



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud

“Tiempos de atención y barreras percibidas para el retraso en el diagnóstico de pacientes con cáncer cervicouterino atendidas en el INCAN”

T E S I S

Qué para optar por el grado de:
Maestra en Ciencias

Presenta:
Bianca Itzel Farías Hernández

Directora de tesis:
Karla Unger Saldaña
Instituto Nacional de Cancerología

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. Junio 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*“Quizá muchas veces no sabes lo que quieres, pero siempre
sabes lo que no quieres.”*

♥ YHAR

AGRADECIMIENTOS

A mí, por insistir, persistir, resistir y no desistir.

A *mi abue*, quién me enseñó el amor más puro y sincero. Te adelantaste cuando apenas comenzaba esta historia, pero eres la estrella más brillante que ilumina mi camino, te extraño demasiado y te dedico este logro con todo mi amor. Hasta siempre!

A *mi padre*, gracias por enseñarme que la vida es una rueda de la fortuna. He aprendido mucho de los golpes, y hoy más que nunca puedo decir que: “soldado advertido no muere en guerra”. Gracias por tu apoyo incondicional y por ser mi ejemplo. Te amo.

A *mi madre*, por las palabras que me hicieron extender las alas: “Nosotros ya cumplimos. De ahora en adelante, lo que quieras, va por tu cuenta”. No sabes cómo resuena esta frase en mi cabeza cuando el mundo se viene abajo, es la mejor herencia. Gracias, por tanto. Te amo.

A *mi hermana Ale*, mi amor chiquito, mi compañera de vida, mi cómplice. Gracias por tus ánimos, tu esfuerzo, tu dedicación y tu compañía a cada paso que doy. No soy tu ejemplo, tú eres mi inspiración y para ti, mi infinito amor.

A *Yoshi*, mi universo sin fin. Gracias por creer en mí, por tu apoyo incondicional, por estar siempre conmigo en las buenas, en las malas y en las peores. “Juntos somos amor, y el amor todo lo puede”. Te amo.

A *mis colegas Dayan, Samantha y Ariel* quiénes formaron parte de esta gran etapa en mi vida. Gracias por sus risas, sus ánimos y su compañía. Más que amigos, son mi nueva familia por elección y por convicción.

A la *Dra. Karla Unger*, por su calidad de ser humano, por aceptarme cuando todos me dieron la espalda, por sus enseñanzas, por su dedicación y por su amor incondicional a la ciencia. Mi más sincero respeto y admiración.

Tabla de contenidos

Resumen:.....	7
Introducción.....	8
CAPÍTULO I.....	10
1. Antecedentes.....	10
1.1 Generalidades del cáncer cérvicouterino	10
1.2 Diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer cérvicouterino	12
1.3 Niveles de prevención del cáncer cervicouterino	14
1.4 Importancia epidemiológica del cáncer cérvicouterino.....	16
<u> 1.5 Retraso en la atención médica del cáncer cérvicouterino.....</u>	<u>19</u>
1.5.1 Intervalos de tiempo en la atención del cáncer cervicouterino	19
1.5.2 El impacto del retraso en el pronóstico del cáncer cérvicouterino.....	21
1.5.3 Barreras asociadas a retraso en cáncer cérvicouterino	22
i. Barreras en el intervalo de la paciente.....	23
ii. Barreras en el intervalo de diagnóstico.....	25
CAPÍTULO II.....	26
2 MARCO CONCEPTUAL:.....	26
2.1 Significado de la enfermedad	26
2.2 Etapas en el proceso de enfermar	28
<u> 2.3 Conducta de la Enfermedad</u>	<u>29</u>
2.3.1 Perspectiva histórica de la Conducta de la Enfermedad.....	30
i. Sick role o papel del enfermo	30
ii. The impaired role o papel deteriorado	31
iii. Illness behaviour o Conducta de la Enfermedad.....	32
iv. Conducta Anormal de la Enfermedad	33
v. Modelo de sentido común o de autorregulación.....	34
2.3.2 La conducta de la enfermedad en la actualidad.....	34
2.3.3 Factores que determinan la conducta de la enfermedad.....	35
Modelo conceptual.....	38
CAPITULO III.....	40

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE
PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

3.	Planteamiento del problema.....	40
3.1	Preguntas de investigación:	41
4.	Objetivo General:	41
CAPITULO IV		42
5.	METODOLOGÍA.....	42
5.1	Diseño de la investigación:.....	42
5.2	Población de estudio:.....	42
5.3	Criterios de selección de la población de estudio:	43
5.3.1	Criterios de inclusión:.....	43
5.3.2	Criterios de exclusión:	43
5.3.3	Criterios de eliminación:.....	43
5.4	Lugar donde se realizó el estudio:	44
5.5	Cálculo muestral:.....	44
5.6	Conceptualización y operacionalización de las variables	46
5.7	Procedimientos:.....	51
5.8	Cuestionario	52
5.9	La prueba piloto.....	53
6.	Análisis:.....	54
7.	Consideraciones éticas:	54
CAPÍTULO V		55
8.	Resultados	55
CAPÍTULO VI		69
9.	Discusión.....	69
9.1	Limitaciones del estudio.....	72
9.2	Implicaciones	72
10.	Conclusión.....	75
11.	Referencias Bibliográficas	76
ANEXOS		80

Índice de Cuadros

Cuadro 1 Estadificación de cáncer cérvicouterino según la Federación Internacional de Ginecología y obstetricia _____	13
Cuadro 2 Niveles de prevención en cáncer cérvicouterino _____	16
Cuadro 3 Tasas ajustadas de incidencia y mortalidad (por 100,000 mujeres) en cáncer cérvicouterino por continentes y por nivel de ingresos _____	17
Cuadro 4 Porcentaje de diagnósticos por etapa clínica en cáncer cérvicouterino _____	22
Cuadro 5 Características de las pacientes fallecidas _____	56
Cuadro 6 Características sociodemográficas _____	59
Cuadro 7 Identificación del problema y características clínicas _____	61
Cuadro 8 Comparación categórica de los intervalos de atención _____	63
Cuadro 9 Interpretaciones de las pacientes acerca de sus síntomas _____	65
Cuadro 10 Conocimientos y prácticas de tamizaje _____	66
Cuadro 11 Barreras percibidas en el intervalo paciente _____	66
Cuadro 12 Barreras percibidas por mujeres con retraso diagnóstico mayor a un mes _____	67
Cuadro 13 Utilización de Servicios de Salud _____	68

Índice de Figuras

Figura 1 Historia Natural del Cáncer Cérvicouterino _____	15
Figura 2 Intervalos de atención médica en cáncer _____	20
Figura 3 Diagrama del proceso: inclusión, exclusión y eliminación de la investigación _____	57
Figura 4 Gráfica de cajas y bigotes para intervalos de atención médica _____	63
Figura 5 Curva Kaplan Meier de intervalo diagnóstico estratificado por etapa clínica _____	64

Anexos

Anexo 1 Consentimiento Informado _____	80
Anexo 2 Cuestionario de cáncer cérvicouterino _____	83

Resumen:

El cáncer cérvicouterino (CaCu) es el segundo tumor maligno más frecuente en las mujeres mexicanas. Esta enfermedad es prevenible y curable en etapas tempranas, sin embargo, en México la mayoría de los casos se diagnostican en etapas avanzadas. El diagnóstico avanzado se debe a una combinación de: 1) falta de participación de la población en programas de tamizaje, 2) problemas de calidad de los programas de tamizaje, y 3) retrasos en la atención médica de pacientes sintomáticos y/o con estudios de tamizaje anormales. **Objetivo General:** Documentar los intervalos de atención e identificar las principales barreras percibidas en los intervalos de atención por las mujeres con CaCu que recibieron atención oncológica en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan). **Métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo. A través de una entrevista, se recabaron las fechas clave para estimar los intervalos de atención, así como las características sociodemográficas de las pacientes, sus percepciones, sus conocimientos y la utilización de los servicios de salud. Seis meses después de la aplicación de la entrevista se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes para obtener las fechas de confirmación de diagnóstico, así como datos clínicos de interés. **Resultados:** La mediana entre la identificación del problema y la búsqueda de atención médica (intervalo paciente) fue de 23 días. La mediana del intervalo de diagnóstico fue de casi 3 meses (73 días). Sólo el 19% de las pacientes fueron diagnosticadas en estadios tempranos de la enfermedad. Las barreras percibidas más importantes fueron: la creencia de que el problema iba a desaparecer solo en el intervalo paciente y la falta de dinero para pagar consultas o estudios en el intervalo de diagnóstico. **Conclusión:** En las mujeres con CaCu atendidas en el INCan, el retraso diagnóstico fue más largo que el retraso en la paciente, y debido a que la información al respecto es insuficiente y deficiente, es necesario dar continuidad y seguir investigando el retraso en la atención médica del CaCu.

Introducción

Actualmente en México las neoplasias malignas son una de las principales causas de mortalidad. El cáncer cérvico-uterino (CaCu) es, después del cáncer de mama, la neoplasia más frecuente y que más muertes ocasiona entre las mujeres de 25 a 54 años. A pesar de ser potencialmente detectable en etapas tempranas con supervivencia superior al 95%, la mayoría de estas pacientes en México son diagnosticadas en etapas avanzadas, con pocas probabilidades de control a largo plazo. Esto probablemente es consecuencia de los retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, los tiempos de atención de pacientes con CaCu no han sido documentados en México.

Esta tesis documentó los tiempos de atención y las principales barreras percibidas por las pacientes con CaCu para postergar la búsqueda de atención ante la identificación del problema y para recibir la confirmación del diagnóstico con oportunidad. Formó parte de un proyecto mayor financiado por CONACYT, denominado: ***“Tiempos y barreras para la atención médica de pacientes con cáncer de mama, cérvix, próstata y testículo”***.

Esta tesis está se compone por seis capítulos:

En el primer capítulo se aborda de manera general la historia natural del CaCu. Posteriormente, se presenta la importancia epidemiológica del cáncer cervicouterino en el contexto nacional e internacional para dar cuenta de la magnitud de esta enfermedad. Finalmente, se conceptualiza al retraso en la atención médica; y se enlistan las principales barreras encontradas en la literatura que favorecieron el retraso en la atención médica.

En el segundo capítulo figura el marco conceptual del cual partió esta investigación. Se señalan aspectos como: el significado de enfermar y las etapas en el proceso de enfermar. Finalmente, se desarrolla el modelo de conducta de la enfermedad o illness behaviour, donde se explica la forma en la que el individuo entiende y vive su enfermedad.

En el capítulo número tres se encuentran el planteamiento del problema, el objetivo general y las hipótesis. En el cuarto capítulo se desarrolla la parte metodológica de esta tesis. Aquí se encuentra el diseño de la investigación, la población de estudio y los criterios de selección empleados. Además, se detalla el lugar donde se realizó el estudio, el cálculo

muestral y la operacionalización de las variables de interés. Posteriormente se describen los procedimientos específicos que se llevaron a cabo para alcanzar los objetivos planteados.

En el capítulo cinco se presentan los resultados obtenidos de la investigación. Se describen las características sociodemográficas y clínicas de la población estudiada, la duración de los intervalos de atención médica, así como las principales barreras percibidas por las pacientes dentro los intervalos de atención (intervalo de la paciente e intervalo de diagnóstico).

Finalmente, en la sexta parte de esta investigación, se encuentra la discusión y las principales conclusiones. Se discuten los resultados obtenidos, se enlistan las principales limitaciones y, se detallan las posibles implicaciones de la investigación. Por último, se emiten las direcciones a futuro y se da una conclusión final.

CAPÍTULO I

1. Antecedentes

En esta sección se presentan las generalidades sobre el cáncer cervicouterino para dar contexto sobre la enfermedad. Se da cuenta de la importancia epidemiológica del cáncer cervicouterino a través de datos duros recabados de literatura nacional e internacional para mostrar la magnitud de la enfermedad. Finalmente se describe la importancia del retraso en la atención médica del cáncer cervicouterino dando cuenta de los intervalos de atención, la importancia del retraso en el pronóstico de la enfermedad y las barreras presentes en el retraso.

1.1 Generalidades del cáncer cérvicouterino

El cáncer cérvicouterino (CaCu), se define como una neoplasia¹ de origen multifactorial que se produce en la zona de transición de la unión escamocolumnar del cuello uterino² [1] a partir de lesiones precursoras posterior a una infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) en presencia de otros cofactores [2].

Para entender la evolución del CaCu es preciso conocer la historia natural de esta enfermedad (HNE). Ésta consta de 2 períodos: el período pre patogénico y el período patogénico. El período pre patogénico se caracteriza por la ausencia de la enfermedad y la interacción entre el agente, el huésped y el medio ambiente. En el CaCu el agente más frecuente es el VPH, el huésped es la mujer y el medio ambiente incluye: los factores de riesgo presentes en el huésped y los factores sociales propios del huésped como se observa en la **Figura 1**.

El período patogénico es aquel dónde se desarrolla y culmina la enfermedad. El CaCu inicia cuando la mujer es infectada con el VPH (factor de riesgo más frecuente) tras el contacto

¹ **Neoplasia:** término que se utiliza en medicina para designar una masa anormal de tejido (tumor), compuesto por células cancerígenas que se multiplican de manera anormal.

² **Zona de transición de la unión escamocolumnar del cuello uterino:** es el punto donde confluyen los dos epitelios que conforman al cérvix (cilíndrico y escamoso). Es el sitio donde se localiza con mayor frecuencia el CaCu.

sexual [3]. Al ocurrir la infección, se desencadenan una serie de cambios anormales en las células del cuello uterino que se conocen como **displasia cervical**. La displasia cervical se puede presentar a cualquier edad y aunque no es cáncer, se considera como una lesión precancerosa que si no se diagnostica y se trata a tiempo puede evolucionar a un cáncer invasor[3, 4].

Cabe destacar que, las lesiones precancerosas son fáciles de diagnosticar por medio de una citología cervical, sin embargo, cuando las células pre malignas no son diagnosticadas y tratadas a tiempo, éstas pueden continuar creciendo y expandirse dentro del grosor del epitelio cervical. Como se observa en la **Figura 1**, de acuerdo con el grosor del epitelio cervical comprometido, las neoplasias intraepiteliales cervicales clasifican en diferentes tipos [3]:

- 1) NIC I es una displasia leve que se encuentra predominantemente en las capas celulares superficiales.
- 2) NIC II es una displasia moderada que además de comprometer las células superficiales involucra células de la capa basal.
- 3) NIC III es una displasia severa (carcinoma in situ) en la que hay invasión de todas las capas celulares del epitelio cervical.

No todas las neoplasias intraepiteliales progresan a un cáncer invasor. Las displasias leves o moderadas (como NIC I y NIC II) pueden permanecer como displasias por cierto tiempo y presentar regresión total hacia un epitelio normal. Si estas lesiones no se detectan y tratan a tiempo, existe el riesgo de que continúen evolucionando hasta llegar a la fase de transformación irreversible, donde el cáncer invasor amenaza la vida de la paciente [3, 4].

Habitualmente el proceso de transformación de displasia leve a cáncer invasor es un proceso lento, que puede tardar hasta 15 años en desarrollarse y desencadenar la presentación de síntomas[5]. Como se observa en la **Figura 1** en estadios iniciales de la enfermedad, las mujeres son asintomáticas. Los síntomas se van presentando conforme las células anormales van destruyendo el epitelio cervical normal. Primero pueden aparecer manifestaciones clínicas como: hemorragia (poscoital³, intermenstrual⁴, posmenopáusica⁵), flujo vaginal. A medida que la enfermedad avanza, pueden aparecer síntomas como

³ **Hemorragia poscoital:** sangrado después del acto sexual.

⁴ **Hemorragia intermenstrual:** sangrado anormal entre períodos menstruales

⁵ **Hemorragia posmenopáusica:** aparición de sangrado tras el cese de la menstruación

hematuria⁶, hematoquezia⁷, pérdida de peso, fatiga, dolor crónico en pelvis o hemorragias masivas que reflejan invasión del cáncer a otros órganos.

1.2 Diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer cérvicouterino

El diagnóstico del CaCu incluye el examen físico de los genitales femeninos que se acompaña de una citología cervical, la cual, es el método de elección para la detección oportuna de lesiones precancerosas[4]. Actualmente y adicional a la citología cervical, se realiza una prueba de tipificación de VPH que determina si la mujer ha sido infectada por las cepas 16 o 18 del VPH que provocan cáncer. Si la citología y la prueba de VPH resultan anormales, se sugiere una colposcopia donde se visualizan las áreas afectadas del cérvix con el colposcopio⁸. Finalmente, se requiere de una biopsia para establecer el diagnóstico definitivo de cáncer cérvicouterino [4].

Una vez que la paciente ha sido diagnosticada con cáncer cervical, se procede con la estadificación clínica. La estadificación permite establecer la ubicación y la diseminación del CaCu en cada paciente para así estimar el pronóstico y decidir el tratamiento. El sistema de estadificación más aceptado para el cáncer cérvicouterino en la práctica médica internacional es aquel propuesto por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). La determinación de la etapa clínica se hace mediante una tomografía para definir: el tamaño del tumor, la afectación vaginal o parametrial, la extensión a vejiga y/o recto y la metástasis a distancia. En el **Cuadro 1** se muestra la estadificación FIGO.

⁶ **Hematuria:** sangre en la orina

⁷ **Hematoquezia:** sangre fresca en heces que indica sangrado en colon

⁸ **Colposcopio:** microscopio que ofrece una imagen a detalle y agrandada de las células del cuello uterino y la vagina. El colposcopio no se inserta en el cuerpo de la mujer y no es doloroso.

Cuadro 1 Estadificación de cáncer cérvicouterino según la Federación Internacional de Ginecología y obstetricia

Estadio	Características
IA	Cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión se limita al estroma ⁹ medida con un máximo de 5 mm de profundidad y 7 mm de extensión horizontal.
IA1	La invasión medida en el estroma no supera 3 mm de profundidad y 7 mm de diámetro.
IA2	La invasión medida en el estroma está entre 3 y 5 mm de profundidad y no supera 7 mm de diámetro.
IB	Las lesiones clínicas se limitan al cérvix. Toda lesión macroscópicamente visible incluso con una invasión superficial es un cáncer de estadio IB
IB1	Lesiones clínicas con tamaño máximo de 4 cm
IB2	Lesiones clínicas con tamaño superior a 4 cm.
IIA	Ninguna afección parametrial ¹⁰ evidente. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina.
IIB	Afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.
IIIA	Ninguna extensión en la pared pelviana, pero afección del tercio inferior de la vagina.
IIIB	Extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.
IVA	Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos.
IVB	Extensión a los órganos distantes.

Adaptado de:[6, 7]

El conocimiento del estadio es indispensable para decidir el tratamiento y estimar el pronóstico de la paciente. Se considera que las pacientes con CaCu avanzado (estadios IB2 a IVB) tienen una mayor tasa de recurrencia y una peor supervivencia en comparación con las pacientes en estadios tempranos (estadios IA a IB1)[8].

El tratamiento del CaCu depende principalmente de 2 factores: el estadio del cáncer y el estado general de salud de la paciente. En general se utiliza una combinación de 3 tipos de tratamiento para este cáncer: la radioterapia¹¹, la quimioterapia¹² y la cirugía. La propuesta quirúrgica puede incluir: criocirugía¹³, cirugía con láser o histerectomía¹⁴ según las necesidades de la paciente y el avance de la enfermedad. En los estadios avanzados del CaCu comprendidos en las etapas IB2 a IVB el tratamiento quirúrgico es radical, y suele

⁹ **Estroma:** sustancia fundamental de un órgano que sostiene los elementos celulares que lo conforman.

¹⁰ **Parametrial/Parametrios:** Conjunto de estructuras que unen el útero a las paredes de la pelvis.

¹¹ **Radioterapia:** terapia que utiliza rayos X para eliminar células de cáncer.

¹² **Quimioterapia:** combinación de fármacos para destruir las células cancerosas.

¹³ **Criocirugía:** método de eliminación del cáncer por congelamiento.

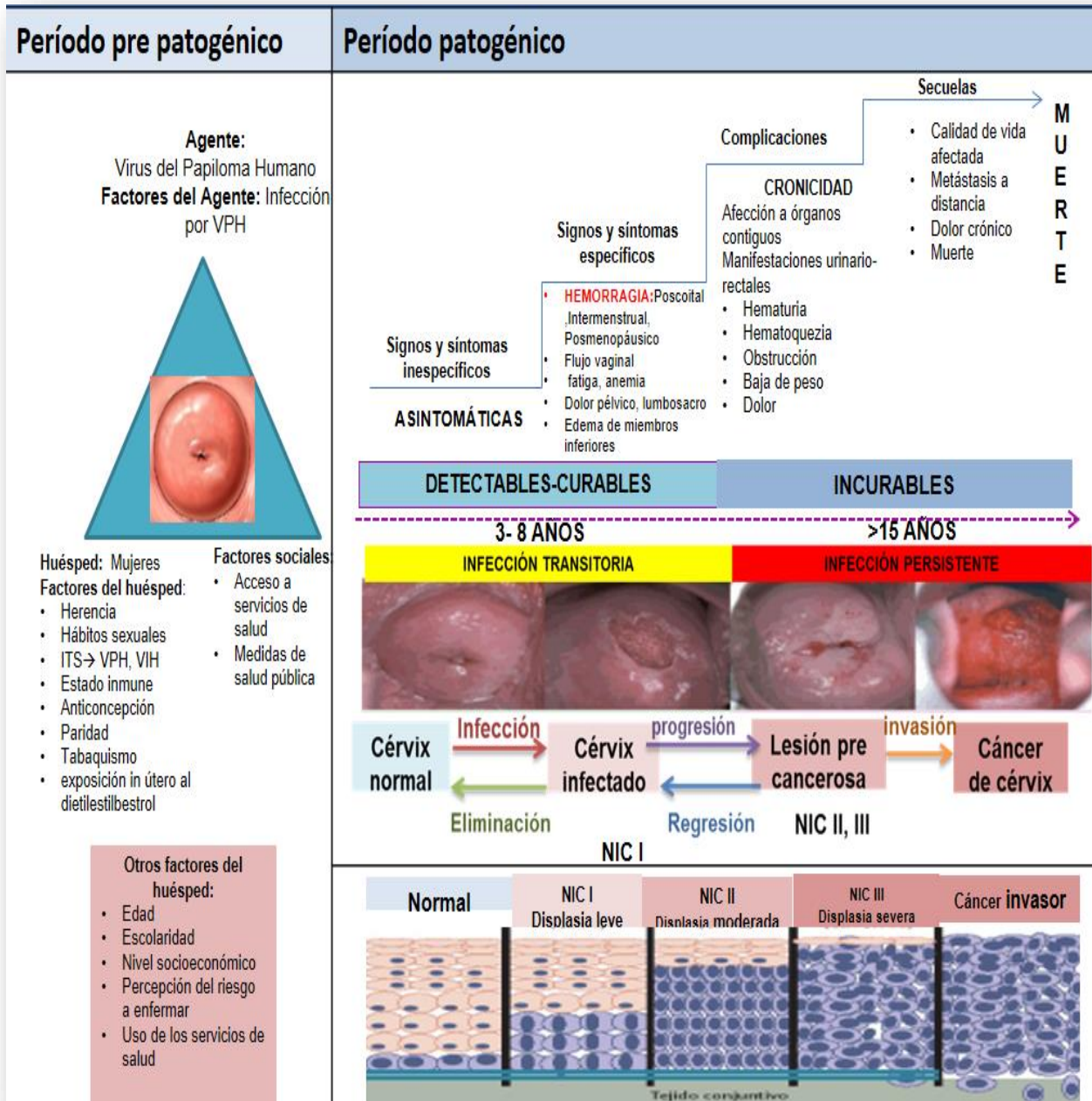
¹⁴ **Histerectomía:** resección total del útero y cuello del útero.

acompañarse de un esquema combinado de radioterapia con quimioterapia concomitante [8, 9].

1.3 Niveles de prevención del cáncer cervicouterino

En la **Cuadro 2** se resumen las recomendaciones dirigidas a la prevención de la enfermedad. En términos de prevención primaria se promueven estrategias preventivas y acciones específicas dirigidas a evitar la ocurrencia de la enfermedad: la promoción de la salud sexual, la toma de citología cervical para identificación temprana de infecciones por VPH y la aplicación de la vacuna contra VPH para niñas de 9 a 13 años [4]. La prevención secundaria consiste en detectar oportunamente la enfermedad para evitar la progresión de la misma. Aquí se recomiendan pruebas de tamizaje para CaCu como citología y pruebas para confirmar el diagnóstico presuntivo (colposcopia y biopsia) [4]. Finalmente, la prevención terciaria, consiste en brindar el tratamiento tan pronto como se realice el diagnóstico para evitar complicaciones de la enfermedad. En este nivel el tratamiento es invasivo (quimioterapia, radioterapia o cirugía) y es la única opción para intentar prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las pacientes [4].

Figura 1 Historia Natural del Cáncer Cérvicouterino



Elaboración propia con datos de: [1, 5]

Cuadro 2 Niveles de prevención en cáncer cérvicouterino

Prevención Primaria	Prevención Secundaria	Prevención Terciaria
Promoción: <ul style="list-style-type: none"> • Promoción a la salud • Educación sexual • Suministro de condones a población sexualmente activa • Evitar factores de riesgo • Citología cervical en mujeres en riesgo Protección específica <ul style="list-style-type: none"> • Vacunación contra VPH a niñas entre 9 y 13 años (2 dosis) 	Mujeres mayores a 30 años Detección y tratamiento según sea necesario <ul style="list-style-type: none"> • Examen físico • Citología cervical > 25 años • Pruebas de detección para VPH de alto riesgo (16,18) • Colposcopia → Inspección visual con ácido acético y crioterapia • biopsia 	Todas las mujeres según sea necesario Tratamiento del cáncer invasor <ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia • Quimioterapia • Cirugía

Elaboración propia con datos de [4]

1.4 Importancia epidemiológica del cáncer cérvicouterino

El cáncer cérvicouterino (CaCu) es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Se estima que el CaCu ocasiona 266,000 muertes por año, de las cuales el 87 % ocurre en países de medianos y bajos ingresos [10]. En los países de altos ingresos el CaCu no representa riesgo alguno para su población femenina debido a la existencia de programas eficientes en la detección de lesiones precursoras que han logrado prevenir hasta el 80% de los casos de CaCu [11].

En las últimas estadísticas emitidas por GLOBOCAN¹⁵ en el 2012, el CaCu fue el cuarto cáncer más común entre mujeres, el séptimo en general y representó el 7,5 % de todas las muertes por cáncer femenino [10]. Las tasas de mortalidad de CaCu mostraron disparidades evidentes entre los países de bajos ingresos y los de altos ingresos. En el **Cuadro 3** se observa que entre los países de bajos ingresos (PBI)¹⁶, la incidencia y la mortalidad por CaCu fue 4 veces más alta en comparación con los países de altos ingresos (PAI)¹⁷ [10].

¹⁵ **GLOBOCAN:** es un proyecto de salud llevado a cabo por la IARC (International Agency for Research on Cancer) que tiene como objetivo proporcionar las estimaciones actuales de incidencia y mortalidad de los principales tipos de cáncer alrededor del mundo.

¹⁶ **Países de bajos ingresos (PBI):** denominación hecha por el Banco Mundial para países con un Ingreso Nacional Bruto (GNI) de 1,025 USD al año. Algunos ejemplos de PBI son: Afganistan, Congo, Haití, Nigeria, Nepal, etcétera.

¹⁷ **Países de altos ingresos (PAI):** denominación hecha por el Banco Mundial para países con un Ingreso Nacional Bruto (GNI) > a 12,476 USD al año. Algunos ejemplos de PAI son: Suiza, Noruega, Dinamarca, Japón, Nueva Zelanda, Dinamarca, Reino Unido, etcétera.

Entre continentes podemos observar en el **Cuadro 3** que, América presentó las cifras de incidencia y mortalidad más elevadas, después de África. Estos datos comparados con las cifras europeas o asiáticas, son un ejemplo evidente de las desigualdades existentes en los sistemas de atención sanitaria.

Cuadro 3 Tasas ajustadas de incidencia y mortalidad (por 100,000 mujeres) en cáncer cérvicouterino por continentes y por nivel de ingresos

	Incidencia	Mortalidad
Mundo	7.9	7.5
Europa	3.9	3.3
Asia	4.2	3.2
América	5.8	5.8
África	24.3	22.6
Países de bajos ingresos (PBI)	11.6	10.2
Países de altos ingresos (PAI)	2.9	2.8

Elaboración propia con datos de [10]

Actualmente en México, el CaCu persiste como un problema de salud pública. Durante muchos años fue la primera causa de muerte por tumores malignos en la mujer, hasta el 2006, año en el que fue desplazado por el cáncer de mama[12]. La mortalidad por este padecimiento llegó a su máximo en los ochentas con una tasa de 28.7 muertes por cada 100,000 mujeres. A partir de 1990 las tasas empezaron a disminuir de manera constante, hasta llegar a 14.6 decesos por 100,000 mujeres en 2010 [12]. Este decremento se atribuyó principalmente a la disminución de las tasas de natalidad y al incremento en la cobertura de tamizaje.

A pesar de los avances logrados con los programas de detección oportuna, este padecimiento permanece como la segunda causa de muerte por cáncer entre las mujeres mexicanas con una tasa de mortalidad de 11.5 muertes por cada 100,000 mujeres [13]. Esto representa una mortalidad más alta que la tasa de mortalidad mundial y el doble de la tasa de mortalidad agregada para el continente Americano (**Cuadro 3**).

Las altas tasas de mortalidad que permanecen en México podrían deberse a que el CaCu es diagnosticado con frecuencia en estadios avanzados de la enfermedad. Aunque no se cuenta con datos a nivel nacional, en un estudio observacional retrospectivo realizado en

el Hospital General de México, en 1,217 pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer epidermoide se encontró que tan solo 39% de las pacientes se diagnostican en etapas tempranas (**Cuadro 4**). Las pacientes participantes en este estudio eran procedentes en su mayoría del Estado de México y del Distrito Federal, con un nivel de escolaridad máximo de primaria, edades de entre los 16 y los 68 años, carentes de seguridad social[14].

Cuadro 4 Porcentaje de diagnósticos por etapa clínica en cáncer cérvicouterino

	<i>Etapa I</i>	<i>Etapa II</i>	<i>Etapa III</i>	<i>Etapa IV</i>
CaCu	39	37	19	5

Elaboración propia con datos de: [14]

Dentro de México, las tasas de mortalidad más alta se concentran en los estados de la región sureste, particularmente, en las áreas rurales, donde el riesgo de morir por esta causa es tres veces mayor en comparación con las áreas urbanas [15]. Los estudios más recientes indican que, los estados con mayor población en riesgo para esta enfermedad son: Veracruz, Puebla, Chiapas, Michoacán, Oaxaca, Guerrero, Hidalgo, San Luis Potosí, Tabasco, Yucatán y Campeche [16].

La población femenina concentrada en estas regiones del país es importante porque forma parte del 35.7% de personas que viven en condiciones de alta marginación o pobreza [16]. Esta situación condiciona un aumento considerable del riesgo de contraer y morir por la enfermedad.

Así pues, se considera al CaCu como una “enfermedad de la pobreza” donde coexisten inequidades que impactan directamente en la salud [15]. Entre los determinantes sociales más importantes vinculados con este cáncer podemos encontrar: el bajo nivel socioeconómico, la baja escolaridad, el analfabetismo, el lugar de residencia en comunidades rurales y la falta de acceso a la seguridad social [17].

1.5 Retraso en la atención médica del cáncer cérvicouterino

El **retraso en la atención del cáncer** se define como el tiempo prolongado entre el descubrimiento del primer síntoma por parte del paciente y el inicio del tratamiento oncológico definitivo [18].

La primera definición de retraso en la atención del cáncer fue propuesta por Pack y Gallo en el año de 1938. Ellos definieron 2 tipos de retraso: el retraso del paciente y el retraso del proveedor también conocido como retraso del sistema o retraso médico. El retraso en el paciente fue definido como 3 o más meses transcurridos entre el descubrimiento de los síntomas y la primera consulta médica; y el retraso del proveedor que fue definido como un mes transcurrido entre la primera consulta médica y el tratamiento definitivo [19].

Si bien la definición anterior se ha conservado por décadas, la variabilidad en el tiempo, el tipo de cáncer y las distintas mediciones de los investigadores sobre retraso han obligado a establecer ajustes específicos. Así pues, en el 2012 se llevó a cabo un consenso internacional (La declaración de Aarhus) donde se acordó que para evitar variaciones y homologar las mediciones en los estudios de retraso, sería indispensable reportar el tiempo a manera de intervalos y de forma cuantitativa para evitar confusiones[18].

1.5.1 Intervalos de tiempo en la atención del cáncer cervicouterino

La **Figura 2** resume de forma esquemática las definiciones de los intervalos de atención que han sido estudiados en pacientes con cáncer. Las definiciones esquematizadas son las estandarizadas por consenso para facilitar la comprensión entre los diferentes estudios.

Figura 2 Intervalos de atención médica en cáncer

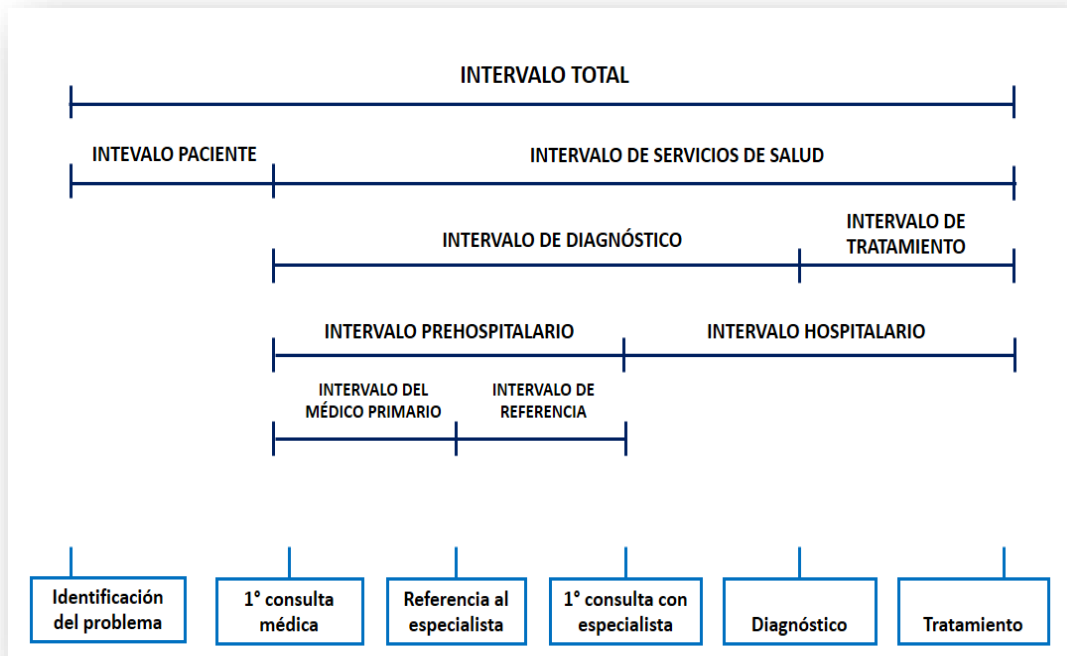


Figura tomada de: [20]

La definición por consenso de los intervalos de atención presentes en esta investigación, es la siguiente:

- ❖ **Intervalo paciente** se refiere al tiempo transcurrido entre el descubrimiento de los síntomas por parte de la paciente y la primera consulta médica. Se considera que hay retraso en el intervalo de la paciente cuando del descubrimiento de los síntomas a la primera consulta médica han pasado más de 30 días [18].
- ❖ **Intervalo de diagnóstico** es el tiempo transcurrido entre la primera consulta médica de la paciente para los síntomas o estudios de tamizaje anormal y la confirmación histopatológica de cáncer. Se considera que hay retraso en el intervalo de diagnóstico cuando de la primera consulta médica o estudios de tamizaje anormal y la confirmación histopatológica de cáncer han pasado más de 30 días[18].

En el caso particular del CaCu, el **Cuadro 5** resume los intervalos de tiempo que se han documentado en sólo 8 estudios que se han realizado en otros países para el intervalo de

la paciente y para el intervalo de diagnóstico. Es posible observar diferencias existentes entre países de altos y bajos ingresos. Estos últimos presentan intervalos de atención más largos.

Cuadro 5 Tiempos reportados en la literatura para la atención del cáncer cérvicouterino

Intervalo	Días (mediana)	País	Ref
Paciente	25	Reino Unido	[21]
	30	Japón	[22]
	68	Nepal	[23]
	180	Vietnam	[24]
	27	Dinamarca	[25]
Diagnóstico	66	Reino Unido	[26]
	61	Dinamarca	[25]
	58	Estados Unidos	[27]

En México no existe ningún estudio en el cual se hayan documentado los intervalos de atención en pacientes con CaCu. Los intervalos de atención sólo han sido documentados para pacientes con cáncer de mama (CaMa) en tres estudios: el primer estudio se realizó en 2011, se analizaron a 32 mujeres con CaMa en etapas I a IIIC y se concluyó que el mayor retraso fue en el intervalo de diagnóstico con 6,6 meses aproximadamente [28]. En el segundo estudio realizado en 2015 se hizo un análisis en 886 mujeres con CaMa en 4 hospitales oncológicos del Distrito Federal y se documentó una mediana de 7 meses en el intervalo total [29]. Finalmente, en el tercer estudio se hizo un análisis retrospectivo para estimar el efecto del retraso en la supervivencia; se estudiaron 854 mujeres con CaMa, que fueron atendidas en 11 hospitales entre 2007 y 2009. En este estudio se documentó una mediana de 67 días para el intervalo total y una mediana de 31 días para el intervalo de diagnóstico[30].

1.5.2 El impacto del retraso en el pronóstico del cáncer cérvicouterino

A continuación, se desglosa la poca evidencia existente en la literatura acerca del impacto del retraso en la atención médica del CaCu en el pronóstico de la enfermedad.

En algunas investigaciones realizadas sobre retraso en cáncer, el principal argumento fue que un diagnóstico precoz es la clave para aumentar la supervivencia en los pacientes. Se ha documentado que el retraso se acompaña frecuentemente de: un estadio avanzado de

la enfermedad, un peor pronóstico y una considerable reducción en la supervivencia debido a la progresión de la enfermedad [26, 31].

Existen algunas discrepancias respecto al impacto del retraso en la supervivencia de las pacientes con CaCu. Dobson y colaboradores encontraron el pronóstico de la enfermedad era peor cuando se posponía la búsqueda de atención médica por parte de las pacientes [32]. Forbes y colaboradores afirmaron que los peores pronósticos se debían a dificultades en el diagnóstico [33]. Sin embargo, estos análisis deben ser tomados con cautela debido a las diferencias existentes entre los estudios en términos de: los individuos que conforman las distintas muestras, los tipos de intervalos estudiados (intervalo paciente o intervalo de diagnóstico) y, la forma de cuantificar el tiempo de retraso.

En nuestro país no existen datos de supervivencia por etapa clínica para pacientes con CaCu, por lo que en el **Cuadro 6** se muestran datos de Estados Unidos dónde se aprecia claramente que entre más avanzada se diagnostica la enfermedad, las probabilidades de supervivencia se reducen.

Cuadro 4 probabilidad de supervivencia a 5 años por etapa clínica

	<i>Localizado</i>	<i>Regional</i>	<i>Distante</i>	<i>No etapificado</i>
CaCu	91.5	57.4	16.5	53.2

Elaboración propia con datos de [34]

1.5.3 Barreras asociadas a retraso en cáncer cérvicouterino

En la literatura se han descrito diferentes barreras para la detección temprana del CaCu. Existen dos grandes grupos de barreras estudiadas en asociación con el retraso: aquellas relacionadas con demoras en la búsqueda de atención por parte de la paciente (intervalo de la paciente) y aquellas relacionadas con retrasos en la atención después de que la paciente ha buscado atención médica (intervalo de servicios de salud, de diagnóstico o tratamiento). Para este proyecto solo se abordarán las barreras en el intervalo de la paciente y las barreras en el intervalo de diagnóstico. A continuación, se detalla la evidencia encontrada al respecto.

i. Barreras en el intervalo de la paciente

Las barreras en el intervalo de la paciente han sido el tipo de barreras más estudiadas en relación con el retraso en la atención médica del CaCu. Estas barreras han sido descritas en su mayoría desde un enfoque cualitativo, documentando las **percepciones** de las propias pacientes acerca de su salud, sus malestares, sus conductas ante la identificación de síntomas y sus experiencias en la búsqueda de soluciones para su problema de salud.

Las barreras más estudiadas para este problema de salud pueden ser agrupadas en factores sociodemográficos, factores psicológicos, prioridades competitivas, la participación en pruebas de tamizaje, percepción de calidad de los servicios de salud, creencias e interpretación de los síntomas. A continuación, se describe cada uno de estos grupos:

En cuanto a los *factores sociodemográficos*, las principales barreras que se han documentado asociadas al retraso en la búsqueda de atención por parte de la paciente fueron: la edad avanzada, los problemas financieros, la falta de seguridad social, la falta de empleo, el bajo nivel educativo, tener más de 4 hijos [33, 35]. Estudios de tipo cualitativo mencionan como barreras relevantes para la búsqueda oportuna de atención: la etnicidad, el ingreso familiar, las comorbilidades y las barreras lingüísticas [36-40]. Adicionalmente, la falta de dinero para trasladarse o la lejanía de los servicios sanitarios también se asociaron positivamente con las barreras en la búsqueda de atención médica [35, 41, 42].

En cuanto a *creencias*, la principal barrera para postergar la búsqueda de atención por parte de las pacientes fue el uso de medicina alternativa o la oración como primera estrategia para contrarrestar los efectos de la enfermedad [43].

La *interpretación de los síntomas* como “no graves” también se asoció con el retraso de la paciente [44]. El fatalismo respecto a la detección oportuna del cáncer, la negación relacionada con padecer “una enfermedad incurable” y el no considerar necesario acudir a consulta por no presentar síntomas de gravedad [41]. A diferencia de otros tipos de cáncer, el cáncer cervical no presenta síntomas hasta las etapas más avanzadas de la enfermedad, y considerando que una mujer presenta alrededor de 400 sangrados durante su vida reproductiva, muchas de las mujeres no consideran a éste como un síntoma de gravedad [5].

Los factores psicológicos que se han descrito como barreras para la búsqueda oportuna de atención ante la presencia de síntomas de CaCu varios estudios cualitativos han identificado al miedo como una barrera muy relevante [39, 41, 43, 46, 47]. Estos estudios describen que las pacientes manifiestan: miedo ante el sufrimiento, ante los tratamientos derivados de la enfermedad y ante la muerte.

Las prioridades competitivas consisten en otras necesidades de las pacientes que compiten con su necesidad de búsqueda de atención para los síntomas de CaCu. Entre éstas los estudios documentan como barreras para la búsqueda de atención oportuna: las actividades laborales, las labores del hogar, las actividades sociales (vacaciones, eventos familiares, etc), cuidado de terceros (niños, ancianos u otros familiares), los problemas personales (de pareja, enfermedades de familiares cercanos o fallecimiento de familiares) u otras enfermedades de la misma paciente que requieren atención [41, 44].

Varios estudios cualitativos documentan la importancia de las barreras relacionadas con la participación en pruebas de tamizaje de CaCu [35, 37, 39, 43, 45]. Estudios realizados en Reino Unido, Nueva Zelanda, Kenia, México, Bolivia y Perú, dan cuenta de la importancia de la falta de conocimiento de las pacientes con respecto a las pruebas de tamizaje, las indicaciones para la realización de la prueba, la falta de información sobre los lugares en donde se llevan a cabo, así como, el desconocimiento en el cuidado de la salud ginecológica. Adicionalmente, otros factores que obstaculizan la participación de las mujeres en pruebas de tamizaje de CaCu son: el miedo al resultado de la prueba, la vergüenza, el dolor experimentado durante la realización de pruebas de tamizaje previas y, la falta de dinero para hacerse las pruebas [38].

Las barreras relacionadas con la percepción de la calidad de los servicios de salud corresponden a la percepción que tienen las pacientes respecto al trato y la eficacia del médico que las ha atendido en el pasado. Se ha descrito que: la falta de comunicación médico-paciente, la falta de confidencialidad, la ausencia de privacidad en la exploración ginecológica y las malas experiencias previas en la atención ginecológica fueron barreras para buscar atención oportunamente ante la identificación de síntomas nuevos[37].

ii. Barreras en el intervalo de diagnóstico

El intervalo de diagnóstico corresponde a un sub intervalo del intervalo de servicios. Inicia con la primera consulta médica para los síntomas y culmina con la confirmación diagnóstica de cáncer. Al respecto, las principales barreras asociadas al retraso en este intervalo, se asocian con: problemas en la organización de los servicios de salud y los errores médicos en los niveles básicos de atención.

Entre las barreras organizacionales destacan: la demora en la entrega de resultados de tamizaje, los errores en la transferencia de información dentro de los servicios de tamizaje, la dificultad para obtener una cita médica, los largos tiempos de espera el día de la consulta médica, las múltiples visitas al médico (visita para: cribado, diagnóstico confirmatorio, tratamiento, seguimiento), así como la falta de información sobre el costo real de los servicios (pruebas de tamizaje y tratamiento) [37, 41, 45, 46]

Los errores en las pruebas diagnósticas de CaCu pueden tener consecuencias graves para las pacientes. Al no diagnosticar oportunamente un cáncer cervical se pueden dar dos condiciones; 1) disparar la cascada terapéutica u 2) omitir el tratamiento favoreciendo el progreso de la enfermedad. Según la literatura, el error más frecuentemente identificado ha sido el error tipo alfa, es decir, diagnosticar a un paciente con cáncer cuando realmente no lo tiene (falsos positivos)[47]. El argumento es que las pruebas para detectar CaCu tienen una tasa baja de falsos negativos y se consideran altamente sensibles; por tanto, si el resultado es negativo, la probabilidad de presentar actividad tumoral es nula.

Adicional al error alfa, en pacientes con cáncer Ramsay distinguió 3 clases de errores en las pruebas diagnósticas: 1) los errores operacionales, cuando la muestra estaba mal preparada, 2) los errores humanos al malinterpretar los resultados de las pruebas y 3) los errores cuando no se establecen correctamente los criterios diagnóstico, donde el problema radica en establecer un límite entre lo maligno y lo benigno [48]. Un estudio realizado en California para evidenciar las fuentes de error en el diagnóstico encontró que en 53 pruebas diagnósticas de conización y biopsia, el 17% de las conizaciones cervicales y el 45% las biopsias pre-quirúrgicas fueron realizadas en cérvix sin evidencia de displasia o malignidad[49]. Es importante mencionar que, aunque se conoce de la existencia de errores en las pruebas diagnósticas para CaCu, no se encontró evidencia científica que demostrara relación entre el retraso y los errores en el diagnóstico.

CAPÍTULO II

2 MARCO CONCEPTUAL:

El marco conceptual se presenta en tres secciones. La primera sección contiene los significados que el paciente da a su enfermedad cuando adquiere el rol de enfermo. La segunda sección comprende las 6 etapas ideales comprendidas en el proceso de enfermar. Finalmente, la tercera sección da cuenta de la conducta de la enfermedad contemplando la perspectiva histórica del término, las características de la conducta de la enfermedad y el manejo actual del concepto conducta de la enfermedad o illness behaviour.

2.1 Significado de la enfermedad

Tradicionalmente, la enfermedad era concebida como una alteración en el funcionamiento del cuerpo a nivel anatómico o fisiológico. En la actualidad la enfermedad se define como una alteración del estado de salud en cualquiera de sus niveles: biológico, psicológico o social [50]. Con esta definición, el concepto de enfermedad se amplía más allá de los síntomas corporales y da lugar a consideraciones psicológicas, sociales y culturales que están inmersas en el proceso de enfermar [50].

La enfermedad produce un efecto y un significado diferente en cada individuo. En las enfermedades crónicas, el comportamiento del individuo es moldeado por influencias sociales a través de pautas formales o informales. Se dice que un individuo que logra una completa recuperación tras una enfermedad no crónica es capaz de retomar los comportamientos o roles que tenía antes de enfermar. No obstante, en el caso de los enfermos crónicos (como en el cáncer), el individuo debe adaptar los comportamientos o roles que tenía antes de enfermar para satisfacer las expectativas sociales y, recuperar su estado de salud [51].

Cuando el individuo enferma, no solo se involucra el cuerpo, se afecta: la autoimagen, el comportamiento y las relaciones con el entorno [51]. Así pues, los aspectos sociales de la enfermedad pueden o no estar relacionados con los cambios fisiopatológicos que el enfermo experimenta. Por tanto, el hecho de diagnosticar una condición como enfermedad implica consecuencias que van más allá de la patología en cuestión.

Es importante destacar que, vivir con una enfermedad es un proceso complejo. Este proceso adquiere un significado propio en el enfermo cuando las emociones, sensaciones, sentimientos y pensamientos son interpretados de manera particular [50, 52]. Así pues, el enfermo puede experimentar:

- ❖ *Malestar*: en forma de molestia, dolor o sufrimiento ya sea físico o psicológico
- ❖ *Amenaza*: en sentido biológico o en sentido biográfico. En sentido biológico como sinónimo de muerte o pérdida permanente (al estar en un estadio terminal, sin posibilidad de recuperación o ante la pérdida de una función orgánica) y en sentido biográfico, cuando la enfermedad es incapacitante y afecta el curso normal del desarrollo vital.
- ❖ *Preocupación*: como un reflejo propio ante la situación de estar enfermo, o como un pensamiento irracional, por lo que se desencadenará con la enfermedad.
- ❖ *Invalidez*: cuando el enfermo no es capaz de llevar a cabo sus actividades habituales y genera dependencia con terceros. La invalidez puede acarrear sentimientos positivos (al sentirse mimado o protegido) o sentimientos negativos (al sentirse una carga para los demás)
- ❖ *Soledad*: entendida como un malestar de índole físico o psicológico donde el enfermo presenta aislamiento o desapego de su círculo social inmediato (familia, amigos, compañeros de trabajo u otros)
- ❖ *Marginación*: cuando el enfermo se percibe como “anormal”, debido a que la enfermedad supone estar fuera de lo normal.

El enfermo puede manifestar estas emociones (malestar, amenaza, preocupación, invalidez, soledad, marginación) de manera muy diversa. Sin embargo, en ocasiones, estas emociones no concuerdan con la conducta observada y, se agregan otras emociones como: ira, escepticismo, estoicismo, negación, evasión, ansiedad, incredulidad o paralización, que aportan un nuevo significado a la forma en la que el individuo expresa y afronta tanto su padecimiento, como su rol de enfermo [52].

2.2 Etapas en el proceso de enfermar

El proceso de enfermar se ha descrito como una secuencia conformada por seis etapas [50, 52-54]. Es importante considerar que esta clasificación es una adaptación práctica, donde no necesariamente deben cumplirse todas las etapas, y donde no existe una duración concreta.

Etapas 1 Aparición de los síntomas. En esta fase el individuo percibe de manera subjetiva los síntomas iniciales y continua con sus actividades cotidianas sin hacer partícipe a nadie de su situación. Para este momento el individuo hace una “validación personal” donde trata de dar respuesta a lo que le está ocurriendo (busca la causa de sus síntomas). Si en este momento el individuo concibe que la causa de sus síntomas encaja dentro de lo que él percibe como “normal”, es probable que ocurran dos sucesos: 1) que el individuo deje que el tiempo siga transcurriendo o 2) que el individuo recurra al auto-tratamiento. Cuando el individuo no concibe una respuesta satisfactoria para la causa de sus síntomas, su validación personal se convierte en “anormal” y lo conduce a la siguiente etapa.

Etapas 2 Definición de la enfermedad. En esta etapa el individuo comunica sus síntomas y su validación personal, con las personas más cercanas para corroborar con “otros” sus teorías previamente elaboradas sobre su estado de salud. En este momento ocurre un suceso muy importante pues el individuo además de obtener una validación por su núcleo más cercano (ratificación), también recibe “consejos” o aportaciones sobre lo que debe o no debe hacer. Aquí, la influencia de variables psicosociales es fundamental. Las creencias, las actitudes, los conocimientos, y la influencia del entorno próximo al individuo serán determinantes para la decisión de abandonar, buscar o posponer la atención médica.

Etapas 3 Contacto con el Sistema Sanitario. Si la decisión tomada por el individuo es la búsqueda de atención médica, éste acude con un profesional sanitario para dar respuesta a la causa de sus síntomas por medio de un diagnóstico médico. En este punto hay una validación de índole social que corrobora el estado de enfermedad. Es importante destacar que en esta etapa toda la responsabilidad recae en el profesional sanitario quién puede cometer errores al no reconocer el estado de enfermedad, o al dar un diagnóstico equivocado. Así pues, aquellos individuos que presentan síntomas no catalogables dentro de los conocimientos del profesional, acuden con diversos profesionales para dar respuesta a su validación personal, y éste no siempre es un proceso exitoso.

Etapas 4 Reconocimiento del estado de enfermedad. Para este momento el individuo se asume a sí mismo como enfermo (“rol de enfermo”) y acepta que es necesaria la atención especial, así como la adherencia terapéutica. Aquí se manifiesta el perfil psicológico tanto del enfermo, como del entorno más próximo al enfermo. Esta influencia puede ir desde la negación (dónde se rechaza o se retrasa el proceso de la enfermedad) hasta la dependencia excesiva (dónde el individuo obtiene ganancias o beneficios).

Etapas 5 Convalecencia o Rehabilitación. En esta etapa los síntomas pueden ir desapareciendo hasta el punto en el que el enfermo regresa o no a su rol “normal”. Cuando la enfermedad ha dejado secuelas se recurre a la rehabilitación para que el enfermo se reintegre a su rol aceptando sus limitaciones y, potencializando sus capacidades restantes.

Etapas 6 Recuperación o curación. En la última etapa, en condiciones ideales el individuo o abandona por completo el rol del enfermo. Sin embargo, puede ocurrir que el individuo continúe indefinidamente en él (por ejemplo, en las enfermedades crónicas). La permanencia del individuo en el rol del enfermo, condiciona la adquisición de nuevos hábitos o conductas que generan en el enfermo una nueva forma de adaptación.

Como se mencionó al principio de este apartado, esta descripción por etapas sobre el proceso que sigue el enfermo durante el transcurso de la enfermedad, solo es una descripción práctica más no absoluta del proceso. Esta definición es válida en condiciones “ideales”, sin embargo, en condiciones “reales”, no siempre es óptima, debido a que, la enfermedad es un proceso no lineal, que puede presentar múltiples trayectorias alternativas. Lo que sí es claro, es que las influencias socioculturales y psicológicas tanto del enfermo, como de su red de apoyo, siempre estarán presentes a lo largo de la trayectoria de la enfermedad.

2.3 Conducta de la Enfermedad

El término conducta de la enfermedad es el resultado de un interesante flujo de aportaciones por autores de ámbitos muy diversos. La conducta de la enfermedad se refiere a la respuesta del individuo ante la enfermedad, es decir, la forma en la que el individuo entiende y vive su enfermedad. Este término analiza la forma en la que el enfermo percibe, define, evalúa y da respuesta a sus síntomas durante el proceso de enfermar, pero también

involucra la forma en la que la enfermedad afecta la conducta del individuo, la búsqueda de soluciones y la adherencia al tratamiento [54].

Actualmente existe un panorama muy selectivo respecto a lo que se considera conducta de enfermedad y a las variables que intervienen en ella, por lo que a continuación se realiza una síntesis histórica del uso del concepto:

2.3.1 Perspectiva histórica de la Conducta de la Enfermedad

i. Sick role o papel del enfermo

El comportamiento de la enfermedad fue descrito por primera vez en 1929 por Henry Sigerist., quién realizó un ensayo dónde describió el “rol del enfermo o sick role”. Sin embargo, fue el sociólogo Talcott Parsons quién en 1951 desarrolló el concepto más a fondo. Según Parsons, el rol del enfermo correspondía al papel que “idealmente” debía cumplir el enfermo, con una serie de derechos y deberes. Sus derechos lo eximían de ciertas responsabilidades sociales, y sus deberes lo obligaban a buscar ayuda profesional para mejorar su salud [55].

Parsons defendía los principios estructurales y funcionales del enfermo en la sociedad [51, 55]. Desde el punto de vista estructural consideraba que la salud era un requisito que cualquier individuo debería tener para ser funcional dentro de la sociedad y, desde el punto de vista funcional Parsons hacía referencia a que el comportamiento del individuo estaba en función de su estatus dentro un grupo social.

Parsons dijo que la enfermedad era una respuesta mediada por la presión social para evitar responsabilidades sociales [55]. Por tanto, considerando que cualquier persona podía asumir el rol de enfermo; Parsons describió 4 componentes principales:

- 1) el enfermo está exento de los roles sociales normales.
- 2) el enfermo no es responsable de su condición.
- 3) el enfermo tiene la obligación de querer estar bien.
- 4) el enfermo tiene la obligación de cooperar y buscar ayuda competente.

Con esta concepción, los individuos tenían derecho a ser absueltos de sus responsabilidades sociales habituales y tenían la obligación de buscar ayuda y cooperar

con su curación. No obstante, esta concepción dejaba de lado las diferencias individuales en la forma de vivir el proceso de enfermar.

ii. *The impaired role o papel deteriorado*

En el año de 1966 Gordon describió el papel deteriorado o “the impaired role” como respuesta al papel del enfermo. Aunque su concepto se aplicó predominantemente a personas con lesiones y enfermedades agudas, también fue válido para enfermedades crónicas. Gordon demostró que dependiendo el estrato socioeconómico hay comportamientos, respuestas y expectativas que el individuo le confiere a la enfermedad. Gordon dijo que el pronóstico era indispensable para definir el rol del enfermo ante la sociedad. Así pues, cuando el pronóstico empeoraba los individuos hacían válido el privilegio de evadir su responsabilidad social (como lo asumía Parsons con el rol del enfermo) [51] .

Debido a que las personas con estrato socioeconómico bajo equiparaban la enfermedad con incapacidad funcional, Gordon identificó 2 estados en función de la enfermedad: 1) el papel del enfermo, congruente con la postura de Talcott Parsons y, 2) el papel deteriorado donde se esperaba que el enfermo asumiera responsabilidades sociales normales dentro de sus limitaciones.

Al contrario que Parsons, Gordon estableció las siguientes características para el papel deteriorado [51]:

- 1) El individuo tiene un impedimento que es permanente.
- 2) el individuo no renuncia a las responsabilidades normales, pero se espera que tenga una conducta normal dentro de los límites de su condición de salud.
- 3) el individuo no tiene que recuperarse por completo y, debe aprovechar sus capacidades restantes.

En este caso el papel del deteriorado más que asumir un rol social del enfermo, se ocupó de dos conceptos nuevos: el concepto de rehabilitación y el concepto de preservar el bienestar a pesar de las limitaciones causadas por la enfermedad. De nueva cuenta, este concepto no consideró las variables individuales presentes durante el proceso de enfermar.

iii. Illness behaviour o Conducta de la Enfermedad

En 1962 el sociólogo médico David Mechanic en colaboración con Edmund Volkart y, utilizando como base los trabajos de Parsons, introdujo por primera vez el concepto de “**conducta de la enfermedad**”. Mechanic definió la conducta de la enfermedad como: "las distintas formas en que los individuos responden a las indicaciones corporales, cómo monitorean los estados internos, definen e interpretan los síntomas, hacen atribuciones, toman acciones correctivas y utilizan diversas fuentes de atención informal y formal" [56].

Mechanic describió que, tanto en la enfermedad como en la experiencia de enfermar, existen factores sociales, culturales y psicológicos que no corresponden con las bases biológicas, psicológicas o genéticas del individuo y que, la conducta de la enfermedad se ve afectada por estos factores mucho antes de que se lleve a cabo una evaluación médica.

Mechanic observó que acudir con un médico no era una respuesta automática de las personas enfermas y que, con frecuencia, los individuos sanos utilizaban más los servicios médicos en comparación con los individuos enfermos [54, 57]. Mechanic también encontró una relación directa entre el distrés y la decisión de acudir a un médico; él decía que el distrés ocasionado por factores externos e inherentes al individuo podían mermar la decisión de buscar atención médica; por tanto, Mechanic concluyó que el sentirse enfermo y el acudir con el médico son los resultados de un proceso largo, no lineal y con múltiples trayectorias alternativas [54].

Así pues, la búsqueda de atención requerirá de la utilización servicios sanitarios; la decisión de elegir la fuente de atención y el momento de la atención, estarán influenciados por el contexto social en el que se desenvuelve el individuo [58].

Entonces, la conducta de la enfermedad se asume como un proceso dinámico; donde inicialmente el paciente evalúa el significado y las posibles consecuencias de sus síntomas, posteriormente buscará las causas que han contribuido con la situación (en este momento existe influencia del sistema de valores y creencias al culpase a sí mismo o culpar a los demás), para finalmente afrontar la enfermedad con base en: experiencias previas, los modelos de afrontamiento de su red de apoyo, la repercusión de la enfermedad en su vida cotidiana, el apoyo familiar, el apoyo económico, etcétera [54]. Por un lado, la conducta de

la enfermedad puede entenderse como una respuesta social y culturalmente aprendida, pero también puede concebirse como una respuesta de afrontamiento ante las dificultades percibidas por el individuo.

Debido al auge que tuvo el concepto acuñado por Mechanic, éste decidió conceptualizar la conducta de la enfermedad de la siguiente manera para evitar confusiones [55]:

- 1) Disposición estable de las personas para responder de una forma determinada ante la enfermedad.
- 2) Resultado de la interacción entre variables: personales, sociales y propias de la enfermedad que determinarán el significado que el individuo le conferirá a su enfermedad.
- 3) Una consecuencia entre la organización y la estructura del sistema para dar respuesta al enfermo.
- 4) Como respuesta directa del proceso salud-enfermedad.

Este modelo conductual fue tan prolífico desde su concepción que se acuñó como marco de referencia para múltiples investigaciones derivadas del proceso salud-enfermedad y fue el primer modelo en delimitar dimensiones psicosociales y culturales para entender el complejo proceso de enfermar.

iv. Conducta Anormal de la Enfermedad

Pilowsky no quedó satisfecho con las aportaciones hechas por Mechanic sobre la conducta de la enfermedad y, desarrolló el concepto Conducta Anormal de la enfermedad, a la que definió como: *“la persistencia de un modo inapropiado o desadaptativo de percibir, evaluar y actuar en relación al estado de salud de una persona, a pesar de que el médico (u otros agentes sociales adecuados) haya ofrecido una explicación razonablemente lúcida de la naturaleza de la enfermedad y del curso apropiado del tratamiento que debe ser seguido, con oportunidades para la discusión, negociación y clarificación con el paciente, basándose para ello en la evaluación de todos los parámetros de funcionamiento del sujeto (biológico, psicológico y social) y teniendo en cuenta la edad, y el bagaje educacional y sociocultural del individuo”* [59] .

Pilowsky pretendía hallar las discrepancias entre el estado somático con la presencia o ausencia de síntomas y la reacción del individuo frente a ellos. Sin embargo, a pesar de la

creación de un instrumento psicométrico y sus valiosas aportaciones, su modelo no logró consolidarse, y solo se focalizó al ámbito psicopatológico de la psiquiatría.

v. *Modelo de sentido común o de autorregulación*

El modelo de sentido común o autorregulación fue desarrollado por Howard Leventhal. En este modelo el enfermo tiene un papel activo al desarrollar sus propias teorías “de sentido común” construidas a partir de experiencias previas, conocimientos (de la experiencia de otras personas), información (que llega por diversos medios fiables o no fiables) y los propios deseos del enfermo [60]. Leventhal se concentró en explicar cómo los individuos dan sentido a sus experiencias con la enfermedad y como esas representaciones influyen en sus respuestas (apropiadas o inapropiadas) de afrontamiento. No obstante, aplicando el “sentido común” puede ocurrir que el enfermo acepte las hipótesis que, aunque avalen sus creencias o deseos, no necesariamente sean ciertas. En este punto es importante la búsqueda de ayuda profesional para evitar las repercusiones que pueda traer consigo la enfermedad al hacer uso del sentido común [54].

2.3.2 *La conducta de la enfermedad en la actualidad*

Con el paso del tiempo el concepto de conducta de la enfermedad se ha ido enriqueciendo y modificando. Los abordajes actuales según Rodríguez y colaboradores contemplan más que solo dimensiones médicas, psicológicas o sociales [55]. Las aportaciones más recientes que abordan este concepto, se clasifican en 3 grupos:

- 1) El primer grupo desarrollado por la Sociología y la Psicología Social se centra en factores como: el grupo familiar, la relación médico-paciente, la adherencia terapéutica, la actitud ante la enfermedad, la prevención y el uso de los servicios sanitarios.
- 2) El segundo grupo pertenece a la Medicina Comportamental y a la Psicología Clínica que basan la conducta de la enfermedad en factores enfocados al estilo de vida y a la personalidad del individuo, considerando al estrés como un factor detonante para la enfermedad.

- 3) Por último, el tercer grupo se desarrolla en el ámbito psicopatológico como una respuesta no adaptativa ante la enfermedad.

2.3.3 Factores que determinan la conducta de la enfermedad

De acuerdo con los trabajos de Parsons, Gordon, Mechanic & Volkart, Pilowsky, Leventhal y algunos otros autores, la conducta de la enfermedad está influenciada por algunas variables psicosociales que se enlistan a continuación:

Creencias sobre las causas. El enfermo para disminuir la incertidumbre y mantener el control sobre su situación, necesita atribuir a su enfermedad una causa concreta, para asumir su rol de enfermo. Si el individuo piensa que la causa de su enfermedad es una condición interna (algo que él mismo puede resolver), puede tomar la decisión de modificarla y lograr su curación (el individuo puede adaptarse a la situación). Cuando la creencia causal se atribuye a un factor externo y el individuo se enfoca más en “lo que no hizo”, que en lo que “aún puede hacer”, la creencia es no adaptativa y dificultará el afrontamiento [52].

Creencias sobre el control. En muchas ocasiones el individuo cree que puede controlar la enfermedad modificando ciertas conductas (por ejemplo: malos hábitos alimenticios, malos hábitos en la adherencia terapéutica, etc...). Se piensa que las personas que tienen un mayor control interno¹⁸ tienden a mantener su salud evitando conductas negativas, mientras que los sujetos sin control interno, evaden la modificación de las circunstancias y adoptan un papel pasivo o dependiente [52, 54].

Significado de la enfermedad. Como ya se mencionó anteriormente, el significado que el paciente le atribuya a su enfermedad, repercutirá en sus estrategias de afrontamiento. Sus respuestas estarán influenciadas por su contexto social, sus emociones, sus experiencias, y sus actitudes [54]. En este punto, el individuo puede asumir la enfermedad como:

- 1) *un reto*: donde el individuo adopta estrategias de afrontamiento activas en respuesta a la enfermedad (por ejemplo: búsqueda de ayuda, adherencia terapéutica, etc)

¹⁸ **Control interno:** hace referencia a que el individuo tiene control sobre la situación y puede darle solución por sí mismo.

- 2) *una amenaza*: a la integridad personal donde el individuo responde con emociones negativas como: rabia, ira, negación, ansiedad, mal humor, miedo, etcétera y hace evidente su nulo afrontamiento ante la situación.
- 3) *un “castigo”*: cuando el individuo posee creencias populares, de tipo religioso que generan castigos o penitencias (por ejemplo: “irse al infierno”) respecto al “pecado”. En este caso la conducta a seguir es la resignación o la pasividad, dependiendo del arraigo que tenga el individuo por las creencias religiosas.
- 4) *refugio o ganancia secundaria*: en el primer caso, el individuo se aparta de todas las situaciones que impliquen un problema y, se concentra en sí mismo para afrontar su enfermedad. En el segundo caso, el enfermo utiliza su condición para obtener privilegios (por ejemplo: baja laboral, más atención de terceras personas, etc.).

Afrontamiento. Se denomina afrontamiento al proceso a través del cual el individuo hace frente a una situación estresante (en este caso, la enfermedad) [61]. Se utiliza para minimizar o anular las consecuencias negativas de la enfermedad; hace uso de la tolerancia para aceptar las condiciones de estrés y proporciona cierto grado de control al enfermo. Existen 2 tipos de afrontamiento: el afrontamiento basado en el problema y el afrontamiento basado en la emoción [54, 61, 62].

Cuando el *afrontamiento se basa en el problema*, el sujeto considera que la situación **no** es reversible, por tanto, adopta estrategias para dar solución a la enfermedad como: informarse, adquirir nuevos hábitos, adherirse al tratamiento, etcétera. Cuando el *afrontamiento está basado en la emoción*, el individuo adopta estrategias cognitivas que le permitirán disminuir su respuesta emocional negativa (por ejemplo: técnicas de relajación, terapia alternativa, etcétera).

El individuo puede utilizar ambas estrategias de afrontamiento en función de sus circunstancias, o puede añadir otras estrategias para adaptarse a su nuevo rol de enfermo.

Apoyo social. El apoyo social surge en respuesta al afecto, la seguridad y la aprobación que nos proporcionan otras personas. El apoyo social modula el riesgo de padecer enfermedades y se sabe que el impacto del estrés causado por una enfermedad es menor si existe apoyo social [61, 62]. A nivel emocional, las redes de apoyo pueden proporcionar al enfermo: afecto, seguridad o confianza; a nivel informativo, la red de apoyo funge como el principal informante (dan consejos o brindan información respecto a la enfermedad). El

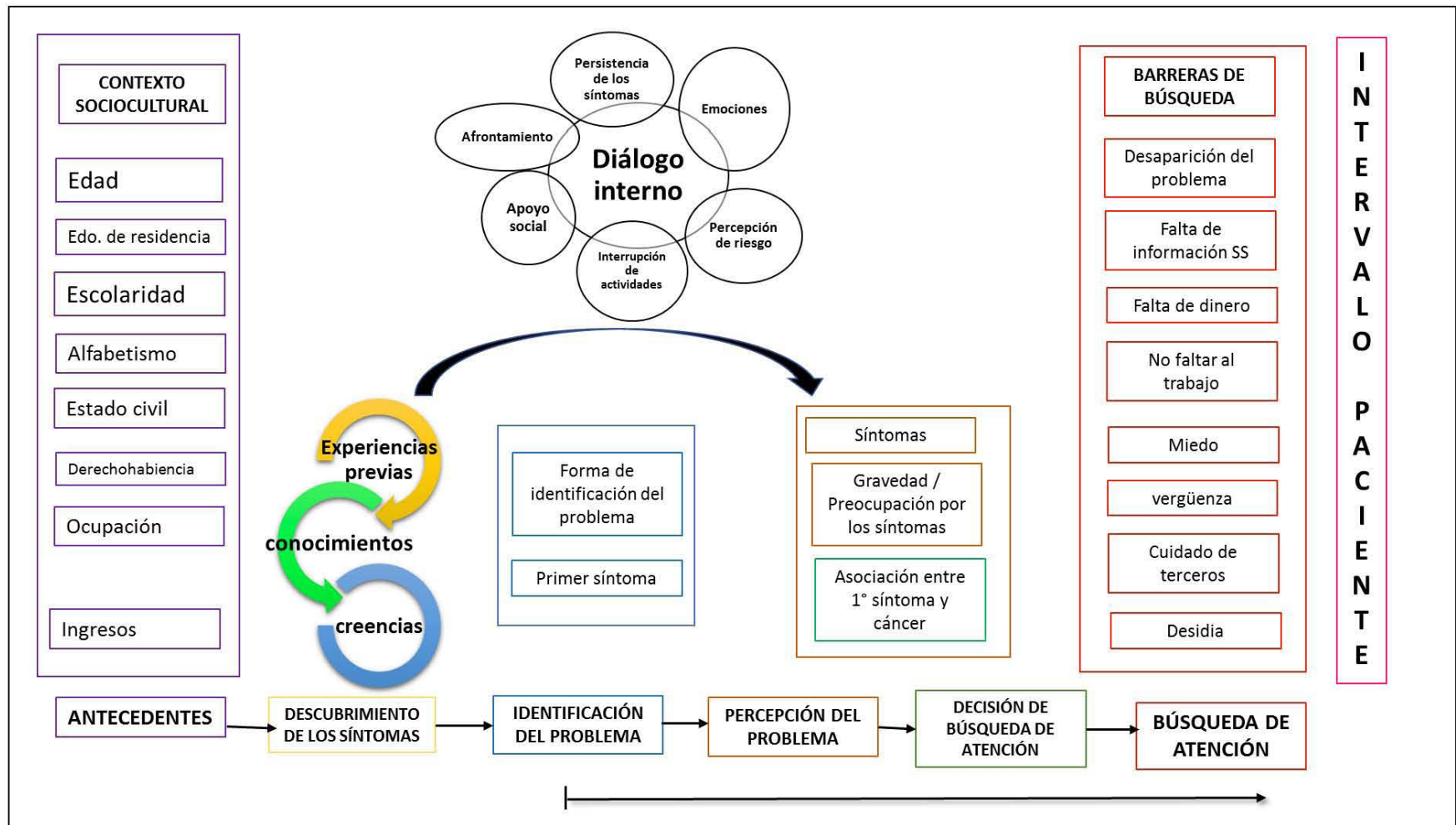
apoyo social también puede ser de tipo económico; la red de apoyo provee al enfermo de subsidios económicos para hacer frente a los tratamientos costosos, la incapacidad laboral, o puede brindar apoyo para atender a terceras personas que dependen directamente del enfermo (principalmente hijos o adultos mayores).

Relación médico-paciente. En condiciones ideales el paciente debería tener una participación activa y no solamente obedecer las órdenes del médico [52]. La participación activa brinda al paciente mayor información y control sobre la situación que pueden actuar de manera benéfica en su proceso de aceptación ante la enfermedad. Una buena relación médico-paciente o un buen “rapport” puede producir efectos positivos en el paciente como: cooperación, motivación y un mejor afrontamiento para la enfermedad.

Es importante mencionar que la conducta de la enfermedad se ha discutido desde múltiples enfoques teóricos como: la teoría económica, la teoría estructural-funcional, la psicología clínica y social, la teoría de las redes de apoyo, la teoría interaccional, la teoría comportamental o la teoría sociológica [63]; y aunque el abordaje ha sido integral y multidimensional, para fines de esta investigación sólo se consideró el abordaje sociológico establecido por David Mechanic.

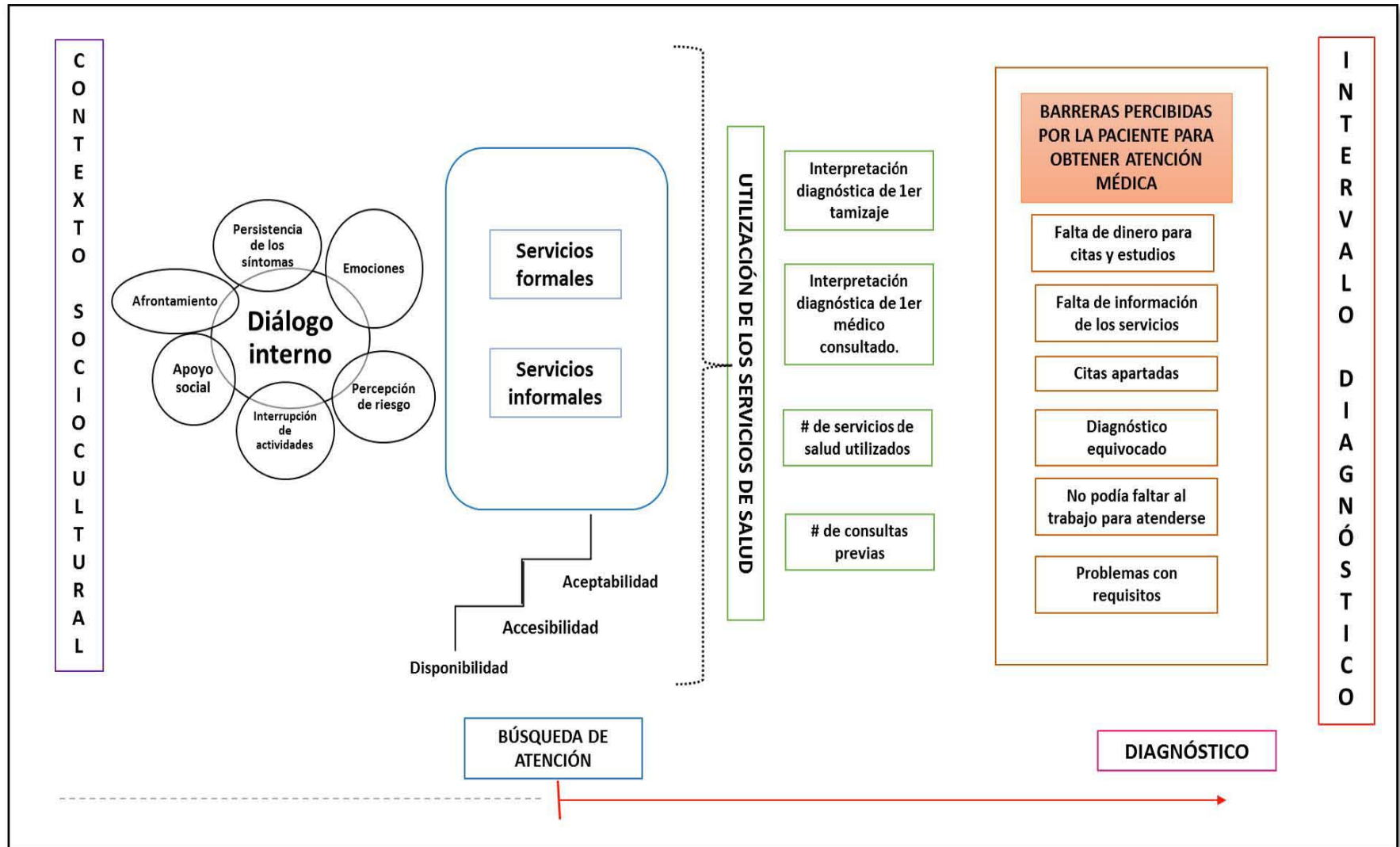
Así pues, conjuntando el modelo del comportamiento de la enfermedad propuesto por David Mechanic y el modelo propuesto por la Dra Unger para el comportamiento de la enfermedad en mujeres mexicanas con cáncer de mama [20], se estructuró el siguiente esquema conceptual.

Modelo conceptual



Elaboración propia

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN



Elaboración propia

CAPITULO III

3. Planteamiento del problema

El cáncer cérvicouterino (CaCu) es una enfermedad que afecta principalmente a sectores de la población que se encuentran desprotegidos y vulnerables ante las inequidades económicas, sociales y culturales existentes en nuestro país[64].

Las pacientes con esta neoplasia tienen más del 90% de probabilidades de supervivencia si son diagnosticadas oportunamente; sin embargo, la mayoría de los diagnósticos en México se llevan a cabo en etapas clínicas avanzadas en las cuales, las probabilidades de curación a largo plazo son pocas [14]. Este contexto es similar al de países de bajos ingresos, dónde las tasas de mortalidad presentan un comportamiento ascendente debido a la detección tardía y a la falta de acceso en los tratamientos oportunos [64].

Aunque insuficiente, existe evidencia científica de que los tiempos prolongados para la atención médica del cáncer cérvicouterino, repercuten en diagnósticos más avanzados. La literatura internacional reporta que existen diferentes barreras que se asocian con retraso en la atención de pacientes con CaCu. Estas barreras se dividen en dos grandes grupos: las barreras de las pacientes y las barreras relacionadas con los servicios de salud. Las principales barreras asociadas con la paciente son: las características sociodemográficas, las percepciones y creencias sobre la enfermedad y, la falta de conocimiento sobre la misma [37, 45, 65-69]. Respecto a los servicios, las barreras que se asocian con retraso en el diagnóstico son: la mala organización funcional y estructural de los servicios y, los errores en las pruebas diagnósticas [46-49].

En México no existe ningún estudio que documente los tiempos de atención para las pacientes con CaCu. Sólo existen estudios sobre los tiempos de atención en pacientes con cáncer de mama, donde se documentó una mediana de retraso total de 7 meses [29]. Esto en contraste con lo que ocurre en países de altos ingresos como Alemania, Inglaterra, Francia o Estados Unidos (donde la mediana del intervalo total está entre 30 y 60 días), demuestra que, a mayor retraso, mayor probabilidad de que las pacientes inicien tratamiento en etapas avanzadas, donde la supervivencia se reduce significativamente.

El presente estudio pretende documentar por vez primera en nuestro país la magnitud de los retrasos en la atención de pacientes con cáncer cérvicouterino (en el intervalo paciente y en el intervalo de diagnóstico) e identificar las principales barreras percibidas sobre estos. Esto con la finalidad de identificar áreas de oportunidad para mejorar los programas de: detección oportuna, diagnóstico temprano y referencia oportuna, que a largo plazo favorezcan la disminución de las altas tasas de mortalidad presentadas por el CaCu en México.

3.1 Preguntas de investigación:

- 1) ¿Cuál es la duración del intervalo de la paciente y del intervalo de diagnóstico en las mujeres con cáncer cérvicouterino que reciben atención oncológica en el Instituto Nacional de Cancerología?
- 2) ¿Cuáles son las principales barreras percibidas en el intervalo de la paciente y en el intervalo de diagnóstico por las mujeres con cáncer cérvicouterino, que reciben atención oncológica en el Instituto Nacional de Cancerología?

4. Objetivo General:

Documentar los intervalos de atención (intervalo paciente e intervalo de diagnóstico), e identificar las principales barreras percibidas en los intervalos de atención por las mujeres con cáncer cérvicouterino que recibieron atención oncológica en el Instituto Nacional de Cancerología.

CAPITULO IV

5. METODOLOGÍA

En este apartado se describe con detalle: el diseño de la investigación, la población de estudio y los criterios de selección empleados. Además, se detalla el lugar donde se realizó el estudio, el cálculo muestral y la operacionalización de las variables (de interés) que componen el instrumento de la investigación. Posteriormente se describen los procedimientos específicos que se llevaron a cabo para alcanzar los objetivos planteados y finalmente se explica el plan de análisis de manera general.

5.1 Diseño de la investigación:

Se llevó a cabo una investigación de tipo transversal-descriptiva en mujeres con cáncer cérvicouterino que recibieron atención médica en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de México. Mediante una encuesta se recabaron fechas claves para estimar los intervalos de tiempo de atención, así como las características sociodemográficas de las pacientes, la interpretación de sus síntomas, sus conocimientos y prácticas de tamizaje, y las barreras percibidas para recibir atención médica oportuna.

5.2 Población de estudio:

Pacientes con nuevo diagnóstico de CaCu confirmado por biopsia entre junio y diciembre de 2016, que recibieron atención oncológica en el Instituto Nacional de Cancerología. La mayoría de las pacientes atendidas en esta institución carecen de seguridad social y tienen derecho a recibir tratamiento sin costo a través del Fondo de Protección para Gastos Catastróficos. En general, la población atendida en el INCan es de bajos recursos económicos, baja escolaridad, y proviene de diferentes estados [1/3 aproximadamente de la Ciudad de México, 1/3 del Estado de México y 1/3 de otros estados (principalmente del centro y sur)].

5.3 Criterios de selección de la población de estudio:

5.3.1 Criterios de inclusión:

- ❖ Mujeres con diagnóstico de cáncer cérvicouterino confirmado por biopsia dentro del INCAN entre junio y diciembre de 2016.

5.3.2 Criterios de exclusión:

- ❖ Haber iniciado tratamiento oncológico (quimioterapia y/o radioterapia), para el cáncer actual antes de llegar al INCAN.
- ❖ Historia personal de cáncer, excepto cáncer de piel no melanómico.
- ❖ Dificultad para responder la encuesta por limitaciones de tipo: mental, auditivo o de lenguaje.

5.3.3 Criterios de eliminación:

- ❖ No aceptar participar en la entrevista después de la toma de consentimiento informado.
- ❖ Pacientes que no recordaron las fechas clave que son indispensables para la estimación de los intervalos.
- ❖ Valores aberrantes (\geq a 50 meses) en el intervalo de la paciente o en el intervalo de diagnóstico.

5.4 Lugar donde se realizó el estudio:

El Instituto Nacional de Cancerología (INCan) es el principal órgano rector para el manejo del cáncer en México. Es un organismo descentralizado de tercer nivel dependiente de la Secretaría de Salud que brinda atención especializada y multidisciplinaria a pacientes oncológicos no derechohabientes que provienen de todo el país. Es un centro de referencia que cobra a las pacientes cuotas de recuperación con base en sus capacidades de pago. Desde el 2007 ofrece atención sin costo para los pacientes con cáncer de: mama, cérvix, próstata, testículo y Linfoma No Hodgkin, a través del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.

El presente estudio se llevó a cabo en el INCan dentro del Departamento de Ginecología Oncológica, dónde se atienden las neoplasias malignas más frecuentes del tracto genital femenino como son: cáncer de cérvix, cáncer de vulva, cáncer de endometrio y cáncer de ovario.

5.5 Cálculo muestral:

La muestra se eligió por **conveniencia**. Se invitó a participar a todas las pacientes con nuevo diagnóstico de cáncer cérvicouterino atendidas en el INCan durante el período comprendido entre el 1° de junio y el 31 de diciembre del 2016.

Para el cálculo muestral, se llevó a cabo una estimación de proporciones para el problema planteado. Debido a que el presente proyecto no requiere de una elevada precisión porque no se consideran aspectos epidemiológicos o clínicos dónde se deba establecer causalidad, se calculó el tamaño muestral con una z de 1.96 para un nivel de confianza del 95%.

Debido a que en la literatura no se encontraron los porcentajes de retrasos por intervalo de atención médica, la proporción a estimar para el cálculo muestral se obtuvo del único estudio realizado en México donde se estimó la duración de los intervalos de atención para dar cuenta del retraso. Este estudio encontró que en el 73.7% de las pacientes con cáncer de mama tuvo retraso en el diagnóstico.

Por lo tanto, los valores para la estimación de proporciones fueron los siguientes: $z=1.96$, $p=0.73$, $q= 0.27$ y un error de 0.05

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

Fórmula

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

Datos

z^2 = certeza -----	3.84
p = proporción a estimar-----	0.73
q = 1-p-----	0.27
d^2 = error (0.05)-----	0.0025

Cálculo

$$n = \frac{1.96^2 (0.737)(0.27)}{0.05^2}$$

$$n = \frac{3.84 (0.20)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.768}{0.0025}$$

$$n = 307.2$$

Estimación de pérdidas:

$$307.2 (0.20) = 61.44$$

$$307.2 + 61.44 = 368.64$$

n= 369

De acuerdo con el cálculo muestral y con la estimación de pérdidas, la muestra final debía estar compuesta por 369 mujeres con cáncer cérvicouterino. No obstante, por fines de factibilidad de esta tesis, la muestra definitiva se conformó con 117 pacientes (Ver **Figura 3**) aunque se dará continuidad al proyecto.

5.6 Conceptualización y operacionalización de las variables

INTERVALOS DE ATENCIÓN MEDICA

Ambos intervalos se midieron como variables cuantitativas discretas en número de días estimados a partir de las fechas de eventos claves, que fueron recabados a través de la encuesta (fecha de primera prueba de tamizaje anormal o de descubrimiento de los primeros síntomas y fecha de la primera búsqueda de atención médica) y de la revisión de expedientes clínicos (fecha de la nota en que se reporta por primera vez el diagnóstico definitivo).

Las variables centrales de este proyecto fueron: *el intervalo de la paciente y el intervalo de diagnóstico.*

<i>Nombre de variable</i>	<i>Escala</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Unidad de medición</i>	<i>Pregunta en cuestionario</i>
Intervalo de la paciente	Cuantitativa discreta	Tiempo transcurrido entre la identificación de los síntomas por parte de la paciente y la primera consulta médica.	Número de días estimados entre la identificación del problema de salud y la fecha de la primera consulta médica. Hay retraso de la paciente cuando entre la identificación del problema y la primera consulta ha transcurrido un tiempo mayor a 30 días (1 mes)	Días	Perc 1. Fecha de identificación del problema Busq 1. Fecha de Búsqueda de atención
Intervalo de diagnóstico	Cuantitativa discreta	Tiempo transcurrido entre la primera consulta médica para los síntomas sugestivos de cáncer y el reporte del diagnóstico definitivo de cáncer.	Número de días estimados desde la fecha de la primera consulta médica para el problema de salud (obtenida a través de la encuesta) hasta la fecha en que se reportó por primera vez el diagnóstico definitivo de cáncer (obtenida del expediente clínico). Hay retraso de diagnóstico cuando entre la primera consulta y la confirmación del diagnóstico ha transcurrido un tiempo mayor a 30 días (1 mes)	Días	Busq 1. Fecha de Búsqueda de atención

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS					
Edad	Discreta	Número de años de vida de la paciente.	Número de años cumplidos a partir del nacimiento y hasta el momento de la encuesta.	Años	SD1. edad
Estado de residencia	Nominal	Es el lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas.	Estado de la República Mexicana en el que la paciente reside o residía antes de venir a la Ciudad de México a atenderse.		SD2. Estado de residencia
Escolaridad	Ordinal	Expresa la de años completos de estudios que la paciente concluyó en la educación de carácter obligatorio.	Número de años de educación formal que completó la paciente hasta el momento de la encuesta.	Años	SD7. último nivel de estudios alcanzado SD9. años cursados del último nivel mencionado SD10. Sabe leer o escribir un recado
Alfabetismo	Dicotómica	Cualidad de las personas que saben leer y escribir	Alfabetismo reportado por las pacientes al momento de la encuesta. Se categorizó en: a) si sabe leer y escribir un recado y b) no sabe leer y escribir un recado.		
Estado civil	Nominal	Condición particular de una persona respecto a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Estado civil reportado por la paciente al momento de la encuesta. Se categorizó de la siguiente manera: Soltera, casada, en unión libre, viuda, divorciada.		SD6. ¿Cuál es su estado civil?
Derechohabencia	Nominal	Tipo de seguro de salud (público o privado) al que tiene derecho la paciente	Institución de salud a la que tiene derecho la paciente y se categorizará de la siguiente manera: Seguro Popular, sin seguro, otro tipo de seguro.		SD5. ¿Usted tenía derecho a los servicios médicos del?
Ocupación	Nominal	Actividad o trabajo de la paciente	Autoreporte de la paciente acerca de realizar alguna actividad por la cual recibiera o no un pago		SD11. Actividad por la que percibe algún pago
Ingreso mensual per cápita	Ordinal	Ganancias monetarias obtenidas mensualmente por todos los miembros de la familia divididas entre el número de habitantes de la familia	$\frac{\text{Ingreso familiar mensual}}{\text{número de habitantes de la familia}}$	Salario mínimo	
Bienestar de acuerdo al ingreso mensual per cápita	Ordinal	Medición de la pobreza que utiliza 2 líneas de ingresos: <i>Línea de bienestar mínimo</i> = equivale al valor de la canasta alimentaria al mes. <i>Línea de bienestar</i> , que equivale al valor total de la canasta alimentaria y de la canasta no alimentaria por persona al mes.	$\frac{\text{Ingreso per cápita}}{\text{Líneas de Bienestar}}$ Se categorizó en: debajo del bienestar mínimo, bienestar mínimo, bienestar y no respondieron.		
IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS					
Identificación del problema	Nominal	Es la forma en la que se descubrió el problema de salud.	Identificación del problema por medio de: síntomas o prueba de tamizaje.		Perc 2. ¿Cómo supo del problema de salud?

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

Primer síntoma más preocupante	Nominal	Es el primer síntoma presentado por la paciente que más le preocupó.	Síntoma más preocupante: sangrado vaginal u otros síntomas	Perc 9. ¿De los síntomas que tuvo, cuál le preocupó más?
Diagnóstico histopatológico confirmado	Nominal	Prueba de tamizaje necesaria para localizar células sospechosas de malignidad.	Diagnóstico histopatológico emitido por el INCAN: carcinoma epidermoide, adenocarcinoma u otros tipos de cáncer.	Obtenida del expediente clínico
Etapa clínica	Nominal	Es la etapa clínica en la que se encontró a la paciente a su llegada al INCAN.	Etapa clínica reportada por el departamento de Ginecología Oncológica posterior a la sesión de expertos del INCAN .	Obtenida del expediente clínico (Nota de Unidad Funcional).

INTERPRETACIONES SOBRE LOS SÍNTOMAS

Gravedad percibida del primer síntoma	Politómica	Es la gravedad percibida por la paciente del primer síntoma identificado por ella.	Percepción de la paciente de la gravedad del primer síntoma. Se categorizó en: nada grave, poco grave, moderadamente grave, muy grave o nada grave.	Perc 4. ¿Cuándo notó el primer síntoma que tan grave pensó que era?
Preocupación por el primer síntoma	Politómica	Es la preocupación por el primer síntoma.	Grado de preocupación por el primer síntoma reportado por las pacientes. Se categorizó en: nada, poco, regular, mucho o nada.	Perc 5. ¿Qué tanto le preocupó en aquel entonces?
Percepción sobre cáncer	Dicotómica	Asociación entre el primer síntoma y la posible presencia de cáncer	Percepción de la paciente sobre la asociación entre el primer síntoma identificado y cáncer. Se categorizó en: si o no	Perc 6. ¿Cuándo notó ese síntoma por primera vez, ¿pensó que podía tratarse de cáncer?

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE TAMIZAJE

Conocimiento sobre la utilidad del Papanicolaou	Dicotómica	Conocimiento de que el Papanicolaou es una prueba para detectar oportunamente cáncer cervicouterino.	Utilidad del Papanicolaou mencionada por la paciente al momento de la entrevista. Se categorizó en: si sabe, no sabe.	P3. ¿Para qué sirve hacerse un Papanicolaou?
Conocimiento sobre la edad recomendada para la realización del Papanicolaou	Dicotómica	Conocimiento de que la edad recomendada por la NOM para el tamizaje de CaCu es a los 25 años de edad.	Edad recomendada para tamizaje mencionada por la paciente al momento de la entrevista. Se categorizó en: si sabe, no sabe.	P4. ¿A partir de qué edad se recomienda que la mujer se haga un Papanicolaou?
Conocimiento sobre la frecuencia recomendada para la realización del Papanicolaou	Dicotómica	Conocimiento de que la frecuencia para las pruebas de tamizaje es anual.	Frecuencia recomendada para tamizaje mencionada por la paciente al momento de la entrevista. Se categorizó en: si sabe, no sabe.	P5. ¿Con qué frecuencia se recomienda que la mujer se haga un Papanicolaou?

BARRERAS EN EL INTERVALO DE LA PACIENTE

El problema iba a desaparecer solo	Dicotómica	Percepción de que el problema iba a desaparecer solo	Percepción de la paciente acerca de que no buscó atención tempranamente debido a que pensó que el problema desaparecería solo	Busq 7. ¿por qué pensó que el problema iba a desaparecer solo?
Desidia	Dicotómica	Se define como la falta de ganas, interés o de cuidado al hacer una cosa.	Percepción de la paciente acerca de que no buscó atención tempranamente debido a la desidia.	Busq 7. ¿por desidia?

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

Miedo	Dicotómica	Sensación de angustia provocada por la presencia de un peligro real o imaginario.	Percepción de la paciente acerca de que no buscó atención tempranamente debido al miedo.	Busq 7. ¿por miedo?
Percepción sobre malas experiencias previas de atención en el Centro de Salud	Dicotómica	Sensación de mala calidad en la atención recibida previamente en el Centro de Salud que le corresponde.	Percepción de la paciente acerca de que no buscó atención tempranamente debido la mala atención recibida previamente en su Centro de Salud.	Busq 7. ¿por qué no le ha gustado la atención que ha recibido en el pasado en el centro de salud más cercano a su casa?
Percepción de falta de información sobre los servicios a los que podía acudir	Dicotómica	Ausencia de información de las Instituciones que ofertan tratamientos oncológicos.	Percepción de la paciente acerca de que no buscó atención tempranamente debido la falta de información sobre los servicios a los que podía acudir.	Busq 7. ¿por qué no sabía a qué servicio de salud acudir?
Vergüenza	Dicotómica	Sentimiento de incomodidad producido por el temor a hacer el ridículo ante alguien	Percepción de la paciente acerca de que no buscó atención tempranamente debido a la vergüenza.	Busq 7. ¿por pena a que la revisaran?
Percepción sobre dificultad para dejar de trabajar	Dicotómica	Rol de la paciente con su entorno laboral que impide la búsqueda de atención médica.	Percepción de la paciente acerca de que no buscó atención tempranamente debido la dificultad para faltar a trabajar.	Busq 7. ¿por dificultad para dejar de trabajar?
Prioridad competitiva de cuidado a un familiar	Dicotómica	Rol de la paciente con un familiar, respecto a su cuidado.	Percepción de la paciente acerca de que no buscó atención tempranamente debido a que tenía que atender a algún familiar.	Busq 7. ¿por qué tiene que cuidar de un familiar (niños, ancianos o enfermos)?
Percepción sobre lejanía del Centro de Salud	Dicotómica	Lejanía entre la vivienda y el Centro de Salud que le corresponde a la paciente.	Percepción de la paciente acerca de que no buscó atención tempranamente debido a la lejanía del Centro de Salud.	Busq 7. ¿por qué el centro de salud más cercano a su casa está muy lejos?
<i>BARRERAS EN EL INTERVALO DE DIAGNÓSTICO</i>				
Percepción sobre falta de dinero para consultas y estudios	Dicotómica	Escasez de recursos económicos que impide la cobertura de consultas médicas y estudios médicos.	Percepción de la paciente de que el no contar con los recursos económicos suficientes para pagar: consultas, gabinetes o procedimientos relacionados con la enfermedad influyó sobre el retraso entre la primera consulta médica y su llegada al INCAN.	Barr 2. ¿por falta de dinero para pagar consultas y estudios?
Percepción sobre falta de información sobre los servicios de salud	Dicotómica	Ausencia de información sobre las Instituciones de salud a las que se podría acudir a tratar el problema de salud.	Percepción de la paciente sobre la falta de información de los servicios de salud a los que podía acudir.	Barr 2. ¿por qué no sabía a qué servicio de salud acudir?
Percepción sobre citas apartadas	Dicotómica	Encuentro médico-paciente previamente arreglado por el área administrativo hospitalaria de larga duración en comparación con la cita anterior.	Percepción de la paciente de tener citas médicas muy distanciadas una de otra dentro de las instituciones de salud consultadas antes de llegar al INCAN.	Barr 2. ¿por qué en los servicios que consultó antes le daban las citas para el médico y/o los estudios muy apartadas?
Percepción sobre diagnóstico equivocado	Dicotómica	Hecho de no ejecutar ciertas pruebas de diagnóstico o fracaso para diagnosticar una afección en el momento oportuno.	Percepción de la paciente de que hubo errores en el diagnóstico de los primeros médicos consultados.	Barr 2. ¿por qué hubo un diagnóstico equivocado de

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCan

				los médicos que la vieron al principio?
Percepción sobre dificultad para faltar al trabajo	Dicotómica	Incapacidad para dejar de trabajar por atender su problema de salud	Percepción de la paciente de no poder faltar al trabajo por atender su problema de salud.	Barr 2. ¿por qué no podía faltar al trabajo para atenderse?
Percepción sobre problemas con requisitos para 1° cita en el INCan	Dicotómica	Problemas administrativos generados dentro de la institución de salud a la que la paciente acude para recibir atención médica.	Percepción de la paciente de tener problemas para cumplir con los requisitos necesarios para obtener una primera cita en el INCan.	Barr 2. ¿por qué tuvo problemas para cumplir con los requisitos para que le dieran la primera cita (SS_tot_pre_40) aquí en el hospital muy lejana?
Percepción sobre 1° cita en el INCan muy lejana	Dicotómica	Encuentro médico-paciente previamente arreglado por el área administrativa del INCan de larga duración en comparación con la cita anterior.	Percepción de la paciente de que la primera cita para consulta en el INCan fue muy lejana a la fecha en la que la solicitó.	Barr 2. ¿por qué le dieron la primera cita (SS_tot_pre_40) aquí en el hospital muy lejana?

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Tipo de 1° Servicio de Salud utilizado	Nominal	Primer servicio de salud que utilizó la paciente para tratar su problema de salud.	Tipo de Servicio de salud que utilizó la paciente tras la identificación de su problema de salud. Se categorizó en servicios públicos, privados u otros.	SS1.1 ¿En qué tipo de servicio de salud recibió la primera consulta?
Tipo de servicio de salud de Referencia	Nominal	Hospital del que se refirió la paciente al INCan	Servicio de salud que envió a la paciente al INCan, podía ser: Secretaria de Salud, IMSS, ISSSTE, médico privado o consultorio de farmacia.	SS_tot_pre_39 ¿De qué tipo de servicio de salud la refirieron al INCan?
Interpretación diagnóstica del 1° Pap realizado fuera del Instituto	Nominal	Diagnóstico del primer Papanicolaou que se realizó la paciente para el problema de salud actual.	Percepción de la Interpretación diagnóstica del primer Papanicolaou que se realizó la paciente. Se categorizó en: benigno, sospechoso, maligno, no le explicaron o no sabe	SS_tot_pre_12 ¿Cómo le explicaron que salió su Papanicolaou?
Interpretación diagnóstica del 1° médico consultado fuera del Instituto	Nominal	Impresión diagnóstica del primer médico consultado para el problema de salud.	Percepción de la Interpretación diagnóstica emitida por el primer médico que consultó la paciente. Se categorizó en: benigno, sospechoso, maligno, no le explicaron o no sabe	SS1.11 ¿Qué le dijo el primer médico que vio, acerca de lo que tenía en la matriz?
Número de consultas fuera del INCan	Discreta	Número de consultas que tuvo la paciente para su problema de salud.	Número de consultas que tuvo la paciente para su problema de salud fuera del INCan	SS_tot_pre_2 ¿Cuántas consultas médicas tuvo antes de llegar al INCan?
Número de Servicios de Salud consultados fuera del INCan	Discreta	Número de servicios de salud distintos utilizados por la paciente.	Número de servicios de salud distintos que utilizó la paciente antes de llegar al INCan	SS_tot_pre_1 ¿Cuántos servicios de salud distintos consultó antes de llegar al INCan?

5.7 Procedimientos:

Los procedimientos que se llevaron a cabo en esta investigación fueron los siguientes:

- 1) **Identificación de pacientes.** Todas las pacientes con diagnóstico nuevo de CaCu son sesionadas en la Unidad Funcional del servicio de Ginecología Oncológica donde un equipo multidisciplinario de médicos define su seguimiento. Previo a cada sesión, la Unidad Funcional nos enviaba un listado de las posibles candidatas para nuestro estudio.
- 2) **Revisión de expediente y aplicación criterios de selección.** Con base en el listado de pacientes que acudían a la sesión de la Unidad Funcional, se revisaba el expediente clínico electrónico de cada una de las posibles candidatas para corroborar el diagnóstico definitivo de CaCu. De confirmar el diagnóstico de CaCu, la paciente se consideraba como candidata para el estudio. Las candidatas se identificaban en la sala de espera de la Unidad Funcional para aplicarle a través de una breve encuesta las preguntas de los criterios de exclusión.
- 3) **Captura de datos de las candidatas a participar.** Diariamente en una base de datos electrónica se capturaron todos los datos (nombre, edad, diagnóstico, teléfono, citas próximas, etcétera) de las candidatas a participar en el estudio, así como las respuestas a los criterios de exclusión.
- 4) **Invitación a participar en la encuesta y toma de consentimiento informado (ver en Anexo 1).** Si la paciente respondía que no a todos los criterios de exclusión, en ese mismo momento se le invitaba a participar en el mismo. Para ello se le entregaba a la paciente una copia de la carta de información del estudio, la cual se leía en voz alta por el encuestador en conjunto con la paciente y en presencia de un testigo. Este proceso finalizaba cuando la paciente y el testigo firmaban el consentimiento informado (ver en anexo)
- 5) **Administración del cuestionario.** Posterior a la toma de consentimiento informado, se administró un cuestionario cuantitativo a través de una entrevista cara a cara con las pacientes.
- 6) **Codificación y captura de encuestas administradas.** Una vez recolectados los datos, se procedía con la revisión de los cuestionarios para verificar que estuvieran completos.

Después de a la revisión, se codificaban las respuestas de forma manual y finalmente se vaciaban las respuestas en el programa de captura.

- 7) **Revisión de expedientes.** Seis meses después de la aplicación de la encuesta, se llevó a cabo la revisión del expediente clínico de cada una de las pacientes encuestadas para documentar las fechas de confirmación diagnóstica y otras variables clínicas de interés como el diagnóstico histopatológico final y la etapa clínica.

5.8 Cuestionario

El cuestionario (ver en **Anexo 2**) estuvo conformado por 136 reactivos, divididos en 9 secciones que se detallan a continuación:

- ❖ **Sección I Datos de identificación de la paciente.** En esta sección se recabó el hospital de procedencia, el nombre completo de la paciente y el número de expediente.
- ❖ **Sección II Datos sociodemográficos de la paciente.** Los datos que se recolectaron en esta sección son: la edad de la paciente, el estado y municipio y/o delegación de procedencia, el tiempo de traslado (casa-hospital [INCan]), el medio de transporte que utiliza para trasladarse al hospital y el tipo de seguridad social.
- ❖ **Sección III Percepción del problema de salud.** En esta parte se cuestionó a la paciente sobre la fecha de identificación de su problema de salud, se preguntaba la forma de identificación del problema, así como algunas percepciones relacionadas con los síntomas, la gravedad de los síntomas y la asociación de sus síntomas con el cáncer. Finalmente se indagó la comunicación con las redes de apoyo, preguntando el tiempo transcurrido desde que la paciente identificó el problema, hasta que se lo comunicó a algún miembro de su red.
- ❖ **Sección IV Búsqueda inicial de atención médica.** En este apartado se colectó información sobre todos los intentos de búsqueda de atención que tuvo la paciente para contrarrestar la enfermedad. Se preguntaron fechas de búsqueda, percepciones sobre esa búsqueda y los tipos de instituciones sanitarias consultadas para dar resolución al problema de salud.
- ❖ **Sección V Utilización de servicios de salud (Parte uno) y Sección VI Utilización de servicios de salud (Parte dos).** En las secciones V y VI se recolectó toda la información de servicios sanitarios utilizados por la paciente, desde el inicio de su enfermedad. Se

preguntó sobre el tipo de servicio utilizado, los tiempos de espera, la especialidad de los médicos que le brindaron la atención, los estudios de gabinete que le pidieron y si se le realizó exploración física o no. También se le cuestionó sobre el número de consultas obtenidas por servicio y, finalmente se pidió a la paciente que evaluara el profesionalismo de los médicos que la atendieron en una escala del 0 al 10. Adicionalmente, en la sección VI se recolecta información sobre la realización de pruebas de tamizaje.

- ❖ **Sección VII Barreras percibidas.** En este apartado se recolectó información sobre las principales barreras percibidas por las pacientes que dificultaron su llegada al INCan, y se cuestionó sobre algunos gastos de bolsillo dentro y fuera de la institución.
- ❖ **Sección VIII Conocimientos y prácticas de tamizaje.** Las preguntas contenidas en este apartado recabaron información sobre el conocimiento de la paciente sobre las prácticas de tamizaje, como: la frecuencia con la que se debe realizar la prueba y la edad a la que se recomienda que se haga.
- ❖ **Sección IX Datos sociodemográficos de la paciente.** Finalmente, en la sección IX, se colectó: el estado civil de la paciente, el último nivel de estudio alcanzado, su ocupación, el ingreso familiar y el número de personas que dependen de ese ingreso.

La administración del cuestionario duró 40 minutos aproximadamente y se llevó a cabo en un cubículo privado.

5.9 La prueba piloto

El instrumento fue validado previamente para su uso en 509 pacientes mexicanas con cáncer de mama. El estudio que llevó a cabo la validación, documentó que el instrumento poseía una sensibilidad del 74,68% y una especificidad de 48,41%; concluyendo que, el instrumento era válido, fiable y sensible [70]. Previo a la administración del cuestionario a la muestra definitiva, en el mes de abril del 2016 se llevó a cabo un pre-piloteo en 15 pacientes con CaCu para garantizar la comprensión de los reactivos y hacer ajustes. Una vez terminado el pre-piloteo y haciendo ajustes mínimos, en el mes de mayo del 2016 se llevó a cabo la prueba piloto en 32 pacientes.

6. Análisis:

De acuerdo con los objetivos propuestos, y con base al tipo de variables, se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de los datos con la versión 13.0 del paquete estadístico Stata.

- 1) Para las variables cuantitativas y los intervalos de atención médica se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, percentiles 25 y 75, así como valores mínimo y máximo).
- 2) Para las variables categóricas se estimaron medidas de frecuencia (frecuencias absolutas y porcentajes).

7. Consideraciones éticas:

El estudio se llevó a cabo de acuerdo a lo establecido en: la Declaración de Helsinki, las Normas establecidas en la Ley General de Salud y de Buenas Prácticas Clínicas. El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por los Comités de Investigación y Ética del INCAN: "TBA-CA-01 Tiempos y barreras para la atención médica de pacientes con cáncer de mama, cérvix, testículo y próstata" (015/038/DII)(CEI/1003/15).

Se tomó consentimiento informado a todas las participantes antes de la aplicación de la encuesta, quienes estuvieron de acuerdo con el uso que se le daría a su información. Se garantizó la confidencialidad, la seguridad y la privacidad de las pacientes que proporcionaron sus datos y se evitó el uso inapropiado de los datos obtenidos para fines diferentes a los que la paciente autorizó.

En cuanto a los posibles perjuicios derivados de esta investigación, estos fueron mínimos. Las pacientes, al estar hablando de su proceso, podían tener alteraciones psicológicas. Por ello, los encuestadores eran psicólogos capaces de brindar la contención necesaria en el momento. Adicionalmente, las pacientes que lo requerían eran referidas al servicio de psico-oncología del INCAN.

CAPÍTULO V

8. Resultados

En el capítulo que se expone a continuación, se presentan los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados a las pacientes con CaCu que recibieron atención oncológica dentro del Instituto Nacional de Cancerología.

En la **Figura 3** se resumen los motivos por los cuales se incluyó, se excluyó y se eliminó a las participantes de este proyecto.

Durante el período comprendido entre el 1° de junio y el 31 de diciembre del 2016, llegaron un total de 178 pacientes con diagnóstico nuevo de cáncer cérvicouterino al Departamento de Ginecología Oncológica del INCAN.

De las 178 candidatas potenciales para entrevistar, se excluyó a 16/178 (8.9%) pacientes por los siguientes motivos: 3/178 (1.6%) candidatas tenían antecedentes previos de otro tipo de cáncer, 2/178 (1.1%) ya habían recibido tratamiento antes de llegar al INCAN, 4/178 (2.2%) tenían limitaciones cognitivas, 3/178 (1.6%) presentaron limitaciones auditivas y 4/178 (2.2%) no hablaban español.

Tras explicarles el estudio, 20/178 (11.2%) pacientes no aceptaron participar, 13/178 (7.3%) pacientes fallecieron antes de ser invitadas, y se entrevistó a un total de 129/178 restantes (72%).

De las 129 pacientes entrevistadas, se eliminaron 12/129 (9.3%) del análisis porque presentaron valores atípicos mayores o iguales a 50 meses en el intervalo de diagnóstico. En estas pacientes observamos que sus respuestas no eran congruentes en cuanto a la temporalidad, esto podría indicarnos la presencia de un sesgo de memoria, donde el problema de salud pudo ser inicialmente algo benigno, pero no se le dio continuidad. Por lo tanto, para mayor calidad en los datos, se decidió su eliminación. Finalmente, el análisis de datos para esta investigación se llevó a cabo en 117 entrevistas completas.

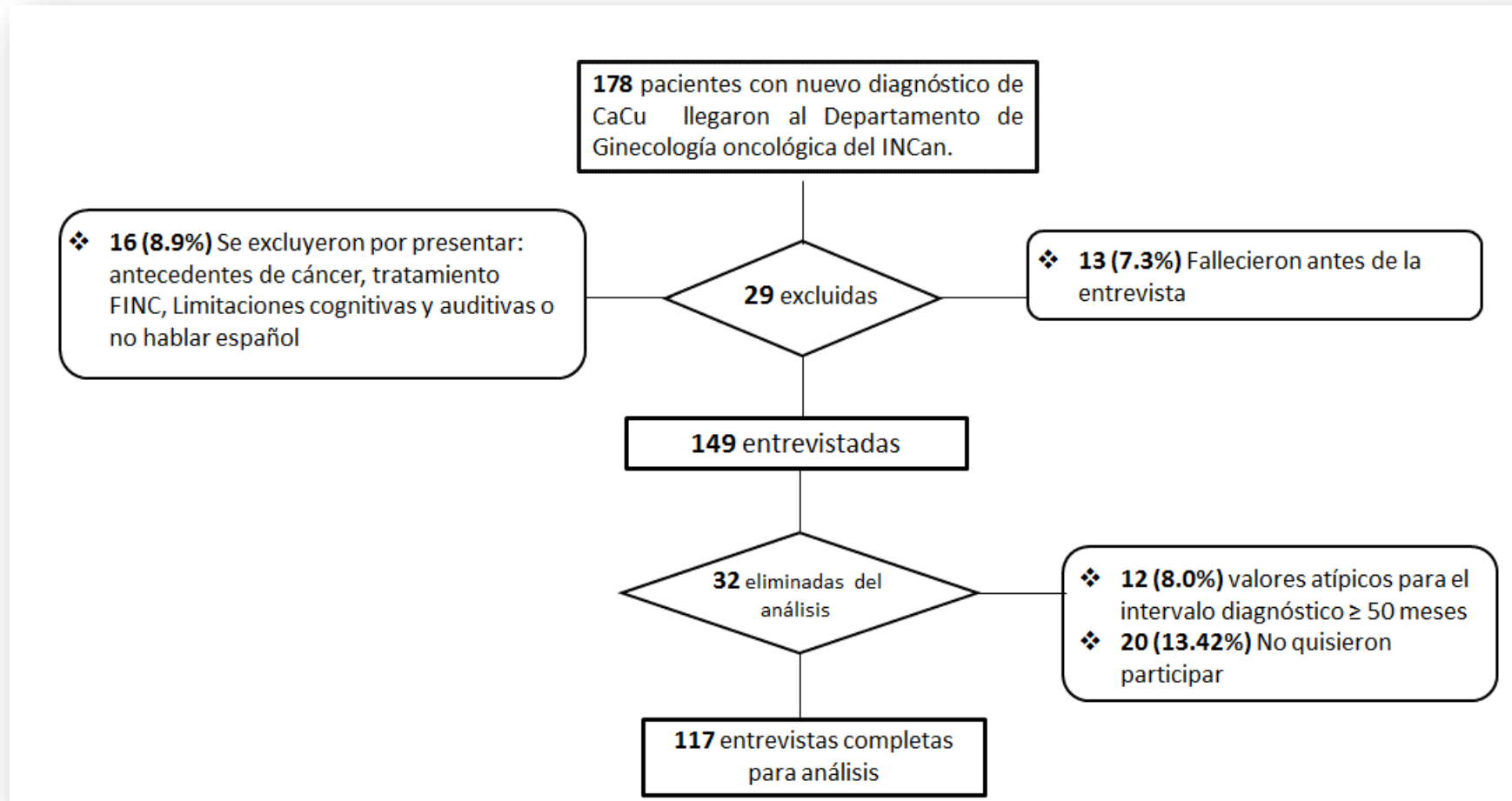
Cuadro 5 Características de las pacientes fallecidas

Paciente	Edad	Estado de Residencia	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Etapas clínicas al diagnóstico	Diagnóstico histopatológico
1	51	Tlaxcala	Soltera	Hogar	Primaria	IIIB	Adenocarcinoma
2	47	Veracruz	Casada	Hogar	Primaria	IIIB	Adenocarcinoma
3	46	Puebla	Soltera	Hogar	Secundaria	IVB	Adenocarcinoma
4	58	CDMX	Casada	Comercio	Primaria	IVB	Carcinoma epidermoide
5	54	Puebla	Unión libre	Hogar	Primaria	IVB	Adenocarcinoma
6	35	Morelos	Soltera	Hogar	Secundaria	IVB	Carcinoma epidermoide
7	90	Puebla	Viuda	Hogar	Analfabeta	IIIB	Carcinoma epidermoide
8	36	CDMX	Soltera	Hogar	Analfabeta	IVB	Carcinoma epidermoide
9	76	Michoacán	Soltera	Hogar	Secundaria	IVB	Carcinoma epidermoide
10	43	Puebla	Divorciada	Empleada doméstica	Primaria	IVB	Carcinoma epidermoide
11	55	CDMX	Unión libre	Hogar	Primaria	IVB	Adenocarcinoma
12	57	Morelos	Viuda	Hogar	Analfabeta	IVB	Carcinoma epidermoide
13	51	CDMX	Unión libre	Hogar	Primaria	IIIB	Carcinoma epidermoide

Se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes que fallecieron antes de poder ser entrevistadas y se encontró lo siguiente:

Como se puede observar en el **Cuadro 5** la edad de las pacientes fallecidas tuvo una media de 54 años (mín 35-máx 90). El 60% (8/13) residía en la Ciudad de México y el estado de Puebla. La mayoría, (38%) 5/13 eran solteras y se dedicaban a las labores del hogar (85%;11/13). En general, tuvieron bajo nivel educativo, el 77% (10/13) apenas concluyó la educación básica y 23% (3/13) eran analfabetas. Todas las participantes que fallecieron se encontraron en etapas tardías de la enfermedad (IB2-IVB) al momento del diagnóstico: 4/13 (31%) en estadio IIIB y 9/13 (69%) en estadio IVB, lo cual indica probablemente que, llegaron muy tarde a recibir atención oncológica. Finalmente, el diagnóstico histopatológico más común fue el carcinoma epidermoide (62%; 8/13) seguido del Adenocarcinoma (38%;5/13) como en el contexto internacional.

Figura 3 Diagrama del proceso: inclusión, exclusión y eliminación de la investigación



a. Descripción de las participantes

El **Cuadro 6** esquematiza las características sociodemográficas de las 117 pacientes con cáncer cérvicouterino que participaron en este estudio.

Cuadro 6 Características sociodemográficas

VARIABLES	CATEGORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
<i>Edad</i>	Media ± DE [rango] 49.03 ± 14.18 [22-83]			117 (100)
	<29	10	8.54%	
	30-39	21	17.94%	
	40-49	33	28.20%	
	50-59	26	22.22%	
	60-69	15	12.82%	
<i>Estado de residencia</i>	>70	12	10.25%	
	Estado de México	33	28.21%	117 (100)
	Ciudad de México	31	26.50%	
<i>Escolaridad</i>	Otros estados	53	45.29%	
	Sin educación	9	7.69%	117(100)
	Primaria completa	55	47.00%	
	Secundaria completa	35	29.91%	
<i>Alfabetismo</i>	Otros	18	15.38%	
	Si	108	92.30%	117 (100)
<i>Estado civil</i>	No	9	7.69%	
	Casada	43	36.75%	117 (100)
	Unión libre	25	21.37%	
<i>Derechohabencia</i>	Otros	49	41.88%	
	Seguro Popular	85	72.67%	117(100)
	Sin seguro de salud	23	19.66%	
<i>Ocupación</i>	Con seguro de salud	9	7.69%	
	Ama de casa	99	84.61%	117 (100)
	Empleadas domésticas	5	27.78%	
	Comerciantes informales	4	22.22%	
<i>Ingreso mensual per cápita</i>	Otros empleos	9	50.00%	
	Media ± DE [rango] 1280.30 ± 1,214.47 [400-9,500]			117 (100)
	< 2 SM	103	88.03%	
	>3 o más SM	12	10.25%	
<i>Bienestar" de acuerdo al Ingreso mensual per cápita</i>	No respondieron	2	1.70%	
	Debajo del bienestar mínimo	87	74.36%	117 (100)
	Bienestar mínimo	19	16.24%	
	Bienestar	9	7.69%	
	No sabe	2	1.71%	

Abreviaturas: *SM, salario mínimo vigente en la CDMX. "Bienestar de acuerdo a las líneas de bienestar y canasta básica del CONEVAL (ver cuadro de variables)

La edad de las participantes tuvo una media de 49 años (min 22 – máx 83). Como se puede observar en el **Cuadro 6** la mayoría de las pacientes entrevistadas (50.4%) tenían entre 40 y 59 años de edad.

El 55% (64/117) de las pacientes entrevistadas residían en la Ciudad de México y en el Estado de México. Del 45% (53/117) de pacientes que no residían en la Zona Metropolitana del Valle de México, los principales estados de residencia fueron: Veracruz, Puebla, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Hidalgo, Morelos y Tlaxcala.

La mayoría de las pacientes se encontraban en una relación de pareja (58%) al momento de la entrevista, ya sea casadas o en unión libre, estaban afiliadas al Seguro Popular (73%) y se dedicaban a actividades del hogar (85%). De las pocas entrevistadas con empleo remunerado (18), el 50% (9/117) tenía empleo en el sector informal, como empleada doméstica o comerciante informal. Entre las participantes con otros tipos de empleo remunerado se encontró: una abogada, una ingeniera de software, una médica de pregrado, una repostera, una recepcionista, una taquillera, una empleada de lavandería, una empleada de tienda de abarrotes y una manicurista.

En general, la muestra era de bajo nivel socioeconómico. Esto se refleja tanto en la baja escolaridad de las pacientes, como en sus bajos ingresos y falta de derechohabiencia. El nivel máximo de escolaridad reportado fue de primaria completa en 47% pacientes y de secundaria en 30% de ellas. El ingreso mensual per cápita tuvo una media de \$1280.00 (min \$400 – máx \$19,000), lo cual equivale a un monto menor a 2 salarios mínimos. De hecho, este ingreso fue menor a 2 salarios mínimos en el 88% (103/117) de las entrevistadas. Al comparar esto con las líneas de bienestar del CONEVAL para definir pobreza en áreas urbanas (ver en cuadro de variables), encontramos que el 74% (87/117) de las participantes se encontró por debajo de la línea de bienestar mínimo que para 2016 fue de \$1,345 pesos mexicanos.

El **Cuadro 7** muestra de manera esquemática la forma en la que la paciente identificó su problema de salud, los síntomas que presentó y, el síntoma que más le preocupó. También enlista las categorías que pertenecen al diagnóstico histopatológico y a la etapa clínica al momento del diagnóstico.

Cuadro 7 Identificación del problema y características clínicas

VARIABLE	CATEGORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
Forma de identificación del problema	Síntomas	102	87.17%	117(100)
	Resultados de tamizaje	15	12.82%	
Primer síntoma identificado por la paciente	Sangrado vaginal	63	61.76%	102 (100)
	Flujo vaginal	15	14.70%	
	Otros síntomas	24	23.52%	
Síntoma más preocupante para la paciente	Sangrado vaginal	69	58.97%	117 (100)
	Otros síntomas	48	41.02%	
Diagnóstico histopatológico confirmado por biopsia	Carcinoma epidermoide	96	82.05%	117 (100)
	Adenocarcinoma	14	11.97%	
	Otros tipos	7	5.98%	
Etapa clínica al momento del diagnóstico	Etapa I (IA1, IA2, IB1, IB2)	30	25.64%	117 (100)
	Etapa II (IIA, IIB)	29	24.78%	
	Etapa III (IIIB)	28	23.93%	
	Etapa IV (IVB)	18	15.38%	
	No etapificable	12	10.25%	

En cuanto a la forma de identificación del problema, en 87% (102/117) de las entrevistadas fue por la presentación de síntomas, y sólo 13% (15/117) tras la realización de una citología cervical. El primer síntoma más comúnmente reportado fue el sangrado vaginal, que ocurrió en 63/102 (62%) pacientes que identificaron el problema por síntomas. En segundo lugar, el flujo vaginal, el cual fue el primer síntoma reportado en 15% (15/102) de los casos. El resto de pacientes (24/102) refirió como primer síntoma dolor en abdomen bajo, dolor en espalda baja, edema de miembros inferiores, dolor al orinar, mareo o náusea.

El diagnóstico histopatológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide 82% (96/117), seguido del adenocarcinoma, tal como está descrito en la literatura internacional. Al momento del diagnóstico, se encontró que sólo 19% (22/117) de las participantes inició atención médica en el INCAN en estadios tempranos (IA a IB1), y 71% (83/117) en estadios tardíos (IB2 a IVB).

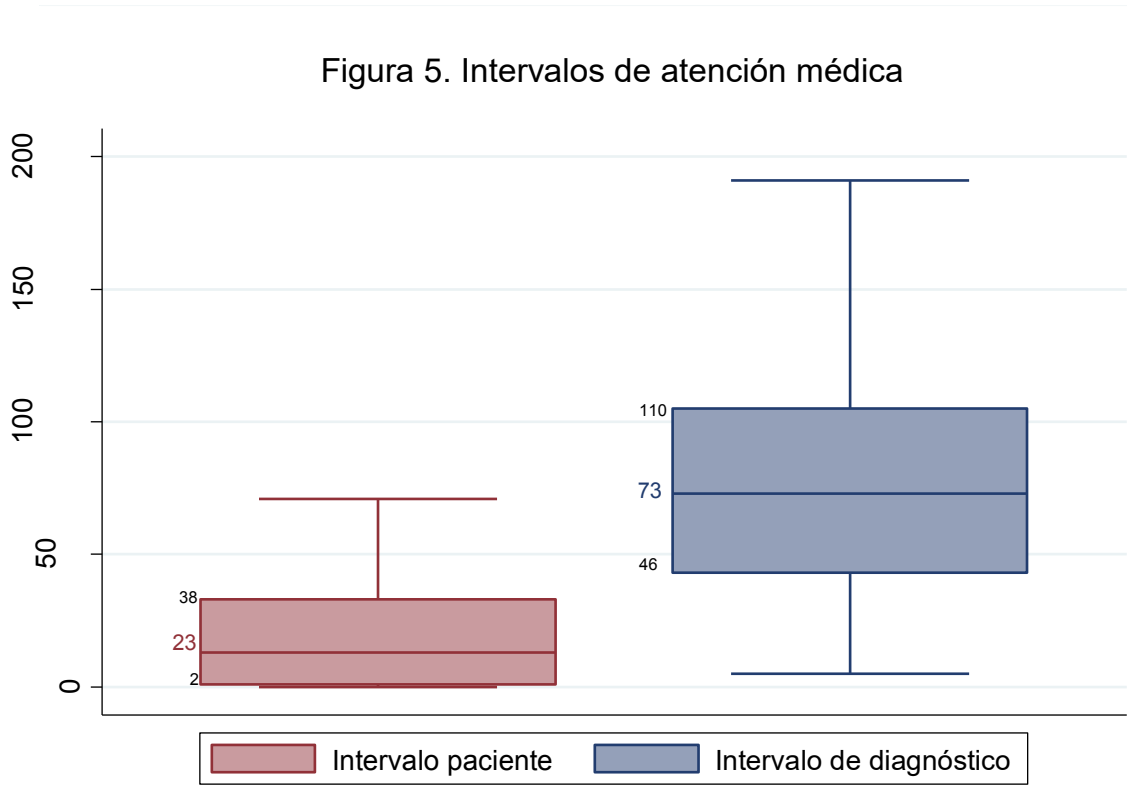
b. Duración de los intervalos de atención médica

La **Figura 4** presenta gráficos de caja y bigote para resumir la duración de los intervalos de atención. El intervalo de la paciente tuvo una mediana de 23 días (RIQ¹⁹: 2 - 38 días). El 75% (58.5/117) de las pacientes buscó atención médica 38 días o antes, a partir de la identificación del problema de salud. De hecho, 56% lo hizo sin retraso, el cual se define en la literatura como más de 30 días entre la identificación del problema y la búsqueda inicial de atención.

La mediana del intervalo de diagnóstico fue de 73 días (RIQ: 46 – 110 días), 3 veces mayor a la mediana del intervalo de la paciente. Es decir, en 75% (58.5/117) de las pacientes la confirmación diagnóstica de cáncer tardó más de 46 días, y 87.2% obtuvieron un diagnóstico con retraso (definido en la literatura como más de 30 días entre la primera consulta médica y la confirmación del diagnóstico).

Al conjuntar ambos intervalos de atención, esto es de la identificación del problema a la confirmación del diagnóstico, se obtuvo una duración mediana de 139 días (RIQ: 79 – 247). Esto es una mediana aproximada de 4.6 meses. El 75% de las participantes tienen ya un retraso total mayor a 2.6 meses, y aún no han iniciado tratamiento. En la literatura internacional se considera que más de 3 meses entre la identificación del problema y el inicio del tratamiento consisten en retraso y éste repercute negativamente sobre el pronóstico de la enfermedad.

¹⁹ **RIQ:** Rango intercuartílico

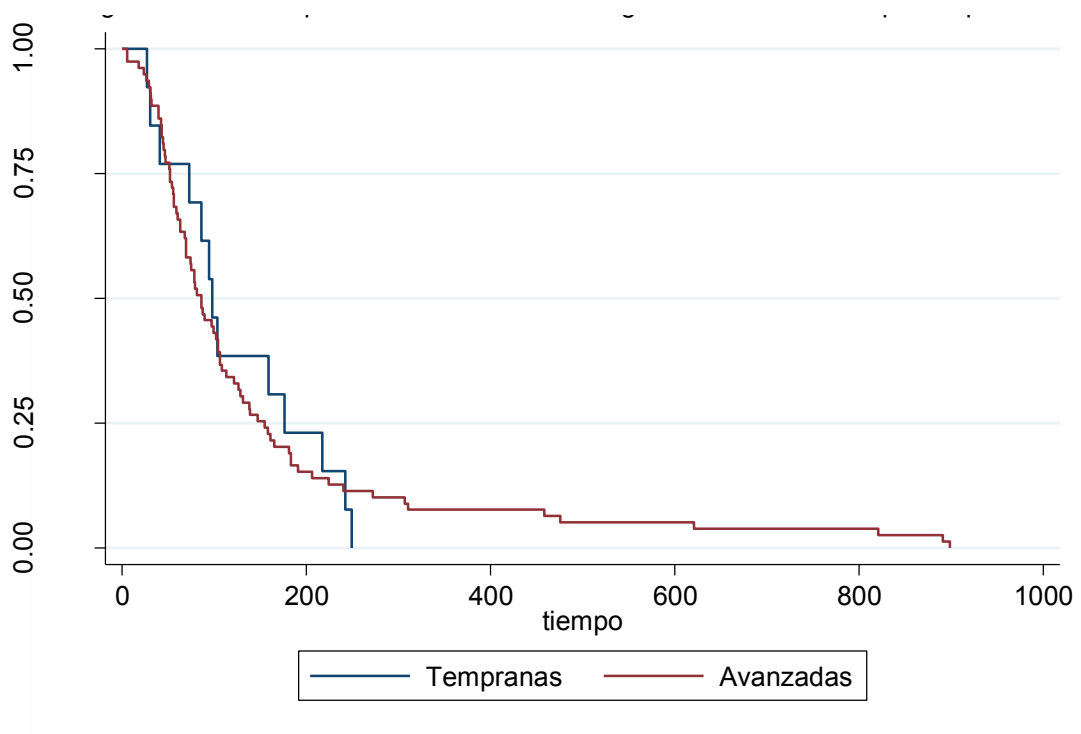


El intervalo de la paciente tuvo una duración menor a 1 mes en 60% (65/117) de las participantes (**Cuadro 8**). Es decir, la mayoría de ellas buscó atención de forma oportuna. Sin embargo, se observó que 19% (22/117) de las participantes postergaron la búsqueda de atención por 3 meses o más. En contraste, 47% de las pacientes experimentaron retrasos de diagnóstico mayores a 3 meses. Sólo el 11% (13/117) de los casos fueron diagnosticados sin retraso, es decir en menos de 1 mes a partir de la primera consulta médica.

Cuadro 8 Comparación categórica de los intervalos de atención

<i>Días</i>	Intervalo Paciente	Intervalo de Diagnóstico
< 30	65 (55.5%)	13 (11.1%)
30-59	23 (19.6%)	27 (23.0%)
60-89	7 (5.98%)	22 (18.8%)
≥90	22 (18.8%)	55 (47.0%)

Figura 5 Curva Kaplan Meier de intervalo diagnóstico estratificado por etapa clínica



Como se puede observar en la curva de Kaplan-Meier, cada diagnóstico representa un deceso en la curva. En condiciones ideales, los diagnósticos deberían realizarse lo más pronto posible (en el tiempo cero), sin embargo, podemos observar que, en aquellas pacientes con etapas clínicas avanzadas, el diagnóstico se prolongó más que en las pacientes con etapas clínicas tempranas. Esto sugiere que, entre más retraso al momento del diagnóstico, mayor es la etapa clínica y por lo tanto, las probabilidades de supervivencia son menores.

c. Principales barreras percibidas por las pacientes

En esta sección se presentan las principales barreras que desde la percepción de las entrevistadas dificultaron la búsqueda y la obtención oportuna de la atención médica.

i. Interpretaciones de las pacientes acerca de sus síntomas

Cuadro 9 Interpretaciones de las pacientes acerca de sus síntomas

VARIABLE	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
Gravedad percibida del primer síntoma	Nada grave	38	37.25%	102 (100)
	Poco grave	25	25.50%	
	Moderadamente grave	14	13.72%	
	Muy grave	19	18.62%	
	No respondieron	6	5.88%	
Preocupación por el primer síntoma	Mucho	31	30.29%	102 (100)
	Regular	21	20.58%	
	Poco	23	22.54%	
	Nada	25	24.50%	
	No respondieron	2	1.96%	
Interpretación del primer síntoma como cáncer	No	88	86.27%	102 (100)
	Si	14	13.72%	

El **Cuadro 9** resume las interpretaciones percibidas por las pacientes acerca de la gravedad de sus síntomas iniciales, la preocupación que les ocasionaron y la interpretación del significado de los mismos. De las 102 pacientes que identificaron el problema a través de síntomas, aproximadamente el 62% interpretó el primer síntoma como nada o poco grave. Asimismo, 47% manifestaron haber sentido nada o poca preocupación tras el descubrimiento de su primer síntoma. Sólo 13% de las participantes que identificaron el problema por síntomas, pensaron que éstos podían tratarse de cáncer.

ii. Conocimientos y prácticas previas de tamizaje

En el **Cuadro 10** se resumen los resultados acerca de los conocimientos y prácticas de tamizaje para CaCU de las participantes. Mientras que el 88% (103/117) de las entrevistadas sabía que el Papanicolaou se utiliza para detectar oportunamente el cáncer cervicouterino, 23% (27/117) nunca se lo habían realizado. Respecto a la edad recomendada para el tamizaje, el 81% (95/117) de las entrevistadas no tenía conocimiento de que la prueba de tamizaje debe ser realizada a partir de los 25 años de edad. La mayoría respondió que debía realizarse a partir del inicio de la vida sexual. No obstante, el 62% (72/117) de las pacientes si supo que la frecuencia recomendada para la realización del Papanicolaou es anual.

Cuadro 10 *Conocimientos y prácticas de tamizaje*

VARIABLE	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
Práctica previa de realización de Pap*	Si	90	76.92%	117 (100)
	No	27	23.08%	
Conocimientos de la paciente sobre la utilidad del Pap	Si sabe	103	88.03%	117 (100)
	No sabe	14	11.96%	
Conocimiento de la paciente sobre la edad de inicio recomendada para realizarse Pap (25 años)	Si sabe	30	25.64%	117 (100)
	No sabe	87	74.35%	
Conocimiento de la paciente sobre la frecuencia de realización del Pap (anual)	Si sabe	72	61.53%	117 (100)
	No saben	45	38.46%	

Abreviaturas: *Pap, Papanicolaou.

iii. Barreras percibidas en los intervalos de atención médica

De las 117 entrevistadas, el 44% (52/117) postergó la búsqueda de atención por más de un mes. A estas pacientes se les preguntó acerca de los motivos que influyeron en su decisión de postergar la búsqueda de atención más de un mes. En el **Cuadro 11** se enlistan las principales barreras percibidas por las participantes. Las barreras más frecuentemente reportadas por ellas fueron: pensar que el problema iba a desaparecer solo, la desidia, el miedo y experiencias negativas con los servicios de salud utilizados en el pasado.

Cuadro 11 *Barreras percibidas en el intervalo paciente n=52*

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Porque pensó que el problema iba a desaparecer solo	49	94.23%
Por desidia	45	86.53%
Por miedo	37	71.15%
Porque no le ha gustado la atención que ha recibido en el pasado en el centro de salud más cercano a su casa	36	69.23%
Porque no sabía a qué servicio de salud podía acudir	27	51.92%
Por pena a que la revisaran	21	40.38%
Por dificultad para dejar de trabajar	18	34.61%
Porque tiene que cuidar de un familiar (niños, ancianos o enfermos)	16	30.76%
Porque el centro de salud más cercano está muy lejos de su casa	15	28.84%

A las participantes que refirieron retrasos de diagnóstico mayores a un mes, se les preguntó las principales barreras que percibieron como la causa de estos retrasos. Las principales barreras reportadas fueron: la falta de dinero para pagar las consultas y los estudios médicos, la falta de

información sobre los servicios a los que podía acudir para recibir atención oncológica, que le daban las citas para los servicios previamente consultados muy apartadas entre sí, y errores en el diagnóstico en los primeros servicios consultados (**Cuadro 12**).

Cuadro 12 Barreras percibidas por mujeres con retraso diagnóstico mayor a un mes n=104

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Por falta de dinero para pagar las consultas y los estudios	78	75.00%
Porque no tenía información de los servicios a donde podía acudir	74	71.52%
Porque los servicios que consultó antes le daban las citas para el médico y los estudios muy apartadas	50	48.07%
Porque hubo un diagnóstico equivocado de los médicos que la vieron al principio	44	42.30%
Porque no podía faltar al trabajo para atenderse	18	17.30%
Porque tuvo problemas para cumplir con los requisitos para que le dieran la cita en el INCAN*	16	15.38%
Porque le dieron la primera cita en el INCAN muy lejana	8	7.69%

Abreviaturas: *INCAN: Instituto Nacional de Cancerología

iv. Utilización de los servicios de salud

Como se observa en el **Cuadro 13**, de las pacientes que tuvieron retraso en el diagnóstico, el 51% (52/102) utilizó principalmente los servicios de la Secretaría de Salud para atenderse, mientras que el 46% (47/102) de las entrevistadas optó por los servicios médicos privados, probablemente para obtener una mejor atención médica en el menor tiempo posible. En general, el 64% (65/102) de las participantes fueron referidas al INCAN por medio de la Secretaría de Salud.

Respecto a las interpretaciones diagnósticas, aunque en la mayoría de las pacientes (21%; 21/102) la prueba diagnóstica detectó cáncer cervicouterino o hallazgos sugestivos de cáncer; al 39% de las participantes el primer médico que consultaron para atender su enfermedad, les dijo que su problema de salud era “algo benigno”.

Finalmente, podemos observar en el **Cuadro 13** que antes de llegar a atenderse al INCAN, las pacientes acudieron al menos 2 servicios de salud distintos y, tuvieron al menos 5 consultas previas para atender su problema de salud actual.

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

Cuadro 13 Utilización de Servicios de Salud. n=102

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
1° Tipo de SS" utilizado			
Secretaria de Salud	52	50.98%	102 (100)
Médico u Hospital privado	47	46.07%	
Otros servicios	3	2.94%	
Hospital de Referencia			
Secretaria de Salud	65	63.72%	102 (100)
Médico u Hospital privado	27	26.47%	
Otros servicios	10	0.98%	
Interpretación diagnóstica de 1er Pap* FINC"			
Cáncer	21	20.58%	102 (100)
Hallazgos sospechosos	18	17.64%	
Hallazgos benignos	11	10.78%	
Normal	4	3.92%	
No le explicaron nada	9	8.82%	
No sabe	39	38.23%	
Interpretación diagnóstica de 1er médico consultado FINC			
Algo benigno	40	39.21%	102 (100)
Algo sospechoso	32	31.37%	
Cáncer	26	25.49%	
No le explicaron nada	14	13.72%	
Número de consultas FINC	Media ± DE [rango] 5.28 ± 0.04 [1-6]		102 (100)
Número de SS consultados FINC	Media ± DE [rango] 2.27 ± 1.28 [1-28]		102 (100)

Abreviaturas: *Pap, Papanicolaou. "FINC, fuera del INCAN, "SS, servicios de salud.

CAPÍTULO VI

9. Discusión

En el presente estudio documentamos por primera vez los tiempos de atención médica y las principales barreras percibidas por pacientes con cáncer cervicouterino en México para la obtención de atención médica oportuna. El 71% de las pacientes llegó al INCAN en estadios avanzados de la enfermedad (etapas IB2 a IVB). Esto podría explicarse por la gran magnitud de retrasos en la atención que identificamos. Llama la atención que la mayor proporción de retrasos ocurren después de que la paciente ha buscado atención médica, dentro del intervalo de diagnóstico. Este intervalo tuvo una mediana de 73 días, en contraste con el intervalo de paciente que tuvo mediana de 23 días. De hecho, casi la totalidad de la muestra presentó retrasos mayores a 1 mes en el intervalo de diagnóstico (88%) y la mitad (47%) retrasos de diagnóstico mayores a 3 meses. En cambio, 55% de las pacientes consultaron por primera vez a un médico antes de 1 mes de la identificación del problema, y sólo 19% de ellas postergó la búsqueda inicial durante más de 3 meses.

Nuestros resultados con respecto al intervalo de la paciente son similares a los resultados reportados en países de altos ingresos como: Reino Unido, Dinamarca o Japón donde el intervalo de la paciente tuvo una mediana de: 25, 27 y 30 días respectivamente [21, 22, 25]. En comparación, con países de bajos ingresos como Nepal o Vietnam, el intervalo de la paciente de esta muestra fue 3 a 11 veces menor que en esos países (68 días), y 11 veces menor que la reportada en Vietnam (270 días) [23, 24]. No obstante, el 44% de las entrevistadas presentó retrasos mayores a 1 mes en la búsqueda de atención médica.

La mediana documentada para el intervalo de diagnóstico es también similar a los obtenidos por países de altos ingresos como: Reino Unido (66 días), Dinamarca (60 días) o Estados Unidos (58 días) [25-27]. y deberían ser menores o nulos debido a que en esos países los programas de detección oportuna son más eficientes que en nuestro país.

El 87% (102/100) de las participantes identificó su problema mediante la presencia de síntomas, es decir, cuando la enfermedad ya está en un estadio avanzado porque en estadios tempranos las mujeres son asintomáticas [5]. Sólo el 12.8% de nuestras pacientes identificó su problema de salud mediante

una prueba de tamizaje. Según la ENSANUT²⁰ 2012, la cobertura de tamizaje en México ha aumentado en forma gradual y sostenida de 33.3% en el año 2000 a 49.1% en el 2012 [71]. No obstante, nuestros resultados son similares a los reportados por ENSANUT para las áreas rurales donde la cobertura fue de 11.1% en el 2012. Estos hallazgos reflejan la muy insuficiente cobertura de esta prueba de tamizaje que permitiría prevenir por completo o detectar tempranamente la enfermedad.

Al igual que en el contexto internacional [25, 72] el síntoma más común identificado por las pacientes con CaCu fue el sangrado vaginal (61.7%). Llama la atención que sólo el 30% de las mujeres reportaron haberse preocupado moderadamente o mucho ante la aparición del sangrado y percibieron al sangrado vaginal como un síntoma de moderadamente grave a muy grave. Esto puede explicarse porque entre las mujeres el sangrado vaginal es un proceso “normal” que las acompaña la mayor parte de la vida [4]. De hecho, en las mujeres premenopáusicas se confunde con la presencia de la menstruación [25, 72]. El 55% de las participantes era menor de 50 años, así que probablemente esto es importante porque el 55% de nuestras entrevistadas tuvo menos de 50 años de edad, y dado que el cese de la menstruación en mujeres mexicanas ocurre aproximadamente a partir de los 45 años [1, 73], podemos inferir que la mayoría de ellas eran premenopáusicas. El sangrado vaginal sólo se considera como grave cuando interfiere con las actividades habituales de las pacientes o aparece en situaciones poco usuales (durante el acto sexual, entre los períodos menstruales o tras el cese definitivo de la menstruación), es entonces cuando se percibe como alarmante y genera preocupación en la mujer [72].

Entre las principales barreras percibidas por las pacientes para buscar atención de forma oportuna (en menos de 1 mes a partir de la aparición de los síntomas) se encontraron la creencia de que el problema iba a desaparecer solo, la desidia, el miedo y la falta de información acerca de los servicios de salud a los que podían acudir. Estos resultados están en línea con investigaciones anteriores realizadas en otros países. En relación con la creencia de que el problema desaparecerá solo y la desidia, se ha documentado previamente que los síntomas no se perciben como preocupantes hasta que interfieren con las actividades de vida cotidiana de las pacientes [37, 72].

Investigaciones anteriores documentan que el miedo a evidenciar la presencia de cáncer puede fungir como barrera para la participación en pruebas de tamizaje de CaCu [35, 37, 40]. Aunque no hay investigaciones acerca de esto en pacientes con síntomas de cáncer cervicouterino, investigaciones previas realizadas en pacientes con cáncer de mama documentaron que el miedo podía producir dos

²⁰ ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

efectos en las pacientes sintomáticas como: acelerar la búsqueda de atención médica [74] o favorecer el retraso [74, 75].

Finalmente, similar a estudios previos, [37, 76] el 41.5% de nuestras pacientes refirieron no saber a dónde dirigirse para tratar su problema de salud. Se ha demostrado que las experiencias previas de las pacientes dentro del sistema de salud, afectan de manera importante su comportamiento posterior al utilizar los servicios de salud[54]. Especialmente cuando estas experiencias se perciben por la paciente como de mala calidad en la atención brindada por el médico (insuficiente explicación, falta de contacto visual, falta de amabilidad, etcétera) [39].

Entre las principales barreras percibidas por las pacientes para el retraso en el diagnóstico (más de 1 mes entre la primera consulta médica recibida para su problema de salud y el diagnóstico definitivo de cáncer) se encontraron: la falta de dinero para pagar consultas o estudios, la desinformación sobre los servicios a los que podrían acudir para tratar la enfermedad, y errores médicos en los servicios de salud inicialmente consultados.

La alta percepción de las participantes acerca de que las principales barreras para el retraso de diagnóstico fueron la falta de dinero y la desinformación, sugiere que al menos el 75% de nuestras participantes asumió este problema como su propia responsabilidad. Así pues, las mujeres no perciben la salud como un derecho que por ley les corresponde, sino como un favor prestado por las instituciones públicas de salud, lo cual refleja que probablemente nuestras entrevistadas están poco empoderadas [77].

El 42% de las participantes percibió la presencia de errores médicos como una de las barreras para obtener un diagnóstico más oportuno. Aunque no es posible saber a partir de los datos de esta investigación si hubo errores de diagnóstico o no, llama la atención que en otra pregunta del cuestionario un gran porcentaje de pacientes con cáncer confirmado (39%) mencionó que el primer médico consultado les dio un diagnóstico benigno.

Adicionalmente, es interesante que casi la mitad de las pacientes utilizaron en primera instancia servicios privados. Esto a pesar de ser mujeres de estratos socioeconómicos muy bajos, y de terminar siendo atendidas en una institución pública, como lo es el INCAN. Esto podría estar reflejando problemas de acceso a los servicios públicos, como se ha documentado en estudios previos que las pacientes prefieren acudir a servicios privados para una mejor calidad en la atención y en el menor tiempo posible [78]. En soporte a esta idea, está la observación de que las pacientes tuvieron en promedio 5 consultas realizadas en 2 servicios distintos previo a su llegada al INCAN.

9.1 Limitaciones del estudio

Una limitación importante del estudio fue la imposibilidad para establecer causalidad entre las variables debido al tipo de diseño transversal y descriptivo de la investigación. Sin embargo, los resultados obtenidos permiten un primer acercamiento a este problema.

El sesgo de memoria pudo afectar la medición de las fechas obtenidas de la paciente (identificación del problema y 1ª consulta) para estimar los intervalos de atención médica. Con la finalidad de reducir éste al mínimo, se buscó encuestar a las pacientes lo más cercanamente posible a su diagnóstico y antes de que iniciaran tratamiento.

El tamaño de muestra logrado fue pequeño para permitir la factibilidad de cumplir con la tesis de maestría en tiempo y forma. No obstante, la recolección de datos continúa y en unos meses esperamos cumplir con el tamaño de muestra estimado. De esta manera podremos tener una mejor estimación de los tiempos de atención para estas pacientes.

Existe un intervalo de tiempo muy relevante que no puede medirse. Es aquel entre la aparición de síntomas potencialmente reconocibles por el paciente hasta el reconocimiento de los mismos. Se ha documentado que la percepción de las sensaciones corporales es muy variable y depende en gran medida del contexto sociocultural en el que está inmersa la persona[79].

Finalmente, la muestra estuvo conformada por pacientes altamente seleccionadas al ser privilegiadas con el acceso a la atención médica dentro del INCAN. Sin embargo, lo prolongado que fueron los intervalos en estas pacientes, y sus trayectorias de utilización de múltiples servicios antes de su llegada al INCAN, reflejan lo difícil que es acceder a un servicio público oncológico. Podemos imaginar que en las pacientes menos afortunadas los tiempos son aún más largos y, en muchos casos, no llegan a este tipo de servicios.

9.2 Implicaciones

Este es el primer estudio que documenta los tiempos de atención y barreras de pacientes con cáncer cervicouterino realizado en México. Aunque este estudio aún no concluye, con base en estos resultados preliminares a continuación se delimitan algunas estrategias dirigidas a reducir los tiempos de diagnóstico. Se resumen en dos grandes tipos: 1) fortalecer el tamizaje para lograr una prevención de la mayoría de casos y una detección más temprana de los cánceres, y 2) llevar a cabo estrategias de diagnóstico temprano.

Nuestros resultados sugieren algunas áreas de oportunidad a mejorar.

1) Programas de tamizaje

a. Cobertura

Sólo el 13% de nuestras participantes identificó el problema por medio del Papanicolaou. Esto refleja fallas en los programas de tamizaje para diagnosticar oportunamente el CaCu. Se ha sugerido además de la citología cervical, la adición de otras pruebas como: la captura de híbridos, la vacunación o la citología cervical combinada con la vacuna [80]. No obstante, aún y cuando las pruebas demostraron mayor efectividad en conjunto, no es una medida factible a implementar en el corto plazo debido al alto costo de las pruebas.

b. Calidad en las muestras

La calidad de la citología cervical es importante dado que en nuestro país es por excelencia la prueba diagnóstica para el CaCu. Sin embargo, un estudio previo realizado en el Hospital General de México demostró que la principal deficiencia en la toma de muestras fue la ausencia de células típicas del cérvix en el 64% de las pruebas previamente diagnosticadas como negativas [17, 81]. Por lo tanto, para evitar falsos negativos en la citología cervical sería precisa la monitorización de todo el proceso desde que se obtiene la muestra de la paciente, hasta que se emite el informe de la misma. Considerando que los errores más comunes son en la toma de muestra sería conveniente capacitar constantemente al personal sanitario encargado de esa fase del cribado (médicos, enfermeras, técnicos tomadores de muestras, etcétera) con la finalidad de disminuir los errores y diagnosticar oportunamente el CaCu.

2) Estrategias de diagnóstico temprano

a. Concientización en las pacientes

Para aumentar la cobertura de Papanicolaou es necesario involucrar a las pacientes en el seguimiento de los resultados de la prueba y promover una búsqueda de atención oportuna ante el descubrimiento de síntomas. Es fundamental concientizar a la población sobre todo en las poblaciones más vulnerables o con mayor riesgo de desarrollar CaCu porque podrían postergar la búsqueda de atención y enfrentar problemas de acceso a los servicios [15]. Respecto a los síntomas, hay que informar a las mujeres que el sangrado vaginal no menstrual, requiere la búsqueda de atención inmediata porque podría tratarse de cáncer [37, 72]. Probablemente campañas de difusión sobre los síntomas del CaCu, podrían alertar a las mujeres a crear conciencia sobre su salud ginecológica.

b. Capacitación continua de los médicos

La capacitación continua del personal sanitario del primer y el segundo nivel de atención, es crucial para el diagnóstico oportuno. Un estudio previo reveló que en médicos mexicanos la media del nivel de conocimientos acerca de la prevención del CaCu fue de 4.74 para una escala máxima de 10 [82]. Por lo tanto, es de suma importancia la educación médica continua, para fortalecer el aprendizaje en los médicos desde el pregrado, y reforzarlo continuamente a lo largo de su vida profesional, con el objetivo de incrementar su nivel de competencia y conocimiento en este tipo de patologías.

c. Mejorar el sistema de referencia entre los niveles de atención

Una estrategia crucial para reducir el retraso en el diagnóstico estaría dirigida al fortalecimiento de la referencia de pacientes con CaCu entre los servicios públicos del primer y el tercer nivel de atención; considerando que la atención primaria es la puerta de entrada al sistema de salud. Por tanto, se podrían implementar vías de referencia urgentes para pacientes sintomáticos; estrategias que han dado buenos resultados en países como Dinamarca, Reino Unido y Australia[83].

10. Conclusión

En la muestra estudiada, los retrasos más largos fueron entre la primera consulta médica y la confirmación diagnóstica de cáncer, es decir, en el intervalo de diagnóstico. A mayor retraso, mayor etapa clínica al momento del diagnóstico y, por lo tanto, menor probabilidad de supervivencia a corto plazo en las mujeres que llegan al tercer nivel de atención.

La necesidad de investigar y dar continuidad al retraso en la atención médica del CaCu es de suma importancia ya que al menos para cáncer cervicouterino la información es insuficiente y deficiente. En los pocos estudios encontrados sobre el tema, la evidencia se concentra en los países desarrollados, donde por las características de su población no son propensas a la enfermedad. No obstante, en países de medianos y bajos ingresos la evidencia es escasa, y es en estos países donde las tasas de mortalidad para la enfermedad siguen en aumento.

Adicionalmente, en países de medianos y bajos ingresos la investigación debería centrarse en la identificación de las barreras específicas encontradas en su población para determinar si estas son modificables y, si se podrían crear políticas sanitarias que mejoren la atención médica en las poblaciones vulnerables para reducir las tasas de mortalidad y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Por lo tanto, aunque en esta tesis se presentan las barreras de atención percibidas por las pacientes que llegaron al tercer nivel de atención, a pesar de la fragmentación del sistema de salud, los resultados sugieren que la política sanitaria debería estar encaminada a la reducción de los retrasos en el diagnóstico, incluso a la par de la implementación de mejoras en los programas de cribado que para nuestra población son insuficientes. Mejorar la calidad de la atención y la referencia oportuna entre el primer y el tercer de atención podrían ser estrategias de gran impacto en la reducción del retraso en la atención médica.

11. Referencias Bibliográficas

1. OMS, *Control Integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales*. 2016: Washington, DC. p. 27-44.
2. Sanabria Negrín, J.G., et al., *El cáncer cervicouterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica*. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 2011. **15**(4): p. 295-319.
3. IARC. *Capítulo 1: Introducción a la anatomía del cuello uterino*. 2017; Available from: <http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=3&chap=1>.
4. ASCO. *Cáncer de cuello uterino: Detección y prevención*. Cancer. Net 2016; Available from: <http://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/detecci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n>.
5. ASCO. *Cáncer de cuello uterino - Síntomas y signos*. Cancer.Net 2016; Available from: <http://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/s%C3%ADntomas-y-signos>.
6. Álvarez, C., et al., *Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino*. Revista Argentina de Radiología, 2012. **vol. 76 no.2**: p. 169-171.
7. AJCC. *Cervix Uteri Cancer Staging*. 2009; 7th Edition:[Available from: <https://cancerstaging.org/references-tools/quickreferences/Documents/CervixMedium.pdf>].
8. Frumovitz, M., et al., *Lymphadenectomy in Locally Advanced Cervical Cancer Study (LiLACS): Phase III Clinical Trial Comparing Surgical With Radiologic Staging in Patients With Stages IB2–IVA Cervical Cancer*. Journal of Minimally Invasive Gynecology, 2014. **21**(1): p. 3-8.
9. Acuña, M. and E. Román, *Cáncer cervicouterino* in *Guías Diagnósticas 2013*. 2013: Hospital General de México.
10. Ferlay, J., et al., *Cancer Incidence and Mortality Worldwide: : IARC CancerBase No. 11 [Internet]*. GLOBOCAN 2012 v1.0, 2013: Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
11. WHO. *Papilomavirus humanos (PHV) y cáncer cervicouterino*. 2015 [cited 2016 16 de Abril]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>.
12. Lazcano-Ponce, E., et al., *Decreasing cervical cancer mortality in Mexico: effect of Papanicolaou coverage, birthrate, and the importance of diagnostic validity of cytology*. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, 2008. **17**(10): p. 2808-2817.
13. Ssa. *Información estadística: México*. [cited 2016 08 04]; Available from: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/CancerdeLaMujer/InfEstad.html.
14. Torres, L.A., et al., *[Cervical cancer. Epidemiological profile in 1,217 patients. Seguro popular]*. Ginecología y obstetricia de Mexico, 2013. **81**(2): p. 71-76.
15. Palacio-Mejía, L.S., et al., *Cervical cancer, a disease of poverty: mortality differences between urban and rural areas in Mexico*. salud pública de México, 2003. **45**: p. 315-325.
16. Terán-Hernández, M., et al., *Geographic variations in cervical cancer risk in San Luis Potosí state, Mexico: A spatial statistical approach*. International Journal for Equity in Health, 2016. **15**(1): p. 161.
17. Lazcano-Ponce, E.C., et al., *Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico*. Journal of Women's Health, 1999. **8**(3): p. 399-408.
18. Weller, D., et al., *The Aarhus statement: improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis*. Br J Cancer, 2012. **106**(7): p. 1262-7.
19. Pack, G.T. and J.S. Gallo, *The culpability for delay in the treatment of cancer*. The American Journal of Cancer, 1938. **33**(3): p. 443-462.

20. Unger-Saldana, K. and C.B. Infante-Castaneda, *Breast cancer delay: a grounded model of help-seeking behaviour*. Soc Sci Med, 2011. **72**(7): p. 1096-104.
21. Lyratzopoulos, G., et al., *The relative length of the patient and the primary care interval in patients with 28 common and rarer cancers*. Br J Cancer, 2015. **112 Suppl 1**: p. S35-40.
22. Tokuda, Y., et al., *Intervals between symptom onset and clinical presentation in cancer patients*. Internal Medicine, 2009. **48**(11): p. 899-905.
23. Gyenwali, D., et al., *Estimates of delays in diagnosis of cervical cancer in Nepal*. BMC Womens Health, 2014. **14**(1): p. 29.
24. Anorlu, R., et al., *Late presentation of patients with cervical cancer to a tertiary hospital in Lagos: what is responsible?* European journal of gynaecological oncology, 2003. **25**(6): p. 729-732.
25. Robinson, K., et al., *Diagnostic delay experienced among gynecological cancer patients: a nationwide survey in Denmark*. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 2009. **88**(6): p. 685-692.
26. Neal, R.D., *Do diagnostic delays in cancer matter?* Br J Cancer, 2009. **101 Suppl 2**: p. S9-s12.
27. Benard, V.B., et al., *Timeliness of cervical cancer diagnosis and initiation of treatment in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program*. J Womens Health (Larchmt), 2012. **21**(7): p. 776-82.
28. Bright, K., et al., *The role of health system factors in delaying final diagnosis and treatment of breast cancer in Mexico City, Mexico*. Breast, 2011. **20 Suppl 2**: p. S54-9.
29. Unger-Saldana, K., et al., *Health system delay and its effect on clinical stage of breast cancer: Multicenter study*. Cancer, 2015. **121**(13): p. 2198-2206.
30. Angeles-Llerenas, A., et al., *Effect of care-delivery delay on the survival of Mexican women with breast cancer*. Salud Publica Mex, 2016. **58**(2): p. 237-50.
31. Richards, M.A., et al., *Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review*. Lancet, 1999. **353**(9159): p. 1119-26.
32. Dobson, C.M., A.J. Russell, and G.P. Rubin, *Patient delay in cancer diagnosis: what do we really mean and can we be more specific?* BMC Health Serv Res, 2014. **14**: p. 387.
33. Forbes, L.J., et al., *Risk factors for delay in symptomatic presentation: a survey of cancer patients*. Br J Cancer, 2014. **111**(3): p. 581-8.
34. Howlader, N., et al., *SEER cancer statistics review, 1975–2009 (vintage 2009 populations)*. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2012: p. 1975-2009.
35. Primeau, S.W., et al., *Social service barriers delay care among women with abnormal cancer screening*. J Gen Intern Med, 2014. **29**(1): p. 169-75.
36. Ashing-Giwa, K. and M. Rosales, *Evaluation of therapeutic care delay among Latina- and European-American cervical cancer survivors*. Gynecol Oncol, 2013. **128**(2): p. 160-5.
37. Bingham, A., et al., *Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings*. Salud Publica Mex, 2003. **45 Suppl 3**: p. S408-16.
38. Fylan, F., *Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour*. Br J Gen Pract, 1998. **48**(433): p. 1509-14.
39. Lovell, S., R.A. Kearns, and W. Friesen, *Sociocultural barriers to cervical screening in South Auckland, New Zealand*. Soc Sci Med, 2007. **65**(1): p. 138-50.
40. Zamberlin, N., et al., *Lo que piensan las mujeres: conocimientos sobre cáncer de cuello de útero y realización del Pap*. 2da ed. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino, ed. M.d.S.d.I. Nación. 2013, Buenos Aires.
41. Paolino, M. and S. Arrossi, *Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión*. Salud colectiva, 2012. **8**(3): p. 247-261.

42. Paolino, M., R. Sankaranarayanan, and S. Arrossi, *Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina*. Revista Panamericana de Salud Publica, 2013. **34**(6): p. 437-445.
43. Marlow, L.A., et al., *Facilitators and barriers to help-seeking for breast and cervical cancer symptoms: a qualitative study with an ethnically diverse sample in London*. Psychooncology, 2014. **23**(7): p. 749-57.
44. Basu, P., et al., *Women's perceptions and social barriers determine compliance to cervical screening: results from a population based study in India*. Cancer Detect Prev, 2006. **30**(4): p. 369-74.
45. Agurto, I., et al., *Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America*. Prev Med, 2004. **39**(1): p. 91-8.
46. Zapka, J., et al., *Factors in Quality Care—The Case of Follow-Up to Abnormal Cancer Screening Tests—Problems in the Steps and Interfaces of Care*. J Natl Cancer Inst Monogr., 2010(40): p. 58-71.
47. Cruz-Tabuenca, H., *Sobre el error diagnóstico*. Artículo de revisión. Medicina Naturista, 2014. **Vol. 8** p. 53-59.
48. Ramsay, A.D., *Errors in histopathology reporting: detection and avoidance*. Histopathology, 1999. **34**(6): p. 481-90.
49. Carrigg, A., et al., *Examination of sources of diagnostic error leading to cervical cone biopsies with no evidence of dysplasia*. Am J Clin Pathol, 2013. **139**(4): p. 422-7.
50. Lupón, M., A. Torrents, and L. Quevedo. *Tema 2. Psicología y Salud*. 2016 [cited 16 febrero 2017; Available from: http://ocw.upc.edu/sites/all/modules/ocw/estadistiques/download.php?file=370508/2012/1/54658/tema_2._psicologia_y_salud-5311.pdf.
51. Lubkin, I.M. and P.D. Larsen, *Chronic illness: Impact and interventions*. 2006: Jones & Bartlett Learning.
52. Munuera, J.N., et al., *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. 2004, México: Mc Graw Hill.
53. Alarcón, A.M., A. Vidal, and J. Neira Rozas, *Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*. Revista médica de Chile, 2003. **131**(9): p. 1061-1065.
54. Larsen, P.D., *Chronic illness*. 2009: Jones & Bartlett Learning.
55. Rodríguez, A.G. and A.B. Picabia, *Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar*. Anales de psicología, 2000. **16**(2): p. 157.
56. Mechanic, D., *The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition*. Psychological Medicine, 1986. **16**(01): p. 1-7.
57. McHugh, S. and M. Vallis, *Illness behaviour: Operationalization of the biopsychosocial model*, in *Illness Behavior*. 1986, Springer. p. 1-31.
58. Armitage, J. and M. Conner, *Social cognition models and health behaviour: A structured review*. Psychology & Health, 2000. **15**:2: p. 173-189.
59. Pilowsky, I., *Aspects of abnormal illness behaviour*. Psychotherapy and Psychosomatics, 1993. **60**(2): p. 62-74.
60. Leventhal, H. and D. Nerenz, *The assessment of illness cognition*. Measurement strategies in health psychology, 1985: p. 517-554.
61. Rodríguez-Marín, J., M. Ángeles Pastor, and S. Lopez-Roig, *Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad*. Psicothema, 1993. **5**(Suplemento): p. 349-372.
62. Vega Angarita, O. and D. González Escobar, *Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica*. Enfermería global, 2009(16): p. 0-0.
63. Young, J.T., *Illness behaviour: a selective review and synthesis*. Sociol Health Illn, 2004. **26**(1): p. 1-31.
64. Lazcano-Ponce, E., et al., *[Challenges to implement strategies for the primary and secondary prevention of cervical cancer in Mexico]*. Gaceta medica de Mexico, 2005. **142**: p. 43-49.

65. Hansen, R.P., et al., *Socioeconomic patient characteristics predict delay in cancer diagnosis: a Danish cohort study*. BMC Health Serv Res, 2008. **8**: p. 49.
66. Lim, A.W., et al., *Delays in diagnosis of young females with symptomatic cervical cancer in England: an interview-based study*. Br J Gen Pract, 2014. **64**(627): p. e602-10.
67. Markovic, M., et al., *Barriers to cervical cancer screening: a qualitative study with women in Serbia*. Soc Sci Med, 2005. **61**(12): p. 2528-35.
68. Vandborg, M.P., et al., *Reasons for diagnostic delay in gynecological malignancies*. Int J Gynecol Cancer, 2011. **21**(6): p. 967-74.
69. Coughlin, S.S., et al., *Contextual analysis of breast and cervical cancer screening and factors associated with health care access among United States women, 2002*. Soc Sci Med, 2008. **66**(2): p. 260-75.
70. Unger-Saldaña, K., I. Peláez-Ballestas, and C. Infante-Castañeda, *Development and validation of a questionnaire to assess delay in treatment for breast cancer*. BMC Cancer, 2012. **12**(1): p. 626.
71. ENSANUT. *Prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer: soluciones al alcance*. 2012; Available from: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/RetosCancerMujer.pdf>.
72. Ouasmani, F., et al., *Determinants of Patient Delay in Seeking Diagnosis and Treatment among Moroccan Women with Cervical Cancer*. Obstet Gynecol Int, 2016. **2016**: p. 4840762.
73. Ramírez, G.S., *Ni jóvenes, ni ancianas*.
74. De Nooijer, J., L. Lechner, and H. De Vries, *Help-seeking behaviour for cancer symptoms: perceptions of patients and general practitioners*. Psycho-Oncology, 2001. **10**(6): p. 469-478.
75. Smith, L.K., C. Pope, and J.L. Botha, *Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis*. The Lancet, 2005. **366**(9488): p. 825-831.
76. Ashing-Giwa, K.T., et al., *Diagnostic and therapeutic delays among a multiethnic sample of breast and cervical cancer survivors*. Cancer, 2010. **116**(13): p. 3195-204.
77. Ortiz, M., *¿ De qué mueren las mujeres?* Agenda salud. ISIS Internacional, 2002(28).
78. Mohar, A., et al., *Descriptive epidemiology of cancer at the Instituto Nacional de Cancerología of Mexico*. salud pública de méxico, 1997. **39**(4): p. 253-258.
79. Andersen, R.S., et al., *'Containment' as an analytical framework for understanding patient delay: a qualitative study of cancer patients' symptom interpretation processes*. Soc Sci Med, 2010. **71**(2): p. 378-85.
80. Arenas, L.D., C.G. Solano, and L.d.C.H. Ramírez, *La toma de decisiones para el control del cáncer cervicouterino en México*. Revista CONAMED, 2016. **15**(4).
81. Lazcano-Ponce, E.C., et al., *Quality control study on negative gynecological cytology in Mexico*. Diagnostic cytopathology, 1994. **10**(1): p. 10-14.
82. Arillo-Santillán, E., et al., *El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical*. Alternativas de educación médica. Salud pública de México, 2000. **42**(1): p. 34-42.
83. Rubin, G., et al., *The expanding role of primary care in cancer control*. Lancet Oncol, 2015. **16**(12): p. 1231-72.

ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado

CARTA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Protocolo de investigación TBA-CA-01: Tiempos y barreras para la atención médica de pacientes con cáncer de mama, cérvix, testículo y próstata. Versión 2 en español. 30-Mar-2016

Investigador Principal: Dra. Karla Unger Saldaña

Institución: Instituto Nacional de Cancerología

Teléfonos de contacto: 56280400 ext 34016, 00-44-19492930

Dirección: Av. San Fernando 22, Sección XVI. Tlalpan, México, D.F. C.P. 14080

Teléfono: 5628-0400 ext 34016 y 4423467009

Iniciales participante (Apellidos, Nombre)	
Número de participante	

La/lo invitamos a participar en una encuesta

Este es un estudio de investigación del Instituto Nacional de Cancerología. En esta carta de información se explican las razones por las que se planea realizar este estudio y cuál sería su papel si usted decide participar en el mismo. Después de revisar esta información, usted conocerá la información necesaria para realizar una decisión informada acerca de participar o no en este estudio de investigación. El presente documento es parte del protocolo del estudio y ha sido aprobado por el Comité de Ética correspondiente.

Usted acaba de ser diagnosticado/a con cáncer de mama, cáncer de cérvix (matriz), cáncer de testículo o cáncer de próstata. En esta etapa se conoce a los pacientes como usted con el nombre de "recién diagnóstico". Por lo anterior, se le considera como candidato/a a participar en el presente estudio. Este estudio pretende entrevistar a 1000 pacientes con estos tipos de cáncer atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología y 600 en el Hospital General de México.

Propósito del estudio.

Estamos buscando conocer el proceso que siguen las/los pacientes con problemas en mama, cérvix (matriz), testículo y próstata al llegar al Instituto a atenderse. Para ello estamos realizando unas encuestas a las/los pacientes que llegan a atenderse al hospital, como usted. AA partir de los datos obtenidos por medio de esta encuesta buscamos estimar los tiempos de atención para las/los pacientes con estos tipos de cáncer para reconstruir las trayectorias de utilización de los servicios de salud de las/los pacientes previo a su llegada al INCAN e identificar qué cosas les ayudaron y que cosas se les dificultaron llegar hasta aquí con rapidez.

¿En qué consiste su participación en esta encuesta?

Si usted acepta participar, su única responsabilidad será participar en una entrevista. En esta entrevista le haremos preguntas sobre lo que ha vivido desde que comenzó con las primeras molestias hasta que llegó aquí. Les preguntaremos cosas acerca de su hogar, de cómo identificó por primera vez que tenía un problema de salud, y acerca de los servicios de salud en donde buscó atención antes de llegar aquí al INCAN. La entrevista dura aproximadamente 40 minutos y la haríamos ahora mismo al finalizar la toma de consentimiento informado. Adicionalmente, le pediremos su autorización para revisar su expediente clínico entre 3 y 6 meses después de la entrevista con la finalidad de obtener datos acerca de su diagnóstico y tratamiento.

Su participación es **voluntaria**, es decir, usted puede o no aceptar. Si usted no acepta, esto no influirá de ninguna manera sobre la atención que está recibiendo en el Instituto.

¿Qué beneficios tendré por participar?

No existe una remuneración económica por la participación en este estudio. El principal beneficio de su participación en este estudio será para otros hombres y mujeres que, en el futuro, como usted, busquen atención para problemas de cáncer en la mama, cérvix, testículo y próstata. Como beneficio personal para usted está el que podrá hablar de cosas que tal vez no ha podido hablar con otras personas, con el compromiso de que yo no hablaré con nadie de lo que usted me diga.

¿Existe algún riesgo por participar en este estudio?

La encuesta ha sido cuidadosamente elaborada para evitarle preguntas que pudieran causarle algún malestar. Sin embargo, usted puede no contestar las preguntas que le molesten y podemos terminar la entrevista en el momento que usted quiera.

¿Quién verá los resultados?

TODO LO HABLADO DURANTE LA ENTREVISTA SERÁ CONFIDENCIAL, es decir, nadie se va a enterar de lo que nosotros platiemos. Nada de lo que usted me diga va a quedar en su expediente, no lo sabrán sus médicos, ni trabajo social, ni NADIE de este hospital excepto yo. Cuando acabemos de entrevistar a todas las personas que participen, la información obtenida de todas las entrevistas podrá ser presentada ante otros médicos o investigadores, o publicada en material científico, pero su **NOMBRE NO SERÁ REVELADO NUNCA**.

La información de sus datos personales y de su tratamiento es de carácter confidencial. No serán divulgados a terceros ajenos a la investigación ni su identidad, ni los detalles personales de la historia clínica, salvo al investigador, auditor (es) o agencia reguladora que inspeccione para asegurar la calidad y análisis de los datos. Todo esto respetando la confidencialidad de sus datos. En México este organismo es la COFEPRIS y dentro del Instituto de Cancerología es el Comité de Ética en Investigación.

¿Tiene alguna duda?

Cualquier duda acerca de lo explicado en esta carta de información o de su participación en esta encuesta, la puede aclarar conmigo en este momento.

En caso de tener dudas sobre sus derechos como paciente, se puede dirigir al Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Cancerología al teléfono 56280400 extensión 37015, con la Dra.

Myrna Gloria Candelaria Hernández (Presidente del Comité de Ética) y/o Dra Alejandra Monroy López (Secretario del Comité de Ética).

Cualquier duda sobre aspectos particulares de su participación en el estudio (procedimientos, etc) puede también consultar al investigador principal del estudio, Dra Karla Unger Saldaña, a los teléfonos 56280400 ext. 34016, ó 044-55-19492930.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que este estudio me fue ampliamente explicado y se me contestaron todas mis preguntas. Por lo que ejerciendo mi libre poder de elección y voluntad expresados por este medio, doy mi consentimiento para ser incluido/a como paciente en el Protocolo de investigación TBA-CA-01: Tiempos y barreras para la atención médica de pacientes con cáncer de mama, cérvix, testículo y próstata. Versión 2 en español. 30-Mar-2016. Recibí una copia de esta carta de información y entiendo que todo lo que diga será confidencial.

NOMBRE COMPLETO DEL PARTICIPANTE

FECHA (DD/MMM/AAAA)

FIRMA DEL PARTICIPANTE

TESTIGOS DEL CONSENTIMIENTO

He estado presente durante la explicación del estudio al que hace referencia el presente documento.

NOMBRE COMPLETO DEL TESTIGO 1

FIRMA DEL TESTIGO 1

PARENTESCO CON EL PACIENTE

DOMICILIO DEL TESTIGO 1

NOMBRE COMPLETO DEL TESTIGO 2

FIRMA DEL TESTIGO 2

PARENTESCO CON EL PACIENTE

DOMICILIO DEL TESTIGO 2

PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

He conversado acerca de este estudio de investigación con el/la participante y/o con su representante autorizado, utilizando un lenguaje apropiado y entendible. He informado completamente a el/la participante acerca de la naturaleza de este estudio, así como de sus posibles beneficios y riesgos, y considero que el/la participante comprendió esta explicación.

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

Perc2. ¿Cómo supo que tenía algún problema en la matriz?	1. Porque tuve síntomas (sangrado abundante por la vagina entre periodos menstruales, después de tener relaciones sexuales o después de la menopausia, flujo vaginal, etc.) que me alertaron en primer lugar sobre el problema.		
	2. Por los resultados del Papanicolaou (citología cervical) o colposcopia que me hicieron y sin haber presentado algún tipo de síntoma relacionado.	→ Pasar a Perc7	
	3. Por los resultados de una exploración ginecológica que un médico me hizo de rutina y sin haber presentado algún tipo de síntoma relacionado.	→ Pasar a Perc7	
Perc3. ¿Cuál fue el primer síntoma o molestia que notó? (Si en Perc2 contestó con un síntoma específico, preguntar "ese" en lugar de "cuál") [Círcule sólo 1 opción. Si menciona varios, circule el primero que le acordó más]	4. Sangrado vaginal 5. Flujo vaginal 6. Bolita en ingle 7. Hinchazón en piernas 8. Dolor en abdomen bajo 9. Dolor en espalda baja 10. Otros síntomas: _____ Especifique		
Perc4. Cuando lo notó por primera vez (primer síntoma que tuvo) ¿qué tan grave pensó que era? [Leer opciones de respuesta en voz alta y circular sólo una respuesta]	1. Nada grave? 2. Poco grave? 3. Moderadamente grave? 4. O muy grave? 5. No responde		
Perc5. ¿Qué tanto le preocupó en aquel entonces? [Leer opciones de respuesta en voz alta y circular sólo una respuesta]	1. Nada? 2. Poco? 3. Regular? 4. O mucho? 5. No responde		
Perc6. Cuando notó este síntoma por primera vez, ¿pensó que podría tratarse de cáncer?	1. Sí 2. No		
Perc7. ¿Cuánto tiempo pasó entre que identificó que tenía este problema en la matriz y le platicó a alguien acerca de esto? [Responder en meses o días según como responda la mujer, si responde "inmediatamente" o "luego luego" poner 0 días]	Días: [][][] ó Meses: [][][]		
Perc8. Ahora le voy a leer algunas molestias y quisiera que me dijera si antes de consultar por primera vez a un médico había tenido algunas de ellas. ¿Me podría decir si antes de consultar a un médico tuvo... [Leer las opciones en voz alta y responder si o no para cada una]	a. Sangrado vaginal? b. Flujo vaginal (salida de líquido)? c. Bolita en la ingle? d. Hinchazón en piernas? e. Dolor en abdomen bajo (vientre)? f. Dolor en espalda baja? g. Otros síntomas: _____ Especifique	1. Sí 2. No	
	SI RESPONDIÓ "NO" A TODOS LOS SÍNTOMAS DE LA PREGUNTA PERC8, PASE A BUSQ1.		
Perc9. Y de éstas molestias que me dijo que ha tenido, (LEER EN VOZ ALTA LAS MOLESTIAS QUE MENCIONÓ EN PERC8) ¿cuál le preocupó más?	Responder con la letra correspondiente en Perc8 a la opción del síntoma o molestia mencionada. [] 0. Ninguno		

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

FILTRO 1	Calcule el tiempo que transcurrió entre la primera vez que notó síntomas o le hicieron el Papanicolaou o colposcopia de rutina (Perc1) que salió anormal y buscó atención por primera vez (Busq1). Luego, circule la opción que corresponda.	1. Tardó menos o hasta 2 semanas (de 0 a 14 días)	→ PASE a SECCIÓN V.	
		2. Tardó más de 2 semanas (15 días o más días)	→ Continuar	
Busq7. ¿Por qué no buscó atención más pronto? Le voy a leer diferentes opciones y usted me va respondiendo para cada una 'sí' o 'no'. ¿No buscó atención más pronto...?		Sí	No	
	a. ... porque pensé que el problema iba a desaparecer solo?	1	2	
	b. ... porque no sabía a qué servicio de salud podía acudir?	1	2	
	c. ... por falta de dinero para utilizar los servicios de salud?	1	2	
	d. ... por dificultad para dejar de trabajar?	1	2	
	e. ... porque el centro de salud más cercano está muy lejos de su casa?	1	2	
	f. ... porque no le ha gustado la atención que ha recibido en el pasado en el centro de salud más cercano a su casa?	1	2	
	g. ... porque tiene que cuidar de un familiar (niños, ancianos o enfermos)?	1	2	
	h. ... por desidia?	1	2	
	i. ... por miedo?	1	2	
	j. ... por pensar que la revisarían?	1	2	
	k. ... por algún otro motivo? _____	1	2	
	Especifique			

SECCIÓN V. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Parte 1			
1er SERVICIO DE SALUD UTILIZADO			
SS1.1. ¿En qué tipo de servicio de salud recibió la primera consulta para este problema de salud? (Ej...) [Lea las opciones en voz alta]	<ol style="list-style-type: none"> Secretaría de Salud? <ol style="list-style-type: none"> INCAN → <i>Pase a Sección VI</i> HGM _____ → <i>Pase a Sección VI</i> <i>Especifique servicio dentro del HGM</i> Otro _____ → <i>Continuar</i> <i>Especifique "otro"</i> IMSS? ISSSTE? Médico u hospital privado (particular)? Consultorio de farmacia? Otro? _____ <p style="text-align: center;"><i>Especifique</i></p>		
FILTRO 2	Compare el tipo de servicio utilizado en SS1.1 con el que tiene derecho a utilizar (SD5). [NOTA: Si el paciente NO tiene Seguro o tiene Seguro Popular tiene derecho a utilizar los servicios de la Secretaría de Salud]	<ol style="list-style-type: none"> SS1.1 y SD5 corresponden al mismo servicio. SS1.1 y SD5 son diferentes tipos de servicios. 	<ol style="list-style-type: none"> → <i>Pase a SS1.3</i> → <i>Continuar</i>
SS1.2. ¿Por qué motivo no acudió a los servicios de (institución a la que tiene derecho (SD5))?	<ol style="list-style-type: none"> Para obtener una cita más rápida? Para mejor calidad en la atención médica? Para una consulta más barata? Por algún otro motivo? _____ <p style="text-align: center;"><i>Especifique</i></p>		
SS1.3. ¿En qué estado y municipio se localiza ese servicio de salud (centro de salud, clínica, hospital o farmacia)?	<ol style="list-style-type: none"> Estado: _____ Municipio o Delegación: _____ 		

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

891.4. ¿Cuánto tiempo dura el viaje de traslado desde su casa hasta ese servicio de salud?	_ _ _ horas _ _ _ minutos																							
891.5. ¿Qué medio de transporte utiliza para trasladarse?	<ol style="list-style-type: none"> 1. A pie → Pase a SSL 7 2. Transporte público 3. Vehículo personal o familiar 4. Otro _____ <i>Especifique</i>																							
891.6. ¿Aproximadamente cuánto gastó en el traslado desde su casa hasta ese servicio de salud?	_ _ _ _ _ pesos																							
891.7. Aproximadamente, ¿cuánto tuvo que pagar por esta consulta?	_ _ _ _ _ pesos																							
891.8. ¿Aproximadamente cuánto tiempo estuvo en la sala de espera para poder ver al médico?	_ _ _ horas _ _ _ minutos																							
891.9. ¿Qué especialidad tenía el médico que la atendió en esa ocasión? <i>[Lea las opciones en voz alta]</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médico familiar o médico general? 2. Ginecólogo? 3. Cirujano? 4. Oncólogo? 5. Otro? _____ _____ <i>Especifique</i>																							
891.10. Durante esa consulta, ¿le hicieron un examen físico del cuello de la matriz?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No recuerda / no sabe																							
891.11. ¿Qué le dijo ese primer médico que vio, acerca de lo que usted tenía en la matriz? Le dijo que era: <i>[Lea las opciones en voz alta]</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Algo benigno? 2. Algo sospechoso? 3. Algo maligno (cáncer)? 4. O no le dio ninguna explicación de lo que tenía? 99. No recuerda / no sabe																							
891.12. ¿Qué estudios le pidió ese primer médico al que vio? <i>[Lea las opciones en voz alta y circule todas las que menciona]</i> ¿Le pidió...	<ol style="list-style-type: none"> 1. ... un Papanicolaou o citología cervical? 2. ... una colposcopia? 3. ... una biopsia? 4. ... algún otro estudio? _____ <i>Especifique</i>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1. Si</th> <th>2. No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>99. No recuerda / no sabe</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		1. Si	2. No	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	99. No recuerda / no sabe			
	1. Si	2. No																						
.....	1	2																						
.....	1	2																						
.....	1	2																						
.....	1	2																						
.....	1	2																						
99. No recuerda / no sabe																								
891.13. ¿Le recetó algún medicamento para el dolor, la inflamación o algún antibiótico?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No recuerda / no sabe																							
891.14. ¿Cuántas consultas recibió en total en ese servicio de salud?	_ _ _ consultas → Si sólo recibió una consulta pase a SSL 16																							
891.15. Aproximadamente, ¿cuándo fue la fecha de su última consulta en este servicio?	_ _ _ _ _ _ _ (en letras) _ _ _ _ <i>Verificar que esta fecha sea igual o posterior a fecha de diagnóstico.</i>																							

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

881.16. En una escala del 0 al 10, donde 0 es muy mala y 10 es muy buena, ¿qué calificación le daría al profesionalismo del personal que la atendió en ese primer servicio de salud consultado?	De 0 a 10: [] [] [] [] 88. No recuerda / no sabe
881.17. ¿Por qué lo calificaría así? <i>[Utilice las palabras sexuales de la entrevistada]</i>
2º SERVICIO DE SALUD UTILIZADO	
882.1. ¿Qué tipo de servicio de salud consultó para este problema de salud? ¿Era... <i>[Lee las opciones en voz alta]</i>	1. Secretaría de Salud? a. INCAN → <i>Plane a Sección VT</i> b. HGM [] [] [] [] [] [] → <i>Plane a Sección VT</i> <i>Especifique servicio dentro del HGM</i> c. Otro [] [] [] [] [] [] → <i>Continuar</i> <i>Especifique "otro"</i> 2. IMSS? 3. ISSSTE? 4. Médico u hospital privado (particular)? 5. Consultorio de farmacia? 6. Otro? [] [] [] [] [] [] <i>Especifique</i>
882.2. ¿Cuánto tiempo dura el viaje de traslado desde su casa hasta ese servicio de salud?	[] [] horas [] [] minutos
882.3. ¿Qué medio de transporte utiliza para trasladarse?	1. A pie 2. Transporte público 3. Vehículo personal o familiar 4. Otro [] [] [] [] [] [] <i>Especifique</i>
882.4. ¿En qué estado y municipio se localiza ese centro de salud, clínica u hospital?	a. Estado: b. Municipio o Delegación:
882.5. ¿Qué especialidad tenía el médico que la atendió en esa ocasión? <i>[Lee las opciones en voz alta]</i>	1. Médico familiar o médico general? 2. Ginecólogo? 3. Cirujano? 4. Oncólogo? 5. Otro? [] [] [] [] [] [] <i>Especifique</i> 88. No recuerda/ No sabe
882.6. Durante esa consulta, ¿le hicieron un examen físico de la matriz?	1. Sí 2. No 88. No recuerda
882.7. ¿Qué le dijo ese segundo médico que vio, acerca de lo que usted tenía en la matriz? Le dijo que era: <i>[Lee las opciones en voz alta]</i>	1. Algo benigno? 2. Algo sospechoso? 3. Algo maligno (cáncer)? 4. O no le dio ninguna explicación de lo que tenía? 88. No recuerda / no sabe [] [] [] [] [] [] <i>(Si la entrevistada no sabe si es benigno, sospechoso o maligno pero se aprendió un diagnóstico, ponerlo aquí.)</i>

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

882.8. ¿Qué estudios le pidió ese médico? <i>[Lee las opciones en voz alta y circule todas las que mencione]</i> ¿Le pidió...	1. ... un Papanicolaou o citología cervical?	1 Si	2 No
	2. ... una colposcopia?	1	2
	3. ... una biopsia?	1	2
	4. ... algún otro estudio?	1	2
	_____ <i>Especifique</i> 88. No recuerda / no sabe		
882.9. ¿Le recetó algún medicamento para el dolor, la inflamación o algún antibiótico?	1. Si 2. No 88. No recuerda / no sabe		
882.10. Aproximadamente, ¿cuánto tuvo que pagar por esta consulta?	_____ pesos		
882.11. Aproximadamente, ¿Cuándo fue la fecha de su primera consulta en este servicio?	Día: _____ Mes: _____ (en letras) Año: _____ <i>Verificar que esta fecha sea igual o posterior a fecha de SS1.15</i>		
882.12. ¿Cuántas consultas recibió en total en ese servicio de salud?	_____ consultas → Si sólo recibió una consulta pasar a 882.14		
882.13. Aproximadamente, ¿Cuándo fue la fecha de su última consulta en ese servicio?	Día: _____ Mes: _____ (en letras) Año: _____		
882.14. En una escala del 0 al 10, donde 0 es muy mala y 10 es muy buena, ¿qué calificación le daría al profesionalismo del personal que la atendió en ese segundo servicio de salud consultado?	De 0 a 10: _____ 88. No recuerda		
882.15. ¿Por qué lo calificaría así? <i>[Utilice las palabras textuales de la entrevista]</i>		
¿En qué SERVICIO DE SALUD UTILIZADO			
883.1. ¿Qué tipo de servicio de salud consultó para este problema de salud? ¿Era... <i>[Lee las opciones en voz alta]</i>	1. Secretaría de Salud? a. INCAN → <i>Pasar a Sección VI</i> b. HGM _____ → <i>Pasar a Sección VI</i> <i>Especifique servicio dentro del HGM</i> c. Otro _____ → <i>Continuar</i> <i>Especifique "otro"</i> 2. IMSS? 3. ISSSTE? 4. Médico u hospital privado (particular)? 5. Consultorio de farmacia? 6. Otro? _____ <i>Especifique</i>		

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

893.2. ¿Cuánto tiempo dura el viaje de traslado desde su casa hasta ese servicio de salud?	_ _ _ horas _ _ _ minutos																	
893.3. ¿Qué medio de transporte utiliza para trasladarse?	1. A pie 2. Transporte público 3. Vehículo particular o familiar 4. Otro _____ <i>Especifique</i>																	
893.4. ¿En qué estado y municipio se localiza ese centro de salud, clínica u hospital?	a. Estado: _____ b. Municipio o Delegación: _____																	
893.6. ¿Qué especialidad tenía el médico que la atendió en esa ocasión? <i>[Lea las opciones en voz alta]</i>	1. Médico familiar o médico general? 2. Ginecólogo? 3. Cirujano? 4. Oncólogo? 5. Otro? _____ <i>Especifique</i> 99. No recuerda/ No sabe																	
893.8. Durante esa consulta, ¿le hicieron un examen físico con énfasis en la matriz?	1. Sí 2. No 99. No recuerda / no sabe																	
893.7. ¿Qué le dijo ese tercer médico que vio, acerca de lo que usted tenía en la matriz? Le dijo que era: <i>[Lea las opciones en voz alta]</i>	1. Algo benigno? 2. Algo sospechoso? 3. O algo maligno (cáncer)? 4. No le dio ninguna explicación de lo que tenía? 99. No recuerda / no sabe																	
893.8. ¿Qué estudios le pidió ese médico? <i>[Lea las opciones en voz alta y circule todas las que menciona]</i> ¿Le pidió...	1. ... un Papanicolaou o citología cervical? 2. ... una colposcopia? 3. ... una biopsia? 4. ... algún otro estudio? _____ <i>Especifique</i> 99. No recuerda / no sabe	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1.Sí</th> <th>2.No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ... un Papanicolaou o citología cervical?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. ... una colposcopia?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3. ... una biopsia?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4. ... algún otro estudio?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		1.Sí	2.No	1. ... un Papanicolaou o citología cervical?	1	2	2. ... una colposcopia?	1	2	3. ... una biopsia?	1	2	4. ... algún otro estudio?	1	2	
	1.Sí	2.No																
1. ... un Papanicolaou o citología cervical?	1	2																
2. ... una colposcopia?	1	2																
3. ... una biopsia?	1	2																
4. ... algún otro estudio?	1	2																
893.8. ¿Le recetó algún medicamento para el dolor, la inflamación o algún antibiótico?	1. Sí 2. No 99. No recuerda / no sabe																	
893.10. Aproximadamente, ¿cuánto tuvo que pagar por esta consulta?	_ _ _ _ pesos																	
893.11. Aproximadamente, ¿Cuándo fue la fecha de su primera consulta en este servicio?	Día: _ _ _ Mes: _ _ _ _ (en letras) Año: _ _ _ _ _ <i>Verificar que esta fecha sea igual o posterior a fecha de S332.11</i>																	
893.12. ¿Cuántas consultas recibió en total en ese servicio de salud?	_ _ _ CONSULTAS → Si sólo recibió una consulta para a S332.14																	
893.13. Aproximadamente, ¿Cuándo fue la fecha de su última consulta en este servicio?	Día: _ _ _ Mes: _ _ _ _ (en letras) Año: _ _ _ _ _																	

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

<p>888.14. En una escala del 0 al 10, donde 0 es muy mala y 10 es muy buena, ¿qué calificación le daría al profesionalismo del personal que la atendió en ese segundo servicio de salud consultado?</p>	<p>De 0 a 10: [][]</p> <hr/> <p>88. No recuerda / no sabe</p>	
<p>888.16. ¿Por qué lo calificaría así? <i>[Utilice las palabras textuales de la entrevistada]</i></p>	<p>.....</p>	

<p>SECCIÓN VI. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Parte 2</p>		
<p>88_tot_pre_1. En total, ¿cuántos servicios de salud distintos (consultorios, centros de salud, clínicas u hospitales) consultó antes de llegar aquí a <u>INCAN/ Oncología del HGM</u>?</p>	<p>[][] servicios de salud distintos</p>	
<p>88_tot_pre_2. En total, ¿Aproximadamente cuántas consultas médicas tuvo en los diferentes servicios antes de llegar aquí a <u>INCAN/ Oncología del HGM</u>?</p>	<p>[][] consultas en total</p>	
<p>88_tot_pre_3. Desde que identificó por primera vez este problema en la matriz, en total, ¿cuántos Papanicolaou o citologías cervicales le hicieron antes de llegar aquí a <u>INCAN/ Oncología del HGM</u>?</p>	<p>0. Ninguna → <i>Pass a SS_tot_pre_13</i> Una o más de una: [][]</p>	
<p>88_tot_pre_4. Aproximadamente, ¿en qué fecha se realizó el primer Papanicolaou o citología cervical?</p>	<p>Día: [][] Mes: [][][][] (en letra) Año: [][][][][]</p>	
<p>88_tot_pre_5. ¿En qué tipo de servicio de salud se realizó el primer Papanicolaou o citología cervical? <i>[Lea las opciones en voz alta]</i></p>	<p>1. Secretaría de Salud? a. INCAN b. HGM c. Otro 2. IMSS? 3. ISSSTE? 4. Médico u hospital privado (particular)? 5. Consultorio de farmacia? 6. Otro? _____ <i>Especifique</i></p>	
<p>88_tot_pre_6. ¿En qué estado y municipio se localiza ese centro de salud, clínica u hospital?</p>	<p>a. Estado: b. Municipio o Delegación:</p>	
<p>88_tot_pre_7. ¿Tuvo usted que hacer algún pago parcial o total para poder hacerse el primer Papanicolaou o citología cervical?</p>	<p>1. Sí 2. No → <i>Pass a SS_tot_pre_9</i> 88. No recuerda / no sabe</p>	
<p>88_tot_pre_8. ¿Aproximadamente cuánto tuvo que pagar por ese Papanicolaou?</p>	<p>[][][][][][] pesos</p>	
<p>88_tot_pre_9. ¿Le entregaron los resultados de su estudio?</p>	<p>1. Sí → <i>Pass a SS_tot_pre_11</i> 2. No</p>	

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

<p>88_tot_pre_10. ¿Por qué motivo no le entregaron los resultados de su estudio?</p> <p><i>[Leer opciones de respuesta en voz alta y circular sólo una respuesta]</i></p>	<p>1. Porque usted no acudió a recogerlos?</p> <p>2. Porque le decían que no estaban listos y que regresara otro día por ellos?</p> <p>3. Porque se perdió su estudio?</p> <p>4. Otro motivo?</p> <p style="text-align: right;">} Para a 88_tot_pre_11</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><i>Especifique</i></p>	
<p>88_tot_pre_11. Aproximadamente, ¿cuántos días (naturales) pasaron entre el examen y la entrega de resultados?</p>	<p> _ _ _ días</p> <p>98. No recuerda / No sabe</p>	
<p>88_tot_pre_12. ¿Cómo le explicaron que salió su Papanicolaou o citología cervical?</p> <p><i>[Leer opciones de respuesta en voz alta y circular sólo una respuesta]</i></p>	<p>1. Normal?</p> <p>2. Con hallazgos benignos (nada de qué preocuparse)?</p> <p>3. Con hallazgos sospechosos?</p> <p>4. Con hallazgos malignos (cáncer)?</p> <p>5. Nadie le explicó?</p> <p>98. No recuerda / no sabe</p>	
<p>88_tot_pre_13. Desde que identificó por primera vez el problema en la matriz, en total, ¿cuántas colposcopias le hicieron antes de llegar a INCAN/ Clínica del HSM?</p>	<p>0. Ninguna → Para a 88_tot_pre_21</p> <p>.....</p> <p>Uno o más de una: _ _ </p>	
<p>88_tot_pre_14. Aproximadamente, ¿en qué fecha se realizó la primera colposcopia para este problema de salud?</p>	<p>Día: _ _ </p> <p>Mes: _ _ _ (en letras)</p> <p>Año: _ _ _ _ </p>	
<p>88_tot_pre_16. ¿En qué tipo de servicio de salud se realizó esta colposcopia?</p> <p><i>[Leer las opciones en voz alta]</i></p>	<p>1. Secretaría de Salud?</p> <p style="padding-left: 20px;">a. INCAN</p> <p style="padding-left: 20px;">b. HSM</p> <p style="padding-left: 20px;">c. Otro</p> <p>2. IMSS?</p> <p>3. ISSSTE?</p> <p>4. Médico u hospital privado (particular)?</p> <p>5. Consultorio de farmacia?</p> <p>6. Otro? _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center;"><i>Especifique</i></p>	
<p>88_tot_pre_16. ¿En qué estado y municipio se localiza ese centro de salud, clínica u hospital?</p>	<p>a. Estado:</p> <p>.....</p> <p>b. Municipio o Delegación:</p>	
<p>88_tot_pre_17. ¿Tuvo usted que hacer algún pago parcial o total para poder hacerse la colposcopia?</p>	<p>1. Sí</p> <p>2. No → Para a 88_tot_pre_19</p> <p>98. No recuerda / no sabe</p>	
<p>88_tot_pre_18. ¿Aproximadamente cuánto tuvo que pagar por esa colposcopia?</p>	<p> _ _ _ _ pesos</p>	
<p>88_tot_pre_18. ¿Le entregaron los resultados de su estudio?</p>	<p>1. Sí → Para a 88_tot_pre_21</p> <p>2. No</p>	
<p>88_tot_pre_20. ¿Por qué motivo no le entregaron los resultados de su estudio?</p> <p><i>[Leer opciones de respuesta en voz alta y circular sólo una respuesta]</i></p>	<p>1. Porque usted no acudió a recogerlos?</p> <p>2. Porque le decían que no estaban listos y que regresara otro día por ellos?</p> <p>3. Porque se perdió su estudio?</p> <p>4. Otro motivo?</p> <p style="text-align: right;">} Para a 88_tot_pre_21</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><i>Especifique</i></p>	

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

88_tot_pre_21. Aproximadamente, ¿cuántos días (naturales) pasaron entre el examen y la entrega de resultados?	<p>____ días</p> <p>99. No recuerda / No sabe</p>	
88_tot_pre_22. ¿Cómo le explicaron que salió esa colposcopia? <i>[Leer opciones de respuesta en voz alta y circular sólo una respuesta.]</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normal? 2. Con hallazgos benignos (nada de qué preocuparse)? 3. Con hallazgos sospechosos? 4. Con hallazgos malignos (cáncer)? 5. Nadie le explicó? 99. No recuerda 	
88_tot_pre_23. ¿Antes de llegar a <u>INCAN Oncología del HGM</u> le hicieron una biopsia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No → <i>Pass a 88_tot_pre_24</i> 	
88_tot_pre_24. ¿En qué tipo de servicio de salud le realizaron la primera biopsia? <i>[Leer opciones de respuesta en voz alta y circular sólo una respuesta.]</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secretaría de Salud? <ol style="list-style-type: none"> a. INCAN b. HGM c. Otro 2. IMSS? 3. ISSSTE? 4. Médico u hospital privado (particular)? 5. Consultorio de farmacia? 6. Otro? _____ <i>Especifique</i> 	
88_tot_pre_25. ¿En qué estado y municipio se localiza ese centro de salud, clínica u hospital?	<p>a. Estado:</p> <p>b. Municipio o Delegación:</p>	
88_tot_pre_26. Aproximadamente, ¿En qué fecha le hicieron la primera biopsia?	<p>Día: ____</p> <p>Mes: ____ (en letra)</p> <p>Año: ____</p> <p><i>Verificar que esta fecha sea igual o posterior a fecha de Empe</i></p>	
88_tot_pre_27. ¿Tuvo usted que hacer algún pago parcial o total para poder hacerse esa biopsia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No → <i>Pass a 88_tot_pre_28</i> 	
88_tot_pre_28. ¿Aproximadamente cuánto tuvo que pagar por la biopsia?	<p>_____ pesos</p>	
88_tot_pre_29. ¿Qué le entregaron de la biopsia que le realizaron? <i>[Leer en voz alta todas las opciones de respuesta y circular todas aquellas que correspondan.]</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un reporte escrito? 2. Unas laminillas? 3. Los bloques de parafina? 4. No le entregaron nada? <p>→ <i>Pass a 88_tot_pre_30</i></p>	
88_tot_pre_30. Por qué motivo no le entregaron los resultados de su estudio? <i>[Leer opciones de respuesta en voz alta y circular sólo una respuesta.]</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porque usted no acudió a recogerlos? 2. Porque le decían que no estaban listos y que regresara otro día por ellos? 3. Porque se perdió su estudio? 4. Porque no los entregan en esa institución? 5. Otro motivo? <p>_____ <i>Especifique</i></p> <p>→ <i>Pass a 88_tot_pre_31</i></p>	
88_tot_pre_31. Aproximadamente, ¿cuántos días (naturales) pasaron entre el examen y la entrega de resultados?	<p>____ días</p> <p>99. No recuerda / No sabe</p>	

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

<p>88_tot_pre_32. ¿Cómo le explicaron que salió esa biopsia? <i>[Leer opciones de respuesta en voz alta y circular solo una respuesta]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normal? 2. Hallazgos benignos (nada de qué preocuparse)? 3. Hallazgos sospechosos? 4. Hallazgos malignos (cáncer)? 5. Nadie le explicó? 99. No recuerda 	
<p>88_tot_pre_33. ¿Antes de llegar al INCAN/HGM le hicieron una operación (cirugía) para este problema de salud?</p>	<p>1. Sí _____ <i>Especificar la cirugía realizada</i></p> <p>2. No → <i>Pass a SS1_tot_pre_39</i></p>	
<p>88_tot_pre_34. ¿En qué tipo de servicio de salud se la realizaron? <i>[Leer opciones de respuesta en voz alta y circular solo una respuesta.]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secretaría de Salud? <ol style="list-style-type: none"> a. INCAN b. HGM c. Otro 2. IMSS? 3. ISSSTE? 4. Médico u hospital privado (particular)? 5. Consultorio de farmacia? 6. Otro? _____ <i>Especificar</i> 	
<p>88_tot_pre_35. ¿En qué estado y municipio se localiza ese centro de salud, clínica u hospital?</p>	<p>a. Estado: _____</p> <p>b. Municipio o Delegación: _____</p>	
<p>88_tot_pre_36. Aproximadamente, ¿ En qué fecha le hicieron la operación?</p>	<p>Día: __ _ </p> <p>Mes: __ _ _ _ (en letras)</p> <p>Año: __ _ _ _ </p> <p><i>Verificar que esta fecha sea igual o posterior a fecha de llegada</i></p>	
<p>88_tot_pre_37. ¿Tuvo usted que hacer algún pago parcial o total para poder hacerse esa operación/cirugía?</p>	<p>1. Sí</p> <p>2. No → <i>Pass a SS1_tot_pre_39</i></p>	
<p>88_tot_pre_38. ¿Aproximadamente cuánto tuvo que pagar por la operación?</p>	<p> __ _ _ _ _ pesos</p>	
<p>88_tot_pre_39. De qué tipo de servicio de salud la refirieron aquí al INCAN/HGM? <i>[Leer opciones de respuesta en voz alta y circular solo una respuesta]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secretaría de Salud? 2. IMSS? 3. ISSSTE? 4. Médico u hospital privado (particular)? 5. Consultorio de farmacia? 6. Ninguno... por recomendación de familiares, amigos o iniciativa propia 7. Otro? <p> _____ <i>Especificar</i></p>	
<p>88_tot_pre_40. ¿Cuándo fue la fecha de la primera consulta aquí en el Hospital? <i>(Tomar en cuenta la fecha de preconsulta en ENCAN o la primera en Ginecología del HGM)</i></p> <p>- Intente documentar con la mayor exactitud posible. - Utilice el calendario para ayudar a la entrevistada a recordar. - Si no recuerda con exactitud el mes, acotar si fue a inicios, a mediados o a finales del año.</p>	<p>Día: __ _ </p> <p>Mes: __ _ _ _ (en letras)</p> <p>Año: __ _ _ _ </p> <p><i>Verificar que esta fecha sea posterior a fecha de SS3.11, SS2.11 y/o SS1.11</i></p>	

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

SECCIÓN VII. BARRERAS PERCIBIDAS		
<p>Barr1. ¿Cómo siente que fue el tiempo que pasó desde que tuvo su primera consulta (<u>círcule fecha mencionada en Barr2</u>) para este problema de salud y llegó aquí, a este hospital (<u>fecha mencionada en SS_tot_pre_40</u>)?</p> <p><i>[Lea las opciones en voz alta. Círcule la que la entrevistada mencione]</i></p> <p>¿Siente que este tiempo fue...</p>	<p>1. ... muy poco?</p> <p>2. ... poco?</p> <p>3. ... regular (más o menos)?</p> <p>4. ... o mucho?</p> <p>BB. No responde</p>	
<p>Barr2. De las cosas que ahora le voy a leer, ¿Cuáles cree usted que dificultaron que llegara más pronto aquí al hospital? Se las voy a decir y usted me va respondiendo "sí" o "no" para cada una. <i>[Lea las opciones en voz alta]</i></p> <p>Siente que se le dificultó llegar a este hospital más pronto...</p>	<p>1. Sí</p>	<p>2. No</p>
<p>a. ... porque no tenía información de los servicios a donde podía acudir?</p> <p>b. ... por falta de dinero para pagar las consultas y los estudios?</p> <p>c. ... porque en los servicios que consultó antes le daban las citas para el médico y/o los estudios muy apartadas?</p> <p>d. ... porque hubo un diagnóstico equivocado de los médicos que la vieron al principio?</p> <p>e. ... porque tuvo problemas para cumplir con los requisitos para que le dieran la primera cita (SS_tot_pre_40) aquí en el hospital?</p> <p>f. ... porque le dieron la primera cita (SS_tot_pre_40) aquí en el hospital muy lejana?</p> <p>g. ... porque no podía faltar al trabajo para atenderse?</p> <p>h. ... por alguna otra cosa?</p> <p style="text-align: center;"><i>Responda</i></p>	<p>1</p>	<p>2</p>
<p>Barr3. ¿Y de estos factores que me dijo que siente que le dificultaron llegar a este hospital más pronto, cuál considere que influyó más? <i>[LEER en voz alta las respuestas afirmativas que mencionó en la pregunta anterior]</i></p> <p><i>[Responder la letra correspondiente a la opción mencionada. Acepte solo UNA respuesta]</i></p>	<p>_____</p>	
<p>Barr4. ¿Aproximadamente cuánto tuvo que gastar usted, en total para atenderse (consultas, estudios médicos, medicamentos, procedimientos, etc.) <u>antes</u> de llegar al Hospital?</p>	<p>_____ pesos</p>	
<p>Barr5. ¿Aproximadamente cuánto ha tenido que gastar usted en total para atenderse (consultas, estudios médicos, medicamentos, procedimientos, etc.) <u>desde</u> que llegó a este Hospital?</p>	<p>_____ pesos</p>	
<p>Barr6. Esto que ha gastado desde que llegó a este Hospital ha sido para cubrir estudios, consultas, medicinas y procedimientos ofrecidos DENTRO del Hospital o en servicios privados?</p>	<p>1. Sólo dentro del Hospital</p> <p>2. Sólo fuera del Hospital</p> <p>3. Ambos (algunos dentro y algunos fuera del Hospital)</p>	
<p>Barr7. ¿Aproximadamente cuánto ha tenido que gastar usted, en total para gastos adicionales necesarios para atenderse como transporte y hospedaje?</p>	<p>_____ pesos</p>	

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

SECCIÓN VIII. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS PREVIAS DE TAMIZAJE		
P1. Antes de este problema de salud, ¿usted se había realizado alguna vez un Papanicolaou o citología cervical?	1. Sí → <i>Pasar a P3</i> 2. No	
P2. Antes de este problema de salud, ¿había escuchado hablar del Papanicolaou o citología cervical?	1. Sí 2. No	
P3. ¿Para qué sirve hacerse un Papanicolaou o citología cervical? <i>(NO lee las opciones de respuesta)</i>	a. Para detectar tempranamente cáncer cervicouterino (o alguna respuesta similar) b. Otra respuesta: _____	
P4. ¿A partir de qué edad se recomienda que una mujer se haga un Papanicolaou o citología cervical?	A partir de los _____ años <i>(En caso de que la paciente no responda con edad, escribir respuesta abierta.)</i> 99. No sabe	
P5. A partir de esa edad, ¿con qué frecuencia se recomienda que las mujeres se hagan un Papanicolaou o citología cervical?	Cada: _____ meses _____ años 99. No sabe	

SECCIÓN IX. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA PACIENTE – Segunda parte		
SD6. ¿Cuál es su estado civil?	1. Casada 2. Unión libre 3. Viuda 4. Separada o divorciada 5. Soltera	
SD7. ¿Cuál es el último nivel de estudios que alcanzó?	1. Ninguno, no tiene educación formal → <i>Pasar a SD9</i> 2. Primaria? 3. Secundaria? 4. Bachillerato / Preparatoria / Estudios técnicos / Normal? 5. Licenciatura? 6. Posgrado?	
SD8. ¿Completó la <u>“RESPUESTA DE SD7”</u> ?	1. Sí 2. No	
SD9. ¿Cuántos años cursó de <u>(último nivel mencionado)</u> ?	_____ años	
SD10. ¿Sabe usted leer o escribir un recado?	1. Sí 2. No	
SD11. ¿Usted realiza alguna actividad por la que recibe un pago?	1. Sí 2. No → <i>Pasar a SD14 (sólo leer opciones 3 al 6)</i>	
SD12. ¿Cuál es su ocupación?	_____	
Le recuerdo que todo lo que me diga es confidencial		
SD13. Aproximadamente ¿Cuánto es su ingreso mensual por este trabajo? <i>(Si la entrevistada responde por semana o día, ayudarle a hacer el cálculo de ingreso mensual)</i>	_____ pesos al mes	

TIEMPOS DE ATENCIÓN Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO ATENDIDAS EN EL INCAN

<p><i>Si la entrevistada no responde su ingreso familiar de forma abierta, entonces mostrarle tarjeta con los rangos de ingreso y pedirle que elija aquel dentro del cual se encuentra el ingreso mensual familiar. Responder en el espacio solo la letra correspondiente al rango seleccionado por la entrevistada.</i></p>		<p>_____</p>	
<p>SD14. Antes de descubrir que tenía este problema de salud, ¿usted...</p>	<p>1. Tenía este mismo trabajo → <i>Pase a SD16</i> 2. Tenía otro trabajo distinto? → <i>Pase a SD13</i> 3. No trabajaba? → <i>Pase a SD16</i> 4. Tenía trabajo (y ahora no tiene)? → <i>Pase a SD13</i></p>		
<p>SD16. ¿Por qué motivo dejó de trabajar o cambio de trabajo? <i>[Leer las opciones en voz alta. Circule la que la entrevistada menciona]</i></p>	<p>1. Las molestias de su problema de salud le dificultaban realizar su trabajo 2. No le permitían faltar a su trabajo para poder acudir a sus consultas médicas 3. Perdió su trabajo cuando supieron que estaba enferma 4. Se cambió de ciudad para poder atenderse 5. Tuvo que dejar de trabajar para acudir a sus citas médicas (autoempleados) 6. Otro motivo: _____ <i>Especifique</i></p>		
<p>SD18. ¿Quién es la persona que más aporta el ingreso familiar? <i>(NO leer opciones en voz alta)</i></p>	<p>1. Ella es quien más aporta el ingreso familiar → <i>Pase a SD16</i> 2. Esposa(o) o Compañera(o) 3. Hija(o) 4. Otro: _____ <i>Especifique</i></p>		
<p>SD17. ¿Cuál es la ocupación de la persona que más aporta el ingreso familiar? <i>[Describe con el mayor detalle posible las actividades que realiza y el tipo de lugar donde labora]</i></p>	<p>_____</p> <p><i>Especifique</i></p>		
<p>SD18. ¿Aproximadamente, cuánto es su ingreso familiar? De todas las personas en la casa que trabajen, ¿más o menos cuánto ganan en total cada mes? <i>(Si la entrevistada responde por semana o día, ayudarle a hacer el cálculo de ingreso mensual)</i></p>	<p>_____ pesos</p>		
<p><i>Si la entrevistada no responde su ingreso familiar de forma abierta, entonces mostrarle tarjeta con los rangos de ingreso y pedirle que elija aquel dentro del cual se encuentra el ingreso mensual familiar. Responder en el espacio solo la letra correspondiente al rango seleccionado por la entrevistada.</i></p>	<p>_____</p>		
<p>SD19. ¿Contándose a usted, cuántas personas viven con usted en su casa y comparten este ingreso familiar para vivir?</p>	<p>_____ personas <i>Incluir en la cuenta a la entrevistada</i></p>		

HORA DE TÉRMINO: _____
 Horas Minutos

---- Agradezca la entrevista ----

<p>Observaciones del entrevistador</p>	
----------------------------------------	--