. Martínez J, Gómez V. Cáncer de mama y cuello uterino [Internet]. *Hosusana.gov.co*. 2018 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: <http://www.hosusana.gov.co/sites/default/files/u1/capacitacion/PRO%20Cancer%20de%20mama%20y%20cuello%20uterino.pdf>.
 23. Mesa G, Matute G, Estrada M, Ocampo A, Restrepo C, Estrada J. Cáncer mamario en hombres [Internet]. *Scielo.org.co*. 2011 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n4/v26n4a7.pdf>.
 24. Piñeros M, Sánchez J. Detección temprana del cáncer de mama: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia [Internet]. *Academia.edu*. 2005 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: https://www.academia.edu/20052205/Detecci%C3%B3n_temprana_del_c%C3%A1ncer_de_mama_aspectos_cr%C3%ADticos_para_un_programa_de_tamizaje_organizado_en_Colombia *Early detection of breast cancer critical aspects for an organized screening programme in Colombia*
 25. Ministerio de salud. Dirección general de promoción y prevención. Norma Técnica para la detección temprana del cáncer de seno. [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Norma%20t%C3%A9cnica%20alteraciones%20del%20adulto.pdf>.
 26. Instituto Nacional de Cancerología, Recomendaciones para la tamización y la detección temprana del cáncer de mama en Colombia, Bogotá: INC, 2006.
 27. Ceballos-García G, Giraldo-Mora C. “Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama [Internet]. *Aquichan.unisabana.edu.co*. 2011 [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1897/2473>.
 28. Traldi MC, Galvão P, Morais SSd, Fonseca MRCdC. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2016 [citado 2018 Jun 05];24(2):185-91

29. Breast Cancer Treatment and Prognostic [Internet]. National Cancer Institute. [citado 2018 Jun 05]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq>
30. Sociedad Americana de Cáncer. Cancer Facts & Figures 2015 [citado 2018 Jun 05]; Disponible en: <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2015/>.
31. Mujra M, Dahlui M, C Yip, Taib. Delays in time to primary treatment after a diagnosis of breast cancer: does it impact survival? *Medicina Preventiva*. 2012 Dic 14 [citado 2018 Jun 05]; 56: 222-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23234860>.
32. Angus J, K Miller, Pulfer T, McKeever P. Studying delays in breast cancer diagnosis and treatment: critical realism as a new foundation for inquiry. 2006 Jul [citado 2018 Jun 05]; 33 (4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16858449>.
33. Ojala K, Meretoja T, J Mattson, Salminen-P Peltola, Leutola S, M Berggren, Leidenius M. The quality of preoperative diagnostics and surgery and their impact on delays in breast cancer treatment - A population based study. (Edimburgo, Escocia). 2016 Mar 29 [citado 2018 Jun 05]; 26: 80-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27017246>.
34. Ashing-Giwa K, Padilla G, Tejero J, Kraemer J, Wright K, Coscarelli A, Clayton S, Williams I, Hills D. Understanding the breast cancer experience of women: A qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2004 Jun 10 [citado 2018 Jun 05]; 13(6):408–28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15188447>.
35. Vega Angarita O.M., González Escobar D.S. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 Jun [citado 2018 Jun 05]; (16). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es.
36. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García O, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Pública De México* [serial en Internet]. (2011, Nov), [citado 2018 Mar 18]; 53(6): 478-485. Disponible en: Business Source Complete.
37. Maghous A, Rais F, Ahid S, Benhmidou N, Bellahamou K, Loughlimi H et al. Factors influencing diagnosis delay of advanced breast cancer in Moroccan women [Internet]. *bmccancer.biomedcentral.com*. 2016 [citado 2018 Mar 16]. Disponible en: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-016-2394-y>
38. Antonio Maffuz-Aziz, Sonia Labastida-Almendaro, Aura Espejo-Fonseca, Sergio Rodriguez-Cuevas Clinical and pathological features of breast

- cancer in a population of Mexico. *Cirugía y Cirujanos (English Edition)*, Volume 85, Issue 3, May–June 2017, Pages 201-207. [citado 2018 Jun 05]. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000974111630069X>
39. Peres Rodrigo Sanches, Santos Manoel Antônio dos. *Cáncer de mama, pobreza y salud mental: respuesta emocional a la enfermedad en mujeres de camadas populares*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. 2007 Oct [citado 2018 Mayo 18] ; 15(spe): 786-791. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000700012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700012>.
 40. Zapata C; Romero H. *Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia*. *Revista Panamericana de Salud Pública*. (2009). [citado 2018 Mar 26]; Disponible en:
https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892010000700002&script=sci_abstract&tlng=es#ModalArticles
 41. Molina, Raquel; Feliu, Jaime. *La reinserción laboral: un nuevo reto en el paciente con cancer*. *Psicooncología; Madrid Tomo 8, N.º 1, (2011): 45-51*. [citado 2018 May 18]; Disponible en:
<https://search.proquest.com/openview/b363370a0d1242deba31e63479da149a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=54850>.
 42. Mera, Paulina C, & Ortiz, Manuel. (2012). *La Relación del Optimismo y las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama*. *Terapia psicológica*, 30(3), 69-78.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300007>
 43. Llerenas A, Torres G, Lazcano E, Uscanga S, Mainero F, Hernández J, Morales E, Hernández M. *Effect of care-delivery delay on the survival of Mexican women with breast cancer*. *Salud Pública Mex*. 2016 Apr; 58(2):237-50. [citado 2018 May 1]. Disponible en:
https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000200237&lng=en&nrm=iso&tlng=en#
 44. Dalwai E, Buccimazza I. *System delays in breast cancer*. *South African Journal of Surgery* 2015. [citado 2018 May 06]. Disponible en:
<https://www.ajol.info/index.php/sajs/index>
 45. Traldi Maria Cristina, Galvão Priscila, Morais Sirlei Siani de, Fonseca Márcia Regina Campos da Costa. *Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde*. *Cad. saúde colet*. [Internet]. 2016 June [citado 2018 Jun 06] ; 24(2): 185-191. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000200185&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600020026>.
 46. Molina-Barceló A, Salas Trejo D, Miranda García J. *Original: Satisfacción de las mujeres con la duración del proceso de valoración adicional en el*

- cribado mamográfico. *Gaceta Sanitaria* [serial en Internet]. (2011, Ene 1), [citado 2018 Mar 23]; 25357-362. Disponible en: ScienceDirect.
47. Benjamin O. Anderson, et al. *Breast Cancer in Limited-Resource Countries: Health Care Systems and Public Policy. The breast journal*. 2006. [citado 2018 May 6]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1075-122X.2006.00203.x>
48. Torres L, Vladislavovna Doubova S. *Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención* [Internet]. Medigraphic.com. 2006 [citado 2018 Mar 18]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im072i.pdf>

16. ANEXOS

1. Acta de aprobación n° 016-016

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 016 - 016

Proyecto: **"VIVENCIAS DE MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CANCER DE MAMA."**
Sometido por: **VÍCTOR HUGO QUINTERO/ MELVA PATRICIA OCAMPO/LUZMILA HERNÁNDEZ S.**

Código Interno: **118-016** Fecha en que fue sometido: **05 09 2016**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica que:**

1. Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

☒ Resumen del proyecto	☒ Protocolo de investigación
☒ Formato de consentimiento informado	☒ Instrumento de recolección de datos
☐ Folleto del investigador (si aplica)	☒ Cartas de las instituciones participantes
☐ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)	

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo:**

☐ SIN RIESGO ☒ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

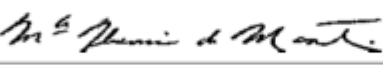
7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:

- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

8. Informará inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:

- Lesiones a sujetos humanos .Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.

- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:  Fecha: 24 02 2017
Nombre: **MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ**
Capacidad representativa: **PRESIDENTA** Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle

Firma:  Fecha: 24 02 2017
Nombre: **ADALBERTO SÁNCHEZ G.**
Capacidad representativa: **VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD** Teléfono: 5185680

2. Consentimiento informado



Consentimiento Informado

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN ENTRE EL PRIMER SÍNTOMA DE ALARMA Y EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA.

Nosotros MARIA ALEJANDRA CORTES PERDOMO, OSCAR MIGUEL VELA VELA, MARGARITA ROSA TREJOS CARVAJAL Y ANA MARÍA ARCILA QUIÑÓNEZ, en el marco de la Asignatura TRABAJO DE GRADO, bajo la asesoría de la profesora LUZMILA HERNANDEZ, estamos realizando una pasantía de investigación que tiene por objetivo: *"Identificar los Factores que influyen en el tiempo de atención entre el primer síntoma de alarma y el diagnóstico de cáncer de mama en mujeres mastectomizadas pertenecientes al programa AIMMA (Atención Integral de las Mujeres con cáncer de Mama) de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle"*.

La participación en la investigación es voluntaria e incluye la realización de una encuesta la cual podrá ser diligenciada de manera presencial o telefónica con una duración aproximada de veinte minutos. Si no desea participar, no tendrá ninguna consecuencia para usted ni para su familia. Adicionalmente, después de iniciado el estudio, usted podrá retirarse en cualquier momento y por cualquier razón mediante solicitud verbal o escrita.

Los datos proporcionados por usted serán registrados por los investigadores pero no se incluirá su nombre; se le asignará un código a la encuesta que contiene la información proporcionada por usted, es decir su nombre no se dará a conocer en ningún momento, esto le garantiza que nadie se enterara de lo que usted contestó en la entrevista. La información recolectada solamente será utilizada para la investigación y los resultados serán utilizados únicamente con fines académicos. Solicitamos su autorización para utilizar la información recolectada en el desarrollo de la investigación y similares futuras, previa aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

Su participación no le representará riesgos físicos, psicológicos, sociales, legales o de otro tipo; es posible que algunas de las preguntas la puedan incomodar, pero usted es libre de negarse a responder a cualquier pregunta que no desee responder. Aclaramos que su participación en la investigación no le generará ningún beneficio económico ni le implica gastos adicionales. Además, usted cuenta con el derecho a conocer los resultados obtenidos con la

investigación. Usted recibirá copia de este documento. Si desea mayor información, puede comunicarse con Maria Alejandra Cortes Perdomo teléfono 3186236244, Ana Maria Arcila Quiñonez teléfono 3126165030, Oscar Miguel Vela Vela teléfono 3153604070 y Margarita Rosa Trejos Carvajal 3206097176, Comité de Ética de la Universidad del Valle, Facultad de Salud teléfono 518 56 77. Con mucho gusto atenderemos sus dudas y/o sugerencias.

Agradecemos su colaboración.

Ciudad: _____ fecha: _____ Yo, _____,
con cédula de ciudadanía número: _____ de: _____, confirmo que
he leído y comprendido la siguiente información: Conozco el objetivo y propósito que se
llevarán a cabo en esta investigación. Mi participación en esta investigación es completamente
libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento. No recibiré
beneficio económico de ninguna clase por la participación en este proyecto de
investigación. Mi nombre y datos personales serán tratados confidencialmente.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de
manera libre y espontánea.

Firma participante: _____

Cédula de ciudadanía: _____

Testigos:

Testigo 1 _____

Cédula de ciudadanía: _____

Testigo 2 _____

Cédula de ciudadanía: _____

Firma investigadores:

Ana María Arcila

Alejandra Cortes

Margarita Trejos

Oscar Miguel Vela

3. Encuesta

ENCUESTA: FACTORES QUE INTERVIENEN EN LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN ENTRE EL PRIMER SIGNO O SÍNTOMA DE ALARMA Y EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA.

No. de encuesta: _____

Nombre del investigador: _____

Fecha: _____

Hora inicio: _____

Hora finalización: _____

Código del participante: _____

I. DATOS PERSONALES

1) Edad: _____

2) Ciudad _____ **de** _____ **residencia:** _____

3) Escolaridad:

- a) Primaria incompleta
- b) Primaria completa
- c) Secundaria incompleta
- d) Secundaria completa
- e) Técnico
- f) Tecnólogo
- g) Universitaria
- h) No estudió

4) Seguridad social

- a) Régimen subsidiado
- b) Régimen contributivo
- c) Régimen especial
- d) Vinculado
- e) No tiene

5) Nombre de la EPS _____

6) Estado civil

- a) Soltera
- b) Unión libre
- c) Casada

- d) Separada
- e) Viuda

7) Estrato socioeconómico

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) 6

8) Ocupación:

9) Tiene alguna discapacidad

- a) Si
 - b) No
- Cuál:

10) Credo que profesa

II. FACTORES DEL INDIVIDUO (EMOCIONALES, CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y EXPERIENCIAS PREVIAS, ACTITUDES, CONDUCTAS).

1. Indique cuánto tiempo transcurrió desde que identificó el primer signo o síntoma de alarma en la mama hasta que acudió a la primera consulta médica.

- A. 0-29 días.
- B. 30-59 días.
- C. 60-89 días.
- D. 90 días o más.

2. Edad al momento del diagnóstico de cáncer de mama.

3. Estadío clínico del tumor al momento del diagnóstico

- A. I

- B. II
- C. IIA
- D. IIB
- E. III
- F. IIIA
- G. No sabe.

4. Si transcurrió un tiempo mayor a un mes desde que identificó el primer signo o síntoma de alarma hasta que acudió al servicio de salud, indique cuáles de los siguientes aspectos impidieron acercarse inicialmente a la consulta de salud.

- A. Poca información sobre la enfermedad.
- B. Creencias y mitos alrededor de la enfermedad.
- C. Miedo al diagnóstico e intervenciones.
- D. No les dio importancia a los síntomas y dejó pasar el tiempo.
- E. No presentó síntomas.
- F. Problemas con la EPS.
- G. Negligencia del personal de salud.
- H. Otro

¿cuál?

5. Considera que tuvo el tiempo necesario para acceder de manera oportuna al servicio de salud:

- A. Si
- B. No

6. Si la respuesta anterior fue NO mencione cuál cree fue la razón principal por la que el tiempo no era el necesario:

- A. No era una prioridad para usted
- B. Obligaciones en el hogar
- C. Cuidado de un familiar
- D. Las horas de trabajo no lo permitían
- E. Otro ¿cuál?

III. FACTORES GEOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS (SITUACIÓN ECONÓMICA, FACILIDAD DE ACCESO, LUGAR DE RESIDENCIA)

7. ¿Cuál era su ingreso económico mensual al momento de la detección del primer signo y/o síntoma de alarma? 1SMMLV= 737,717.00 COP

- A. Menos de un salario mínimo
 - B. 1-2 salarios mínimos
 - C. 3-4 salarios mínimos
 - D. más de 5 salarios mínimos
8. **¿Dependía económicamente de alguien desde que identificó el primer signo o síntoma hasta diagnóstico del cáncer?**
- A. Si
 - B. No
9. ***Si la respuesta anterior fue SI, indique de quien:***
- A. Cónyuge
 - B. Familia
 - C. Amigos
 - D. Hospital
 - E. Otros ¿Cuál? _____
10. **¿Considera que los recursos económicos que tenía al momento de la detección del primer signo o síntoma de alarma fueron para usted una limitante para el acceso al servicio de salud?**
- A. Si
 - B. No
- ¿Porque?
- _____
11. **¿Si tenía empleo, mencione si su empleador facilitó su proceso de salud? (Citas médicas, exámenes, trámites administrativos, incapacidades, etcétera)**
- A. Si
 - B. No
12. **¿Cambio su relación laboral en el proceso de diagnóstico del cáncer?**
- A. Si
 - B. No
13. **¿Cambio su situación económica en el proceso de diagnóstico de cáncer de mama?**
- A. Si
 - B. No
- ¿Porque?
- _____
14. **Cree que alguna de estas situaciones pudieron llegar a ser limitantes en el diagnóstico**
- A. Distancia entre su hogar y el servicio de salud al que debía acudir
 - B. Inseguridad en su comunidad o el lugar del servicio de salud
 - C. Transporte (facilidad de acceso y costos)

D. Otra: _____

15. Considera que su lugar de residencia es un factor limitante para el acceso a los servicios de salud

- A. Si
- B. No

16. ¿Qué medios de transporte requiere para acceder a los servicios de salud?

- A. Puede llegar caminando
- B. Bicicleta
- C. Vehículo particular (carro, moto)
- D. Vehículo público (carro, moto)
- E. Bus
- F. Barco
- G. Avión

IV. FACTORES SOCIALES (APOYO FAMILIAR, SOCIAL, CULTURAL, RELIGIOSO)

17. ¿Considera que recibió apoyo de otras personas desde que identificó el primer signo o síntoma hasta el diagnóstico?

- A. Si
- B. No

18. ¿Qué personas le brindaron apoyo durante el proceso con la enfermedad?

- A. Familia
- B. Amigos
- C. Vecinos
- D. Grupo religioso
- E. Personal de salud
- F. Organizaciones de ayuda
- G. Otros

¿Cuál?

19. ¿Qué tipo de apoyo le han brindado? _____

- A. Emocional
- B. Espiritual
- C. Económico
- D. Informativo
- E. Otro ¿cuál? _____

20. ¿Cómo considera que ha sido el apoyo que ha recibido?

- A. Excelente
- B. Bueno
- C. Regular
- D. Malo

21. ¿Dependía de que alguien la acompañara a los servicios de salud?

- A. Si
- B. No

22. Cómo percibe el apoyo recibido por parte del equipo de salud en la atención de su condición

- A. Excelente
- B. Bueno
- C. Regular
- D. Malo

**V. FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE SALUD.
(ADMINISTRATIVA, ASISTENCIAL)**

23. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde la primera consulta médica hasta el diagnóstico de cáncer de mama?

- A. 0-29 días
- B. 30-59 días.
- C. 60-89 días.
- D. 90 días o más.

24. ¿Le ordenaron algún tipo de exámenes para el diagnóstico? Cuáles:

- A. Examen clínico de mama.
- B. Mamografía.
- C. Ecografía.
- D. Biopsia.
- E. Exámenes de laboratorio
- F. Otros ¿Cuáles?

25. ¿Cuál fue el tiempo promedio entre la orden de los exámenes, la realización y la entrega de resultados?

- A. 0-29 días
- B. 30-59 días.
- C. 60-89 días.
- D. 90 días o más.

26. Fue remitida al médico especialista.

A. Si

B. No

¿Cuál? _____

27. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que solicitó la cita con el especialista hasta que le dieron el diagnóstico de cáncer de mama?

A. 0-29 días

B. 30-59 días.

C. 60-89 días.

D. 90 días o más.

28. ¿Sintió que en algún momento el personal de salud le restó importancia a su situación de salud?

A. Si

B. No

29. Describa la calidad de la atención brindada por los profesionales de salud involucrados en su proceso.

A. Excelente

B. Buena

C. Regular

D. Mala

30. Considera usted que los trámites administrativos fueron:

1) Pertinentes

A. Acorde a su necesidad

B. Correspondiente para la situación

C. Apropriados

D. Excesivos

E. De difícil realización

2) Oportunos

A. A tiempo

B. Inoportunos

C. Desacertado

D. Inadecuados

31. ¿En algún momento desde la primera consulta médica y el diagnóstico de cáncer de mama percibió problemas en alguno o algunas de las siguientes situaciones?

- A. Exámenes, consultas o procedimientos no estaban disponibles en el municipio de residencia
- B. Costos excesivos para la realización de exámenes e impresiones diagnósticas
- C. Retraso en la entrega de los resultados de las pruebas
- D. Información ofrecida por su EPS para realización trámites y exámenes no era clara
- E. Aplazamiento de la consulta o procedimiento por parte del profesional o de la empresa prestadora de salud.
- F. Horarios de atención en la EPS no se adecuaban a su posibilidad de acceso

OBSERVACIONES

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN Y SU TIEMPO.