



Artículo Original

Navegación de pacientes con sospecha de cáncer de mama: Un estudio cualitativo en Lima, Perú

Patient navigation in women with suspected breast cancer: A qualitative study in Lima, Peru

DOI

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.144.1320>

Silvana M Matassini-Eyzaguirre^{1,a}, Luis E Figueroa-Montes^{2,b}

RESUMEN

Introducción: Identificar y describir los beneficios del sistema de navegación de las pacientes con sospecha de cáncer de mama. Identificar y describir las barreras a nivel personal de las usuarias y a las que se enfrentan institucionalmente hasta la obtención del diagnóstico definitivo. **Material y Métodos:** Estudio cualitativo fenomenológico. Se emplearon guías de observación y se realizaron entrevistas a profundidad para el recojo de información. Se recopiló las experiencias de ocho personas, tres fueron personal de salud, y cinco pacientes. El personal de salud incluyó dos médicos varones y una ex navegadora en un hospital de la seguridad social de Lima. **Resultados:** Las pacientes que fueron acompañadas por la navegadora manifiestan que su apoyo les permitió transitar su etapa de enfermedad con mayor facilidad, tanto a nivel emocional como en lo relacionado a procesos institucionales. Las principales barreras percibidas institucionales son i) infraestructura y procesos hospitalarios ii) ineficiente seguimiento y monitoreo de pacientes. Desde el lado de la usuaria i) obligaciones familiares y domésticas ii) miedos y desconocimiento de la enfermedad iii) experiencias previas en el sistema de salud. **Conclusiones:** La navegación de pacientes permite un acompañamiento logístico y emocional que favorece la experiencia de la paciente. Las dificultades halladas a nivel hospitalario, lejos de desaparecer, logran ser reducidas, aligerando así el peso de algunos procesos institucionales que deben cargar las pacientes.

Palabras Clave: Cáncer de mamas, Navegación de pacientes, Investigación cualitativa (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objetives: To identify and to describe the main benefits of the navigation system from the perspective of patients with suspected breast cancer. Identify and describe the barriers at the personal level of the users and those that they face institutionally until the definitive diagnosis is obtained. **Material and Methods:** A qualitative study was carried out between January and March 2020. Observation and in-depth interviews were the information gathering tools used. The experiences of five patients and three members of the health personnel were collected in one hospital of Lima. **Results:**

FILIACIÓN

1. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación-IETSI, EsSalud, Lima, Perú.
2. Hospital Angamos Suárez, EsSalud, Lima, Perú.
 - a. Magister.
 - b. Médico Cirujano.

ORCID

1. Silvana M Matassini-Eyzaguirre / [0000-0001-6175-3645](https://orcid.org/0000-0001-6175-3645)
2. Luis E Figueroa-Montes / [0000-0002-3708-8603](https://orcid.org/0000-0002-3708-8603)

CORRESPONDENCIA

Silvana M. Matassini-Eyzaguirre, BA, MSc, PhD(c)
Dirección de Investigación, Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación-IETSI, EsSalud. Avenida Arenales 1302 Lince 15072, Lima, Perú.
Teléfono: 265 7000 Ext. 1955

EMAIL

smatassini@gmail.com

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

FINANCIAMIENTO

Al momento de la realización de este artículo los autores laboraban en EsSalud. Este estudio fue financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI, EsSalud - Perú. No se requirió financiamiento externo para el desarrollo de este estudio.

CONTRIBUCIONES

SMME se encargó del diseño y desarrollo del proyecto, recolección y análisis de los datos, redacción y edición del manuscrito. LEFM apoyó en el desarrollo del proyecto y revisión final del artículo.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al personal del hospital III Suárez Angamos, a las pacientes y a la navegadora por su disposición y colaboración para la realización del estudio

REVISIÓN DE PARES

Recibido: 10/06/2021
Aceptado: 08/09/2021

COMO CITAR

Matassini-Eyzaguirre, S., & Figueroa-Montes, L. Navegación de pacientes con sospecha de cáncer de mama: Un estudio cualitativo en Lima, Perú. Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2021 14(4), 452 - 458. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.144.1320>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.
Versión Impresa: ISSN: 2225-5109
Versión Electrónica: ISSN: 2227-4731
Cross Ref. DOI: 10.35434/rcmhnaaa
OJS: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs>

The patients who were accompanied by the navigators state that their support allowed them to go through their stage of illness with greater ease, both emotionally and bureaucratically. The main perceived institutional barriers are i) infrastructure and hospital processes ii) inefficient follow-up and monitoring of patients. From the user side i) family and domestic obligations ii) fears and ignorance of the disease iii) previous experiences in the health system. **Conclusions:** Patient navigation allows logistical and emotional support that favours the experience of the patient. The difficulties encountered at the hospital level, far from disappearing, manage to be reduced, thus lightening the bureaucratic burden that patients must carry. There is an emotional bond between the patients and the navigators. The level of these affective relationships is mainly related to the reality of the patient, specifically to her social support network.

Keywords: Breast cancer, Patient navigator, Qualitative research. (Source: DeCS-BIREME).

INTRODUCCIÓN

La incidencia y mortalidad de la mayoría de los cánceres están aumentando en los países en transición económica, donde se prevé que la proporción de nuevos casos de cáncer diagnosticados crezca más del 60% en el año 2030⁽¹⁾. El cáncer de mama es la neoplasia con mayor tasa de incidencia y mortalidad en la población femenina a nivel global⁽²⁾. Según el reporte anual del Global Cancer Statistics (GLOBOCAN), en el año 2018 hubo cerca de 2.1 millones de casos de cáncer de mama (1 de 4 casos de cánceres en mujeres) y aproximadamente 630 mil muertes debido a esta neoplasia. Según esta misma fuente, en Perú, en el año 2018 se registraron aproximadamente 2 millones 300 mil casos nuevos de cáncer de mama y 681, 095 muertes debido a esta enfermedad.

El riesgo de padecer o morir por cáncer de mama está relacionado a patrones reproductivos, disminución de la fecundidad, estilos de vida y las condiciones de trabajo de las mujeres. Pero, además, están asociadas al acceso y la calidad de los servicios de salud para la detección y tratamiento oportunos⁽³⁾. Dentro de las estrategias de prevención, el diagnóstico temprano por mamografía representa la principal estrategia debido a su buen rendimiento como prueba de tamizaje⁽⁴⁾. Se estima que la mortalidad por cáncer de mama ha sido reducida entre 13 y 33% debido a la implementación de este procedimiento⁽⁵⁾. Se atribuye a las pruebas oportunas de mamografía, un aumento de la tasa de supervivencia mayor al 80% en países de mayores ingresos durante el periodo 1995-2009⁽⁵⁾. No obstante, no ocurre lo mismo en países de bajos y medianos ingresos, en donde, según una encuesta realizada por la Organización Mundial de la Salud⁽⁶⁾ la tasa de realización de mamografías durante los años 2007-2012 fue de aproximadamente 2,2% mientras que en los países de mayores ingresos esta cifra superó el 60%. En el Perú, los estudios demuestran que la realización de mamografías como examen preventivo está relacionado a mayores niveles educativos e ingresos económicos, lo cual evidenciaría las desigualdades de acceso a salud preventiva que aún prevalecen en el país⁽⁷⁾.

Según diversos estudios, entre las principales barreras institucionales para diagnósticos oportunos de cáncer de mama se encuentran las demoras para diagnosticar a las pacientes, llevándose a cabo en estadios avanzados⁽⁸⁾. La evidencia muestra que el promedio del tiempo de espera para el diagnóstico es de 30-48 días en los países de altos

ingresos y 3-8 meses en países de bajos y medianos ingresos^(8,9). La importancia y urgencia de un diagnóstico oportuno ante contextos hospitalarios desafiantes han obligado a implementar estrategias para agilizar procesos para la atención de las pacientes. Dentro de dichas estrategias, los sistemas de navegación han demostrado un gran impacto en el aumento de mamografías^(10,11). Estos sistemas fueron diseñados para reducir las demoras en el diagnóstico debido a las barreras creadas por el propio sistema de salud, así como por las inequidades existentes^(12,13). En relación al cáncer de mama, los estudios que han evaluado el impacto de los sistemas de navegación han mostrado evidencia que sería efectivo en reducir los tiempos hasta el diagnóstico, así como incrementar la adherencia e incluso disminuir los efectos emocionales negativos del diagnóstico^(11,13).

En el Perú existen dos experiencias de navegación en pacientes con cáncer de mama. Uno realizado en población atendida en establecimientos del Ministerio de Salud en el norte del Perú, el cual realizó una intervención compleja que involucró la mejora de capacidades de personal de salud para realizar tamizaje y diagnóstico, así como la incorporación de navegadores entrenados en estrategias de empoderamiento a pacientes, comunicación efectiva, información médica para cáncer de mama, sistemas de salud y aseguramiento, directorio de recursos, cambios en estilo de vidas y aspectos relacionados al post-tratamiento⁽¹⁴⁾. El otro estudio fue realizado en población del seguro social⁽⁹⁾; en el cual se encontró que la mediana de tiempo al diagnóstico fue mucho menor entre aquellos con navegadora (56 días) en comparación a aquellos sin navegadora (189 días), sugiriendo que esta estrategia podría ser efectiva en nuestro medio.

El objetivo del presente estudio fue explorar en forma cualitativa las experiencias de las pacientes con hallazgos mamográficos BI-RADS 4 (Breast Imaging Reporting and Data System), que recibieron navegación durante la confirmación o descarte de cáncer de mama, y del personal de salud que participa de su cuidado en un hospital público en Lima, Perú. Este sistema denominado BI-RADS es una herramienta utilizada por radiólogos que informan los exámenes de mama y permite interpretar las lesiones mamarias y categorizarlas según su grado de sospecha. Existen seis⁽⁶⁾ categorizaciones (del 0 al 6). BI-RADS 4 es una anomalía sospechosa, con posibilidad de ser maligno⁽¹⁵⁾.

La investigación buscó visibilizar las voces y las experiencias

de las protagonistas, permitiendo explorar barreas institucionales como aquellas personales que, en interacción, invitan a una discusión sobre los diferentes enfoques desde los cuales las políticas públicas en salud podrían intervenir.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio cualitativo de diseño fenomenológico. Este diseño explora, describe y comprende lo que los individuos comparten de acuerdo con sus experiencias con respecto a un fenómeno específico. En la fenomenología los investigadores se interesan en el trabajo sobre las narrativas y declaraciones de los participantes y de sus vivencias⁽¹⁶⁾.

Población y muestra

La población de estudio fueron i) mujeres mayores de 18 años, pacientes BI-RADS 4 que acudieron para el descarte/confirmación del diagnóstico y fueron acompañadas por una navegadora del servicio y ii) personal de salud (médicos, enfermeras) de un hospital de la seguridad social de salud (EsSalud) en Lima, Perú, entre los meses de diciembre del 2019 y marzo del 2020. El hospital es un establecimiento de nivel intermedio con 85 camas, que cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas.

En el presente estudio los primeros meses de campo permitieron la familiarización con las dinámicas hospitalarias y el contacto y entrevistas con el personal de salud. Posteriormente, en los últimos meses se realizaron las entrevistas a pacientes previa coordinación con la navegadora. Este proceso se vio además, afectado por el inicio de la pandemia por el COVID-19 y fue así que se concretaron tres entrevistas con personal de salud y cinco entrevistas con pacientes que fueron previamente acompañadas por la navegadora.

La muestra fue por conveniencia. En el caso del personal de salud, se invitó a participar al personal del servicio de ginecología. En el caso de las pacientes, la navegadora contactó a las pacientes previamente navegadas, a las cuales se les ofreció participar. Las pacientes y personal de salud que accedieron participar firmaron un consentimiento informado previa inclusión en el estudio. El trabajo de campo consistió en visitas semanales al hospital realizadas únicamente por la investigadora principal, y se emplearon guías de observación y entrevistas semi-estructuradas. Las entrevistas a profundidad a las pacientes fueron realizadas en su mayoría vía telefónica. Las entrevistas fueron grabadas con previa autorización. La totalidad de la data recogida fue transcrita y trasladada a un documento para su respectivo análisis.

Análisis del estudio

El análisis del estudio fue temático. El proceso analítico consistió en: i) Organización de la data colectada: transcripciones de entrevistas, guías de observación, cuadernos de campo. ii) Organización de categorías que emergen como patrones relevantes dentro del texto y construyen las ideas principales del estudio. iii) Codificación de partes del texto luego de analizar el texto. Estos códigos describen un segmento del texto y sistematizan la

información. iv) Organización de categorías en grandes temas que se generan a la luz del análisis realizado y se convierten en focos de discusión principal en el estudio.

Las herramientas de recojo de información fueron compartidas entre colegas ajenos al estudio con la finalidad de validar las guías de entrevistas y su aplicación. Este proceso contribuyó en el ajuste del instrumento final. Para el análisis de información se empleó Atlas ti versión 9.1. La codificación de la información se realizó en dos momentos diferentes a manera de corroborar y validar las asignaciones propuestas. De esta manera se pudo realizar una interpretación de la información y presentar los hallazgos del estudio.

El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación de la Red prestacional Rebagliati con fecha del 21 de agosto del 2019.

RESULTADOS

Se incluyeron en total ocho personas, tres fueron personal de salud, y cinco pacientes. El personal de salud incluyó dos médicos varones y una ex navegadora. Todas las pacientes fueron mujeres que no habían padecido de ningún tipo de cáncer anteriormente. Las edades fluctúan entre los 55 y 70 años. Del total de pacientes, cuatro de ellas tenían redes familiares de apoyo activas mientras que una participante manifestó haber afrontado el proceso de enfermedad sola. Las experiencias y percepciones sobre el sistema de navegación se centraron en su función alrededor de los procesos institucionales relacionados a trámites, documentación y recojo de documentos (procesos burocráticos) y, por otro lado, en el apoyo emocional durante la enfermedad y las relaciones afectivas que emergen de este acompañamiento. Las barreras encontradas se agruparon en: barreras institucionales y barreras del paciente.

Sistema de Navegación

Procesos burocráticos: Son aquellos relacionados a los trámites, documentación y recojo de documentos principalmente. La intervención de la navegadora contribuyó en la agilización de los procesos burocráticos como recojo de resultados de ayuda diagnóstica y gestión de citas. El acompañamiento de la navegadora brindó apoyo logístico y facilitó información que se traduce en el efecto emocional positivo percibido por las pacientes navegadas. El acompañamiento fue hasta la obtención del diagnóstico definitivo, es decir, hasta la solicitud de más imágenes para llegar al diagnóstico o, el diagnóstico anatómo patológico de las biopsias.

“Ella llegaba y me decía todo lo que se tenía que hacer, yo estaba nerviosa, no tenía cabeza, así estaba yo. Los trámites y correderas los hizo Carlita (la navegadora) y para qué, todo bien felizmente, sino yo sola qué iba a hacer.” (Paciente 4)

“Mis hijas se preocupan por mí pero ellas tienen su vida, en los hospitales hay muchos ajetreos, papel por acá, ir a varios sitios, uno se confunde. Yo he tenido suerte por la ayuda que recibí.” (Paciente 5)

Apoyo emocional y relaciones afectivas: Las participantes

manifiestan que el acompañamiento de la navegadora además de ser funcional logra una conexión afectiva relevante, particularmente con aquellas pacientes que no cuentan con redes sociales de apoyo significativas. Esto se ve reflejado en la relación que existe entre las pacientes y la navegadora, incluso luego de haber culminado su tratamiento. Se ha generado un vínculo emocional y amical que resulta funcional en algunos casos, ya que las pacientes buscan aun información a través de la navegadora.

“Claro, eso me han comentado pacientes, me acuerdo de una que no tenía audición y le detectaron cáncer. Yo la acompañé porque para hacerle biopsia tenía que ir con alguien y la paciente no le había dicho a nadie absolutamente, entonces yo la acompañé.” (Navegadora)

“Cuántas veces he llorado yo con ella (la navegadora). Uno no sabe lo que nos va a pasar y a pesar de todo me sentía acompañada, hasta ahora la llamo para preguntarle mis dudas o saludarla.” (Paciente 4)

Barreras institucionales

Infraestructura y recursos limitados. Falta de camas y espacios para procesos quirúrgicos. Escasez de bienes estratégicos (insumos). Según manifestó el personal de salud, se otorgan citas a pacientes, pero, posteriormente, éstas son canceladas sin previo aviso debido a la escasa capacidad para la atención.

“Yo iba con mi paciente y de pronto cancelaban la cita sin avisarnos, no había citas. Eso desanima y pone nerviosa a la paciente.” (Navegadora)

No priorizadas listas de espera quirúrgica: Existe una gran brecha entre la capacidad instalada y la demanda de servicios quirúrgicos. El personal de salud señaló que, al momento de requerir servicios quirúrgicos, los pacientes oncológicos no tienen necesariamente prioridad, por lo tanto, aumenta el riesgo del avance del cáncer y mayores probabilidades de mortalidad del paciente.

Ineficiente seguimiento de pacientes. El personal de salud manifiesta que la institución se preocupa principalmente por cumplir con el número de pacientes tamizados mas no con la información proporcionada y la seguridad de la recepción de sus informes de tamizaje. No existen sistemas de alarma en el sistema informático para pacientes BI-RADS 4. Las pacientes son referidas al hospital de mayor complejidad correspondiente a través de un proceso administrativo; sin embargo, estas citas son generadas automáticamente sin previo aviso a la misma paciente. Adicionalmente, no se ha hecho una campaña de actualización de datos y filiación de los asegurados. Hay un registro deficiente y esto genera una barrera para la comunicación y notificación entre la institución y los usuarios.

El personal de salud considera que, si bien es cierto, las pacientes deberían ser las principales encargadas de su salud, el sistema al que se enfrentan es engorroso y necesitan mayor apoyo para navegar los procesos a seguir.

“Esta enfermedad se gana con tiempo, no hay

actualizaciones de bases de datos de pacientes y no hay seguimiento de sus procesos. Es un tema de recursos pero también de organización y voluntades.” (Médico1)

Control de calidad de programas de tamizaje. Los programas de tamizaje carecen de control de calidad. Esta observación fue manifestada por el personal de salud ante la discusión de las nuevas mamografías digitales en comparación con las analógicas. En teoría, ahora demoraría más informar el resultado de la prueba, al analizarse distintos cortes de la mama, pero se reducirían los falsos-positivos. No obstante, un miembro del personal de salud expreso que hizo un estudio al respecto y esta mejora no se puede aseverar al 100%, por lo tanto, se requiere mayor monitoreo de las pruebas de tamizaje.

Barreras del paciente:

Las obligaciones laborales y/o domésticas. Consideradas como prioritarias por las pacientes y de las cuales son responsables directas (cuidado del hogar, familia nuclear y extendida, trabajo). Las participantes consideran que no cuentan con el tiempo disponible para el cuidado preventivo, y que se acude al hospital solo ante una preocupación específica. Este hallazgo es más resaltante en las pacientes adultas mayores, las cuales mostraban sentimientos de culpabilidad por haberse enfermado, aludiendo la potencial carga económica y emocional al hogar.

“Yo siempre he sido positiva desde que tuve mis hijos, yo siempre les he hecho creer que soy fuerte, me he separado, qué no me ha pasado, pero a mis hijos siempre les he demostrado que yo puedo, a mi no me choca nada, nunca me han visto hasta ahora derrotada, más bien me tratan de valiente, guerrera, nunca me han visto que he decaído.” (Paciente 1)

“uno no siente que es importante la salud con todo lo que pasa en la vida de una. La casa, el trabajo, pagar cosas y así uno se va enfermando y ni cuenta te das.” (Paciente 2)

“Se enferma una y se enferma toda la casa y eso trae muchos problemas. Yo rezaba y rezaba porque esto se acabara pero que me ponga sana para no molestar.” (Paciente 3)

Experiencias previas con el sistema de salud. Todas las pacientes halladas con BI-RADS 4 fueron referidas al hospital correspondiente de mayor complejidad. Sin embargo, no todas continuaron con el proceso de atención. Una de las principales razones para ello es la incertidumbre frente al sistema, lo cual ocasiona abandono del proceso o seguimiento en el sector privado. La percepción de un sistema 'complicado' y 'lento' mella la actitud y disposición del paciente para continuar sus procesos médicos.

“Es preocupante ver como luego de un diagnóstico muchas pacientes no regresan. Algunas por miedo y otras porque prefieren ir al privado. Los tiempos entre un proceso y otro es lo que puede enfermar más a la paciente.” (Médico 1)

Relación médico-paciente. Esta problemática fue un

aspecto resaltante por parte de las pacientes. Las pacientes expresaron haber experimentado por lo menos una vez un trato insensible, comunicación sosa y brusca con el personal de salud. Estas actitudes, expresaron, perjudicaron su involucramiento con su propia salud y con el sistema.

“Una doctora no tenía paciencia. Me saqué el pelo, todo, me trató mal. Una persona bien dura, horrible. Otro día también no sé para qué, la auxiliar me cerró la puerta, entre la doctora y la auxiliar, y ella fue la que me operó y parece que me operó mal. ¿Esa es la manera de tratar a la paciente?” (Paciente 3)

Desconocimiento y miedo. Entre las razones para la demora de atención se encuentra el desconocimiento y miedo de las pacientes sobre sus resultados de tamizaje y las posibles consecuencias de un potencial tratamiento. Muchas de las pacientes admiten haber realizado búsquedas en Internet sobre la enfermedad y haber retrasado sus visitas médicas por temor y supuestos previos.

“Ah sí, entonces cada paciente tiene sus propios temores cuando yo daba la noticia, el cáncer lo asocian a la muerte, en el caso de la señora Rita no, pero hay otros pacientes que sí. Voy a contactarla con la señora Chávez, porque en el momento que yo le comuniqué, me decía que tenía un hijo enfermo, entonces se preocupaba más por el hijo. Es mucho el entorno familiar.” (Navegadora)

“Lo primero que hice fue leer en Internet todo lo del cáncer. No dormía, pensaba y pensaba y lloraba solita me acuerdo. En. Verdad yo pensaba que era mi fin, ese susto fue lo peor que viví.”

“cuando se me cayó todo el cabello si un poquito que me chocó usar pañuelo.” (Paciente 2)

DISCUSIÓN

El estudio identificó que, para las pacientes, el acompañamiento de la navegadora permitió la agilización de los procesos burocráticos hasta obtener el diagnóstico definitivo, brindó apoyo emocional y se generaron relaciones afectivas. Las principales barreras identificadas por las pacientes y el personal de salud fueron: infraestructura y recursos limitados; ineficiente seguimiento de pacientes; problemas en el control de calidad de programas de tamizaje y; una desactualizada base de datos de las aseguradas. Desde las pacientes, las principales razones para no realizarse controles y despistaje de cáncer de mama se centran en: las obligaciones laborales y domésticas; desconocimiento de la enfermedad; malas experiencias previas con el sistema de salud incluyó problemas en la relación médico-paciente.

El sistema de navegación suple las fallas y trabas hospitalarias y burocráticas del sistema de salud. La presencia de las navegadoras garantiza el aceleramiento de procesos y atenciones^(17,18). Adicionalmente tal como confirma la bibliografía, dentro de los principales beneficios del sistema de navegación es el enfoque centrado en el cuidado de la paciente^(9,11,14). Los resultados muestran que existe un valor emocional en la presencia de la navegadora. Experimentar la enfermedad de la mano de una persona que

representa el sistema de salud que vela por ellas, genera ‘confianza y tranquilidad’, en palabras de las mismas pacientes. En ese sentido, la captación y capacitación de navegadoras es fundamental para fortalecer los lazos de confianza de las usuarias y garantizar la reducción de procesos que pueden salvar vidas. La presencia de las enfermeras que cumplan el rol de navegadoras debido a su cercanía con las pacientes, asegura la continuidad y mejora de la calidad del cuidado oncológico en general⁽¹⁸⁾.

Por otro lado, las barreras institucionales halladas se centraron en la infraestructura hospitalaria y procesos internos así como también en la relación médico-paciente percibida por las participantes navegadas. Los resultados del estudio confirma lo que otros estudios exponen al respecto. La falta de prioridades de citas, espacios para cumplir con citas pactadas, el control de procesos de tamizaje y el seguimiento y monitoreo de pacientes, resultan ser obstáculos para un oportuno, continuo y eficiente proceso de atención⁽¹⁹⁾. Adicionalmente a estas barreras, algunos de los tratamientos y diagnósticos empleados contra el cáncer de mama requieren un alto nivel de tecnología, constituyendo una gran barrera en ciertos países en desarrollo⁽²⁰⁾.

En cuanto a la relación médico paciente, diversos estudios señalan que algunas pacientes pueden sentirse avergonzadas de compartir sus vivencias con la enfermedad, sus temores, enfrentamientos y sus dudas^(21,22). También los estudios resaltan la necesidad de mayor empatía por parte del personal de salud y el efecto de la misma en la continuidad y confianza en el tratamiento a seguir. Por lo tanto, la relación médico paciente puede garantizar tratamientos sostenidos y sobretodo, decisiones informadas en salud por parte de pacientes⁽²³⁾.

Las barreras halladas desde las pacientes abren diversas discusiones. Por un lado, la aun persistente relación del rol femenino como cuidadora principal del hogar y la familia. Una prevalente economía de la moralidad relacionada al sacrificio del cuidado personal por el bien familiar para evitar juzgamientos y mantener las expectativas puestas en la mujer. El rol de la mujer en el ámbito familiar sigue siendo uno de los factores donde se presentan mayores brechas de equidad de género. Diversos estudios en la región confirman que, en el ámbito doméstico y familiar, las tareas cotidianas son aún asumidas principalmente por mujeres^(24,25). El enfoque de género es fundamental para la educación y sensibilización del cuidado preventivo en la mujer. El proceso de socialización y de identificación de muchas mujeres está en relación al cuidado de los demás. Por otra parte, la percepción del autocuidado se complica cuando, además de no ser considerada ni considerarse como prioridad, se debe enfrentar un sistema de salud limitado o precario⁽²⁶⁾.

Otra de las barreras halladas fue el desconocimiento y el temor a la enfermedad. El cáncer de mama coloca a la mujer en una situación de potencial conflicto con su femineidad y sexualidad, en una atmósfera a la vez de posible vergüenza y pudor. Diversos estudios ya han identificado que existen barreras como el temor a la exploración médica de las mamas⁽²⁸⁾. Asimismo, entre los principales temores de las mujeres se encuentran el miedo a la muerte, a desamparar a los hijos, el efecto en su cuerpo, su sexualidad y cómo es

percibido, perder al esposo o a la pareja, así como considerar al cáncer como enfermedad incurable que genera sentimientos de frustración, ira y compasión⁽²⁷⁾.

Resulta importante explorar la manera cómo las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama pueden y deciden afrontar la enfermedad, tanto en el ámbito familiar, personal, en el trabajo y, en la comunidad⁽²⁸⁾. Esta situación de miedo e incertidumbre se agudiza cuando aspectos como la edad y aspectos económicos se incluyen en el análisis, se intersectan. Las pacientes adultas mayores, con redes de apoyo débiles y de bajos recursos económicos, además de encontrarse en situaciones más vulnerables, fueron las que más se tardaron en realizarse mamografías. La interseccionalidad, entonces, es un concepto que permite observar aquellas distintas aristas en la vida de una persona que hará la experiencia en salud y enfermedad particular⁽²⁹⁾.

La interseccionalidad es una herramienta para el análisis, el trabajo y la elaboración de políticas, que aborda múltiples discriminaciones y desigualdades y ayuda a entender la manera en que conjuntos diferentes de identidades influyen sobre el acceso que se pueda tener a derechos y oportunidades⁽³⁰⁾.

Las barreras relacionadas a las malas experiencias previas en el sistema de salud involucran procesos, demoras y problemas en la relación con el personal de salud. Estudios realizados en la región también han encontrado que la percepción de mala calidad de la atención, la falta de confianza en el médico y aspectos organizacionales influyen en el acceso al cuidado de la salud^(20,27). Si la calidad de la relación interpersonal en la atención médica no cumple las expectativas de buen trato que las mujeres desean recibir, miedos y discontinuidades pueden emerger y obstaculizar el camino del diagnóstico definitivo y posible tratamiento. Asimismo, tal como lo señalan diversas investigaciones, la relación de poder generada entre el personal de salud y las pacientes podría anular o reducir la participación percibida por las pacientes en cuanto a la toma de decisiones sobre su salud, alejándolas del sistema⁽²⁰⁾.

El cáncer es una enfermedad que depende mucho de la premura de su detección y atención para poder ser afrontada. La funcionalidad evidenciada del servicio de navegación en cuanto a la reducción de tiempo en los diversos procesos hospitalarios justificaría su implementación. No obstante, es importante reflexionar sobre los recursos del seguro social y la sostenibilidad de dicha implementación para pacientes oncológicos.

El presente estudio enfocado en cáncer de mama invita a la discusión sobre la inclusión del enfoque de género al momento de establecer estrategias de intervención en salud. Las prioridades del cuidado y decisiones en salud de las pacientes están permeadas de aspecto socioculturales construidos en gran parte por las expectativas hacia las mujeres en la sociedad y que son naturalizadas por muchas de ellas aun hoy en día, mellando así su salud integral.

La educación y promoción de la salud son claves para romper con muchas de las barreras a nivel individual encontradas en el estudio y que pueden determinar el resultado del

enfrentamiento de esta enfermedad.

Limitaciones del estudio

El estudio se basa en la experiencia de mujeres navegadas por una única navegadora en el marco de una investigación específica, y a manera de piloto, sobre la implementación de una unidad de mamovigilancia para el diagnóstico de cáncer de mama. Por lo tanto, no se puede explorar a más profundidad los diferentes relacionamientos e interacciones que podrían suscitarse entre las pacientes y sus navegadoras. Igualmente, el número de participantes es menor dado que fueron aquellas quienes participan en el estudio mencionado anteriormente y con una única navegadora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jemal A, Center MM, DeSantis C, Ward EM. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2010;19(8):1893-907. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-10-0437.
2. IARC - INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER [Internet]. [citado 24 sept 2020]. Disponible en: <https://www.iarc.fr/>
3. Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Salud pública Méx.* 2009; 51(Suppl 2):147-56.
4. Sanchez-Ayendez M, Oliver-Vázquez M, Suárez-Pérez E, Vélez-Almodovar H, María-Nazario C. Conocimientos y creencias sobre el cáncer de mama y prácticas de detección temprana en mujeres de edad avanzada en Puerto Rico. 1997 [citado 20 sept 2020];6(3). Disponible en: <http://prhsj.rcm.upr.edu/index.php/prhsj/article/viewFile/2178/1227>.
5. World Health Organization. WHO Position Paper on Mammography Screening [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [citado 20 sept 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK269545/>.
6. Akinyemiju TF. Socio-economic and health access determinants of breast and cervical cancer screening in low-income countries: analysis of the World Health Survey. *PLoS ONE.* 2012;7(11):e48834. doi: 10.1371/journal.pone.0048834.
7. Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrío H. Factores asociados a la realización de mamografía en mujeres peruanas: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018. *Medwave.* 2019;19(9):e7701. doi: 10.5867/medwave.2019.09.7701.
8. Unger-Saldaña K. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World J Clin Oncol.* 2014;5(3):465-77. doi: 10.5306/wjco.v5.i3.465.
9. Figueroa-Montes LE, Chávez-Altamirano NE, García-Espinoza G. Implementación de una unidad de mamovigilancia para el diagnóstico de cáncer de mama en una microred de la seguridad social, Lima-Perú. *Acta Med Perú [Internet].* 2019 [citado 20 sept 2020]; 36(1): 11 - 8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51728-59172019000100003&lng=es.
10. Magny SJ, Shikhman R, Keppke AL. Breast Imaging Reporting and Data System [Internet]. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 20 sept 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459169/>
11. Baik SH, Gallo LC, Wells KJ. Patient Navigation in Breast Cancer Treatment and Survivorship: A Systematic Review. *J Clin Oncol.* 2016;34(30):3686-96. doi: 10.1200/JCO.2016.67.5454.
12. Battaglia TA, Darnell JS, Ko N, Snyder F, Paskett ED, Wells KJ, et al. The impact of patient navigation on the delivery of diagnostic breast cancer care in the National Patient Navigation Research Program: a prospective meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat.* 2016;158(3):523-34. doi: 10.1007/s10549-016-3887-8.
13. Wells KJ, Battaglia TA, Dudley DJ, Garcia R, Greene A, Calhoun E, et al. Patient navigation: state of the art or is it science? *Cancer.* 2008;113(8):1999-2010. doi: 10.1002/cncr.23815.
14. Paskett ED, Harrop JP, Wells KJ. Patient Navigation: An Update on the State of the Science. *CA Cancer J Clin.* 2011;61(4):237-49. doi: 10.3322/caac.20111.

15. Picton CJ, Moxham L, Patterson C. The use of phenomenology in mental health nursing research. *Nurse Researcher*. 2017;25(3):14-8. doi:10.7748/nr.2017.e1513.
16. Navegación de Pacientes [Internet]. [citado 30 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.navegaciondepacientes.org/>.
17. Pautasso FF, Camargo-Lobo T, Dias-Flores C, Aquino-Caregnato RC, Pautasso FF, Lobo TC, et al. Enfermero navegador: desarrollo de un programa para Brasil. *Rev Latino-Am de Enfermagem*. 2020;28:e3275. doi: 10.1590/1518-8345.3258.3275.
18. Arambula-Barreras PE. Evaluación estadística de un programa de acompañamiento para pacientes mastectomizadas sobrevivientes al cáncer de mama en Hermosillo, Sonora [Tesis]. Sonora: Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Sonora; 2015 [citado 11 sept 2020]. Disponible en: <http://www.repositorioinstitucional.uson.mx/handle/unison/4125>.
19. Ortega-Moreno M, Padilla-Garrido N, Huelva-López L, Aguado-Correa F, Bayo-Calero J, Bayo-Lozano E. Barreras y facilitadores para la implementación de la toma de decisiones compartidas en oncología: percepciones de los pacientes. *Rev Calid Asist*. 2017;32(3):141-5. doi:10.1016/j.cali.2017.01.002.
20. Brand NR, Qu LG, Chao A, Ilbawi AM. Delays and Barriers to Cancer Care in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Oncologist*. 2019;24(12):e1371-80. doi: 10.1634/theoncologist.2019-0057.
21. De los Mozos-Hernando I. Encuentros y desencuentros en la relación médico paciente. En: Chivato-Pérez T, Piñas-Mesa A. La relación médico-paciente: claves para un encuentro humanizado [Internet]. Madrid: Dykinson; 2019. [citado 11 sept 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/j.ctvk3gpc9.15>.
22. De Araujo Bastos LO, Nogueira de Andrade E, de Oliveira Andrade E. Relación médico-paciente en oncología: un estudio desde la perspectiva del paciente. *Rev Bioét*. 2017;25(3):563-76. doi:10.1590/1983-80422017253213.
23. Compte-Pujol M, Marca-Francès G, Menéndez-Signorini J, Frigola-Reig J. Necesidades de información en pacientes con enfermedades crónicas. ¿Cómo evitar el ruido en la relación médico-paciente? *Rev lat comun soc*. 2020;75:207-23. doi:10.4185/RLCS-2020-1423.
24. Zamudio Sánchez FJ, Ayala Carrillo M del R, Arana Ovalle RI. Mujeres y hombres: Desigualdades de género en el contexto mexicano. *Estudios sociales (Hermosillo, Son)* [Internet]. 2014 [citado 11 sept 2020]; 22(44): 251-79. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572014000200010.
25. Gómez-Urrutia V, Arellano-Faúndez O, Valenzuela-Contreras C. Negociaciones en familia: género, trabajo y cuidado en Chile. *Rev Estud Fem*. 2017;25(2):661-82. doi:10.1590/1806-9584.2017v25n2p661.
26. Poblano-Verástegui O, Figueroa-Perea JG, López-Carrillo L. Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud pública Méx* [Internet]. 2004 [citado 24 sept 2020];46(4):294-305. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000400004&lng=es.
27. Figueroa Varela MR, Valadez Sierra MD, Rivera Heredia ME, Hernandez Coronel GP. El imaginario social del cuerpo con cáncer de mamá: contrastación entre personal de salud y mujeres con cáncer de mama. En: Reyes Lagunes I; Flores Galaz MM; Díaz-Loving R; Rivera Aragón S. Aportaciones de la psicología social Vol II [Internet]. México: Asociación Mexicana de Psicología Social; 2014 [citado 24 sept 2020]. p. 467-75. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/271505443_El_imaginario_social_del_cuerpo_con_cancer_de_mama_contrastacion_entre_personal_de_salud_y_mujeres_con_cancer_de_mama.
28. Giraldo CV, Ceballos GY. Getting Used to Barriers: A Qualitative Study of Colombian Health Care System Barriers to Timely Diagnosis and Treatment of Breast Cancer. *FQS*. 2011;12(2). doi.org/10.17169/fqs-12.2.1650.
29. Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo. Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica [Internet]. [citado 24 sept 2020]. Disponible en: https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/nterseccion_a_l_i_d_a_d_-_una_herramienta_para_la_justicia_de_genero_y_la_justicia_economica.pdf