

Original

Satisfacción de las mujeres con la duración del proceso de valoración adicional en el cribado mamográfico

Ana Molina-Barceló^{a,*}, Dolores Salas Trejo^{a,b} y Josefa Miranda García^{a,b}^a Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia, España^b Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de diciembre de 2010

Aceptado el 15 de marzo de 2011

On-line el 28 de junio de 2011

Palabras clave:

Cáncer de mama

Cribado

Valoración adicional

Satisfacción

Tiempos de espera

R E S U M E N

Objetivos: Conocer los factores asociados a la satisfacción con la duración del proceso de valoración adicional en el cribado mamográfico.

Métodos: Estudio transversal descriptivo y multivariado mediante encuesta telefónica a una muestra representativa de mujeres (N = 316) participantes en el Programa de Prevención del Cáncer de Mama de la Comunidad Valenciana, que requirieron valoración adicional mediante pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico. Análisis descriptivo mediante tablas de contingencia ($p < 0,05$) y de asociación mediante *odds ratio* (OR) con modelos de regresión logística (intervalo de confianza del 95% [IC95%]).

Resultados: La satisfacción con la duración del proceso fue del 78,6%. Las mujeres con mayor riesgo de no estar satisfechas son de clase social «alta» (OR = 3,17; IC95%: 1,10-9,14), que percibieron que el tiempo transcurrido fue de «más de 2 semanas» tanto «desde la notificación de la necesidad de valoración adicional hasta la realización de la primera prueba» (OR = 15,54; IC95%: 5,87-41,12), como «desde la realización de la última prueba hasta la notificación del resultado final» (OR = 11,57; IC95%: 2,96-45,19), y que recibieron una atención «peor de lo que esperaban» (OR = 15,40; IC95%: 1,41-168,64). El tiempo de espera máximo asumible con porcentajes más altos fue de «hasta 1 semana» para cada periodo de espera (n = 47, 73,5%; n = 14, 45,2%).

Conclusiones: Sería recomendable reducir los tiempos de espera a no más de 1 semana, y en ningún caso superar las 2 semanas, para cada periodo de espera, e informar acerca de los tiempos de espera aproximados, prestando especial atención a las mujeres de 45 a 54 años de edad que acuden a cribado inicial.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Women's satisfaction with waiting times for further investigation in breast cancer screening

A B S T R A C T

Objectives: To determine the factors associated with satisfaction with waiting times for further investigation in breast cancer screening.

Methods: We carried out a cross-sectional study by telephone survey of a representative sample of women (N = 316) participating in the breast cancer screening program of the autonomous region of Valencia (Spain) who required additional tests to confirm the diagnosis. Descriptive analysis was performed by contingency tables ($p < 0.05$) and multivariate association by odds ratios (OR) of logistic regression models (95%CI).

Results: Satisfaction with the waiting time was 78.6%. A higher risk of dissatisfaction was found in women from a "high" social class (OR = 3.17; 95% CI: 1.10-9.14), those who perceived that the waiting time was "more than 2 weeks", both "since the notification of the need for further investigation until completion of the first test" (OR = 15.54; 95%CI: 5.87-41.12) and "since the completion of the last test until notification of the final result" (OR = 11.57; 95% CI: 2.96-45.19), and in women who experienced the attention as "worse than expected" (OR = 15.40; 95% CI: 1.41-168.64). The maximum waiting time acceptable to the highest percentage of women was "up to 1 week" for each waiting period (n = 47, 73.5%; n = 14, 45.2%).

Conclusions: Waiting times of no more than 1 week and never more than 2 weeks for each waiting period are recommended. Women should be given an approximate waiting time, paying special attention to women aged 45 to 54 years attending their initial screening.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Breast cancer

Screening

Further investigation

Patient satisfaction

Waiting times

Introducción

El cáncer de mama es uno de los problemas de salud que más impacto tiene en las mujeres¹. A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, su pronóstico sigue dependiendo

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: molina.anabar@gva.es (A. Molina-Barceló).

principalmente de la extensión de la enfermedad en el momento de detectarla. Por ello, en España, siguiendo las recomendaciones europeas, se han implantado programas de detección precoz de cáncer de mama dirigidos a mujeres de 50 a 69 años de edad. A pesar de estas recomendaciones, en cinco de las 17 Comunidades Autónomas en que está implantado el programa, así como en las ciudades de Ceuta y Melilla, la edad de inicio es de 45 años².

Los beneficios de los programas de cribado mamográfico están ampliamente demostrados (muertes evitadas, años de vida ganados, tratamientos menos agresivos...), pero también se han identificado efectos adversos³. Evaluar la calidad de estos programas implica analizar tanto los resultados positivos como los negativos. Uno de los efectos adversos de estos programas son los resultados «falsos positivos», es decir, la sospecha inicial de un cáncer de mama tras la realización de la mamografía y la obtención de un resultado final negativo que descarta el diagnóstico de la enfermedad. Este proceso de valoración adicional requiere la realización de proyecciones adicionales o pruebas complementarias⁴. Las guías europeas de calidad del cribado mamográfico consideran como aceptables unos porcentajes de valoración adicional por debajo del 7% en el cribado inicial, e inferiores al 5% en el sucesivo⁴. Algunos estudios señalan que en España se superan las recomendaciones europeas en el cribado inicial, mientras en los cribados sucesivos están ligeramente por debajo de los valores aceptados^{5,6}.

Un revisión bibliográfica realizada por Brett⁷ en 2005 sobre el proceso de valoración adicional en el cribado mamográfico concluye que la mayoría de los estudios afirman que este proceso tiene consecuencias psicológicas negativas para las mujeres debido al alto grado de estrés que sufren desde el momento en que son informadas de la necesidad de una valoración adicional y hasta que obtienen el resultado final. Uno de los factores que influyen en el aumento del estrés y la ansiedad de las mujeres son los tiempos de espera⁸. Desde organismos internacionales se ha trabajado en la definición de los tiempos de espera máximos en los procesos de valoración adicional del cribado mamográfico⁴. Algunos estudios han concluido que en general las mujeres son capaces de asumir hasta 7 días de espera^{9,10}, aunque se observan variaciones en función del tipo de prueba⁸.

La mayoría de los estudios se han centrado en analizar las consecuencias psicológicas negativas de los «falsos positivos» en las mujeres mediante la utilización de cuestionarios validados de medición del grado de estrés¹¹⁻¹³. Algunos han descrito la asociación entre mayor estrés y bajo nivel educativo, medios urbanos, ocupaciones manuales y no tener hijos o sólo uno^{7,11}.

Otra forma de estimar los efectos adversos del proceso de valoración adicional, y en consecuencia la calidad del cribado mamográfico, es midiendo el grado de satisfacción de las mujeres con este proceso. La Organización Mundial de la Salud, en el preámbulo de su constitución, recomienda la valoración de la satisfacción del paciente como un criterio de calidad de los servicios sanitarios¹⁴, y el National Consortium of Breast Centres¹⁵ incluye los tiempos de espera en su definición de calidad en el cribado. Algunos estudios alertan de que una baja satisfacción con el cribado mamográfico tiene consecuencias negativas en la adhesión a los programas de prevención del cáncer de mama¹⁶. Como es sabido, la participación y la adhesión a estos programas son un requisito para conseguir una disminución significativa de la mortalidad por esta enfermedad¹⁷. Por ello, este estudio tiene como objetivo conocer los factores asociados a la satisfacción con la duración del proceso de valoración adicional en el Programa de Prevención del Cáncer de Mama de la Comunidad Valenciana, para realizar recomendaciones tendentes a reducir los posibles efectos adversos.

Métodos

Ámbito y población de estudio

El estudio se enmarca en el Programa de Prevención del Cáncer de Mama (PPCM) de la Comunidad Valenciana. Es un programa de cribado poblacional que consiste en la realización de mamografías cada 2 años a las mujeres entre 45 y 69 años de edad, a través de las Unidades de Prevención del Cáncer de Mama (UPCM), para identificar a aquellas que puedan padecer la enfermedad en la fase asintomática. Las mujeres que obtienen un resultado positivo, es decir, que no descarta malignidad, requieren una valoración adicional para la confirmación diagnóstica con proyecciones adicionales en la UPCM o pruebas complementarias (ecografía, biopsia-punción, biopsia quirúrgica) en su hospital de referencia.

Diseño y muestreo

Se realizó un estudio transversal mediante encuesta telefónica a mujeres de 45 a 69 años de edad atendidas por el PPCM de la Comunidad Valenciana entre octubre y diciembre de 2007, y que requirieron valoración adicional. La participación en el programa en el periodo de estudio fue del 72,39%, y menor en el cribado inicial (64,30%) que en el sucesivo (88%). Por grupos de edad y tipo de cribado, la participación fue ligeramente inferior en el grupo de 45-54 años frente al de 55-64 años y el de 65 y más años de edad, tanto en el cribado inicial (62,81%, 84,17% y 77,91%, respectivamente) como en el sucesivo (71,72%, 89,23% y 87,12%) (datos no publicados). Se incluyó a las mujeres que requirieron pruebas complementarias, excluyendo a quienes sólo se les realizaron proyecciones adicionales, debido a que la realización de estas pruebas no requiere tiempo de espera porque se realizan el mismo día que la mujer acude al cribado. La selección y el tamaño de la muestra se determinaron mediante muestreo aleatorio simple a partir de una población finita (2.166 mujeres). Se asumió un error de 0,05, un nivel de confianza del 95% y una proporción esperada de 0,60 obtenida de la más desfavorable en otros estudios de satisfacción con los programas de ámbito nacional¹⁸⁻²⁰. Se obtuvo un tamaño muestral de 315 mujeres. Se buscó la proporcionalidad por UPCM en función del número de mujeres que habían requerido valoración adicional en cada una de ellas en el periodo seleccionado. Los datos de contacto de las mujeres se extrajeron de la base de datos del programa (SIGMA).

Variables de estudio y recogida de datos

Se diseñó un cuestionario *ad hoc* a partir de otros cuestionarios de satisfacción de estudios previos¹⁸⁻²⁰ y mediante la realización de entrevistas abiertas a cinco informantes clave (dos radiólogas del programa y tres mujeres usuarias del programa en proceso de valoración adicional) para identificar las variables de estudio. Se realizó una validación de contenido del cuestionario por un grupo de expertos y se sometió a una prueba piloto en una muestra de 30 mujeres para corregir posibles errores de diseño y comprensión de las preguntas. El cuestionario contenía 22 preguntas que hacían referencia a variables sociodemográficas, de resultados del programa, de tiempos de espera, de satisfacción y otras. La variable dependiente fue la satisfacción con la duración del proceso de valoración adicional, y las independientes se recogen en la **tabla 1** con sus correspondientes categorizaciones. Para la categorización de la clase social se utilizó la clasificación abreviada de la Sociedad Española de Epidemiología²¹, integrando el concepto de clase social dominante²². El cuestionario diseñado y validado se cumplimentó mediante encuesta telefónica durante los meses de marzo a mayo de 2008.

Tabla 1
Variables de estudio

Variables	Categorización de las variables
<i>Sociodemográficas</i>	
Edad (años)	45-54 55-64 65 y más
Nivel de estudios	No sabe leer ni escribir Primarios (lee y escribe, EGB, bachillerato elemental) Secundarios (FPI y II, BUP, bachillerato superior) Universitarios (grado medio y superior)
Clase social	Baja (categorías IVb, V y VI de la Clasificación Abreviada de la Sociedad Española de Epidemiología) Media (categorías IIIa, IIIb, IIIc y IVa) Alta (categorías I y II)
<i>Variables de resultados del programa</i>	
Tipo de cribado	Inicial (cuando acude por primera vez al programa) Sucesivo (cuando acude en veces sucesivas)
Tipo de valoración adicional	Inicial (cuando es la primera vez que la mujer pasa por un proceso de valoración adicional) Sucesiva (cuando ha pasado por el proceso en veces sucesivas)
Tipo de prueba complementaria	Ecografía Biopsia-punción Biopsia quirúrgica
Resultado del proceso	Normal (no se diagnostica cáncer y la próxima cita será a los 2 años) Precoz (no se diagnostica cáncer, pero se la citará de forma precoz a los 6 meses o al año) Cáncer (se diagnostica cáncer)
<i>Tiempos de espera^a</i>	
Percepción del tiempo de espera transcurrido ^b	Hasta 2 semanas (de 1 a 14 días laborables) Mas de 2 semanas (más de 15 días laborables)
Valoración del tiempo de espera transcurrido	Largo Aceptable/corto
Tiempo de espera máximo asumible	Hasta 1 semana (1 a 7 días laborables) Hasta 2 semanas (8 a 14 días laborables)
<i>Satisfacción</i>	
Con la atención recibida en la unidad de prevención	Satisfecha No satisfecha
Con la atención recibida en el hospital	Satisfecha No satisfecha
Con la duración del proceso	Satisfecha No satisfecha
<i>Otras</i>	
Consulta a otros médicos	Sí No
Confirmación de expectativas previas	Mejor de lo que esperaba Tal y como esperaba Peor de lo que esperaba No esperaba nada

^a Hace referencia a dos tiempos de espera diferenciados: 1) desde la notificación de la necesidad de valoración adicional hasta la realización de la primera prueba, y 2) desde la realización de la última prueba hasta la notificación del resultado final.

^b Para calcular esta variable se les preguntó: «¿cuánto tiempo aproximadamente transcurrió desde que le informaron de la necesidad de realizarle pruebas complementarias hasta que le realizaron la primera prueba? ¿Y desde que le realizaron la última prueba hasta que le dieron los resultados finales?».

Análisis de datos

Se calcularon las medias, los intervalos de confianza (IC95%) y las desviaciones típicas de los tiempos de espera percibidos. Se realizó una distribución de frecuencias para describir las características

Tabla 2
Características de la muestra

Variables sociodemográficas	N (%)
<i>Edad (años)</i>	
45-54	202 (63,9)
55-64	86 (26,9)
65 y más	28 (8,9)
NS/NC	1 (0,3)
<i>Nivel de estudios</i>	
No sabe leer ni escribir	5 (1,6)
Primarios	223 (70,6)
Secundarios	49 (15,5)
Universitarios	32 (10,1)
NS/NC	7 (2,2)
<i>Clase social</i>	
Baja	138 (43,7)
Media	110 (34,8)
Alta	58 (18,4)
NS/NC	10 (3,2)
<i>Tipo de cribado</i>	
Inicial	97 (30,7)
Sucesivo	219 (69,3)
<i>Tipo de valoración adicional</i>	
Inicial	244 (77,2)
Sucesiva	72 (22,8)
<i>Tipo de prueba</i>	
Invasiva	60 (19,0)
No invasiva	256 (81,0)
<i>Resultado del proceso</i>	
Normal	235 (74,4)
Precoz	55 (17,4)
Cáncer	26 (8,2)

de la muestra y posteriormente un análisis bivariado mediante tablas de contingencia utilizando el test de χ^2 como estadístico y asumiendo un nivel de significación del 5%. Se seleccionaron las variables que obtuvieron significación estadística para diseñar modelos de asociación multivariada mediante análisis de regresión logística con el método «introducir». Se determinó la *odds ratio* (OR) de cada variable para un nivel de confianza del 95%.

Resultados

En total se realizaron 316 encuestas y las características de la muestra por edad, nivel de estudios, clase social, tipo de cribado, de valoración adicional y de prueba, y resultado del proceso, se muestran en la [tabla 2](#).

En cuanto a la satisfacción de las mujeres con la atención recibida en el proceso de valoración adicional, el 95,6% estaban satisfechas con la atención recibida en la UPCM y el 93,3% con la recibida en el hospital. La satisfacción de las mujeres con la duración del proceso de valoración adicional fue del 78,6%. La media de días (laborables) de espera percibidos por las mujeres «desde la notificación de la necesidad de valoración adicional y hasta la realización de la primera prueba» fue de 13,16 días (IC95%: 11,13-15,20), con una desviación típica de 15,25; y «desde la realización de la última prueba y hasta la notificación del resultado final» de 18,81 días (IC95%: 15,21-22,42), con una desviación típica de 12,42.

Se observaron diferencias significativas entre la variable satisfacción con la duración del proceso y las variables edad, clase social, tipo de cribado, percepción del tiempo de espera transcurrido en cada uno de los periodos de espera, satisfacción con la atención recibida en el hospital y confirmación de expectativas previas. Como puede verse en la [tabla 3](#), los mayores porcentajes de satisfacción con la duración del proceso, en comparación con los de no satisfacción, se encontraron entre las mujeres de 65 y más años de edad (n = 26, 92,9%), de clase social baja (n = 116, 84,1%), de

Tabla 3

Porcentaje de satisfacción con la duración del proceso de confirmación diagnóstica según las variables con significación estadística: edad, clase social, tipo de cribado, percepción del tiempo de espera transcurrido hasta la primera prueba y hasta el resultado final, satisfacción con la asistencia recibida en el hospital y expectativas previas

	Satisfacción con la duración del proceso de valoración adicional	
	Satisfecha, n (%)	No satisfecha, n (%)
Edad^a (años)		
45-54	151 (74,8)	51 (25,2)
55-64	70 (82,4)	15 (17,6)
65 y más	26 (92,9)	2 (7,1)
NS/NC	1 (100)	0 (0,0)
Clase social^a		
Baja	116 (84,1)	22 (15,9)
Media	89 (80,9)	21 (19,1)
Alta	38 (65,5)	20 (34,5)
NS/NC	5 (50)	5 (50)
Tipo de cribado^a		
Inicial	69 (71,1)	28 (28,9)
Sucesivo	179 (81,7)	40 (18,3)
Percepción del tiempo de espera transcurrido hasta la primera prueba^b		
Hasta 2 semanas	142 (82,1)	31 (17,9)
Más de 2 semanas	19 (41,3)	27 (58,7)
NS/NC	87 (89,7)	10 (10,3)
Percepción del tiempo de espera transcurrido hasta la notificación del resultado final^b		
Hasta 2 semanas	204 (81,9)	45 (18,1)
Más de 2 semanas	5 (25,0)	15 (75,0)
NS/NC	39 (83,0)	8 (17,0)
Satisfacción con la atención recibida en el hospital^b		
Satisfecha	226 (81,3)	52 (18,7)
No satisfecha	6 (31,6)	13 (68,4)
NS/NC	16 (84,2)	3 (15,8)
Confirmación de expectativas previas^b		
Mejor de lo que esperaba	54 (94,7)	3 (5,3)
Tal y como esperaba	167 (78,8)	45 (21,2)
Peor de lo que esperaba	6 (37,5)	10 (62,5)
No esperaba nada	12 (80,0)	3 (20,0)
NS/NC	9 (56,3)	7 (43,8)

^a $p < 0,05$.

^b $p < 0,00$.

cribado sucesivo ($n = 179, 81,7\%$), que percibieron que el tiempo de espera hasta la primera prueba y hasta la notificación del resultado final fue de hasta 2 semanas ($n = 142, 82,1\%$, y $n = 204, 81,9\%$, respectivamente) o no lo sabían ($n = 87, 89,7\%$, y $n = 39, 83,0\%$), que estaban satisfechas con la atención recibida en el hospital ($n = 226, 81,3\%$) y que recibieron una atención mejor de lo que esperaban ($n = 54, 94,7\%$) o no esperaban nada ($n = 12, 80,0\%$).

Observamos diferencias significativas en la confirmación de las expectativas previas y en la consulta a otros médicos según la clase social (tabla 4): las mujeres de clase alta, en comparación con las de media y baja, obtuvieron mayores porcentajes en la percepción de haber recibido una atención peor de lo que esperaban ($n = 4, 6,9\%$) y en haber consultado a otros médicos ($n = 21, 36,2\%$).

En la tabla 5 se observa que, en las mujeres que valoraron como largo el tiempo de espera transcurrido, los porcentajes más altos se encontraban entre las que percibieron que transcurrieron más de 2 semanas en ambos periodos de espera ($n = 30, 46,9\%$, y $n = 15, 48,4\%$). A estas mujeres se les preguntó cuánto tiempo estarían dispuestas a asumir como máximo, y los porcentajes más altos se encontraron en las que respondieron 1 semana, tanto para el primer periodo de espera ($n = 47, 73,4\%$) como para el segundo ($n = 14, 45,2\%$).

Tabla 4

Confirmación de expectativas previas y consulta a otros médicos según clase social

	Clase social			
	Baja, n (%)	Media, n (%)	Alta, n (%)	NS/NC, n (%)
Confirmación de expectativas previas^a				
Mejor de lo que esperaba	25 (18,1)	23 (20,9)	9 (15,5)	0 (0,0)
Tal y como esperaba	91 (65,9)	76 (69,1)	40 (69,0)	5 (50,0)
Peor de lo que esperaba	4 (2,9)	4 (3,6)	4 (6,9)	4 (40,0)
No esperaba nada	8 (5,8)	4 (3,6)	3 (5,2)	0 (0,0)
NS/NC	10 (7,2)	3 (2,7)	2 (3,4)	1 (10,0)
Total	138 (100)	110 (100)	58 (100)	10 (100)
Consulta a otros médicos^a				
No	131 (94,3)	96 (87,3)	35 (60,3)	9 (90,0)
Sí	6 (4,3)	13 (11,8)	21 (36,2)	0 (0,0)
NS/NC	1 (0,7)	1 (0,9)	2 (3,4)	1 (10,0)
Total	138 (100)	110 (100)	58 (100)	10 (100)

^a $p < 0,00$.

En la tabla 6 puede verse que, tras ajustar el modelo de regresión logística, las mujeres de clase social alta obtuvieron una OR de no estar satisfechas 3,17 veces mayor (IC95%: 1,10-9,14) que las de clase baja; las que percibieron que el tiempo de espera transcurrido en ambos periodos fue de más de 2 semanas obtuvieron, respectivamente, unas OR de 15,54 (IC95%: 5,87-41,12) y de 11,57 (IC95%: 2,96-45,19) veces mayor de no estar satisfechas que las que percibieron que transcurrieron hasta 2 semanas; y las que percibieron que la atención recibida fue peor de lo que esperaban mostraron un riesgo 15,40 veces mayor de no estar satisfechas (IC95%: 1,41-168,64) que las que percibieron que fue mejor de lo que esperaban.

Discusión

La satisfacción con la duración del proceso es alta y el riesgo de no estar satisfecha aumenta si la mujer pertenece a la clase social alta, si percibe que el tiempo de espera transcurrido es superior a 2 semanas tanto desde la notificación de la necesidad de valoración adicional y hasta la realización de la primera prueba como desde la realización de la última prueba y hasta la notificación del resultado final, y si percibe haber recibido una atención en el proceso de valoración adicional peor de lo que esperaba.

La mayoría de los estudios realizados sobre el proceso de valoración adicional en los programas de cribado de cáncer de mama se centran en analizar las consecuencias psicológicas de las mujeres durante este proceso¹¹⁻¹³. Estos estudios coinciden en que son las mujeres de nivel educativo más bajo y con ocupaciones manuales las que más estrés sufren⁷. En nuestro estudio hemos analizado el proceso de valoración adicional desde la perspectiva de la satisfacción, y hemos observado que son las mujeres de clase social alta, y por tanto aquellas de niveles educativos más altos, las que tienen más riesgo de no estar satisfechas con los tiempos de espera. Estos resultados pueden explicarse desde el punto de vista de la relación entre la satisfacción y las expectativas y exigencias previas de las mujeres²³. Nuestros resultados muestran que las mujeres de clase social alta tienen mayores exigencias con la asistencia en el cribado mamográfico y una falta de confianza en él, puesto que son el grupo que más dicen haber recibido una asistencia peor de lo que esperaban y reconocen haber consultado a otros médicos durante el proceso de valoración adicional en un porcentaje más alto que las mujeres de clase baja. Algunos estudios han hallado que las de clases sociales más aventajadas participan menos en los programas de cribado poblacional de cáncer de mama²⁴⁻²⁶, y esto se ha asociado con el hecho de que tales mujeres se realizan de manera más frecuente los controles mamográficos en seguros privados²⁷. Es posible que una de las razones por las cuales las mujeres de clase social alta eligen la atención privada sea la expectativa de encontrar menores tiempos de espera, por lo que esta exigencia podría

Tabla 5

Valoración de la percepción del tiempo de espera transcurrido y tiempo de espera máximo asumible

	Desde la notificación de la necesidad de valoración adicional hasta la realización de la primera prueba ^a			Desde la realización de la última prueba hasta la notificación del resultado final ^b		
	Corto/aceptable, n (%)	Largo, n (%)	NS/NC, n (%)	Corto/aceptable, n (%)	Largo, n (%)	NS/NC, n (%)
<i>Percepción del tiempo de espera transcurrido</i>						
Hasta 2 semanas	148 (59,4)	25 (39,1)	0 (0,0)	239 (84,5)	10 (32,3)	0 (0,0)
Más de 2 semanas	16 (6,4)	30 (46,9)	0 (0,0)	5 (1,8)	15 (48,4)	0 (0,0)
NS/NC	85 (34,1)	9 (14,1)	3 (100)	39 (13,8)	6 (19,4)	2 (0,0)
<i>Tiempo de espera máximo asumible</i>						
Hasta 1 semana	-	47 (73,5)	-	-	14 (45,2)	-
Más de 2 semanas	-	7 (10,9)	-	-	3 (9,6)	-
NS/NC	-	10 (15,6)	-	-	14 (45,2)	-

^a p < 0,00.^b p < 0,05.

quedar reflejada también en las mujeres de clases sociales altas que participan en los programas de cribado poblacional.

En relación a la percepción del tiempo de espera transcurrido, las medias en nuestro estudio (13,14 días para el primer periodo de espera y 18,61 días para el segundo) coinciden con las de otros estudios²⁸. La guía europea de calidad del cribado mamográfico⁴ recomienda que desde que se obtenga un resultado anormal en la mamografía y hasta que se realicen las pruebas de valoración adicional no transcurran más de 5 días, y que desde que se realicen

las pruebas de valoración adicional y hasta que se comuniquen los resultados finales tampoco transcurran más de 5 días. Las medias del tiempo de espera percibido por las mujeres de nuestro estudio superan las recomendaciones europeas, y esto puede deberse tanto a que nuestro estudio mide percepciones subjetivas del tiempo de espera como a que las recomendaciones europeas definen los tiempos de espera de forma general, sin especificar el tipo de prueba. Como se observa en nuestros datos, la gran dispersión de las medias (15,25 días en el primer periodo y 12,42 en el segundo) nos da información de la variabilidad de los tiempos de espera percibidos, que puede estar influenciada por las distintas pruebas incluidas en el estudio. Nuestros resultados también señalan que si los tiempos de espera percibidos superan las 2 semanas en ambos periodos, la no satisfacción aumenta, y que la mayoría estaría dispuesta a asumir como máximo 1 semana en cada periodo. Estos resultados coinciden no sólo con las recomendaciones europeas sino también con los resultados de otros estudios que analizan el tiempo máximo asumible por las mujeres en el proceso de valoración adicional⁸⁻¹⁰.

En nuestro estudio, la satisfacción con la atención recibida en el proceso de valoración adicional a través del programa es muy alta, pero la satisfacción con la duración del proceso obtiene porcentajes más bajos, aunque aceptables (78,6%). La asociación encontrada entre la satisfacción con la duración del proceso y la satisfacción con la atención recibida en el hospital coincide con otros estudios que relacionan los tiempos de espera con la satisfacción global²⁹, y la satisfacción global con una mayor adhesión a los programas de cribado¹⁶. Nuestros resultados muestran que las mujeres más jóvenes y las que acuden a cribado inicial tienen porcentajes más altos de no satisfacción. Teniendo en cuenta que es en estos grupos donde los porcentajes de falsos positivos son mayores⁶, podría suponerse un aumento del riesgo de no participación en rondas sucesivas en estas mujeres. A pesar de que según los resultados de participación en el programa en el periodo de estudio la adhesión al programa de las mujeres de 45 a 54 años de edad es en general alta, los porcentajes son inferiores a los del resto de grupos de edad.

Los resultados de este estudio tienen la limitación de que la medida de los tiempos de espera se basa en percepciones subjetivas. Estas percepciones pueden presentar sesgos de memoria, a pesar de que se intentaron minimizar incluyendo en la muestra sólo mujeres que requirieron valoración adicional en los 6 meses anteriores al estudio. Sin embargo, a pesar de esta limitación se valora la subjetividad de estas percepciones por el papel que desempeña en la conformación de la satisfacción de las mujeres. Otra limitación del estudio es no haber estratificado la muestra por variables de interés, lo que hubiera permitido el análisis de algunas variables (resultado del proceso, tipo de valoración adicional o tipo de prueba) que no han obtenido significación estadística por no tener suficiente muestra.

Tabla 6

Análisis de regresión logística de los factores asociados a la no satisfacción con la duración del proceso de valoración adicional

	OR (IC95%)	P
<i>Edad (años)</i>		
45-54	1	-
55-64	0,94 (0,34-5,59)	0,90
65 y más	0,20 (0,02-1,85)	0,16
<i>Clase social</i>		
Baja	1	-
Media	1,29 (0,51-3,24)	0,58
Alta	3,17 (1,10-9,14)	0,03 ^a
NS/NC	2,54 (0,31-20,97)	0,39
<i>Tipo de cribado</i>		
Inicial	1	-
Sucesivo	0,57 (0,23-1,38)	0,21
<i>Satisfacción con la atención recibida en el hospital</i>		
Satisfecha	1	-
No satisfecha	3,17 (0,54-18,73)	0,20
<i>Percepción del tiempo de espera transcurrido hasta la realización de la primera prueba</i>		
Hasta 2 semanas	1	-
Más de 2 semanas	15,54 (5,87-41,12)	0,00 ^b
NS/NC	0,56 (0,19-1,59)	0,27
<i>Percepción del tiempo de espera transcurrido hasta la notificación del resultado final</i>		
Hasta 2 semanas	1	-
Más de 2 semanas	11,57 (2,96-45,19)	0,00 ^b
NS/NC	0,41 (0,97-1,76)	0,23
<i>Confirmación de expectativas previas</i>		
Mejor de lo que esperaba	1	-
Tal y como esperaba	5,19 (1,30-20,70)	0,02 ^a
Peor de lo que esperaba	15,40 (1,41-168,64)	0,02 ^a
No esperaba nada	12,97 (1,80-93,84)	0,01 ^a

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a p < 0,05.^b p < 0,00.

Conclusiones

Conseguir altos porcentajes de participación en los programas de cribado de cáncer de mama es un requisito fundamental para disminuir la mortalidad por esta enfermedad en las mujeres. Mejorar el grado de satisfacción de las mujeres con los tiempos de espera en el proceso de valoración adicional contribuiría a mejorar la participación y la adhesión a estos programas. Para ello habría que reducir los tiempos de espera a no más de 1 semana, y en ningún caso superar las 2 semanas para cada periodo de espera, prestando especial atención a las mujeres de 45 a 54 años de edad que acuden a cribado inicial. Sería recomendable informar acerca de los tiempos de espera aproximados para cada periodo.

Contribuciones de autoría

La concepción inicial del estudio es de D. Salas y J. Miranda, y A. Molina colaboró en su diseño. La recogida de datos, así como su análisis, han sido realizados fundamentalmente por A. Molina, y D. Salas y J. Miranda han contribuido en su interpretación. El primer borrador fue escrito por A. Molina, con la supervisión, colaboración y aportación de ideas de D. Salas y J. Miranda. Todas las autoras han aprobado la versión final del artículo y A. Molina es la responsable.

Financiación

El estudio se realizó con el apoyo económico del Programa Salario Joven, subvencionado por el SERVEF, regulado por la Orden de la Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo de 6 de Junio de 2007 (DOCG núm. 5539, de 21/06/2007), por la que se convocan las ayudas del programa de Fomento de Empleo Salario Joven para el ejercicio 2007.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Ann Oncol*. 2005;16:481-8.
- Ascunce N, Salas D, Zubizarreta R, et al. Cancer screening in Spain. *Ann Oncol*. 2010;21 Suppl 3:43-51.
- Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, et al. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: update 2003. *CA Cancer J Clin*. 2003;53:141-69.
- European Commission. *European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*. 4th ed. European Commission; 2006.
- Castells X, Molins E, Macià F. Cumulative false positive recall rate and association with participant related factors in a population based breast cancer screening programme. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:316-21.
- Sala M, Salas D, Belvis F, et al. Reduction in false-positive results after introduction of digital mammography: analysis from four population-based breast cancer screening programs in Spain. *Radiology*. 2011;258:388-95.
- Brett J, Bankhead C, Henderson B, et al. The psychological impact of mammographic screening. A systematic review. *Psychooncology*. 2005;14:917-38.
- Hislop TG, Harris SR, Jackson J, et al. Satisfaction and anxiety for women during investigation of an abnormal screening mammogram. *Breast Cancer Res Treat*. 2002;76:245-54.
- Landercasper J, Linebarger JH, Ellis RL, et al. A quality review of the timeliness of breast cancer diagnosis and treatment in an integrated breast center. *J Am Coll Surg*. 2010;210:449-55.
- Thorne SE, Harris SR, Hislop TG, et al. The experience of waiting for diagnosis after an abnormal mammogram. *Breast J*. 1999;5:42-51.
- Olsson P, Armelius K, Nordahl G, et al. Women with false positive screening mammograms: how do they cope? *J Med Screen*. 1999;6:89-93.
- Ong C, Austoker J, Brett J. Breast screening: adverse psychological consequences one month after placing women on early recall because of a diagnostic uncertainty. A multicentre study. *J Med Screen*. 1997;4:158-68.
- Sandín B, Chorot P, Valiente RM, et al. Ansiedad anticipatoria asociada a las pruebas complementarias de screening de cáncer de mama. *Psicothema*. 2001;13:240-6.
- Preamble to the Constitution of the World Health Organization. En: *Interim Commission of the World Health Organization, World Health Organization, eds. Official Records of the World Health Organization. Vol. 2. New York/Geneva: United Nations/World Health Organization; Interim Commission; 1947. p. 100.*
- Quality Initiative of the National Consortium of Breast Centres. Disponible en: <http://www.breastcare.org/>.
- Brett J, Austoker J. Women who are recalled for further investigation for breast screening: psychological consequences 3 years after recall and factors affecting re-attendance. *J Public Health Med*. 2001;23:292-300.
- Blanks RG, Moss SM, McGahan CE, et al. Effect of NHS breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990-8: comparison of observed with predicted mortality. *BMJ*. 2000;321:665-9.
- Salas D, Miranda J, Antón JC, et al. Análisis de la satisfacción de las usuarias del programa de prevención de cáncer de mama de la Comunidad Valenciana. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2000. Informes de Salud N° 55.
- Junta de Castilla y León. *Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Encuesta de satisfacción de las mujeres participantes en el programa de prevención del cáncer de mama*. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social; 1998.
- Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Dirección Xeral de Saúde Pública. Enquisa de satisfacción das usuarias do programa galego de detección precoz do cancro de mama. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, Dirección Xeral de Saúde Pública; 1997. Documentos técnicos de Saúde Pública, Serie B. N° 14.
- Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, et al. *La medición de la clase social en ciencias de la salud. Informe de un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología*. Barcelona: SG Editores; 1995, 117 p.
- Borrell C, Rohlfs I, Artazcoz L, et al. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl 2:75-82.
- Marzo JC, Martínez-Tur V, Ramos J, et al. La satisfacción del usuario desde el modelo de la confirmación de expectativas: respuestas a algunos interrogantes. *Psicothema*. 2002;14:765-70.
- Alcaraz M, Lluch A, Miranda J, et al. Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama en la ciudad de Valencia. *Gac Sanit*. 2002;16:230-5.
- Serral G, Puigpinós R, Robles I, et al. Satisfacción y expectativas de las mujeres participantes y no participantes en el programa de detección precoz de cáncer de mama de Barcelona tras 10 años de funcionamiento. *Rev Esp Salud Pública*. 2010;84:717-29.
- Baré ML, Montes J, Florensa R, et al. Factors related to non-participation in a population-based breast cancer screening programme. *Eur J Cancer Prev*. 2003;12:487-94.
- Palencia L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of the screening program. *Int J Epidemiol*. 2010;39:757-65.
- Olivotto IA, Kan L, King S. Waiting for a diagnosis after an abnormal screening mammogram. *Can J Public Health*. 2000;91:113-7.
- Carbonell MA, Girbés J, Calduch JV. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias*. 2006;18:30-5.