



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Servicio de  
Oncología Clínica



## Percepción de la Calidad de Atención en pacientes oncológicos del Hospital de Clínicas 2023

Investigadores: Giselle Araujo<sup>1</sup>, Martina Gaimari<sup>2</sup>, María Pía Gordin<sup>3</sup>, Paz Invernizzi<sup>4</sup>, Lucía Navarro<sup>5</sup> y Romina Sagario<sup>6</sup>.

Orientadores: Dr. Ivan Lyra Gonzalez<sup>1</sup>, Dra. Ma. Clara Rodriguez<sup>2</sup>, Dra. Florencia Savio<sup>3</sup> y Dra. Noelia Silveyra<sup>4</sup>.

Institución: Facultad de Medicina, Universidad de la República de Uruguay  
Hospital de Clínicas Dr. Manuel **Quintela**  
Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas Dr. Manuel **Quintela**

Ciclo de Metodología Científica II Grupo 04  
Montevideo, Uruguay  
N° Registro Autorización **MSP** : 8526773

## Índice de Contenido

---

|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| Resumen.....                                  | 3  |
| Introducción.....                             | 4  |
| Objetivo General y objetivos específicos..... | 9  |
| Metodología.....                              | 10 |
| Resultados.....                               | 12 |
| Conclusiones y perspectivas.....              | 23 |
| Referencias bibliográficas.....               | 24 |
| Agradecimientos.....                          | 27 |
| Anexos.....                                   | 28 |

## Índice de tablas

---

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Frecuencia de género.....                                                                                     | 12 |
| Tabla 2. Frecuencia de Estado Civil.....                                                                               | 12 |
| Tabla 3. Frecuencia del Nivel Educativo.....                                                                           | 27 |
| Tabla 4. Frecuencia de Empleo.....                                                                                     | 27 |
| Tabla 5. Frecuencia del Sitio del Tumor Primario .....                                                                 | 27 |
| Tabla 6. Frecuencia del IMC .....                                                                                      | 14 |
| Tabla 7. Frecuencia de Antecedentes de tabaquismo.....                                                                 | 28 |
| Tabla 8. Frecuencia del Consumo de Marihuana.....                                                                      | 28 |
| Tabla 9. Frecuencia de antecedentes de Consumo de Alcohol.....                                                         | 28 |
| Tabla 10. Frecuencia de Antecedentes familiares de cáncer .....                                                        | 28 |
| Tabla 11 de Contingencia. Relación entre antecedente familiar de cáncer y asistencia a policlínica del individuo ..... | 29 |
| Tabla 12. Percepción de calidad de atención en policlínica .....                                                       | 29 |
| Tabla 13. Resultados chi cuadrado para el resultados entre relación AF cáncer y asistencia a policlínica.....          | 29 |
| Tabla 14. Factores referencia de percepción sobre la calidad de atención.....                                          | 15 |
| Tabla 15. Clasificación según frecuencias sobre satisfacción de la atención sanitaria 16                               |    |
| Tabla 16. Valores de los factores según promedio y desviación estándar.....                                            | 16 |
| Tabla 17. Resultados t student para la relación AF cáncer y Factor 2.....                                              | 18 |
| Tabla 18 de Contingencia. Tiempo duración de síntomas previo a consultar con un médico.....                            | 18 |
| Tabla 19. Resultado chi cuadrado para asociación tiempo duración de síntomas previo a consultar con un médico.....     | 18 |
| Tabla 20. Resultados t student para la relación Factor 3 y con quien concurre a la consulta.....                       | 19 |
| Tabla 21 de Contingencia. Factor 4 y tiempo que presentó síntomas antes de consultar al médico.....                    | 19 |
| Tabla 22. Resultados de prueba chi-cuadrado.....                                                                       | 19 |
| Tabla 23 de Contingencia. Resultados Satisfacción según percepción de porque demoró en consultar.....                  | 20 |
| Tabla 24. Resultados de prueba chi cuadrado.....                                                                       | 20 |

## Índice de Gráficos

---

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfica 1. Resultados relación AF cáncer y Factor 2 .....                       | 18 |
| Gráfica 2. Resultados relación Factor 3 y con quien concurre a la consulta..... | 19 |
| Gráfica 3. Pie Chart Nivel educativo.....                                       | 29 |
| Gráfica 4. Gráfico de barras incidencia sitio tumor primario.....               | 30 |
| Gráfica 5. Pie chart distribución Estado Civil.....                             | 30 |
| Gráfica 6. Pie Chart representación de estado laboral .....                     | 30 |
| Gráfica 7. Gráfico de barras para valores de IMC.....                           | 30 |
| Gráfica 8. Gráfico de barras sobre Historia de Tabaquismo.....                  | 31 |
| Gráfica 9. Gráfico de barras sobre edad de comienzo de consumo de tabaco.....   | 31 |
| Gráfica 10. Gráfico de barras frecuencia de consumo de marihuana.....           | 31 |
| Gráfico 11- Gráfico de barras frecuencia de historia de alcoholismo.....        | 31 |
| Gráfica 12. Gráfico de barras representando los Antecedentes Familiares.....    | 32 |

## Resumen

La calidad de atención médica comprende la valoración del funcionamiento del sistema de salud con una mirada crítica; desde la accesibilidad, comunicación, herramientas, tecnología y la percepción del paciente. Investigar la calidad de la atención y las barreras que la perjudican, permite la construcción de políticas sanitarias que cumplan las necesidades demandadas. Sin embargo, existe una perspectiva subjetiva dado que cada paciente genera su propio juicio acerca de la calidad del servicio.

En esta investigación se busca obtener información acerca de las barreras a partir de la autopercepción de los pacientes con respecto al servicio de oncológica del Hospital de Clínicas, mediante entrevistas clínicas realizadas a los que concurran a policlínica oncológica durante el periodo julio-octubre del 2023. Los fundamentos que originan el estudio es la escasa información disponible acerca de variables que se perciben como barrera en la atención de calidad médica en el servicio de oncología.

La información a recabar comprenderá la percepción del paciente hacia el servicio asistencial, la comunicación con los trabajadores del servicio, la accesibilidad al centro de salud, el conocimiento del proceso salud-enfermedad, los factores socioeconómicos y culturales que pudieran interferir en la calidad de atención. En suma, demostrando la importancia de obtener la percepción de los pacientes, que permite una atención global, conociendo en más profundidad al individuo, comprendiendo su visión en relación a su enfermedad; y así colaborando en la formación de políticas sanitarias que incluyan los datos recabados, en busca de una mejora en calidad asistencial.

Palabras clave: cáncer, percepción, calidad de

atención.

## Summary

The quality of medical care includes the evaluation of the healthcare system's functioning with a critical perspective, ranging from accessibility, communication, tools, technology, and the patient's perception. Investigating the quality of care and the barriers that affect it allows the development of healthcare policies that meet the demands. However, there is a subjective perspective since each patient forms their own judgment about the quality of service.

This research aims to gather information about the barriers based on patients' self-perception regarding the oncology service at the "Hospital de Clínicas", through clinical interviews conducted with those attending the oncology clinic during the period of July to October 2023. The reason for the study stands in the limited information available regarding variables perceived as barriers in the provision of quality medical care in the oncology service.

The information to be collected will encompass the patient's perception of the healthcare service, communication with the service staff, accessibility to the healthcare facility, understanding of the health-disease process, socioeconomic factors, and cultural factors that could interfere with the quality of care. In summary, this demonstrates the importance of obtaining patients' perceptions, which allows for comprehensive care by gaining a deeper understanding of the individual and comprehending their perspective regarding their illness. This, in turn, contributes to the formulation of healthcare policies that incorporate the gathered data, aiming for an improvement in

healthcare quality.

**Key words:** Cancer, Percepción, Quality of Care

## Introducción

El cáncer se manifiesta como una enfermedad de complejidad significativa que demanda un enfoque integral dado las múltiples áreas en las que repercute. Es así que, el principal enfoque no debería centrarse en el mero aspecto patológico de la misma, sino que, es requerido abordar las necesidades emocionales, sociales y el bienestar general de los pacientes. Por tanto, la atención oncológica debe abarcar un amplio espectro, que incluye desde la prevención de los pacientes con factores de riesgo, el diagnóstico temprano, el tratamiento, la gestión del dolor, el acceso a medicamentos y la provisión de cuidados paliativos, entre otros aspectos fundamentales. Los elementos mencionados están abarcados dentro de los conceptos de: Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria.

En la siguiente sección, se presentarán los antecedentes y el contexto del estudio mediante una revisión del cáncer y su impacto en Uruguay, explorando las barreras autopercibidas por los pacientes que influyen en el eje principal del estudio: la calidad de atención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cáncer como un conjunto amplio de enfermedades que se originan cuando las células anormales crecen de manera descontrolada, invaden tejidos cercanos y se diseminan a otras partes del cuerpo. Esta complejidad se refleja en la diversidad de síntomas, diagnósticos y tratamientos específicos para cada tipo de cáncer (1).

A nivel global, el cáncer se ha convertido en la segunda causa de muerte. Su incidencia continúa en aumento dado a la transición demográfica y epidemiológica a una tendencia creciente hacia el envejecimiento de la población. Comenzó inicialmente en países desarrollados, pero en las últimas décadas comenzó a verse también de forma progresiva en países menos desarrollados. Este hecho, junto a la combinación de ciertos hábitos occidentales adquiridos por parte de estas poblaciones proyectan a futuro una tendencia poco favorable para los sistemas de salud. Esto implica mayor número de casos y cronificación por tiempo más prolongado de ciertas enfermedades, como el cáncer. Uruguay tiene una tasa de incidencia muy próxima a los países de alto índice de desarrollo humano, mientras que mantiene una mortalidad levemente superior. Cuando se considera la incidencia de cáncer en el Uruguay por sexo, encontramos que en el hombre los tres principales tipos de cáncer son el de próstata, pulmón y cáncer de colo-recto. Mientras que para la mujer, la incidencia para los principales sitios del tumor son en la mama, en el colon-recto y en el cérvix (2).

A nivel mundial se enumeraron aproximadamente 14 millones de casos nuevos anuales en 2012, estimando 20 millones en 2030. Este hecho representa un desafío para los sistemas de atención médica en todo el mundo. Además, se observan diferencias marcadas entre los países de bajos recursos y los más desarrollados en términos de calidad de atención, accesibilidad a servicios y recursos disponibles (3). Mientras que las tendencias en incidencias son similares entre los países desarrollados, y no desarrollados. (2) Representa una verdadera problemática a nivel mundial en los sistemas asistenciales. De acuerdo a lo publicado en el año 2017, en Uruguay se diagnostican 13.000 casos nuevos de cáncer anualmente. Según el informe “La situación epidemiológica del Uruguay en

relación al cáncer”, las cifras correspondientes al año 2020 especifican que las defunciones por cáncer corresponden a un 25% del total del país; siendo la primera causa las patologías del aparato circulatorio correspondiendo a un 25,4%. (4)

La aparición de esta enfermedad está influenciada por diversos factores, de acuerdo a la investigación realizada por la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), el 35% de las muertes por cáncer mundialmente se las adjudica a riesgos potencialmente modificables aquellos que son el resultado del estilo de vida, como el tabaquismo, consumo del alcohol, hábitos dietéticos, hormonas, entre otros. A la vez se destaca que el proceso canceroso es un resultado de una perturbación en la funcionalidad celular, en otras palabras, menciona que también existe una componente genético. Frente a la cantidad de factores de riesgo mencionados, cobra relevancia la atención primaria de la salud, en la cual se busca prevenir y disminuir la aparición de ciertas enfermedades tomando como eje el tratamiento de los factores de riesgo. (5)

A lo largo de la historia, el diagnóstico de cáncer solía llevar consigo una connotación desalentadora acarreando consigo el sentimiento de una muerte inminente debido a la falta de información disponible y las limitadas opciones terapéuticas. No obstante, los avances científicos han transformado drásticamente los pronósticos y consigo la perspectiva de vida y la calidad de atención para los pacientes con cáncer. En 2017, la Fundación Livestrong y el Laboratorio Roche llevaron a cabo un estudio con el objetivo de comprender la opinión de la población uruguaya sobre el cáncer. Los resultados de dicho estudio revelaron que más del 60% de los uruguayos consideraban al cáncer como la enfermedad más grave, temible y mortal. Asimismo, casi un 60% de los encuestados opinó que en la última década se había avanzado en la cura del cáncer, y cerca del 70% creía que los pacientes con cáncer podían continuar trabajando y mantener una vida social normal. El 59% de los encuestados afirmó que se había avanzado "bastante" y "mucho" en la cura del cáncer en los últimos 10 años, mientras que un 40% consideró que el avance había sido "poco" o "nada". Vinculado a nuestra investigación un dato relevante, es la cifra que informa que un 68% de los entrevistados percibió que se había avanzado "bastante" y "mucho" en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, siendo los hombres (76%) quienes más percibieron este logro." (6). Es posible que la población uruguaya esté en un momento de transición en cuanto a la percepción hacia el concepto de cáncer y el proceso de enfermedad.

En términos generales, se observa como la calidad de atención en el contexto del cáncer es un aspecto fundamental que adquiere cada vez mayor relevancia con el fin de lograr una atención integral y satisfactoria. Una adecuada calidad de atención consiste en brindar atención médica de manera oportuna evitando demoras en el diagnóstico y tratamiento. La misma debe ser equitativa para toda la población, independientemente de su origen, género, orientación sexual, antecedentes o condición socioeconómica asegurando la accesibilidad de los pacientes a los sistemas de salud; brindando atención médica segura, efectiva y eficiente. Por último, y no menos importante, se debe brindar acompañamiento socio-emocional al paciente lo que incluiría tener a su vez en cuenta a su familia, permitiendo generar una mayor confianza con el equipo de salud y con el sistema en general.

En 2018 The Lancet publicó un estudio en el cual se analizó el acceso a la atención médica y como resultado otorgan un índice de calidad de atención médica en 195 países. Las directivas del estudio se basaron en comparar defunciones consideradas evitables si las circunstancias hubieran provisto

una atención sanitaria efectiva, con acceso al personal de salud y calidad en términos de ubicación y tiempo. Uruguay mostró encontrarse en el puesto número 68. Dicho estudio definió que “un componente clave para lograr la cobertura universal de salud es garantizar que todas las poblaciones tengan acceso a una atención de salud de calidad. Examinar dónde se han producido avances dentro de los países resulta crucial para guiar decisiones y estrategias para mejoras futuras”. Los investigadores mediante la valoración nacional del índice, demuestran la importancia de monitorear las brechas dentro del sistema de salud a un nivel local, contando con la oportunidad de analizar las barreras y cómo estas influyen en la percepción de calidad dentro de cada país. (7)

La calidad de atención tiene un impacto significativo en la satisfacción del paciente y en su experiencia en el sistema de salud. Cuando los pacientes reciben atención médica segura y efectiva, experimentan una mayor confianza con el equipo de salud y con el sistema en general. Cuando se sienten escuchados, informados y participan en las decisiones sobre su proceso de atención y cuidado de su enfermedad. Como es descrito en el estudio sobre la percepción y actitudes de población oncológica israelí en referencia a “advance care planning”, un concepto que describe el proceso de la toma de decisiones médicas, en el año 2020 los pacientes estipulan que los principales factores que influyen en este proceso es la información y comunicación abierta entre la familia y el equipo médico. Es así que dentro de los resultados este fue el factor principal que afecta el proceso, siendo la comunicación con el equipo más importante y central para el paciente que para la familia. (8) Para mejorar la calidad de atención en pacientes oncológicos, es necesario establecer una comunicación clara y empática entre el equipo médico y los pacientes, proporcionar información precisa y comprensible sobre la enfermedad y el tratamiento, y brindar un apoyo integral que aborde tanto los aspectos físicos como emocionales de la enfermedad.

Adicionalmente, los pacientes definen recibir una calidad de atención óptima cuando el equipo médico los trata con respeto y cuidadosamente, cuando son brindados con múltiples opciones de tratamiento y cuando perciben ser partes de la toma de decisiones en el proceso de enfermedad. Por contraposición definen una insatisfacción hacia la calidad de la atención cuando los tiempos de espera son muy prolongados, existen problemáticas en cuanto a las derivaciones entre diferentes servicios, múltiples ubicaciones en donde tienen que recibir el tratamiento (preferencia de realizar todo el tratamiento en un solo lugar) y las situaciones en las que las facturas por procedimientos tienen errores. (9)

Por otro lado, el estudio publicado por Carmen Yélamos y colaboradores en 2018, *Experiencia del paciente: una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico*, establece una “literatura con evidencia empírica que sitúa la experiencia del paciente como un pilar indispensable a la hora de mejorar la calidad de la atención clínica, junto con la efectividad del tratamiento y su seguridad”. Promueve una cultura sanitaria con el paciente como su eje fundamental. Se menciona como factores clave dentro del concepto de Patient Experience a las interacciones personales, la cultura de la organización, percepción subjetiva del paciente y su familia. (10)

Es fundamental reconocer que cada paciente tiene una perspectiva única de su enfermedad y su atención médica. La percepción del paciente es una construcción subjetiva influenciada por sus experiencias previas, expectativas y contexto individual. Por lo tanto, comprender y considerar la percepción del paciente es esencial para brindar una atención personalizada y de calidad, sin dejar

de lado la equidad. (7) El modelo de autorregulación de la enfermedad, propuesto por Howard Leventhal, destaca la importancia de la representación cognitiva de la enfermedad en la respuesta emocional y conductual de los pacientes. Esta representación mental influye en cómo los pacientes perciben y se adaptan a su enfermedad. Una percepción positiva y adecuada de la enfermedad puede contribuir a un mejor afrontamiento y resultados de salud (11) por lo que comprender esta percepción proporciona a los médicos una visión más completa de la enfermedad y permite una atención más personalizada.(12)

Para analizar esta visión, es posible hacer uso del término “Patient Experience” definido según The Beryl Institute como la suma de todas las interacciones, formadas por la cultura de una organización, que influencia la percepción del paciente a lo largo del cuidado longitudinal otorgado. En este estudio, *Defining Patient Experience* (13), es posible visualizar la ambigüedad que este término establece, debido al hecho que se hace un intento de abarcar todos los posibles elementos que afectaron a la percepción de un paciente. Es posible destacar opiniones que intentan incluir en esta definición elementos explícitos como la atención enfocada en el paciente, proveer un servicio al cliente excepcional, crear un ambiente sanador, entre otros.

En el año 2014 se publicó un estudio que examinó la relación entre los niveles de satisfacción reportadas por pacientes portadoras de cáncer de mama y la prognosis de su enfermedad El estudio involucró a 1521 pacientes de centros hospitalarios de los Estados Unidos. Los resultados encontrados fueron que 1.106 (72%) se encontraban muy satisfechos con la calidad en general del servicio, mientras que los 415 (27.3%) restantes no se encontraban satisfechas. Realizando un análisis univariado y multivariado, se concluyó que las pacientes que estaban satisfechas presentaban menor mortalidad (HR = 0.71; IC del 95% 0.57 a 0.87,  $p= 0.001$ ) en comparación con aquellas que no lo estaban. El estudio sugiere que la correlación positiva entre la satisfacción y sobrevivencia puede estar relacionada al impacto biológico de experimentar emociones positivas. (14)

La población dependiente de la cobertura pública de salud, en su mayoría, son personas vulnerables donde es frecuente encontrar usuarios que no cuentan con trabajo formal y seguro, o no llegaron a culminar el ciclo educativo pudiendo hacer problemático que el paciente realmente entienda lo que el médico quiere transmitir y no pueda mantener un rol activo de su situación, a su vez, no están preparados para afrontar el diagnóstico de su enfermedad al no contar con herramientas para afrontar el nuevo proceso diagnóstico y terapéutico. Otras barreras a considerar viene relacionada con la edad y el desarrollo de la persona física, psicológica y espiritual, si cuentan con apoyo familiar o no, si presentan dificultad en la movilización para llegar a los servicios de salud, y si tienen dependientes a su cargo, entre otros. Por tanto, resulta de gran importancia evaluar estos parámetros para poder entender donde le esta fallando el sistema a los pacientes y ver que medida se puede tomar por parte del servicio. Además, estas barreras pueden generar un impacto significativo en cuanto a la percepción de calidad de la atención y también en los resultados del tratamiento. (15)

La toma de decisiones compartidas entre médico-paciente es un proceso interactivo de gran importancia como instancia de mejora en la calidad de atención otorgada a los pacientes y constituye un distintivo en la prestación sanitaria. Provee un nuevo ángulo de mejoría en resultados clínicos

dado que brinda beneficios tales como aumentar la confianza en la decisión de los pacientes, la satisfacción con los mismos, confianza en los médicos o una mayor calidad de vida. Los datos de los resultados proporciona un elemento clave a seguir estudiando en vistas de poder desarrollar estrategias para implementar que el paciente tome un rol más activo en su proceso de enfermedad; 61,9% informó que el responsable de tomar las decisiones sobre su tratamiento fue el médico, y ningún paciente consideró la opción de decidir total o mayormente por sí mismo. Esto debería ser sustento de futuros estudios o estrategias para lograr un empoderamiento del paciente y lograr en conjunto con el servicio de atención médica que se logre un rol activo y protagonista. (16)

En referencia a los estudios previos realizados sobre esta temática, se encuentra escasa información dentro de nuestra región y país. Asimismo, un aspecto positivo y relativamente nuevo es el énfasis en el empoderamiento del paciente dentro de su proceso de enfermedad. Sin embargo, no obtenemos información acerca de barreras en otras áreas que como hipótesis planteamos que afecten en otros ámbitos de un individuo e impidan altos grados de satisfacción.

Al analizar la percepción de los parámetros de calidad desde la perspectiva del paciente con cáncer, se espera obtener información valiosa que permita identificar fortalezas y áreas de mejora en la atención médica. Esto a su vez contribuirá a desarrollar estrategias y políticas más efectivas para brindar una atención integral, centrada en el paciente y que los empodere con el fin de que se logre una mayor satisfacción de su parte.

En conclusión, en este estudio se propone explorar la percepción de los parámetros de calidad de atención en la población con diagnóstico de cáncer del Hospital de Clínicas. Mediante el análisis de la perspectiva del paciente, se busca mejorar la calidad de atención y promover una atención más centrada en el paciente. Al comprender y abordar las barreras percibidas por los pacientes, se podrán implementar intervenciones efectivas que mejoren la experiencia y los resultados de atención médica en el contexto del cáncer. Tener una guía clara según los pacientes de donde experimentan barreras y por contraposición qué factores les resultan facilitadores permite elaborar una estrategia coordinada que logre resultados con mayor efectividad y se adecue a lo que perciben ellos mismos como sujetos a quienes se aplica el tratamiento.

## **Objetivo General y objetivos específicos**

### General

- Investigar las variables que influyen en la percepción de la atención de los pacientes diagnosticados con cáncer que acuden al Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas durante el periodo de julio a octubre de 2023, con el fin de mejorar la calidad de atención médica.

### Objetivos Específicos

- Analizar la visión y experiencia de los pacientes oncológicos en relación con la atención recibida en el Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas.
- Identificar las barreras autopercibidas por los pacientes en el proceso asistencial, que puedan tener un impacto en la calidad de atención médica.
- Evaluar la influencia de los factores sociales en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes oncológicos.
- Establecer una clasificación global sobre el grado de satisfacción / insatisfacción dentro de la población estudiada.

Estos objetivos proporcionan una orientación clara sobre los aspectos que se investigarán en relación con la percepción de calidad de atención en pacientes oncológicos, permitiendo obtener resultados relevantes y contribuir al mejoramiento de la atención médica en el contexto del cáncer.

## Metodología

El presente estudio se enmarca en un diseño observacional, descriptivo y transversal.

A continuación, se detallan los procedimientos metodológicos utilizados para llevar a cabo la investigación:

En primer lugar se presentó el protocolo de investigación al Comité de Ética del Hospital de Clínicas donde se detallan los objetivos del estudio y el procedimiento a seguir. Una vez obtenido el aval de este comité se comenzó con la recopilación de datos.

Recopilación de datos: se obtuvieron datos de pacientes atendidos en el servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas. Para ello, se realizó un análisis de historias clínicas. Las mismas proporcionan información relevante sobre la patología, incluyendo: la fecha de diagnóstico, el tipo de cáncer, el tratamiento indicado y el estadio de la enfermedad. Estos datos permiten analizar la interacción entre los diferentes tipos de cáncer, los distintos estadios y su influencia en las variables seleccionadas.

Encuestas: se aplicaron encuestas estructuradas para recopilar información directamente de los pacientes. Las encuestas se diseñaron de acuerdo con los objetivos y variables del estudio, abarcando aspectos relacionados con la percepción de la calidad de atención y otros factores relevantes que se intentan evaluar si forman parte de barreras o facilitadores. Se solicitó el consentimiento informado de los participantes antes de su participación en el estudio al obtenerse el mismo, se procedió con la entrevista.

Análisis de datos: Se recopilaron los datos en la plataforma REDcap, "Research Electronic Data Capture". Esta es una plataforma que se utiliza en ámbitos académicos de salud y científicos para recopilación y gestión de datos de investigación. Esta plataforma permitió diseñar las encuestas, registrar los datos, tener un flujo de trabajo y exportar los datos para cada pregunta por separado, para luego ser analizados en otros programas. Una vez descargados los datos del REDcap a excel, procedimos a agrupar las respuestas de cada pregunta con un valor correspondiente. Siendo el menor valor el factor que influye de manera negativa hacia la calidad de atención y por otro lado el de mayor valor influye de manera positiva hacia la calidad de atención. Luego de obtener las numeraciones de todas las preguntas pasamos al análisis Factorial exploratorio.

Métodos estadísticos: En primer lugar, para analizar los datos, se tomaron en cuenta las preguntas que incluyen la percepción del paciente en relación a distintos aspectos. Las respuestas a estas preguntas las clasificamos con escala de número creciente. Siendo 1 la respuesta relacionada a una percepción sobre la calidad de atención negativa y el número mayor la respuesta que indica una visión positiva del paciente con respecto a la calidad de atención en cada aspecto en particular.

Luego de esto, se realizó un análisis factorial exploratorio para el cuestionario de calidad de atención (18 ítems). Asumiendo que los factores se encontrarían correlacionados entre sí, se utilizó una rotación oblicua Oblimin. El número de factores (4) fue seleccionado mediante análisis paralelo

basado en análisis de componentes principales. Se dejaron dentro de los factores, variables que poseían una carga mayor a 0,30 sobre el factor.

Se sumó el puntaje total del cuestionario (18 ítems), o solo de las preguntas que fueron seleccionadas para conformar los factores (15 ítems). El factor "Factores del sistema de salud en el Proceso diagnóstico", contuvo 6 ítems, el factor "Información, conciencia del paciente en el Diagnóstico", 2 ítems, el factor "Apoyo social en el diagnóstico", 2 ítems, y finalmente, el factor "Factores de preocupación previos al diagnóstico" contuvo 5 ítems, siendo el ítem 3 (pregunta 3), invertido de forma apropiada. Luego de obtenidos los factores con los puntajes para cada paciente en cada pregunta, se procedió a pasar esto a una escala del 0-100% tomando en cuenta el rango mínimo y máximo de cada factor. De esta manera, se estableció un punto de corte donde menor a 50% se establece como Insatisfecho y un porcentaje mayor o igual al 50% satisfecho. Esto se realizó para cada factor en particular y luego a la suma de todos los factores.

**Población y muestra:** la población objetivo del estudio son los pacientes oncológicos de Uruguay. La muestra estará compuesta por los pacientes oncológicos del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintana, que cumplan con los siguientes criterios de inclusión: estadio de enfermedad entre I y IV, mayores de 18 años, que brinden su consentimiento y que hayan acudido a una consulta en el Hospital de Clínicas durante el periodo comprendido entre julio y octubre de 2023.

**Confidencialidad y anonimato:** se garantizará la confidencialidad de la información recolectada. Cada paciente será asignado a un código numérico para mantener su anonimato. De esta manera, una vez realizadas las entrevistas y recopilada la información, no se conocerá la identidad de cada paciente, asegurando la confidencialidad de los datos.

## Resultados

### Descripción de la población

En el contexto de este estudio de investigación, se llevó a cabo una encuesta con una muestra de 125 personas, teniendo como principal objetivo analizar una serie de variables demográficas y de salud. Se excluyen aquellos pacientes que se encuentren en cuidados paliativos exclusivos y fallecidos. Logramos comunicarnos con 124 pacientes, dentro de estos 1 no aceptó participar de la encuesta. Luego, 8 pacientes no lograron terminar la encuesta y 115 pacientes lograron completarla. Los resultados obtenidos ofrecen una visión de la diversidad en la composición de la muestra y proporcionan información valiosa para comprender las características de los encuestados.

**Género:** Los datos muestran una distribución casi equitativa, siendo 46,2% mujeres y 53,8% hombres. Esta distribución de género refleja una representación razonablemente igualitaria de ambos sexos en el estudio. Sin embargo, el 4,8% de los encuestados no revelaron su género.

**Tabla 1. Frecuencia de género**

| Sexo      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Femenino  | 55        | 44.000  | 46.218        | 46.218             |
| Masculino | 64        | 51.200  | 53.782        | 100.000            |
| Missing   | 6         | 4.800   |               |                    |
| Total     | 125       | 100.000 |               |                    |

**Estado Civil:** La variable arroja datos interesantes sobre la composición de la muestra. El 42,85% se identifican como casados o viviendo en pareja, lo que sugiere una proporción significativa de personas que comparten su vida en un compromiso formal o de convivencia. Por otro lado, el 26,89% están separados o divorciados, lo que podría indicar una tasa relativamente alta de personas que han experimentado rupturas en sus relaciones. El 24,37% se declara soltero, y el 5,8% viudo, lo que refleja la diversidad de situaciones de vida en la muestra. No obstante, el 6% de los encuestados no proporcionó información sobre su estado civil.

**Tabla 2. Frecuencia de Estado Civil**

| Estado civil          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| En Pareja             | 51        | 40.8    | 42.857        | 42.857             |
| Separado / Divorciado | 32        | 25.6    | 26.891        | 69.748             |
| Soltero               | 29        | 23.2    | 24.370        | 94.118             |
| Viudo                 | 7         | 5.6     | 5.882         | 100.000            |
| Missing               | 6         | 4.8     |               |                    |
| Total                 | 125       | 100.0   |               |                    |

**Nivel Educativo:** Tabla 3 (anexos). Los datos revelan una amplia variedad de niveles educativos en la muestra. El 27.73% tienen la educación primaria completa, el 9.24% posee educación secundaria completa, un 2,52% que tiene educación técnica completa y 7,56% han completado la educación universitaria, lo que demuestra la existencia de un grupo de personas con una educación superior. El 6% optó por no revelar su nivel educativo, se resalta la importancia de respetar la privacidad.

Para analizar el nivel socioeconómico de los pacientes se interrogó el ingreso del hogar a cada paciente. De estos datos se obtuvo que el promedio de ingreso de los pacientes interrogados es de 23983 pesos uruguayos. Un total de 36 pacientes no quiso responder la pregunta y se respetó su voluntad. Además, se interrogó quién del hogar aporta económicamente además del paciente. De esto se obtuvo que nadie más que el paciente aporta al hogar dentro de un 47,83%.

Frecuencia del Sitio de Tumor Primario: Los resultados revelan que el 20,16% de los participantes tiene un tumor primario en la mama. El 14,52% presenta cáncer colorrectal. El 10,48 % tiene tumores en los pulmones. Sin embargo, es importante destacar que el 50,81% de los encuestados presentó tumores primarios en otros lugares. Esta categoría incluye una variedad de tipos de cáncer, lo que resalta la diversidad de condiciones de salud en la muestra Tabla 5 (anexos).

Empleo: La variable de empleo revela una diversidad en la situación laboral de los participantes. Un 25,6% está jubilado, mientras que el 22,4% está desempleado. Un 17,6% se encuentra sin empleo, lo que podría incluir a aquellos que no buscan trabajo activamente o no están en edad laboral. Un 11,2% trabaja de manera independiente. Un 6,4% tiene empleo formal y un 9,6 % es pensionado, lo cual sugiere un reflejo de los apoyos para patologías crónicas establecidos por instituciones nacionales como BPS. El 7,2% no proporcionó información sobre su situación laboral. Tabla 4 (anexos).

#### Descripción de la salud (Factores de riesgo):

Con respecto a los datos de salud se investigó sobre tabaquismo, consumo de alcohol y marihuana. En relación al tabaco el 46,2% nunca fumaron, el 19,3% fuma en la actualidad, restando un 34,4% que fumaba anteriormente. De estos últimos que abandonaron el tabaquismo 17,94% fue a raíz del diagnóstico de la enfermedad. Un porcentaje menor de 4,8% no quiso responder. En cuanto a la edad de inicio de los pacientes que fuman o alguna vez fumaron. Se realizaron intervalos para agrupar a los pacientes. Entre los 0-5 años de edad sólo el 1,59 % . En el intervalo de 5-10 años: 9,52%; entre 10-15 años aumenta el porcentaje y se observa un 34,9%; entre 15-20 años, se observó el mayor porcentaje: 41,27%; entre 20-25 años: 7,9%; entre 25-30 años 3,2%; y entre 35-40 años 1,58% comenzaron a fumar a esa edad. Tabla 7 (anexos).

Sobre el consumo de marihuana, se vio que un 92,9% no consumía, y un 7,08% contestó que sí lo hacía. Siendo un 8,87% de pacientes los que no quisieron contestar la pregunta. 68,6% de la muestra refirió no consumir alcohol, mientras que el 14,4% toma en la actualidad, siendo un 16,9% los que tomaban anteriormente. De los que abandonaron el hábito, 35% (7/20) dejó de tomar por el diagnóstico de la enfermedad. Fueron 5,6% los que no respondieron la pregunta. Tabla 8 y 9 (anexos).

Peso y altura. Se recolectaron ambos datos con el fin de calcular IMC para valorar como factor de riesgo el sobrepeso y los diferentes grados de obesidad en la población. En este contexto y de acuerdo a la tabla 6, se destaca que el sobrepeso se encuentra presente en el 55.2% de la muestra.

**Tabla 6. Frecuencia del IMC**

| IMC       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <18,5     | 3         | 2.419   | 2.586         | 2.586              |
| 18,5-24,9 | 49        | 39.516  | 42.241        | 44.828             |
| 25-29,9   | 30        | 24.194  | 25.862        | 70.690             |
| 30-34,9   | 16        | 12.903  | 13.793        | 84.483             |
| 35-39,9   | 11        | 8.871   | 9.483         | 93.966             |
| > 40      | 7         | 5.645   | 6.034         | 100.000            |
| Missing   | 8         | 6.452   |               |                    |
| Total     | 124       | 100.000 |               |                    |

Antecedente de un familiar con cáncer dio afirmativo en un 57,6%, mientras que 42,4% no tenía familiares con historia de cáncer, 4,8% no respondió. De los que si tenían familiares (57,6%), los padres representaron un 18% (27/68), las madres 39,7% (27/68), el 45,6% (31/68) fueron sus hermanas/os, y el 52,9% (36/68) tienen antecedentes de tíos/as paternos o maternos con cáncer. Tabla 10 (anexos).

#### Adherencia al Sistema de Salud

Se quiso analizar la frecuencia con la que los pacientes asisten a su policlínica del barrio. De este resultado. 18,1% de los pacientes visita la policlínica 1 vez al año. Entre 2-5 veces al año se obtuvo un 34,48%, luego menos de 1 vez al año: 5,17% de los pacientes. Y 42,2% de pacientes que no acuden a policlínica.

Con el propósito de obtener una referencia sobre la percepción de los pacientes respecto a la calidad de atención en la policlínica barrial a la que asisten, se incluyó una pregunta en la encuesta, demostrada en la Tabla 11 (anexos). Los resultados revelaron que el 43.2% de los participantes no asiste a la policlínica, el 37.3% calificó la atención de la policlínica como una buena calidad de atención; el 5.08% expresó opiniones negativas, describiéndola como de mala calidad, y el 14.4% la consideró de manera intermedia, calificándola como atención regular. Tabla 12 (anexos).

En cuanto a la percepción de la empatía médica, los resultados revelan una tendencia mayoritariamente positiva entre los participantes. Un significativo 83,8% de los encuestados expresaron la creencia de que sus médicos comprenden adecuadamente lo que sienten. Sin embargo, un 16,1% de los participantes indicaron lo contrario.

#### Tiempos de servicio asistencial

Un 44,8% (56/125) de los pacientes tuvo el diagnóstico en la emergencia ya que fue un síntoma que lo motivó a consultar, mientras que el diagnóstico de un 50,4% (63/125) no fue en emergencia. Y de éstos un 77,8% (49/63) tuvo algún síntoma que lo motivó a consultar a un médico fuera de la emergencia.

A un 83,8% de los pacientes el médico en la primera instancia le solicita estudios, mientras que a un 7,2% solo le da tratamiento sintomático.

En cuanto al tiempo transcurrido entre la primera consulta y la fecha del diagnóstico podemos decir que un 45,9% demoraron menos de quince días entre enterarse que existía la posibilidad de padecer cáncer a la primera consulta con el especialista, por otro lado un 14,3% de los casos se demoró entre quince y treinta días y un 39,8% más de treinta días.

#### Percepción de la calidad de atención:

Como ya se mencionó en la metodología, seleccionamos las preguntas orientadas a la percepción de los pacientes sobre distintos aspectos. Luego del procedimiento mencionado y el análisis factorial exploratorio se obtuvieron algunas agrupaciones. Se generaron 4 factores, donde cada uno contenía preguntas en particular. A continuación se adjunta la tabla que revela la agrupación de preguntas para cada factor.

Los factores que resultaron se denominaron de la siguiente manera: Relacionado al sistema de salud, Información y conciencia del paciente, Apoyo social y preocupaciones previas. A continuación se presenta una tabla en la cual se ilustra cada factor con su nombre, las preguntas que lo componen y los puntajes máximos y mínimos.

**Tabla 14. Factores referencia de percepción sobre la calidad de atención**

| N°                            | Preguntas                                                                                                                                                                                                                                                | Puntajes mínimos | Puntajes máximos |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| Factores del Sistema de Salud |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                  |
| P1                            | Considerando todas las cosas, mi diagnóstico fue confirmado muchos más temprano de lo que podría haber sido, antes de lo que podría haber sido, ni temprano ni tarde, más tarde de lo que podría haber sido, mucho más tarde de lo que podría haber sido | 6                | 22               |
| P2                            | En relación con la razón principal por lo que usted cree que se demoró el diagnóstico ¿es algo sobre usted o sobre otras causas?                                                                                                                         |                  |                  |
| P14                           | Considera que la experiencia de su primera cita medica ¿Retraso, impulsaron o no fue un factor en su diagnóstico?                                                                                                                                        |                  |                  |
| P15                           | Considera que la coordinación de estudios ¿Retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?                                                                                                                                             |                  |                  |
| P16                           | Considera que la espera para valoración por un médico especialista ¿Retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?                                                                                                                    |                  |                  |
| P18                           | Considera que la organización en su centro de atención médica primaria ¿Retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?                                                                                                                |                  |                  |
| Información y conciencia      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                  |
| P4                            | Considera que el conocimiento ¿Retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?                                                                                                                                                         | 2                | 6                |
| P5                            | Considera que la preocupación ¿Retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?                                                                                                                                                         |                  |                  |
| Apoyo social                  |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                  |
| P9                            | Considera que la familia ¿Retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?                                                                                                                                                              | 2                | 6                |

|                                    |                                                                                                                                                           |   |    |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|
| P13                                | Considera que la influencia de otras personas ¿Retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?                                          |   |    |
| Preocupación previa al diagnóstico |                                                                                                                                                           |   |    |
| P2                                 | En relación con la razón principal por la que usted cree que se demoró el diagnóstico ¿es algo sobre usted, o algo sobre otras personas o circunstancias? | 5 | 17 |
| P3 invertida                       | Considera que los síntomas/cambios corporales ¿Retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?                                          |   |    |
| P7                                 | Considera que los problemas de salud que presentaba ¿Retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?                                    |   |    |
| P8                                 | Considera que los problemas económicos/financieros ¿Retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?                                     |   |    |
| P12                                | Considera que sus dependientes ¿Retrasaron, impulsaron o no fueron un factor para su diagnóstico?                                                         |   |    |

Para el análisis de dichos resultados se decidió que si para cada factor el porcentaje de satisfacción era mayor o igual a 50% por ciento, siendo 100% obtener el puntaje máximo en cada pregunta que incluye el factor y 0% el puntaje mínimo, se califica que el paciente percibe una buena calidad de atención en dicho factor. A su vez si la suma de los cuatro factores era mayor o igual al 50% denominamos que la atención percibida era de buena calidad. Para una mayor comprensión se pasaron estos datos a un lenguaje binominal donde valores mayores o iguales a 50% se clasificó como “Satisfecho” y los menores a 50% “insatisfecho” esto se realizó tanto para cada factor individual como para el total de los factores. Los resultados están a continuación.

**Tabla 15. Clasificación según frecuencias sobre satisfacción de la atención sanitaria recibida**

| TOTAL BIN    | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| INSATISFECHO | 16        | 12.903  | 14.035        | 14.035             |
| SATISFECHO   | 98        | 79.032  | 85.965        | 100.000            |
| Missing      | 10        | 8.065   |               |                    |
| Total        | 124       | 100.000 |               |                    |

**Tabla 16. Valores de los factores según promedio y desviación estándar**

| Descriptive Statistics                                        |        |         |         |        |         |
|---------------------------------------------------------------|--------|---------|---------|--------|---------|
|                                                               | F1_%   | F2_%    | F3_%    | F4_%   | Total_% |
| Valid                                                         | 114    | 114     | 114     | 114    | 114     |
| Missing                                                       | 10     | 10      | 10      | 10     | 10      |
| Mean                                                          | 70.036 | 57.018  | 83.772  | 45.321 | 61.862  |
| Std. Deviation                                                | 15.869 | 35.900  | 21.805  | 14.411 | 10.862  |
| Minimum                                                       | 25.000 | 0.000   | 0.000   | 0.000  | 33.300  |
| Maximum                                                       | 93.800 | 100.000 | 100.000 | 83.300 | 86.100  |
| Note. Not all values are available for Nominal Text variables |        |         |         |        |         |

Cada factor tiene un nombre específico y se describe en términos de su promedio (Promedio) y su desviación estándar (SD).

El "Factor 1"- "Factores del Sistema de Salud" tiene un promedio de 70% con una desviación estándar de 15.869. Esto sugiere que, en promedio, los participantes en este contexto otorgaron una calificación relativamente alta a los factores relacionados con el sistema de salud, con una moderada dispersión en las respuestas.

El "Factor 2" se denomina "Información y conciencia" y tiene un promedio de 57%, con una desviación estándar de 35.900. En comparación con el Factor 1, este factor tiene un promedio más bajo y una desviación estándar significativamente más alta, lo que indica que las respuestas en este factor son más variables y tienen una puntuación promedio más baja.

El "Factor 3" lleva el nombre de "Apoyo Social" y muestra un promedio de 83% con una desviación estándar de 21.805. Este factor destaca por su alto promedio y moderada variabilidad.

El "Factor 4" se titula "Preocupación previa al diagnóstico" y tiene un promedio de 45%, con una desviación estándar de 12.411. Este factor tiene el promedio más bajo de todos, lo que indica que los participantes expresan preocupación previa al diagnóstico en este contexto, con una desviación estándar que sugiere una variabilidad moderada en las respuestas.

#### Asociación entre variables:

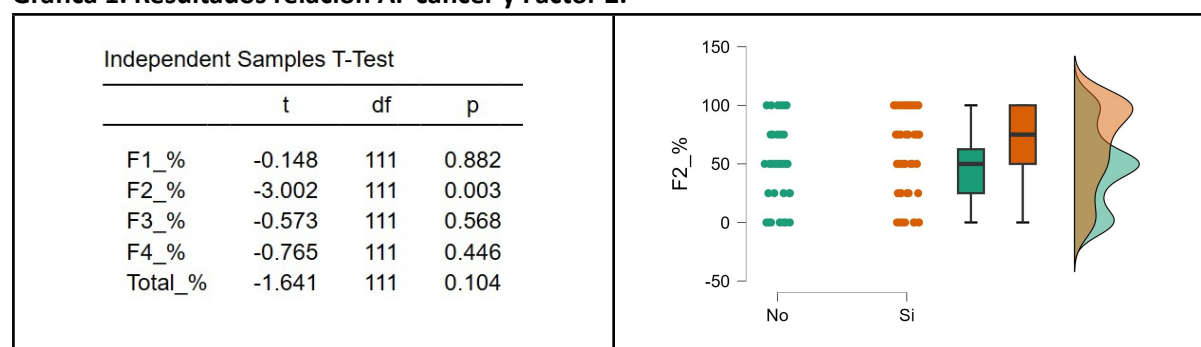
Como parte del análisis de resultados, se buscó verificar la existencia de una relación entre los pacientes con antecedentes familiares de cáncer y la atención en la policlínica. Para esto, se llevó a cabo un test de  $\chi^2$  (chi cuadrado) para determinar si existe una asociación significativa entre las dos variables categóricas: antecedentes familiares (sí/no) y atención en la policlínica (sí/no). Los resultados indicaron que la asociación no es significativa, ya que el valor de  $p=0,585$ , superando el nivel alfa (5%) establecido. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis de que estas variables están asociadas.

En segundo lugar, se relacionaron los factores en relación a algunas variables que consideramos pertinentes para poder validar nuestros resultados. El Factor 1, denominado como Factores del sistema de salud en el procedimiento diagnóstico se intentó relacionar con las preguntas que hacían referencia a los tiempos de asistencia objetivos brindados al paciente. Se buscó la relación estadística para las variables Tiempo de demora, Si el diagnóstico se realizó en emergencia, Si el médico solicitó estudios al momento de la consulta y si el paciente presentaba síntomas previo a la consulta. Relacionando estas variables en relación al grado de satisfacción de los pacientes para el Factor 1, no se halló ninguna relación significativa.

El factor 2, denominado Información y conciencia se relaciona con las variables descriptivas: Antecedentes familiares de cáncer en la familia y Tiempo de demora entre que el paciente presentó los síntomas y contactó al médico. Para lograr relacionar los AF de cáncer y el factor 2 (en porcentaje) se utilizó el estadístico T student para muestras independientes, como resultado, se obtuvo un valor P como se muestra en la tabla de 0,003, es decir significativo. Por lo que podemos concluir que existe diferencia en las medias para el nivel de satisfacción de los pacientes para las diferentes categorías relacionadas a la presencia o no de AF de cáncer.

**Tabla 17. Resultados t student para la relación AF cáncer y Factor 2**

**Gráfica 1. Resultados relación AF cáncer y Factor 2.**



Luego, se relacionó el tiempo de Tiempo de demora entre que el paciente presentó los síntomas y contactó al médico. Para relacionar estas variables se utilizó el estadístico  $\chi^2$  (Chi cuadrado) en el que se obtuvo un valor significativo menor a 0,001. Por lo que se demostró que existe asociación entre la demora de los pacientes para consultar y el grado de satisfacción para el factor 2.

**Tabla 18 de Contingencia. Tiempo duración de síntomas previo a consultar con un médico**

| ¿Por cuánto tiempo presentó los síntomas antes de contactar un médico? |                   |             |             |           |            |                 |                                                  |       |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------|-------------|-----------|------------|-----------------|--------------------------------------------------|-------|
|                                                                        | Menos de 1 semana | 1-2 semanas | 3-4 semanas | 2-5 meses | 6-12 meses | Más de 12 meses | No aplica por diagnóstico en agudo en emergencia | Total |
| INSATISFECHO                                                           | 3                 | 9           | 0           | 9         | 4          | 4               | 1                                                | 32    |
| SATISFECHO                                                             | 28                | 8           | 9           | 9         | 1          | 6               | 8                                                | 75    |
| TOTAL                                                                  | 31                | 17          | 9           | 18        | 5          | 10              | 9                                                | 107   |

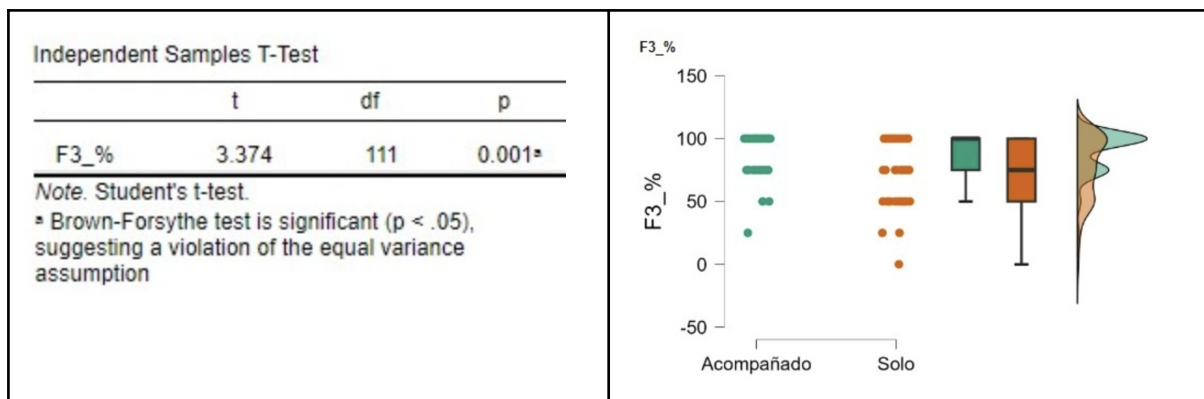
**Tabla 19. Resultado chi cuadrado para asociación tiempo duración de síntomas previo a consultar con un médico**

|          | Valor   | df | p       |
|----------|---------|----|---------|
| $\chi^2$ | 257.741 | 7  | < 0.001 |
| N        | 107     |    |         |

El Factor 3, apoyo social, se relaciona con la variable de si el paciente acude solo o acompañado a la consulta. Se utilizó una prueba T de muestras independientes y la misma dió un valor p significativo de 0,001. Siendo la hipótesis nula que no existe diferencia para el porcentaje de satisfacción del factor 3 en relación a los pacientes que acudían solos o acompañados a la consulta. La hipótesis alternativa sería que existe diferencia en el grado de satisfacción para los pacientes que acudían acompañados o solos.

**Tabla 20. Resultados t student para la relación Factor 3 y con quien concurre a la consulta**

**Gráfica 2. Resultados relación Factor 3 y con quien concurre a la consulta**



El Factor 4, que se refiere a la "Preocupación previa al diagnóstico", se analizó en relación con la variable que mide el "tiempo que presentó síntomas antes de consultar al médico". Mediante la aplicación de una prueba de  $\chi^2$  (Chi cuadrado), se encontró una asociación significativa entre los dos elementos, con un valor de  $p = 0.023$ . Estos resultados indican que la "Preocupación previa al diagnóstico" está asociada al tiempo que los pacientes experimentaron síntomas antes de consultar al médico. Los resultados se plantean a continuación.

**Tabla 21 de Contingencia. Factor 4 y tiempo que presentó síntomas antes de consultar al médico**

| ¿Por cuánto tiempo presentó los síntomas antes de contactar un médico? |                   |             |             |           |            |                 |                                                         |       |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------|-------------|-----------|------------|-----------------|---------------------------------------------------------|-------|
|                                                                        | Menos de 1 semana | 1-2 semanas | 3-4 semanas | 2-5 meses | 6-12 meses | Más de 12 meses | No aplica por diagnóstico en forma aguda en emergencias | Total |
| INSATISFECHO                                                           | 19                | 7           | 4           | 7         | 7          | 7               | 1                                                       | 32    |
| SATISFECHO                                                             | 12                | 10          | 5           | 11        | 3          | 3               | 8                                                       | 75    |
| TOTAL                                                                  | 31                | 17          | 9           | 18        | 5          | 10              | 9                                                       | 107   |

**Tabla 22. Resultados de prueba chi-cuadrado**

|          | Valor  | df | p     |
|----------|--------|----|-------|
| $\chi^2$ | 26.256 | 7  | 0.023 |
| N        | 107    |    |       |

Por último, en el análisis de la asociación de variables, se relacionó la percepción global en lenguaje binomial (satisfecho/insatisfecho) con diferentes variables. Se observó una asociación significativa con la variable que responde a la pregunta '¿Por qué piensa qué demoró tanto en consultar?' (con opciones enumeradas en la tabla correspondiente, Tabla 23). Este hallazgo se respalda por los resultados del test de  $\chi^2$  (Chi cuadrado), donde se obtuvo un valor de  $p = 0.003$ . Estos resultados confirman la existencia de una asociación entre el estado de satisfacción del paciente y la causa que llevó a la demora en el diagnóstico.

**Tabla 23 de Contingencia. Resultados Satisfacción según percepción de porque demoró en consultar**

| ¿Por qué piensa que demoró esa cantidad de tiempo en consultar? |                               |             |                    |                             |                 |                                      |      |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------|--------------------|-----------------------------|-----------------|--------------------------------------|------|-------|
|                                                                 | Pensaba que era algo pasajero | Tenía miedo | No conseguía fecha | No tenía tiempo por trabajo | No tenía dinero | No tenía con quien dejar a los niños | Otro | Total |
| INSATISFECHO                                                    | 3                             | 1           | 3                  | 0                           | 0               | 1                                    | 3    | 11    |
| SATISFECHO                                                      | 43                            | 10          | 3                  | 1                           | 1               | 0                                    | 35   | 93    |
| TOTAL                                                           | 46                            | 11          | 6                  | 1                           | 1               | 1                                    | 38   | 104   |

**Tabla 24. Resultados de prueba chi-cuadrado**

|          | Valor  | df | p     |
|----------|--------|----|-------|
| $\chi^2$ | 19.665 | 6  | 0.003 |
| N        | 104    |    |       |

## Discusión

En lo que concierne a la población de estudio es representativa de ambos géneros, la mayoría tiene un vínculo formal y siendo población adulta predomina el rango etario 60-80 años. El nivel socioeconómico es bajo, existe una diversidad de ingresos relacionada con la situación laboral, siendo 22,4% desempleados y 25,6% jubilados. Se caracterizan por poseer una formación académica baja y un alto grado de abandono de estudios.

Con respecto al sitio del tumor primario, la frecuencia en incidencia para el sexo femenino fue el cancer de mama en primer lugar. Para el sexo masculino el más frecuente fue el cancer de pulmón, estos datos son concordantes con la epidemiología de cáncer a nivel de nuestra región.

En el análisis de los factores de riesgo, se evidencian resultados alentadores, especialmente en relación con el tabaquismo. La mayoría de los pacientes no consumen tabaco, a pesar de que este hábito es un factor de riesgo ampliamente presente a nivel mundial. Aunque este dato es positivo, es importante destacar que aún existe un número significativo de pacientes que continúan fumando. Aunque no constituyen la mayoría, este grupo es considerable, y se hace imperativo implementar estrategias para reducir este hábito. La disminución del consumo de tabaco podría estar vinculada a las políticas públicas en Uruguay, como la prohibición de fumar en espacios cerrados, impuestos elevados y campañas de concientización. En cuanto al índice de masa corporal (IMC), los resultados sorprenden al equipo de investigación, ya que la mayoría de los pacientes (49) se encuentran dentro del rango de normopeso con un IMC entre 18,5 y 24,9. Aunque este dato es positivo, es esencial destacar que 30 pacientes tienen sobrepeso y 34 presentan algún grado de obesidad. A pesar de estos hallazgos alentadores, se resalta la necesidad de promover estilos de vida saludables y prevenir la obesidad. (Tabla 6)

En relación con los antecedentes familiares de cáncer, más de la mitad de los encuestados informaron tener antecedentes familiares de la enfermedad. Este hallazgo respalda lo mencionado en la introducción, donde se subrayó la importancia de la genética como un factor de riesgo significativo en el desarrollo del cáncer, por esto, se esperaría que estos pacientes reciban una prevención primaria eficaz y un diagnóstico temprano. Se obtuvo mediante la prueba estadística de  $\chi^2$  un valor no significativo, por lo que concluimos que no existe asociación entre las variables analizadas. Un próximo paso sería trabajar en estrategias sanitarias para fomentar la importancia de un mayor seguimiento frente a estos pacientes, y así generar conciencia sobre la relevancia de los antecedentes familiares.

En relación a los factores que se generaron a partir de las preguntas sobre la percepción de los pacientes hacia los distintos aspectos se obtuvo una amplia información. Como se plantea en los objetivos del estudio, se quiso reconocer qué aspectos son percibidos como barreras a nivel de la calidad de atención brindada a los pacientes por parte del servicio asistencial. En líneas generales, los resultados fueron positivos, sólo un factor, el cuarto (Preocupación previa al diagnóstico), brindó como resultado la insatisfacción de los pacientes. Es decir que la mayoría de los pacientes refería una percepción positiva.

En este estudio y principalmente por el nivel socio económico de los pacientes atendidos en el servicio, se planteó desde el equipo de investigación la idea de que esto podría influir sobre una

mejor percepción de la calidad de atención global, debido a que los pacientes presentan un umbral de expectativas menor. Partiendo de este supuesto, se relacionó el nivel socio económico con el grado de satisfacción mediante una prueba “t de student” en el que no se obtuvo un nivel significativo, por lo que no podemos concluir que existan diferencias en los dos grupos, lo que no nos permitió probar nuestra teoría.

De estos factores, como ya se analizó, sólo el factor 4 nombrado: “Preocupaciones previas al diagnóstico” brindó un resultado insatisfactorio, es decir que esta es la mayor barrera autopercibida por los pacientes. Algo a tener en cuenta mediante los datos obtenidos es la población que integra la encuesta, en el análisis demográfico la mayor cantidad de pacientes se encuentra dentro de los 60-80 años. Esta es una población de riesgo tanto para enfermedades no transmisibles como para padecer un bajo nivel socioeconómico ya que no es una población laboralmente activa y las pensiones-jubilaciones suelen ser bajas. Estos aspectos están incluidos dentro de este factor, por lo que podemos decir que los pacientes identifican que su estado de salud previo y su nivel socioeconómico retrasaron su diagnóstico. Sumado a esto, se obtuvo una asociación significativa entre este factor y la demora entre el comienzo de los síntomas y la consulta, por lo que implica que de cierta manera una influye sobre otra. Esto podría acercarnos a la idea de que el nivel de demora entre el inicio de los síntomas y la consulta influye sobre la percepción de la calidad de atención con respecto al factor 4.

En relación al Factor 1, Sistema de Salud, la percepción general es positiva, evidenciando una falta de barreras autopercibidas según los individuos. Una hipótesis que podría explicar esta alta satisfacción es la conformidad con los tiempos de espera en las coordinaciones intrahospitalarias (coordinación de estudios, valoración por médico especialista), percibida como atención rápida.

El Factor 2, que se refiere a la "Información y conciencia", en líneas generales arrojó una percepción satisfactoria, aunque más baja que tanto el factor 1 como el 3. Para que la satisfacción sea óptima, los pacientes debían manifestar que tanto su conocimiento como sus preocupaciones contribuyeron al diagnóstico del cáncer y así mejorando la calidad de atención recibida. Esto puede deberse al hecho de que comprenden lo que está sucediendo y se sienten participantes activos en su enfermedad, lo que a su vez influye en su percepción positiva de la atención médica. Respaldo esta idea, en los resultados se plasma cómo se relaciona el “Factor 2” con los antecedentes familiares, vemos que estos conceptos están asociados. Es esperable ya que al tener un familiar con cáncer los pacientes se encuentran más inmersos en el tema. Como conclusión, se observa que los AF de cáncer influyen sobre una mejor percepción sobre la calidad de atención del factor 2 y fomentan un diagnóstico oportuno

El factor 3, Apoyo Social, brinda el resultado de mayor satisfacción global dentro de los demás, un 83% de satisfacción. La mayoría de los pacientes reflejaron que el apoyo social fomenta una mejor calidad de atención. Esto demuestra la importancia del acompañamiento en la enfermedad y porque el equipo de salud debería tener en cuenta también al entorno social de un paciente para poder lograr mejorar la asistencia. Sumado a esto, al realizar el análisis estadístico a partir de los resultados obtenidos, podemos concluir que hay una diferencia significativa entre el porcentaje de satisfacción entre los pacientes que concurren solos vs acompañados a la consulta. Como conclusión

se destaca la importancia del apoyo hacia los pacientes oncológicos, y cómo esto influye sobre la percepción de la calidad de atención recibida.

### **Conclusiones y perspectivas**

Mediante el fin de cumplir nuestros objetivos, logramos comprender la experiencia de los pacientes oncológicos en relación a la atención recibida en el Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas, siendo esta una percepción en su mayoría positiva.

Es interesante observar que los datos de nuestra investigación, aunque lejos de nuestros objetivos, sugieren una moderada incidencia de obesidad, tabaquismo, alcoholismo y consumo de otros tóxicos, lo que puede deberse al establecimiento de políticas sanitarias en Uruguay.

El factor 4, aborda varios elementos que pueden influir sobre la percepción del paciente, siendo esta nuestra variable más heterogénea, dado que abarca múltiples ámbitos presentes en la vida de los individuos previos al diagnóstico. La insatisfacción dentro de este punto reafirma el concepto de que la percepción no depende solamente del centro asistencial y lo que ocurre dentro de este. Los antecedentes de un individuo repercuten en su proceso de enfermedad y momento de diagnóstico, y según nuestros resultados influyen en una percepción de calidad.

Los más satisfechos dentro de este factor, son aquellos que demoraron más en consultar; la mayor cantidad de insatisfacción se da en los pacientes que demoran menos tiempo en consultar desde la aparición de síntomas. Deducimos que los pacientes que consultan antes, por preocupación elevada esperan del servicio una respuesta rápida, por lo que ellos miden la calidad de atención con una variable de tiempo.

En cuanto a la calidad de atención satisfactoria, se observa que los antecedentes familiares de cáncer influyen sobre una mejor percepción y fomentan un diagnóstico oportuno, ya que la mayoría de las veces los pacientes son conscientes de lo que conlleva la enfermedad padecida por un familiar y están en un contacto más estrecho con el sistema de salud en contraposición a los que no tienen familiares enfermos.

Habiendo logrado reunir una muestra representativa de la población del Hospital de Clínicas, este estudio proporciona una visión integral de los pacientes oncológicos atendidos en el mismo servicio. Este enfoque nos brinda la oportunidad de explorar cambios y valores en la prestación de servicios que beneficien al conjunto de pacientes. Los resultados positivos, con un satisfactorio promedio del 85%, respaldan la continuación de nuestras actuales prácticas. Este logro nos impulsa a seguir trabajando en la misma línea, superándonos constantemente y buscando maneras de mejorar esta cifra. Con cada paso que damos, estamos comprometidos a elevar la experiencia de nuestros pacientes y a contribuir al bienestar general.

## Referencias bibliográficas

1. OMS. Cáncer [Internet]. Who.int. [citado noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/cancer>
2. Ponce de Leon S., Ferrán Y., Portal R. El cáncer, un desafío común. De la percepción pública a la responsabilidad social. RCyS. 2016. [Citado en noviembre 2023]  
Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5786975>
3. Barrios E., Garau M. Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. An Fac Med [Internet]. 2017. [citado el 3 de noviembre de 2023];4(1):04–66. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2301-12542017000100007](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542017000100007)
4. Registro Nacional de cáncer. (2022) Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer. [citado noviembre de 2023] Disponible en: <https://www.comisioncancer.org.uy/aucdocumento.aspx?311,1465>
5. Lewandowska A, Rudzki M, Rudzki S, Lewandowski T, Laskowska B. (2019) Environmental risk factors for cancer – review paper. Ann Agric Environ Med [Internet].  
Disponible en: <https://www.aaem.pl/pdf-94299-36689?filename=Environmental%20risk.pdf>
6. Roche Uruguay [Internet]. (2017) [citado el 3 de noviembre de 2023].  
Disponible en: <https://www.roche.com.uy/sala-de-prensa/2017/percepcion-del-cancer>
7. Prof Rafael Lozano. . (2018) Performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet. [citado en noviembre de 2023].  
Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2930994-2>
8. Bar-Sela G, Bagon S, Mitnik I, Adi S, Baziliansky S, Bar-Sella A, et al. (2021) The perception and attitudes of Israeli cancer patients regarding advance care planning. J Geriatr Oncol [Internet]. [citado el 6 de noviembre de 2023];12(8):1181–5.  
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34049836/>
9. Colosia A., Peltz G., Pohl G., Liu E., Copley-Merriman K., Khan S., A Kaye J. A review and characterization of the various perceptions of quality cancer care. Review article. 2011. [Citado en octubre 2023].  
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20939015/>

10. Yélamos C, Sanz A, Marín R, Martínez-Ríos C. Experiencia del paciente: una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico. Psicooncología (Pozuelo De Alarcon) [Internet]. 1970;15(1):153–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5209/psic.59184>

11. María MELCÓN, Elisabet ALZUETA, María HERNÁNDEZ-LORCA y Almudena CAPILLA. Bases neurales de la percepción y la atención.pdf [Internet]. [citado en mayo de 2023].

Disponible en: [https://drive.google.com/file/d/1S8pmb3wNj5eFTr\\_h8-mD\\_4qd410wtlow/view](https://drive.google.com/file/d/1S8pmb3wNj5eFTr_h8-mD_4qd410wtlow/view)

12. Quiceno, Japcy Margarita; Vinaccia, Stefano. (2010) PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD: UNA APROXIMACIÓN A PARTIR DEL ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE Completo N. Psicología desde el Caribe [Internet]. Redalyc.org. [citado el 20 de mayo de 2023].

Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106004.pdf>

13. Wolf JA, Drph VN, Marshburn D, Lavela SL. Defining patient experience defining patient experience [Internet]. PXJ. 2010.

Disponible en: <https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1004&context=journal>

14. Digant Gupta & Mark Roderghier & Christopher G. Lis. (2014). Patient satisfaction with service quality as a predictor of survival outcomes in breast cancer. Support Care Cancer. [citado el octubre 2023].

Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Digant-Gupta-2/publication/256465773\\_Patient\\_satisfaction\\_with\\_service\\_quality\\_as\\_a\\_predictor\\_of\\_survival\\_outcomes\\_in\\_breast\\_cancer/links/552f39ff0cf22d437170dbdf/Patient-satisfaction-with-service-quality-as-a-predictor-of-survival-outcomes-in-breast-cancer.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Digant-Gupta-2/publication/256465773_Patient_satisfaction_with_service_quality_as_a_predictor_of_survival_outcomes_in_breast_cancer/links/552f39ff0cf22d437170dbdf/Patient-satisfaction-with-service-quality-as-a-predictor-of-survival-outcomes-in-breast-cancer.pdf)

15. Las barreras que dificultan el acceso al tratamiento del cáncer [Internet]. ecancer. 2014 [citado el 8 de noviembre de 2023].

Disponible en: <https://ecancer.org/es/news/6033-las-barreras-que-dificultan-el-acceso-al-tratamiento-del-cancer>

16. 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 [Internet]. 2017;32(3):141–5.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.01.002>

## **Agradecimientos**

No queríamos finalizar nuestro trabajo sin agradecer a todo el personal del servicio de oncología por su buena disposición y facilitación del trabajo ya que se nos brindó el espacio para trabajar sin ningún tipo de inconveniente.

Por otro lado, hacemos especial mención a los tutores Dra. Florencia Savio, Dra Noelia Silveyra, Dra Clara Rodriguez y especialmente al Dr. Ivan Lyra por su valiosa colaboración y orientación en el desarrollo de este proyecto, brindándonos su tiempo incondicionalmente.

A su vez queremos destacar la colaboración recibida en las diferentes asesorías, haciendo especial mención en la asesoría recibida por Santiago Mansilla, aportándonos información valiosa para poder continuar nuestro proyecto.

Este trabajo no hubiese sido posible sin la colaboración de cada paciente al que se le ofreció participar de dicho proyecto, concediéndonos su tiempo e información necesaria para avanzar con la investigación.

Finalmente agradecemos a nuestras familias, por el apoyo constante en cada etapa del proceso.

## Anexos

**Tabla 3. Frecuencia del Nivel Educativo**

| Nivel educativo    | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Primaria Comp      | 33        | 26.400  | 27.731        | 27.731             |
| Primaria incomp    | 15        | 12.000  | 12.605        | 40.336             |
| Secundaria comp    | 11        | 8.800   | 9.244         | 49.580             |
| Secundaria incomp  | 34        | 27.200  | 28.571        | 78.151             |
| Técnico comp       | 3         | 2.400   | 2.521         | 80.672             |
| Técnico incomp     | 6         | 4.800   | 5.042         | 85.714             |
| Universidad comp   | 9         | 7.200   | 7.563         | 93.277             |
| Universidad incomp | 8         | 6.400   | 6.723         | 100.000            |
| Missing            | 6         | 4.800   |               |                    |
| Total              | 125       | 100.000 |               |                    |

**Tabla 4. Frecuencias de Empleo**

| Empleo                             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Desempleado                        | 28        | 22.400  | 24.138        | 24.138             |
| Formal                             | 8         | 6.400   | 6.897         | 31.034             |
| Pensión                            | 12        | 9.600   | 10.345        | 41.379             |
| Jubilación                         | 32        | 25.600  | 27.586        | 68.966             |
| Sin empleo                         | 22        | 17.600  | 18.966        | 87.931             |
| Trabajador independiente (changas) | 14        | 11.200  | 12.069        | 100.000            |
| Missing                            | 9         | 7.200   |               |                    |
| Total                              | 125       | 100.000 |               |                    |

**Tabla 5. Frecuencias del Sitio del Tumor Primario**

| Sitio tumor primario | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Colorectal           | 18        | 14.400  | 14.516        | 14.516             |
| Mama                 | 25        | 20.000  | 20.161        | 34.677             |
| Otro                 | 63        | 50.400  | 50.806        | 85.484             |
| Próstata             | 5         | 4.000   | 4.032         | 89.516             |
| Pulmón               | 13        | 10.400  | 10.484        | 100.000            |
| Missing              | 1         | 0.800   |               |                    |
| Total                | 125       | 100.000 |               |                    |

**Tabla 7. Frecuencia de Antecedentes de tabaquismo**

| Historia de Tabaquismo | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Fuma                   | 23        | 18.548  | 19.328        | 19.328             |
| Fumaba                 | 41        | 33.065  | 34.454        | 53.782             |
| Nunca                  | 55        | 44.355  | 46.218        | 100.000            |
| Missing                | 5         | 4.032   |               |                    |
| Total                  | 124       | 100.000 |               |                    |

**Tabla 8. Frecuencia del Consumo de Marihuana**

| Consumo Marihuana | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Si                | 8         | 6.452   | 7.080         | 7.080              |
| No                | 105       | 84.677  | 92.920        | 100.000            |
| Missing           | 11        | 8.871   |               |                    |
| Total             | 124       | 100.00  |               |                    |

**Tabla 9. Frecuencia de antecedentes de Consumo de Alcohol**

| Historia Alcoholismo | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nunca                | 81        | 65.323  | 68.644        | 68.644             |
| Tomaba               | 20        | 16.129  | 16.949        | 85.593             |
| Toma                 | 17        | 13.710  | 14.407        | 100.000            |
| Missing              | 6         | 4.839   |               |                    |
| Total                | 124       | 100.000 |               |                    |

**Tabla 10. Frecuencia de Antecedentes familiares de cáncer**

| Historia de cáncer familiar | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Si                          | 68        | 54.839  | 57.627        | 57.627             |
| no                          | 50        | 40.323  | 42.373        | 100.000            |
| Missing                     | 6         | 4.839   |               |                    |
| Total                       | 124       | 100.000 |               |                    |

**Tabla 11 de Contingencia. Relación entre antecedente familiar de cáncer y asistencia a policlínica del individuo**

| Historia de cáncer familiar | Asiste a policlínica |    | Total |
|-----------------------------|----------------------|----|-------|
|                             | Si                   | no |       |
| Si                          | 36                   | 32 | 68    |
| no                          | 29                   | 21 | 50    |
| Total                       | 65                   | 53 | 118   |

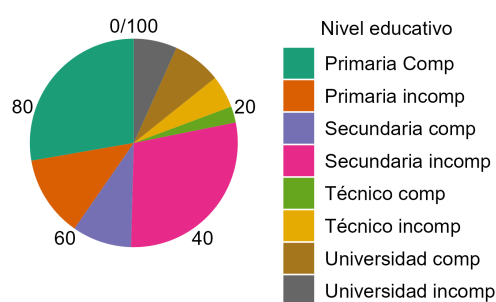
**Tabla 12. Percepción de calidad de atención en policlínica**

| Frequencies for Percepción de calidad de atención en policlínica |           |         |               |                    |
|------------------------------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Percepción de calidad de atención en policlínica                 | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Buena                                                            | 44        | 35.484  | 37.288        | 37.288             |
| Mala                                                             | 6         | 4.839   | 5.085         | 42.373             |
| Regular                                                          | 17        | 13.710  | 14.407        | 56.780             |
| No asiste a policlínica                                          | 51        | 41.129  | 43.220        | 100.000            |
| Missing                                                          | 6         | 4.839   |               |                    |
| Total                                                            | 124       | 100.00  |               |                    |

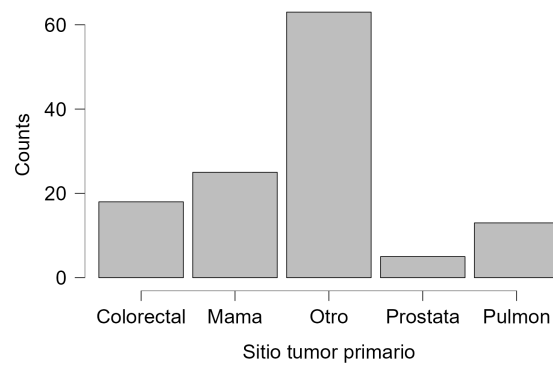
**Tabla 13. Resultados chi cuadrado para el resultados entre relación AF cáncer y asistencia a policlínica**

| Chi-Squared Tests |       |    |       |
|-------------------|-------|----|-------|
|                   | Value | df | p     |
| X <sup>2</sup>    | 0.298 | 1  | 0.585 |
| N                 | 118   |    |       |

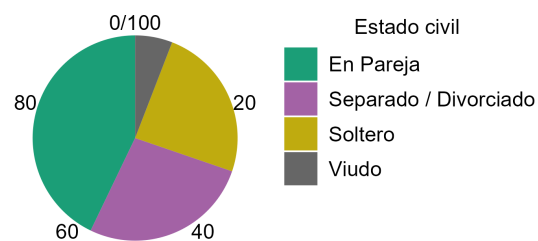
**Gráfica 3. Pie Chart Nivel educativo**



**Gráfica 4. Gráfico de barras incidencia sitio tumor primario**



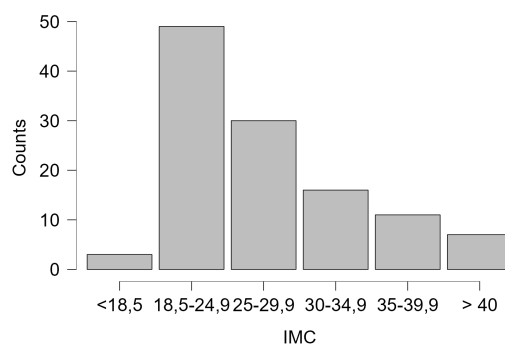
**Gráfica 5. Pie chart distribución Estado Civil**



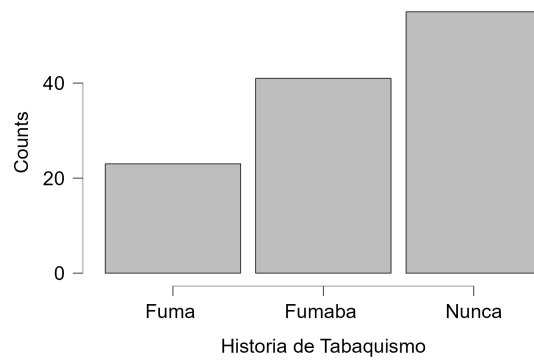
**Gráfica 6. Pie Chart representación de estado laboral**



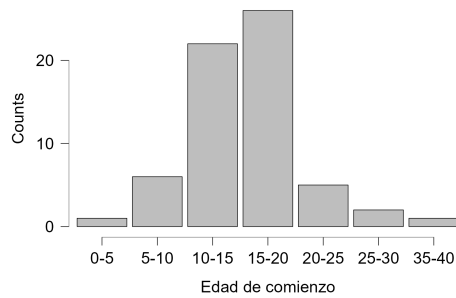
**Gráfica 7. Gráfico de barras para valores de IMC**



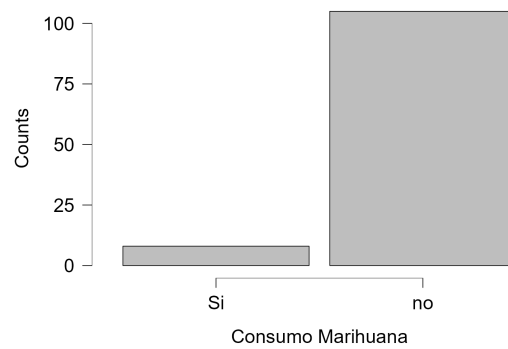
**Gráfica 8. Gráfico de barras sobre Historia de Tabaquismo**



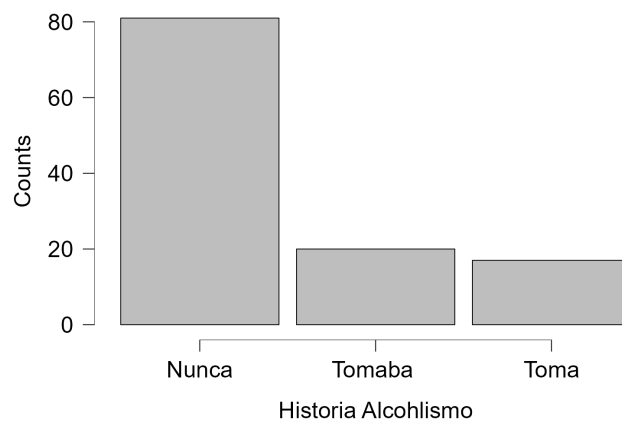
**Gráfica 9. Gráfico de barras sobre edad de comienzo de consumo de tabaco**



**Gráfica 10. Gráfico de barras frecuencia de consumo de marihuana**



**Gráfico 11- Gráfico de barras frecuencia de historia de alcoholismo**



**Gráfica 12. Gráfico de barras representando los Antecedentes Familiares**

