

BARRERAS PERCIBIDAS POR ENFERMEROS/AS ONCOLÓGICOS EN EL
DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES
EN CHILE DURANTE EL AÑO 2026

POR: SOFÍA GÓNGORA
FLORENCIA INOSTROZA
MONTSERRAT SALAZAR
VICENTE BELTRÁN

PROFESORA GUÍA: ALEXANDRA OBACH
UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO

Fondecyt Regular #1251858
Proyecto ANID FONDAP N° 152220002

Julio, 2026

SANTIAGO

Agradecimientos

Agradecemos en primer lugar a los diez participantes que hicieron posible esta investigación, por su disposición y valiosa colaboración. A nuestra profesora tutora, Alexandra Obach, por guiarnos y acompañarnos durante este proceso, y por la oportunidad de ser parte del Proyecto Fondecyt N.º 1251858. Asimismo, agradecemos al Proyecto ANID FONDAP N.º 152220002, Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (CECAN), por su contribución al desarrollo de esta investigación. Finalmente, agradecemos a nuestras familias y amigos por su apoyo, cariño y comprensión durante este año y medio de esfuerzo y dedicación.

INDICE

1. RESUMEN	5
2. INTRODUCCIÓN.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	13
3.1 Propósito de la investigación.....	13
3.2 Problema a investigar.....	13
3.3 Relevancia de la problemática.....	14
3.4 Estado del arte.....	15
3.5 Vacío del conocimiento.....	19
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	20
5. OBJETIVO GENERAL.....	20
6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
7. METODOLOGÍA.....	21
7.1 Selección del diseño.....	21
7.2 Población y muestra.....	21
7.3 Técnica de muestreo.....	21
7.4 Selección de participantes.....	22
7.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	22
7.6 Técnicas de investigación.....	23
7.7 Métodos de Análisis.....	25
7.8 Criterios de rigurosidad.....	25
7.9 Limitaciones del estudio.....	26
7.10 Aspectos éticos.....	26
8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	27
8.1 Barreras Intrínsecas.....	29
8.2 Barreras de los profesionales de la salud.....	34

8.3 Barreras organizacionales y estructurales.....	40
8.4 Recomendaciones y estrategias.....	45
9. Discusión.....	48
10. Conclusiones.....	57
11. ANEXOS.....	61
11.1 Anexo consentimiento informado.....	61
11.2 Anexo guion de entrevista.....	65
11.3 Autoevaluación.....	67
11.4 Anexo Uso de Mendeley.....	72
12. REFERENCIAS.....	73

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia más común y principal causa de muerte oncológica femenina, especialmente en menores de 40 años. En este grupo, el diagnóstico suele ser tardío y con subtipos agresivos, empeorando el pronóstico. A pesar de ello, se excluyen de los programas de tamizaje, generando brechas diagnósticas. La literatura se enfoca en aspectos clínicos, siendo escasos los estudios desde la perspectiva del personal de salud. Aquí, la enfermería oncológica ejerce un rol clave en detección, educación y acompañamiento. **Objetivo general:** Identificar las barreras percibidas por los/as enfermeros/as oncológicos en Chile que dificultan el diagnóstico temprano de cáncer de mama en mujeres menores de 40 años durante el año 2026. **Metodología:** Investigación cualitativa con diseño estudio de caso. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas individuales a 10 enfermeros/as oncológica, realizando un análisis temático inductivo. **Resultados:** Se identificaron barreras intrínsecas, destacando el miedo al diagnóstico y una percepción de invulnerabilidad juvenil. Profesionalmente, existe sesgo etario en atención primaria minimizando síntomas, sumado al déficit formativo. Estructuralmente, destaca la desigualdad público-privada, falta de equipamiento, centralización de especialistas y falta de políticas de tamizaje. **Discusión:** La interacción de barreras socioculturales, educativas y sistémicas retrasan la atención, favoreciendo diagnósticos en estadios avanzados. Concordando con la literatura, se evidencia una invisibilización institucional de estas pacientes, siendo urgente fortalecer la educación preventiva, mejorar la atención primaria y descentralizar recursos. **Conclusiones:** El diagnóstico tardío resulta multifactorial. Para mitigarlo, es totalmente imperativo fortalecer la formación oncológica, ampliar las competencias clínicas de enfermería en atención primaria y promover nuevas políticas públicas que corrijan inequidades. **Palabras**

claves: cáncer de mama, mujeres jóvenes, diagnóstico temprano, barreras percibidas, enfermería oncológica.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye la neoplasia más frecuentemente diagnosticada y la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres a nivel mundial, representando una de las mayores cargas para la salud pública debido a su elevada incidencia y mortalidad (Bray et al., 2024).

Según un informe reciente de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, se estima que una de cada veinte mujeres será diagnosticada con esta enfermedad a lo largo de su vida (IARC, 2025). En el año 2022, el cáncer de mama representó el 23,8 % de todos los nuevos diagnósticos de cáncer en mujeres a nivel mundial, siendo el tipo de cáncer más frecuente en esta población (IARC & OMS, 2024).

Estas cifras reflejan la magnitud del impacto que el cáncer de mama tiene sobre la salud femenina a nivel mundial, consolidándolo como un importante problema de salud pública. A pesar de los avances en el tratamiento y de los esfuerzos orientados a fortalecer las políticas de prevención, esta enfermedad continúa siendo una de las principales causas de mortalidad oncológica en la población femenina.

La detección temprana del cáncer de mama constituye una estrategia costo-efectiva que contribuye significativamente a mejorar el pronóstico, siempre que exista disponibilidad de tratamiento temprano. No obstante, el alcance de los beneficios esperados depende en gran medida de la educación y sensibilización de la población, la cual favorece la participación activa de las mujeres en los procesos de diagnóstico y manejo de la enfermedad. (Anderson et al., 2006). En este sentido, se vuelve esencial fortalecer las estrategias de prevención y detección precoz mediante enfoques más inclusivos, que contemplen de manera específica a las mujeres menores de 40 años, considerando sus particularidades clínicas y epidemiológicas.

Por esto, el cáncer de mama en mujeres menores de 40 años representa un importante desafío clínico y sanitario debido a su menor acceso a programas de tamizaje, lo que favorece diagnósticos en etapas más avanzadas. (Ministerio de Salud, 2015). Además, el diagnóstico en etapas tempranas de la vida conlleva importantes repercusiones físicas,

emocionales, familiares, sociales y laborales, ya que muchas pacientes se encuentran en etapas de desarrollo profesional, maternidad o planificación familiar. (Rosenberg & Partridge, 2015) Asimismo, al no formar parte del grupo objetivo de los programas de tamizaje poblacional, las mujeres jóvenes tienen mayores probabilidades de enfrentar retrasos diagnósticos, lo que favorece la pesquisa en etapas más avanzadas de la enfermedad y limita las posibilidades de un tratamiento temprano. Estas características evidencian la necesidad de desarrollar estrategias de prevención y detección precoz más inclusivas, orientadas a responder a las necesidades específicas de esta población.

En este contexto, el cáncer de mama representa la principal causa de muerte por cáncer en mujeres menores de 39 años, con una tasa de mortalidad anual de 1.6 por cada 100.000 mujeres a nivel mundial (Agencia Internacional para la investigación del cáncer, 2022).

En este grupo etario, la enfermedad suele diagnosticarse en estadios más avanzados y presentar un pronóstico menos favorable en comparación con mujeres de mayor edad. Además, los tumores mamarios en mujeres jóvenes se caracterizan con mayor frecuencia por un mayor tamaño al momento del diagnóstico, ausencia de expresión de receptores hormonales (estrógeno y progesterona) y sobreexpresión de la proteína HER2. Estas características biológicas se asocian a un comportamiento tumoral más agresivo, una mayor tasa de proliferación celular y una menor respuesta a la terapia hormonal, lo que contribuye a un mayor riesgo de recurrencia y mortalidad (Fundación para la Investigación del Cáncer de Mama, 2025).

Entre los subtipos de cáncer de mama con mayor frecuencia en mujeres jóvenes destaca el cáncer de mama triple negativo, caracterizado por su comportamiento biológico agresivo, mayor riesgo de recurrencia y limitadas opciones terapéuticas en comparación con otros subtipos. No obstante, en septiembre de 2025 se incorporó al Programa de Drogas de Alto Costo (DAC) la inmunoterapia con Pembrolizumab para pacientes con este subtipo de cáncer.

Esta incorporación amplía la disponibilidad de terapias de elevado valor económico y contribuye a mejorar la supervivencia y el pronóstico de las mujeres afectadas por cáncer de mama triple negativo, particularmente de aquellas usuarias del sistema público de salud (Ministerio de Salud, 2025).

En conjunto, estas características biológicas más agresivas contribuyen a que las mujeres menores de 40 años presenten un peor pronóstico, con un riesgo de mortalidad por cáncer de mama hasta un 40 % superior al de las mujeres de mayor edad. En este grupo etario se observa una mayor frecuencia de mutaciones hereditarias en los genes BRCA1 y BRCA2, las cuales incrementan significativamente la susceptibilidad a desarrollar la enfermedad.

A ello se suman diversos factores de riesgo asociados, entre los que destacan el sedentarismo, el consumo excesivo de alimentos ultra procesados, la ingesta de alcohol, la maternidad tardía, la menarquia precoz y la exposición a disruptores endocrinos de origen ambiental, los cuales pueden influir en el desarrollo y la progresión del cáncer de mama (Fundación para la Investigación del Cáncer de Mama, 2025).

En cuanto a los factores de riesgo modificables, la evidencia indica que patrones de alimentación no saludables, baja actividad física y consumo perjudicial de alcohol y tabaco, así como la exposición a determinados agentes laborales y ambientales, contribuyen al desarrollo del cáncer de mama. Se estima que entre un 30 % y un 40 % de los casos de cáncer podrían prevenirse mediante la modificación de estos factores, especialmente a través del control del exceso de peso —condición de alta prevalencia en la población chilena—, la adopción de una alimentación equilibrada, la práctica regular de actividad física y la disminución del consumo de tabaco y alcohol (Merino, 2023).

En este contexto, la Iniciativa Global contra el Cáncer de Mama establece como uno de sus pilares la promoción de la salud y la detección precoz. Este enfoque enfatiza la importancia de la educación poblacional orientada a la reducción de factores de riesgo, incluyendo la promoción de la lactancia materna, la prevención de la obesidad y la disminución del consumo de alcohol.

No obstante, estas estrategias deben implementarse de manera complementaria a programas efectivos de detección temprana, que permitan la identificación oportuna de la enfermedad en etapas iniciales y contribuyan a mejorar el pronóstico y la sobrevida de las pacientes (McTiernan et al., 2008).

A pesar de estos antecedentes, la población femenina menor de 40 años no forma parte del grupo objetivo de los programas de tamizaje, lo que puede contribuir a retrasos en el diagnóstico, especialmente en aquellas que no presentan factores de riesgo conocidos o síntomas iniciales.

En Chile, la detección precoz del cáncer de mama constituye una de las principales estrategias para disminuir la mortalidad asociada a esta enfermedad. La evidencia científica demuestra que el tamizaje mediante mamografía en mujeres asintomáticas reduce la mortalidad por cáncer de mama, por lo que el Ministerio de Salud recomienda su realización periódica como la estrategia de elección para la pesquisa precoz en la población objetivo (MINSAL, 2013).

En concordancia con estas recomendaciones, el Plan Nacional de Cáncer 2022–2027 establece como una de sus prioridades fortalecer la detección precoz del cáncer de mama mediante la implementación del tamizaje mamográfico en mujeres de 50 a 69 años, recomendando la realización de una mamografía cada tres años. Esta prestación se desarrolla en el nivel de atención primaria, a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA), con el propósito de aumentar la cobertura de tamizaje, favorecer el diagnóstico en etapas iniciales y garantizar el acceso temprano a la confirmación diagnóstica y al tratamiento mediante el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). No obstante, el Plan Nacional de Cáncer señala que la cobertura del tamizaje continúa siendo insuficiente, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de pesquisa precoz en la población objetivo (MINSAL, 2022).

Como se ha analizado hasta ahora, la exclusión de la población femenina menor de cuarenta

años de los programas de detección precoz se fundamenta en la menor incidencia de la enfermedad en este grupo etario y a las limitaciones de la mamografía, asociadas principalmente a la mayor densidad del tejido mamario, lo que reduce su sensibilidad diagnóstica. En consecuencia, el diagnóstico en mujeres jóvenes depende fundamentalmente de la sospecha clínica, la evaluación individual del riesgo y la consulta oportuna frente a signos y síntomas, situación que contribuye a una mayor frecuencia de diagnósticos en etapas avanzadas y a un peor pronóstico en comparación con mujeres de mayor edad (MINSAL, 2013).

Con el propósito de reducir los obstáculos de acceso a las prestaciones preventivas y favorecer la detección precoz de enfermedades, en 2014 se promulgó la Ley N.º 20.769, que incorporó el artículo 66 bis al Código del Trabajo. Esta normativa otorga a las trabajadoras mayores de 40 años y a los trabajadores mayores de 50 años, con contratos de trabajo superiores a 30 días, el derecho a un permiso laboral remunerado de medio día al año para realizarse exámenes de medicina preventiva durante la jornada laboral, incluyendo la mamografía, el examen de próstata y otras prestaciones preventivas como el Papanicolaou. Asimismo, cuando sea necesario, el permiso considera el tiempo adicional requerido para el traslado hacia y desde el establecimiento de salud, favoreciendo el acceso temprano a estas prestaciones sin afectar la remuneración del trabajador (Ley N.º 20.769, 2014).

La implementación de esta normativa busca reducir las barreras laborales que limitan la participación de la población en los programas de prevención y pesquisa precoz. En el caso de las mujeres, el acceso a un permiso laboral remunerado para la realización de mamografías constituye una estrategia que favorece la adherencia al tamizaje y promueve el diagnóstico temprano del cáncer de mama, contribuyendo a mejorar el pronóstico y las posibilidades de tratamiento (Ley N.º 20.769, 2014).

En contraste, las mujeres menores de 40 años no acceden a un tamizaje universal, por lo que el diagnóstico depende principalmente del autoconocimiento, la evaluación clínica, y la indicación de estudios imagenológicos según la presencia de factores de riesgo individuales,

como antecedentes familiares o mutaciones genéticas. En conjunto, los programas anteriormente descritos tienen como propósito favorecer la prevención y la identificación temprana de la enfermedad en mujeres sobre los 50 años, con el objetivo de reducir la mortalidad por cáncer de mama en Chile, que hoy, es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres (Ministerio de Salud, 2015), dejando fuera a la población femenina menor de 40 años.

Finalmente, las diferencias biológicas y las características propias de la etapa vital de las mujeres menores de 40 años —como las preocupaciones relacionadas con la fertilidad, la imagen corporal, la maternidad, la vida laboral y los roles sociales— hacen necesario un abordaje clínico integral desde el momento del diagnóstico. Muchas pacientes deben enfrentar decisiones complejas respecto a tratamientos quirúrgicos y hormonales, influenciadas no solo por criterios clínicos, sino también por factores emocionales, como el miedo a la recurrencia de la enfermedad. Incluso cuando la mastectomía bilateral no mejora la supervivencia en la mayoría de los casos, su elección ha aumentado en este grupo etario. Estas circunstancias, sumadas a la mayor carga psicosocial que experimentan las mujeres jóvenes con cáncer de mama, refuerzan la importancia de que los equipos de salud, especialmente el personal de enfermería, proporcionen un acompañamiento integral, temprano y basado en evidencia, orientado a disminuir las barreras que dificultan el diagnóstico precoz y el acceso temprano al tratamiento (Rosenberg & Partridge, 2015).

Frente a esta realidad, surge la interrogante de por qué, si las estadísticas reflejan un pronóstico más desfavorable en mujeres jóvenes y la exclusión en programas de tamizajes, aún existen tan pocos estudios centrados en estrategias eficaces de detección temprana de cáncer de mama en este grupo etario. Este vacío en la evidencia limita la implementación de intervenciones específicas que respondan a sus necesidades particulares. Asimismo, la revisión de la literatura muestra una brecha importante respecto de cómo el personal de salud identifica e interpreta las barreras que dificultan el acceso a un diagnóstico temprano en mujeres jóvenes. Comprender la perspectiva de quienes tienen contacto directo con las pacientes resulta fundamental, ya que el equipo de salud, en especial la visión de la

enfermería oncológica, especialidad reconocida oficialmente en Chile durante el año 2024, cabe destacar que es la primera especialidad de enfermería con reconocimiento legal por parte de los ministerios de Salud y Educación en Chile (Ministerio de Salud, 2024). Dicha especialidad, cumple un rol clave en el cuidado integral de las personas con cáncer y de sus familias, según los autores young et al., (2020) la enfermería oncológica abarca desde la prevención de la enfermedad hasta los cuidados paliativos y el final de la vida, destacan que la única especialidad de enfermería en Chile no solo considera las necesidades físicas de los pacientes, sino que otras esferas como la psicosocial, espiritual, entre otros. Al mismo tiempo, administra y supervisa los tratamientos oncológicos, observando la aparición de efectos adversos y actuando oportunamente, educando a los pacientes sobre la enfermedad, el tratamiento, el autocuidado, coordinando la atención con otros profesionales y así múltiples tareas para resguardar la salud de los pacientes.

La información contenida en el documento se estructura en los siguientes apartados: inicialmente se presenta el marco teórico, el cual contextualiza el problema de estudio y define la relevancia de este, junto a la literatura encontrada. A continuación, se presenta la pregunta de investigación, junto con el objetivo general y los objetivos específicos. Posteriormente, se describe la metodología utilizada en el estudio, incluyendo su fundamentación, la selección de participantes, los métodos de análisis y otros aspectos relevantes. En la parte final, se expone un resumen general del informe, seguido de las conclusiones. El documento concluye con los anexos correspondientes, la autoevaluación del trabajo y el apartado de referencias bibliográficas utilizadas.

Esta tesis forma parte del proyecto Fondecyt Regular #1251858.

MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico se estructura abordando en primer lugar el problema de investigación, centrado en las barreras percibidas por enfermeros/as oncológicos en el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años en Chile. Por otro lado, se analiza la relevancia del tema tanto para el contexto nacional como para la profesión de enfermería, destacando las implicancias sociales, estructurales y sanitarias. Posteriormente, se desarrolla el estado del arte basado en la revisión de la literatura científica nacional e internacional que permite comprender el panorama actual sobre el acceso al diagnóstico oncológico en cáncer de mama en mujeres jóvenes. Finalmente, se identifican los vacíos existentes en el conocimiento, lo que justifica la necesidad de esta investigación.

Propósito de la investigación

El presente estudio busca determinar las principales barreras percibidas para el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años, según la perspectiva de los/as enfermeros/as oncológicos en Chile durante el año 2026. Este trabajo se realiza con el objetivo de aportar evidencia que visibilice los desafíos existentes y oriente la formulación de estrategias que mejoren la detección precoz en esta población vulnerable.

Problema para investigar

A pesar de los avances en políticas de salud para la detección temprana del cáncer de mama, aún existen limitaciones en el acceso a un diagnóstico temprano en mujeres menores de 40 años. Este grupo etario, al no estar incluido dentro de los programas de tamizaje en Chile, enfrenta barreras significativas que dificultan una pesquisa temprana. A nivel nacional, existe además un vacío significativo en la literatura científica respecto a esta problemática. La mayoría de los estudios se han centrado en la experiencia y percepción de las pacientes, dejando escasamente explorada la visión del personal de enfermería oncológica sobre esta temática. Esta ausencia de evidencia dificulta el diseño de estrategias clínicas y de salud pública que consideren de forma integral el rol de enfermería en el proceso de detección temprana.

Relevancia de la problemática

La evidencia científica indica que las mujeres jóvenes pueden desarrollar formas más agresivas de cáncer de mama, las cuales se asocian con un peor pronóstico y menores tasas de supervivencia en comparación con mujeres de mayor edad (Rosenberg & Partridge, 2015). En este contexto, es esencial generar conocimiento que permita fortalecer la detección temprana en este grupo etario, para lograr mejores resultados clínicos y sanitarios a nivel nacional.

En Chile se ha implementado el tamizaje de cáncer de mama dirigido a mujeres entre los 50 y 69 años. Consta de una mamografía cada 3 años y ecotomografía. En caso de sospecha de cáncer de mama, las mujeres tienen derecho a acceder al régimen de garantías GES para confirmación y tratamiento. (Ministerio de Salud, 2022). Sin embargo, solo el 37% de los casos corresponde al grupo etario con cobertura garantizada por ley, mientras que el resto se concentra en mujeres fuera de este rango: un 28% en menores de 49 años y un 35% en mujeres de 65 años o más. (Ceballos-Morales et al., 2021).

Asimismo, la exclusión de las mujeres jóvenes de los programas convencionales de detección temprana constituye una inequidad relevante en el acceso a servicios de salud, restringiendo su posibilidad de recibir una atención oportuna y de calidad (Guerrero-Nancuante et al., 2025). Este estudio contribuye a evidenciar esta problemática escasamente explorada en la investigación nacional, promoviendo la incorporación de este grupo en la elaboración de futuras políticas públicas.

Por otro lado, el personal de enfermería oncológica cumple una función fundamental en la educación para la salud, detección temprana de signos de alarma y el apoyo continuo a las pacientes durante el proceso diagnóstico (Bonetti et al., 2022). Analizar las vivencias y perspectivas de estos profesionales respecto al problema a investigar permitirá ampliar la comprensión del problema y a fortalecer su rol como actores clave en la promoción de un abordaje integral.

Estado del arte

El cáncer constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial, cuya carga continúa incrementándose con el paso de los años. En 2020 se registraron aproximadamente 19 millones de nuevos casos y 10 millones de muertes por esta enfermedad, lo que representa más de una de cada seis defunciones en el mundo. A pesar de esta elevada carga, la respuesta de la red de atención sanitaria ha sido insuficiente en el abordaje del problema, principalmente en entornos de naciones de ingresos bajos e intermedios donde la limitada capacidad para ofrecer programas oncológicos oportunos, accesibles y de calidad, dificulta el control de la enfermedad y agrava el impacto en el estado de salud de la población. (Anderson et al., 2021)

El cáncer de mama ha sido objeto de múltiples avances en diagnóstico y tratamiento; sin embargo, las mujeres jóvenes continúan enfrentando desafíos específicos en esta área. Entre ellos destacan el diagnóstico en etapas más avanzadas, el bajo nivel de conciencia sobre su riesgo y la escasa inclusión en programas de detección precoz, especialmente en contextos con recursos limitados (Rosenberg & Partridge, 2015). Estas condiciones inciden directamente en la sobrevida, ya que identificar la enfermedad tempranamente permite iniciar un tratamiento de forma oportuna y con resultados más efectivos. (Anderson et al., 2021)

La mamografía continúa siendo la herramienta más utilizada para la detección precoz del cáncer de mama, especialmente en mujeres promedio entre 50 y 69 años. La American Cancer Society (2023) señala que la detección temprana permite diagnosticar la enfermedad en etapas iniciales, antes de que aparezcan síntomas, mejorando las tasas de supervivencia. Sin embargo, esta estrategia no incluye a las mujeres menores de 40 años, quienes, a pesar de representar un grupo con subtipos tumorales más agresivos, quedan excluidas de los programas (GuerreroNancuante et al., 2025).

Por otro lado, una investigación realizada en Soweto (Sudáfrica) evidenció que el

diagnóstico tardío en cáncer de mama está asociado a la falta de formación del personal de salud, y a la escasa movilidad y renovación del personal dentro del sistema sanitario. Esta situación provoca falta de conocimiento y competencias relacionadas con el cáncer, así como, un déficit en la aplicación de normativas y métodos adecuados de detección temprana (Murugan et al., 2014).

Asimismo, se ha demostrado que los retrasos en el inicio del tratamiento tienen un impacto directo en la mortalidad. Un análisis del National Cancer Database encontró que iniciar el tratamiento después de 60 días desde el diagnóstico se asoció con un aumento del 26% en la mortalidad en personas con cáncer de mama. No obstante, en mujeres menores de 40 años, la principal problemática se relaciona con el retraso en el diagnóstico temprano más que con el acceso al tratamiento en sí, ya que, una vez confirmado el diagnóstico, el proceso terapéutico suele ser relativamente expedito. En este contexto, una revisión sistemática identificó que las principales barreras que contribuyen al retraso en el inicio del tratamiento corresponden a factores personales, socioculturales y económicas, además de dificultades relacionadas con la gestión y prestación de servicios de salud (Almallah, W. R., et al., 2024)

Las desigualdades también se evidencian al comparar regiones. Mientras que en países de altos ingresos más del 70 % de las pacientes con cáncer de mama en la población general son diagnosticadas en estadios I y II, en países con menos recursos esta proporción disminuye a entre un 20 % y un 50 % (Unger-Saldaña, 2014, p. 466). Esta brecha refleja no solo las desigualdades en el acceso al sistema de salud, sino también deficiencias estructurales que dificultan la detección temprana del cáncer de mama.

En América Latina, las dificultades incluyen la fragmentación de los sistemas sanitarios, la escasez de personal, la insuficiencia de infraestructura y las inequidades geográficas (Bárcena et al., 2022). En el caso chileno, el sistema presenta una clara segmentación entre el sector público y privado, así como una fragmentación en su financiamiento y provisión de servicios, lo que genera inequidades en el acceso y continuidad de la atención (Bernalet-Baksai et al., 2020).

Factores culturales, como el miedo al diagnóstico de cáncer, la vergüenza y creencias erróneas sobre la mamografía, también influyen negativamente en la búsqueda de

diagnóstico temprano. En el caso de Chile, aunque el sistema público ofrece mamografía gratuita cada tres años para mujeres de 50 a 69 años con riesgo promedio, la cobertura del programa alcanza aproximadamente un 40,9% en este grupo etario, evidenciando una baja adherencia al tamizaje (BCN ,2024). Además, las mujeres jóvenes quedan fuera de esta cobertura (Guerrero-Nancuante et al., 2025).

Esto se suma a la falta de especialistas y centros diagnósticos, sobre todo fuera de la capital, lo que restringe la oportunidad y calidad de la atención. Un artículo titulado como “Barreras y facilitadores de la atención en salud de persona, con cáncer en una comuna del norte de Chile: reporte cualitativo” de estudiantes de la Universidad de Atacama identificaron los principales obstáculos y elementos que impactan en el diagnóstico y tratamiento de pacientes oncológicos. La mayoría de los participantes fueron personas con diagnóstico de cáncer de mamas, y la principal barrera identificada fue el déficit de personal médico especializado en oncología. Tal como señalan los autores: “...enfatan principalmente en la falta de recursos humanos especializados en la atención oncológica en el hospital provincial de Vallenar” (Torres et al., 2024, p.6). Este déficit de especialistas y centros de diagnóstico especialmente fuera de la capital, limita el acceso a una atención oportuna y de calidad para mujeres con cáncer de mama, incluyendo a las menores de 40 años.

Dichos desafíos complican la puesta en práctica de un enfoque multidisciplinario que es crucial para el tratamiento eficaz del cáncer de mama y evidencian la importancia de ajustar las intervenciones a las circunstancias locales (Almallah, W. R., et al., 2024).

El cáncer de mama en pacientes menores de 40 años se caracteriza por particularidades distintivas que lo diferencian de la enfermedad en mujeres mayores de edad. Diversos estudios han demostrado que este grupo etario presenta con mayor frecuencia tumores biológicamente más agresivos, estadios más avanzados al momento del diagnóstico, peores desenlaces clínicos y mayores necesidades de apoyo integral. Asimismo, el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama durante esta etapa de la vida genera un impacto significativo en múltiples dimensiones, incluyendo la salud mental, la vida laboral, las relaciones de pareja, la maternidad, la fertilidad, la sexualidad y el cumplimiento de roles familiares y sociales. En este contexto, las mujeres pueden experimentar preocupación por

la pérdida de fertilidad, alteraciones en la imagen corporal, temor a la recurrencia de la enfermedad, dificultades económicas e interrupción de proyectos de vida.

Vezzani et al. (2025) identificaron que las mujeres jóvenes sobrevivientes de cáncer de mama presentan importantes necesidades de apoyo no cubiertas, particularmente en los ámbitos emocional, reproductivo, sexual y social, así como necesidades relacionadas con la salud mental, la reinserción laboral y el acompañamiento psicosocial. Estos hallazgos evidencian que el cáncer de mama en mujeres jóvenes constituye una experiencia compleja que trasciende el ámbito estrictamente biomédico. Por otra parte, la evidencia científica ha identificado múltiples barreras que dificultan el diagnóstico temprano en este grupo de población, entre las que destacan la baja sospecha clínica, la minimización de síntomas, la persistente asociación del cáncer de mama en mujeres de mayor edad, la subestimación del riesgo tanto en pacientes como en profesionales de la salud y la insuficiente formación de algunos equipos sanitarios respecto a las particularidades del cáncer de mama en mujeres jóvenes. Estas barreras pueden retrasar la pesquisa y el inicio temprano del tratamiento, contribuyendo a diagnósticos en etapas más avanzadas y a peores desenlaces clínicos.

La enfermería oncológica corresponde a un área de práctica especializada orientada al cuidado integral de las personas con cáncer a lo largo de todo el proceso continuo salud-enfermedad, abarcando la promoción y prevención, el proceso diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos (Montealegre Sanz, 2020). En Chile esta área comenzó a consolidarse a fines de la década de 1980. La Sociedad Chilena de Enfermería Oncológica sitúa sus inicios en 1987, con la creación del Capítulo Chileno de Enfermería Oncológica. Más recientemente, en 2024, esta especialidad alcanzó reconocimiento legal formal al incorporarse al Decreto N° 8.

En este contexto, el personal de enfermería especializado en oncología cumple un rol fundamental en la atención integral de las personas diagnosticadas con cáncer. Aunque los y las enfermeros/as oncológicos generalmente atienden a pacientes con diagnóstico confirmado, su papel va más allá del cuidado posterior: su contacto directo y prolongado con los pacientes y sus familias les permite observar y comprender las dificultades y retrasos

que estos enfrentaron durante el proceso diagnóstico. Por ello, incluir la perspectiva del personal de enfermería especializado resulta fundamental para visibilizar inequidades y contribuir al diseño de estrategias que optimicen la detección precoz y los circuitos de derivación, mejorando así la calidad del cuidado oncológico integral (Melo et al., 2017).

En conclusión, la experiencia del personal de enfermería oncológica ayuda a comprender las vivencias de las pacientes durante todos sus procesos, ya sea, de promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, entre otros. Sino también, reconocer factores del sistema de salud y del entorno social que influyen en los retrasos sobre todo del diagnóstico de la patología en cuestión. Tomando en cuenta aquello, adquiere importancia analizar las barreras estructurales, organizacionales y culturales descritas tanto en la evidencia nacional como internacional, ya que entender estos obstáculos desde la perspectiva de enfermería puede ayudar al fortalecimiento de las prácticas clínicas, la optimización de protocolos y el diseño de políticas públicas enfocadas a una detección más oportuna del cáncer de mama en mujeres jóvenes.

Vacíos del conocimiento

Si bien existen estudios sobre el cáncer de mama en mujeres jóvenes menores de 40 años, estos se han centrado principalmente en la perspectiva de las pacientes. Un ejemplo de ello es la investigación desarrollada por la Universidad del Desarrollo, disponible en su repositorio institucional, que explora las barreras percibidas por mujeres menores de 40 años con cáncer de mama en Chile, abarcando aspectos relacionados con la detección temprana y el acceso a tratamiento (Cabieses, Obach & Vezzani, 2023). Sin embargo, aún hay una falta de investigaciones que se enfoquen en las percepciones y experiencias del personal de enfermería que participa en el diagnóstico y tratamiento de este grupo. Por otro lado, pese a que se sabe que ha habido un aumento en la incidencia de cáncer de mama en mujeres jóvenes y las dificultades que enfrentan, no se han identificado con claridad cuáles son las barreras percibidas por el personal de enfermería al atender a este grupo etario específico.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son las barreras percibidas por los enfermeros/as oncológicos en Chile para el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años durante el año 2026?

OBJETIVO GENERAL:

Identificar las barreras percibidas por los/as enfermeros/as oncológicos en Chile que dificultan el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años durante el año 2026.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la percepción de los enfermeros oncológicos sobre las barreras intrínsecas que dificultan un diagnóstico temprano, considerando factores físicos, emocionales y de creencias personales que retrasan la búsqueda de atención y la confirmación de la enfermedad en mujeres menores de 40 años.
- Develar la percepción de los/as enfermeros/as oncológicos sobre las barreras que poseen los profesionales de la salud para el diagnóstico temprano de cáncer de mama en mujeres jóvenes menores de 40 años.
- Indagar según la perspectiva de los/as enfermeros/as oncológicos, en las barreras organizacionales y estructurales del sistema de salud que limitan el acceso de atención para un diagnóstico temprano de cáncer de mama en mujeres jóvenes menores de 40 años.

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

La metodología empleada en este estudio es de enfoque cualitativo, la cual permite comprender de manera profunda las vivencias y opiniones de los participantes en torno al fenómeno estudiado. Este enfoque reconoce la existencia de múltiples realidades construidas a partir de las vivencias individuales y colectivas, lo que resulta especialmente pertinente al abordar temas sensibles como las barreras vinculadas al diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres jóvenes (Vásquez et al., 2017). A diferencia de los métodos cuantitativos, este tipo de investigación no reduce la realidad a variables aisladas, sino que considera a las personas y sus contextos como un todo, incluyendo también al investigador como parte activa del proceso, quien incorpora sus propios valores y experiencias. (Vásquez et al., 2017) con un diseño metodológico tipo estudio de caso con el objetivo de Analizar en profundidad un fenómeno dentro de su contexto; Busca una comprensión amplia y detallada del fenómeno estudiado; Sus hallazgos aportan evidencia para comprender el fenómeno y apoyar el desarrollo de teoría (Vásquez et al., 2017).

Población

Enfermeras/os oncológicos de la Región Metropolitana de Chile.

Muestra

Diez enfermeras/os oncológicos que se desempeñan en unidades oncológicas de la Región Metropolitana, seleccionados según criterios de inclusión y exclusión en el estudio.

Técnica de muestreo

Para esta investigación se utilizó un muestreo teórico y opinático. Por un lado, el muestreo teórico es la selección de participantes según reporta la literatura. Dicha muestra es una representación de personas, contextos, eventos o procesos con características específicas que, según la perspectiva del investigador, genera un impacto en la

comprensión y los significados del fenómeno estudiado (Vásquez et al., 2017).

El muestreo opinático por su parte se define como la selección de participantes según los objetivos del estudio antes de iniciar la investigación considerando quien tiene información relevante sobre el estudio. Asimismo, este tipo de muestreo permite implementar la estrategia de bola de nieve, mediante la cual un participante que cumple con los criterios de inclusión identifica a otros potenciales informantes con características similares. Dicha estrategia fue empleada en el desarrollo de la presente investigación

(Vásquez et al., 2017).

Criterios de inclusión y exclusión de la población

Se consideraron sujetos aptos para el estudio aquellos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: I) poseer al menos un año de experiencia clínica en el área oncológica y; (ii) desempeñarse activamente en dicha área al momento del estudio.

Se excluyeron del estudio a aquellos enfermeros/as oncológicos/as que se desempeñan exclusivamente en funciones administrativas, sin participación directa en la atención clínica de pacientes.

Método de selección y reclutamiento de participantes:

Previamente a la selección de los participantes, y con el fin de obtener canales de reclutamiento, se gestionó la autorización correspondiente para la ejecución del estudio mediante el envío de una carta formal a la presidenta de la Sociedad Chilena de Enfermería Oncológica. Esta solicitud tuvo como objetivo obtener el respaldo institucional necesario para llevar a cabo el proceso de reclutamiento de participantes de forma ética y transparente.

Una vez obtenida la autorización, se solicitó a la presidenta de la sociedad que difundiera la presente investigación mediante en las redes sociales de la Asociación. Para ello, se le hizo llegar un afiche de difusión, una hoja informativa del estudio y un enlace de inscripción a través de Google Forms. En paralelo, se creó un perfil de Instagram donde se explicó el

objetivo de la investigación y se subió material interactivo con el objetivo de poder reclutar a más participantes mediante la difusión de perfil. Al mismo tiempo, se le envió de manera personal un mensaje con el link del Forms a más de 50 potenciales participantes que eran parte de la red social. Cada profesional interesado en formar parte del estudio accedió a un código QR o Link disponible en el material informativo, el cual los dirigió a un formulario digital diseñado para aplicar los criterios de inclusión y exclusión del estudio, con el fin de asegurar el perfil de profesional que se esperaba, además de recopilar medios de contacto. A partir de esta información, se realizó una revisión de los datos y se seleccionaron a los/as participantes que cumplieran con los criterios establecidos.

Respecto a la selección final de los participantes, diecisiete personas se inscribieron en el formulario. De ellas, diez fueron seleccionadas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, muestra con la cual se alcanzó la saturación de la información. Una vez inscritas las personas interesadas en participar del estudio, cada uno de ellos fue contactado por el equipo de investigación para coordinar la fecha, hora y la modalidad de la entrevista, asegurando previamente la firma del consentimiento informado. (Anexo 1)

El equipo de investigación llevó un registro interno mediante una planilla confidencial donde se documentó el cumplimiento de los criterios de inclusión para cada participante, incluyendo datos como la institución en la que trabaja, su cargo actual, años de experiencia en oncología y otros antecedentes relevantes para el estudio.

Técnicas de investigación a utilizar

Para el levantamiento de información del estudio, se aplicaron entrevistas semiestructuradas, técnica de recolección de datos que se utiliza de manera significativa en investigaciones cualitativas, especialmente en el área de salud. Las entrevistas estuvieron guiadas por una pauta flexible, construida a partir de los objetivos específicos del estudio (Anexo 2), construida en torno a seis dimensiones; i) Experiencia profesional, ii) Acceso y oportunidad, iii) Recursos del sistema de salud, iv) Rol de enfermería, v) Barreras Intrínsecas (indagar en los factores físicos, emocionales y de creencias personales que retrasan el

diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años.) y vi) Barreras organizacionales y estructurales. Cabe destacar que las entrevistas semiestructuradas se caracterizan por su flexibilidad, permitiendo al entrevistado responder libremente, sin ajustarse a alternativas cerradas de respuesta. (Lopezosa, Codina, & Freixa Font, 2022)

Gracias a la naturaleza de esta técnica de investigación, se pudo acceder a las experiencias, pensamientos, creencias y precepciones de los participantes respecto al tema de investigación de manera exhaustiva y contextualizada. Además, dada la flexibilidad que permite este tipo de entrevista, se pudo complementar las preguntas iniciales con temas emergentes que fueron apareciendo durante la conversación con los participantes, así como ahondar en aclaraciones o comentarios (DeJonckheere M, Vaughn, 2019).

Se le realizó una entrevista de forma individual a cada participante, todas en formato online, con el fin de facilitar la flexibilidad y accesibilidad según las posibilidades y preferencias de los profesionales.

Todas las entrevistas se llevaron a cabo a través de plataformas seguras como Zoom o Google Meet, siempre previa coordinación horaria con los participantes.

Cada entrevista tuvo una duración aproximada de entre 30 y 45 minutos, las cuales fueron grabadas en audio, previo consentimiento informado firmado y expresado verbalmente por cada participante. Posteriormente, las grabaciones fueron transcritas textualmente para su análisis.

Análisis de la información

Para analizar toda la información procedente de las entrevistas, se realizó un análisis temático inductivo narrativo de la información obtenida a través de entrevistas, lo que facilitó la identificación de patrones comunes en los discursos de los participantes propio de la metodología cualitativa (Vásquez et al., 2017). Este tipo de análisis se realizó mediante seis pasos, en primer lugar, un investigador previamente designado por el grupo se familiarizó con los datos obtenidos en la entrevista. Posterior a eso, se determinaron las características principales de los datos de mayor relevancia con el objetivo de generar códigos, para luego, en base a dicha codificación, identificar patrones y semejanzas en la información obtenida. De este modo, se fueron relacionando los datos con la finalidad de refinar los temas, agruparlos, combinarlos entre sí o bien eliminarlos. Finalmente, se realizó una definición de los temas encontrados y se vincularon a cada objetivo específico correspondiente.

Criterios de rigurosidad de la investigación cualitativa

Para garantizar la rigurosidad del estudio se consideraron criterios tales como: (i) revisión de pares, con el objetivo de vigilar la interpretación que los investigadores hacen de los datos obtenidos durante la investigación; (ii) triangulación de la información, con el fin de contrarrestar y verificar los resultados a partir de distintas referencias y perspectivas, mediante la comparación de múltiples puntos de vista, informantes, fuentes de información, entre otros. (iii) Finalmente, como medio para justificar las opciones teóricas, metodológicas y analíticas de los investigadores, se realizó un portafolio de evidencia con el fin de registrar todas las actividades que se fue realizando durante el trabajo de campo, como, por ejemplo, los audios y las transcripciones de las entrevistas, así también, los métodos de reclutamientos que utilizó el grupo (Vásquez et al., 2017).

Limitaciones del Estudio

En cuanto a las limitaciones en nuestro estudio que influyeron en el desarrollo de este. En primer lugar, fue la dificultad del acceso por parte de los participantes debido a la carga laboral que estos poseían. Esto afectó en la cantidad de participantes o condicionó el tiempo y profundidad de las entrevistas. En segundo lugar, el abarcar enfermeros ubicados solo en la Región Metropolitana limitó significativamente el alcance de conocimientos sobre situaciones o experiencias de profesionales a lo largo del país.

Aspectos éticos de la investigación

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Pregrado de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, garantizando una revisión independiente del protocolo de investigación. Asimismo, se solicitó la autorización correspondiente mediante el envío de una carta formal a la presidenta de la Sociedad Chilena de Enfermería Oncológica. Esta solicitud tuvo como finalidad contar con el respaldo institucional necesario para la incorporación de los participantes al estudio de forma ética y transparente.

El estudio tiene valor social y científico, ya que busca generar conocimiento que contribuya a mejorar la detección temprana del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años. Para ello, se empleó una metodología cualitativa rigurosa que garantizó validez científica y la obtención de resultados confiables.

Se solicitó la firma del consentimiento informado a cada participante, asegurando la participación voluntaria, la comprensión de los objetivos, procedimientos, posibles riesgos y beneficios del estudio, así como el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Además, se garantizó una adecuada selección de participantes, procurando que la inclusión de estos responda a los objetivos del estudio y evitando cualquier forma de discriminación.

La confidencialidad y privacidad de los participantes se encuentra resguardada. Las grabaciones y transcripciones se mantienen almacenadas en dispositivos protegidos con

contraseña y acceso restringido únicamente al equipo investigador. Los archivos de audio se almacenaron en dispositivos protegidos con contraseña y resguardados en ambientes seguro bajo la custodia de la investigadora principal, asegurando la confidencialidad y privacidad de la información recopilada. Estos datos serán conservados por un periodo de 5 meses después de la defensa de tesis, tras lo cual serán eliminados de forma segura. Los datos anonimizados podrán ser utilizados para investigaciones académicas futuras relacionadas con el tema, siempre manteniendo la confidencialidad.

Finalmente, se procuró una relación favorable entre posibles riesgos y beneficios, minimizando los posibles riesgos asociados a la entrevista mediante la posibilidad de omitir preguntas o finalizar la sesión si el participante lo deseaba, garantizando en todo momento respeto a los participantes de la investigación.

Presentación y análisis de resultados

Contextualización de participantes

A partir de las entrevistas semiestructuradas realizadas a diez enfermeros/as oncológicos/as pertenecientes a distintas instituciones de salud públicas y privadas dentro de la Región Metropolitana, se identificaron diversas percepciones respecto a las barreras que dificultan el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años. La muestra estuvo compuesta por cinco profesionales que se desempeñaban en instituciones privadas, y cinco que, al momento de las entrevistas, desarrollaban funciones en establecimientos públicos o contaban con experiencia en ambos sistemas de salud.

Tabla 1

Características sociodemográficas de los participantes.

Código	Sexo	Institución de Trabajo	Tipo	de	Años
--------	------	------------------------	------	----	------

			Institución	ejerciendo
COD001	F	Hospital San Juan de Dios	Pública	5 años
COD002	F	Instituto Oncológico FALP	Privada	5 años
COD003	F	Hospital Militar de Santiago/ Clínica Inmunocel	Pública/ Privada	3 años
COD004	F	Clínica Santa María	Privada	9 años
COD005	F	Instituto Oncológico FALP	Privada	7 años
COD006	F	Instituto Nacional del Tórax	Pública	3 años
COD007	F	Fundación Arturo López Pérez, RM	Privada	8 años
COD008	F	Clinica Dávila Recoleta	Privada	5 años
COD009	F	K2 Oncology	Privada	9 años
COD010	F	Clínica Alemana	Privada	19 años

En relación con la formación académica y profesional, la mayoría señaló contar con una trayectoria significativa en el área oncológica como, por ejemplo; especializaciones, diplomados o estudios de postgrado en oncología y cuidados paliativos, lo que evidencia una aproximación especializada al fenómeno estudiado. Además, en el área profesional se encuentran desempeñando su profesión y especialización en unidades de quimioterapia ambulatoria, hospitalización oncológica y cuidados paliativos. Una entrevistada indicó haber realizado diplomados tanto en Chile como en el extranjero sobre oncología y cuidados paliativos. Esto permitió obtener una perspectiva amplia y fundamentada desde la experiencia clínica especializada.

A modo de contextualización general, los entrevistados reportan de forma transversal un aumento progresivo y alarmante de casos de cáncer de mama en mujeres jóvenes durante los últimos años. Una participante destaca que “hace 1 o 2 años, la curva va en edad de 25 a 45 años” (COD002). Asimismo, otro profesional señaló haber atendido pacientes “muy jóvenes, de 32 años” (COD003).

Estas percepciones coinciden con la literatura revisada, la cual describe un aumento de

diagnósticos de cáncer de mama en grupos etarios más jóvenes y con características biológicas más agresivas.

A continuación, se exponen los hallazgos categorizados para dar respuesta a los tres objetivos específicos de la investigación.

Objetivo específico 1: Barreras intrínsecas (físicas, emocionales y de creencias) que retrasan la búsqueda de atención y dificultan un diagnóstico temprano de cáncer de mama en mujeres menores de 40 años.

I. Percepción del aumento de cáncer de mama en mujeres jóvenes

Para comenzar, es importante destacar que los entrevistados, a medida que respondían las preguntas relacionadas con las barreras intrínsecas, también fueron describiendo como han ido identificando cambios en la agresividad y en la presentación clínica del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años. De manera reiterada, los/as enfermeros/as oncológicos entrevistados asociaron este grupo etario a subtipos tumorales más agresivos, especialmente el cáncer de mama triple negativo.

En este contexto, una participante expresó que *“Hace 1 o 2 años, la curva va en edad de 25 a 45. Es una edad mucho más joven y sobre todo de 30 a 40, es donde yo veo más pacientes”* (COD002).

Sobre este mismo tema, otra participante señaló,

“(...)Lo lamentable es que generalmente hacemos tratamientos muy invasivos en estas cabras porque llegan con un tumor ya avanzado. En general no es etapa uno. Ya llegan etapa 3, 3B, 3 A, o sea, hay que hacer sí o sí, mastectomía, radioterapia y quimioterapia. y esos son por lo menos en quimioterapia por lo menos cuatro meses en el mejor de los casos” (COD003).

Asimismo, existe consenso respecto a la mayor agresividad biológica del cáncer de mama en este grupo etario. Los entrevistados asocian frecuentemente a las mujeres jóvenes con

subtipos tumorales más agresivos, particularmente el cáncer de mama triple negativo. Una participante expresa lo siguiente:

“La mayoría de nuestras pacientes, si es que no todas las que tenemos menores de 40 años (...) son pacientes que tienen del tipo basaloide o triple negativo, que tiene un comportamiento más agresivo” (COD007).

En la misma línea, otro entrevistado señala que: “la variación triple negativa (...) necesita de todo tipo de tratamientos, dígame radioterapia, inmunoterapia y quimioterapia en conjunto” (COD008). Esto evidencia la percepción de que las pacientes jóvenes requieren tratamientos más complejos e invasivos debido a diagnósticos frecuentemente avanzados.

II- Barreras emocionales y creencias personales.

A partir de las entrevistas realizadas, se evidencia que una de las principales barreras que enfrentan las pacientes al momento de acudir a controles médicos o a realizarse exámenes preventivos de cáncer de mama es el temor por recibir un diagnóstico oncológico. Los/as enfermeros/as perciben que las mujeres menores de 40 años experimentan un importante impacto emocional frente a la posibilidad de padecer esta enfermedad, manifestando sentimientos de miedo, angustia e incertidumbre asociados a las consecuencias físicas, reproductivas, familiares y sociales que implica el cáncer de mama. Debido a esto, muchas pacientes tienden a postergar la consulta médica, minimizar síntomas o evitar la realización de exámenes diagnósticos.

“Yo creo que una de las mayores barreras es el miedo al diagnóstico...que por miedo el consultar desde un principio o qué ya tenían la orden de los exámenes y por miedo no quisieron ir a hacerlo” (COD001).

Esto demuestra cómo el temor se transforma en un factor determinante en el retraso diagnóstico. Asimismo, el miedo a quedar sin trabajo es otra de las barreras identificadas por los participantes entrevistados:

“Lo otro es que las mujeres menores de 40 años y bueno las mujeres de 50 en realidad, de ahí para abajo, somos mujeres que estamos en plena edad laboral,

entonces también las mujeres por miedo a perder su trabajo, por pedir permisos” (COD007).

A esto se suma una fuerte percepción de invulnerabilidad asociada a la juventud. Uno de los entrevistados sostiene:

“Uno cree que joven se asocia como a tener una buena salud. Entonces, creo que es una gran barrera como uno... uno siente que las enfermedades son como asociadas a la vejez” (COD005).

Por lo mismo, se evidencia una importante percepción de menor susceptibilidad frente a la juventud, ya que las pacientes menores de 40 años suelen considerar el cáncer de mama como una enfermedad propia de mujeres de mayor edad. Sobre esto, un participante argumenta: “se cree esto de que siempre vamos a ser jóvenes y que nunca nos va a pasar nada” (COD002).

Esto provoca, según los profesionales entrevistados, que muchas mujeres minimicen síntomas iniciales o posterguen la búsqueda de atención médica, retrasando así la consulta y el diagnóstico temprano. Sobre este tema otra entrevistada señala que: “como se asocia el cáncer de mama a pacientes mayores de 50 años tienden a minimizarse algunos síntomas” (COD007). Esta percepción genera que muchas pacientes no consideren prioritario consultar ante hallazgos iniciales.

También se identifican mecanismos de negación y evitación emocional. Una participante menciona que “hay muchas pacientes que lo presentían, pero no querían asumir de que algo pasaba” (COD002).

Por otro lado, esta percepción se ve influenciada, por las creencias religiosas. Una entrevistada reporta: “Por un tema de vergüenza, no querían hacerlo”, refiriéndose al autoexamen y a los controles médicos (COD002).

Finalmente, se enfatizan el fuerte impacto emocional que produce el diagnóstico en mujeres jóvenes. Una entrevistada afirma que: “el impacto de un diagnóstico a una persona joven

siempre es más catastrófico” (COD004).

III- Déficit educacional y preventivo.

Existe un consenso en que falta educación y cultura preventiva dirigida a los grupos etarios de menor edad. Una entrevistada señala que: “no hay cultura de eso en este país” (COD005), en relación con el autoexamen mamario. Otra persona entrevistada señala:

“La gente más adulta sabe que desde cierta edad hay que hacerse la mamografía, hay que hacerse el papaNicolao y la gente más joven dice, ah, sí igual nos falta...” (COD003).

Diversos participantes coincidieron en que existe escasa información dirigida a mujeres jóvenes, lo que genera desconocimiento sobre el autoexamen y sobre cuándo o dónde consultar. Sobre este tema, una enfermera enfatizó que:

“Hay muchas pacientes que lo presentían, pero no querían asumir de que algo pasaba, entonces ahí es cuando nos faltan un poco las herramientas de educación en salud...el chileno de por sí va al médico cuando ya es tarde. No vamos para prevenir, vamos solo para curar, entonces esa mentalidad es muy notoria en los pacientes” (COD002).

Los participantes también señalan que la educación preventiva aparece concentrada en octubre ya que es el mes del cáncer de mama, siendo este tema invisible el resto del año. Una enfermera señala que:

“Solamente tenemos el octubre rosa (...) pero el resto del año parece que nos olvidamos que existe el cáncer de mama” (COD006).

Esto provoca que la prevención no logre instalarse como un hábito permanente en la población.

Por otro lado, los profesionales entrevistados identifican diferencias educacionales y de

acceso según el sistema de salud. Las pacientes pertenecientes a FONASA son descritas como personas con menor acceso a información y menor educación sanitaria, consultando generalmente solo ante síntomas avanzados o dolor. Una profesional entrevistada sostiene:

“Tú tienes paciente joven FONASA, primero es una persona que tiene menos nivel educacional y el tener menor nivel educacional no tiene factores protectores a nivel de aprendizaje, entonces son gente como mucho más reactiva, o sea en el sentido de “si es que me duele algo voy al médico” o “si es que me pasa algo voy al médico” (COD009).

Finalmente, los profesionales perciben que existe un importante vacío preventivo y educativo que dificulta la pesquisa precoz en mujeres jóvenes, favoreciendo diagnósticos en etapas avanzadas.

IV- Factores sociales, familiares y económicos.

El análisis también permitió identificar factores relacionados con el rol social de género atribuido a las mujeres y las presiones de la vida moderna que juegan un papel crucial puesto que, las mujeres menores de 40 años se encuentran en plena etapa productiva, laboral y fértil. Una entrevistada menciona que:

“También ya hay pacientes que ya son madres, entonces se posponen enormemente. Su cuidado va al final, primero está el cuidado de su pareja, su esposo, de sus hijos y luego va el de ella” (COD002).

Asimismo, se evidencia que muchas mujeres jóvenes son madres y no cuentan con suficientes redes de apoyo para poder realizarse sus exámenes preventivos o acudir frente a posibles síntomas:

“Muchas son mamás, eh, y mamás de niños pequeños, entonces también tienes ahí... muchas no tienen redes de apoyo, eh, entonces tienes que seguir levantándote, tienes que seguir ayudando a tu niño a ir al colegio, con las tareas, preparar comida,

limpiar la casa... son vivencias que son más complejas de ver en las jóvenes en este rango de edad, porque posterior a los 40 años muchas dicen, no sé, pensándolo:” yo ya cumplí mi rol de mamá porque, eh, ya no está en el colegio, ya está es mayor de edad, ya está en la universidad” (COD009).

Las entrevistas evidencian que muchas mujeres en edad laboral sienten inseguridad frente a las repercusiones económicas que podría generar un diagnóstico de cáncer de mama, especialmente por la posibilidad de perder el trabajo o afectar la estabilidad financiera familiar. A esto se suma, las dificultades económicas para acceder oportunamente a exámenes diagnósticos y tratamientos, ya que, según las entrevistadas, numerosas pacientes jóvenes no cuentan con la cobertura ni los recursos suficientes para costear procedimientos como ecotomografías, biopsias o terapias complementarias.

“Mujeres menores de 40 años estamos en edad fértil y muchas veces se habla de que las mujeres tendemos a perder nuestra fertilidad ante un diagnóstico de cáncer de mama por lo que también muchas veces antes de la quimioterapia se nos pide como criopreservar óvulos” (COD007).

“Tenemos una paciente que tiene alrededor de unos 32 años y ella demoró mucho en consultar porque consideraba que estar diagnosticada con un cáncer de mama a su edad le iba a traer muchos problemas financieros” (COD007).

En conjunto, las barreras sociales, familiares y económicas se relacionan entre sí, creando condiciones de vulnerabilidad que retrasan la búsqueda de atención médica y dificultan el acceso a un diagnóstico precoz del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años.

Objetivo específico 2: Barreras de los profesionales de la salud.

En el contexto del segundo objetivo se buscó comprender la percepción sobre las barreras que poseen los equipos de salud para el diagnóstico temprano del cáncer de mama. Los hallazgos evidencian que los propios profesionales, particularmente en la Atención Primaria de Salud (APS), enfrentan o generan obstáculos que retrasan el diagnóstico.

I. Minimización de síntomas y sesgo etario

Los hallazgos obtenidos evidencian que una de las principales barreras relacionadas con los equipos de salud corresponde al sesgo etario presente en la atención clínica, especialmente en Atención Primaria de Salud (APS). Los/as entrevistados/as coinciden en que, debido a que el cáncer de mama continúa asociándose epidemiológicamente a mujeres mayores de 50 años, los síntomas manifestados por mujeres menores de 40 años suelen ser minimizados o interpretados inicialmente como benignos, retrasando así la pesquisa diagnóstica y la derivación oportuna.

En este contexto, se describen experiencias en las que síntomas de pacientes jóvenes fueron desestimados por su edad:

“Les dijeron que por ser tan jóvenes era imposible qué tuviera cáncer, entonces, qué se fuera tranquila para la casa, sin exámenes ni nada.” (COD001).

“Falló en los mismos profesionales que nosotros minimizamos los síntomas de las pacientes cuando consultan, por el solo hecho de no pertenecer al grupo etario prevalente para tener un cáncer de mama” (COD007).

Esto demuestra que el problema no solo se relaciona con limitaciones estructurales del sistema, sino también con creencias y patrones internalizados dentro del personal de salud.

Las entrevistas permiten identificar que este sesgo etario repercute directamente en la práctica clínica cotidiana. Al existir una menor sospecha diagnóstica en mujeres jóvenes, esto disminuye la probabilidad de solicitar exámenes complementarios, derivar precozmente o profundizar en la anamnesis y el examen físico. Como consecuencia, muchas pacientes consultan reiteradamente antes de obtener un estudio adecuado, favoreciendo diagnósticos en etapas más avanzadas.

Sobre este tema, una enfermera oncológica reporta en base a su propia experiencia:

“Cuando yo voy a pedir mi orden de eco anual, los médicos de repente me han dicho “pero oye... ¿por qué?” si tienes 30 años” y yo “bueno doc es qué trabajo en una quimio operatoria y la cifra...” pero aún existe eso que se cuestiona” (COD006).

Este relato demuestra cómo el sesgo etario se encuentra profundamente normalizado dentro de la práctica médica, afectando incluso a personal sanitario con conocimientos oncológicos.

Asimismo, los participantes señalan que las campañas preventivas y los programas de pesquisa refuerzan indirectamente esta percepción, al centrarse exclusivamente en mujeres mayores de 50 años y en la mamografía como principal método de detección.

Según una entrevistada, “las pacientes menores de 40 años no representan un grupo objetivo para una mamografía” (COD007), mientras que otra profesional explica que las mujeres jóvenes poseen mamas más densas y requieren ecotomografía mamaria como examen más útil. Sin embargo, este examen posee menor disponibilidad y difusión preventiva, contribuyendo a invisibilizar aún más a este grupo etario.

En consecuencia, el sesgo etario se transforma en una barrera clínica significativa, ya que condiciona una baja sospecha diagnóstica, limita la pesquisa precoz y favorece diagnósticos tardíos en mujeres jóvenes con cáncer de mama.

II. Déficit de formación oncológica en pregrado

Según los testimonios recopilados en las entrevistas, la formación de pregrado de enfermería en oncología es percibida como deficiente frente al aumento actual de casos oncológicos y a los cambios epidemiológicos observados en mujeres jóvenes.

“Yo me acuerdo que en pregrado era bastante poca la información o la formación que teníamos en oncología.” (COD004) Del mismo modo, otra participante afirma que “Si me enfoco en el pregrado, la educación fue muy básica y muy poca. Ahora se ve mucho más el cáncer” (COD002).

Los profesionales perciben que esta escasa preparación repercute directamente en la

capacidad de realizar una pesquisa precoz, reconocer signos de alarma y orientar adecuadamente a las pacientes. En este contexto, muchos profesionales expresaron haber adquirido la mayor parte de sus conocimientos a través de experiencia clínica, el autoaprendizaje, cursos de capacitación o estudios de posgrado solventados por su bolsillo por lo que la especialización termina dependiendo, en gran medida, de la motivación individual y de las posibilidades económicas de cada profesional.

“La formación, eh, en cáncer ha sido muy... personal. Yo me he costado los estudios de diplomado en... en todas las áreas que he trabajado. Y sobre todo en oncología. Eh, tengo experiencia porque tengo 19 años trabajando en oncología. He visto de los procesos, conozco los pacientes, conozco las reacciones a las drogas. Después aparecieron los, eh, las terapias, los anticuerpos monoclonales, lo... ahora vienen las terapias dirigidas. Y yo las he vivido porque trabajo acá y he trabajado en el sistema durante todo este tiempo, pero todos los estudios que han sido complementarios con los diplomados de oncología, los pacientes inmunocomprometidos son, son que yo me los he autogestionado y yo me los he pagado” (COD010).

Además, los participantes consideran que la formación universitaria no se ha actualizado completamente frente al aumento del cáncer de mama en mujeres jóvenes. Persisten contenidos centrados principalmente en pacientes mayores y en estrategias de tamizaje tradicionales, sin profundizar suficientemente en las particularidades diagnósticas y emocionales de pacientes menores de 40 años.

A esto se suma que algunos entrevistados mencionan que durante sus años de formación ni siquiera realizaron prácticas clínicas en servicios oncológicos. Una profesional señala que en su universidad *“no realizaban prácticas en el servicio de oncología por un tema ético”* (COD009), limitando aún más la exposición temprana a pacientes con cáncer y al desarrollo de competencias clínicas específicas.

III. Falencias en los profesionales de la Atención Primaria en Salud

Las entrevistas evidencian múltiples falencias dentro de la Atención Primaria de Salud (APS), identificándola como uno de los principales niveles donde se producen retrasos diagnósticos en mujeres jóvenes con cáncer de mama. Los/as participantes describen limitaciones relacionadas con educación preventiva insuficiente, falta de tiempo clínico, dificultades de acceso y fragmentación de la atención.

Uno de los aspectos más reiterados corresponde a la escasa educación preventiva entregada a las usuarias:

“Eso es lo que falta de educación de la atención primaria, que les tienen que decir, hay que esta cuestión es importante, tienen que fijarse, usted se encuentra la cosa más mínimamente rara, partió para ver al doctor” (COD003).

En la misma línea, las personas entrevistadas destacaron la importancia de instruir a los usuarios en el autoconocimiento de su cuerpo. Sin embargo, el cumplimiento de este rol educativo y de prevención se ve disminuido por una creciente mecanización de la atención en salud, la presión asistencial por cumplir con pautas estandarizadas y tiempos acotados para la atención de pacientes:

“Le vamos a realizar un EMPA por ejemplo, pero estamos tan mecanizados en cumplir lo qué dice la pauta y tiempo...yo creo que debe pasar muchas veces qué se deja de lado a la persona como tal” (COD006).

Esta deshumanización del cuidado se agrava, además, por una notable preocupación de parte de los enfermeros/as entrevistadas respecto a la pérdida de compromiso por parte de algunos profesionales, una enfermera destaca que existe una actitud en parte del equipo donde,

“Como que van, hacen su trabajo, si es menos pega mejor, me voy más temprano mejor, como que ya no existe la vocación” (COD010).

Esta falta de proactividad e interés por parte de ciertos profesionales de manera transversal restringe drásticamente las oportunidades de ejecutar un examen físico minucioso, perdiéndose posibilidades para detectar a tiempo signos y síntomas de alarma.

IV. Limitaciones en la autonomía de Enfermería y Centralización médica de las decisiones diagnósticas

En el marco del diagnóstico temprano, la enfermería es una profesión clave en la educación, pesquisa y acompañamiento de las pacientes dentro del sistema de salud. Su labor preventiva es de gran importancia desde el nivel primaria al nivel terciario en salud, tal como destaca una entrevistada:

“El rol principal de enfermería siempre va a ser la educación, 100%, o sea desde qué una paciente recibe la sospecha de un cáncer de mama hasta qué una paciente comienza a tratarse, el personal de enfermería juega un rol importantísimo en la parte educativa.” (COD007).

Los/as entrevistados/as evidencian que, pese a cumplir un rol fundamental en educación, acompañamiento y detección inicial de signos de alerta; se desvaloriza el pensamiento crítico que posee una enfermera y así se evidencia en el siguiente apartado:

“¿Por qué un kinesiólogo está haciendo un EMPA? o sea, si la gestión del cuidado está a cargo de enfermería. Si yo le entrego una pauta de EMPA a un kinesiólogo, a una psicóloga o hasta le enseño a mi papá que él no es del área de la salud, probablemente lo va a hacer, pero detrás de eso viene un conocimiento crítico” (COD006).

Además, se evidencia que el modelo biomédico predominante limita el desarrollo de estrategias preventivas lideradas por enfermería, especialmente en APS:

“Es que muchas veces es todo tan médico, como que si no pasa por el médico no tiene acceso quizás a una orden de biopsia, a una orden de ecomamaria, a una orden de mama. Entonces, ahí se va atrasando muchas veces la atención del paciente, en no tener como la orden necesaria para tomarse los exámenes indicados” (COD005).

Frente a esto, para facilitar la atención de las mujeres jóvenes, el equipo de enfermería plantea y exige mayor autonomía resolutive proponiendo lo siguiente:

“Que los profesionales no médicos que sean válidos las órdenes de examen y que no necesariamente en el consultorio o en el hospital donde, eh, uno trabaje, sino que, si el paciente se quiere atender en el servicio, tomarse el examen en el servicio” (COD005).

Finalmente, las barreras profesionales desde el punto de vista de los y las enfermeros/as oncológicos entrevistados consisten en un déficit formativo que genera sesgos etarios, minimización clínica de diversos síntomas mamarios en mujeres jóvenes, entre otros aspectos. A esto hay que añadir la mecanización de la atención primaria y la pérdida de vocación de profesionales, lo que genera un deterioro significativo en la calidad de la pesquisa física y educación. Junto con esto, la centralización médica impide la autonomía de enfermería para solicitar exámenes lo que trae como consecuencia, el retraso diagnóstico.

Objetivo específico 3: barreras organizacionales y estructurales del sistema de salud.

En el objetivo 3 se buscó que los profesionales de enfermería oncológica nos dieran su perspectiva respecto a las propias barreras del sistema de salud que hayan observado, desde la organización de estos diversos establecimientos, hasta las barreras físicas del mismo sistema de salud, como falta de maquinaria médica, recursos necesarios para la pesquisa temprana de un cáncer de mama en mujeres jóvenes.

Uno de los aspectos más relevantes corresponde a la desigualdad existente entre el sistema público y privado. Los/as entrevistados/as describen que las pacientes atendidas en el sistema privado poseen mayor facilidad para acceder a consultas médicas, ecotomografías, biopsias y tratamientos especializados, mientras que en el sistema público predominan extensos tiempos de espera y dificultades administrativas. Según una de las profesionales entrevistadas, “en el sistema privado es más fácil llegar a consultar”, mientras que en el sistema público “los procesos van tardando más” COD010.

I. Problemas estructurales y desigualdades del sistema de salud

Los/as entrevistados/as destacaron importantes desigualdades en el sistema de salud, particularmente entre el sistema público y privado. Una de las barreras estructurales

mencionadas fueron los largos tiempos de espera y accesibilidad a exámenes diagnósticos que existen en la atención primaria de salud:

“También los resultados de la biopsia van a variar como de un lugar a otro, por ejemplo, en un servicio público muchas veces se sabe que una biopsia puede estar en un mes, un mes y medio, versus que en entidades privadas estamos hablando de 10 - 15 días, entonces la diferencia y la brecha es bastante amplia” (COD007)

“Las filas del consultorio son super largas, hay que levantarse a las 5 de la mañana para sacar hora, del consultorio qué te deriven al hospital, qué el hospital recién te llame, 1, 2, 3 semanas... Em... es super engorrosos” (COD009)

Se mencionó también la dificultad de acceso a especialistas, los participantes hablaron de como la atención de especialistas al estar centralizada en la Región metropolitana los pacientes de fuera de la región tienen mayor dificultad de acceso a diagnóstico temprano, debido a que para viajar a la región metropolitana se necesitan hacer mayores gastos y atrasa más el seguimiento de la enfermedad.

“La mayoría de los oncólogos están en Santiago, en regiones tenemos dos o tres y ya están colapsados, se dificulta mucho”. (COD002)

“Parte demográfica, es decir por ejemplo muchas pacientes de región que claro, se pueden tomar una mamografía en la ciudad donde viven, pero la ecomamaria se la tiene que tomar en otro lado, si por ejemplo se tiene que tomar una biopsia tienen que viajar a una ciudad más grande y así va avanzando el tiempo con estas pacientes” (COD007)

A partir de estos relatos y otros de las personas entrevistadas, se puede ver cómo estructuralmente existe una gran brecha entre la atención privada y la pública que, aunque es algo esperable debido a la diferencia económica, lo que ha ido dejando de lado la pesquisa temprana de cáncer de mama en menores de 40 años en la atención pública, cuando en el abordaje del cáncer de mama los avances son muy rápidos por lo que la detección temprana es crucial para tener un desenlace favorable:

“En general, el cáncer de mama en mujeres menores de 40 años es mucho más agresivo que el cáncer de mama en mujeres más adultas con la edad más avanzada. De hecho, en general, las presentaciones como con mutaciones raras se dan en la gente joven o estadios avanzados se dan en gente joven(...)” (COD003)

II. Falta de políticas públicas - insuficiencia de apoyo estatal

Otro hallazgo importante corresponde a las limitaciones del modelo preventivo actual. Los programas de pesquisa continúan enfocados principalmente en mujeres mayores de 50 años, dejando fuera a menores de 40 años, quienes no constituyen población objetivo de mamografía preventiva. Esto provoca una invisibilización institucional de este grupo etario y retrasa la sospecha diagnóstica tanto en pacientes como en profesionales:

“Lamentablemente en ese sentido no tenemos actualmente políticas públicas que nos cubran eso” (P2, COD006)

“Cómo voy a detectar un cáncer en etapa temprana si no tengo ninguna directriz ministerial” (P4, COD006).

“En algunas municipalidades o partes como de del mismo ministerio de Salud que tienen como estas como unas van que hacen como mamografías como por cada más menos que por Santiago, pero yo en vez de poner el rango etario desde los 35 hacia arriba, yo bajaría ese rango etario. Porque hay pacientes que tienen menos de 35 años que pueden tener antecedentes, que pueden tener factores de riesgo, que puede haberse encontrado un porotito, pero le dio mucha lata ir al médico porque fue a pedir hora al consultorio” (P11, COD003)

Los participantes mencionaron que los costos asociados al cáncer son elevados, alcanzando montos que resultan poco asequibles para gran parte de la población chilena. En este sentido, un mayor compromiso por parte del Estado mediante la creación o fortalecimiento de políticas públicas que amplíen la cobertura de atención y le den apoyo económico a esta población podría disminuir la carga financiera para los pacientes.

“Si tenemos un costo de vida elevado y no tenemos políticas públicas que nos ayuden o que bajen los costos, el personal, o sea, la población va a seguir colocando su salud en último lugar.” (P10, COD002)

“Entonces en términos de lucas sobre todo, y obviamente gente Fonasa qué no puede pagar una resonancia de 500 lucas en la clínica alemana por ejemplo” (P10, COD009)

“Estoy hablando de una terapia que esa sola droga cuesta 7 o 8 millones. El paciente por lo menos tiene que recibir de 8 o 9 ciclos, en menos de 1 año. Entonces, imagínate, solamente te estoy hablando de la inmunoterapia, sin considerar el costo que va en una instalación de catéter, sin considerar las otras quimioterapias que tiene que tener el paciente aparte de la inmunoterapia.” (P10, COD005)

III. Limitaciones diagnosticas - dificultades en derivación diagnostica

Los participantes identificaron el déficit de recursos diagnósticos como una barrera relevante para el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres jóvenes, especialmente en el sistema público de salud. Señalaron que la poca disponibilidad de equipamiento como mamógrafos, ecógrafos y otros recursos de imagen, limita el acceso temprano a exámenes diagnósticos retrasando la confirmación de la sospecha clínica y favoreciendo el avance de la enfermedad. Asimismo, destacaron que estas limitaciones se asocian a problemas de infraestructura, escasez de centros especializados y falta de personal capacitado, lo que reduce la capacidad resolutoria de la red asistencial y prolonga las listas de espera para la realización de estudios complementarios.

“Ehh, yo siento que una de las limitantes de infraestructura. Contamos con muy pocos centros especializados, con muy pocos hospitales que vean en sí la oncología y que tengan la disponibilidad física, o sea, desde los instrumentaría, desde el personal capacitado para poder dar las horas disponibles. Nos faltan muchos oncólogos.” (COD002)

“La ecografía se la toman mucho más tarde porque no hay horas disponibles (...) hay pacientes que esperan meses para hacerse su eco mamaria” (COD007)

En este contexto, los participantes señalaron que las dificultades no solo radican en la disponibilidad de equipos, sino también en la capacidad del sistema para mantenerlos operativos y ofrecer una cobertura suficiente frente a la demanda existente. Como consecuencia, las pacientes pueden esperar semanas o incluso meses para acceder a exámenes de imagen o ser derivadas a centros con mayor complejidad, lo que retrasa el diagnóstico definitivo y el inicio temprano del tratamiento.

“Yo creo que es la falta quizás de equipamiento que hay más que nada en el sector público, muchas veces no hay acceso a un mamógrafo, no hay acceso a un ecógrafo, no hay acceso a ciertos recursos que necesitan imágenes que se necesitan para poder detectar o no.” (P10, COD004)

IV. Brecha informativa - Desconocimiento de procesos y garantías

Los participantes señalaron que el desconocimiento de los procesos asistenciales y de las garantías establecidas para la atención del cáncer de mama constituye una barrera para el acceso temprano al diagnóstico y tratamiento. Indicaron que muchas usuarias, especialmente aquellas pertenecientes al sistema público de salud, desconocen los plazos establecidos para la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento, lo que dificulta que puedan reconocer retrasos en su atención o exigir el cumplimiento de sus derechos. Esta brecha informativa limita la participación de las pacientes durante su proceso asistencial y puede contribuir a prolongar los tiempos de atención.

“Pasa mucho con los pacientes que son Fonasa, que ellos no saben que los procesos tienen plazos. Desconocen qué tienen 45 días para confirmación diagnóstica desde la sospecha. Una vez confirmado el diagnóstico tienen 45 días para iniciar tratamiento. Ellos no lo saben.” (P10, COD003)

Recomendaciones y estrategias

A partir de los hallazgos obtenidos, los/as entrevistados/as sugieren diversas estrategias orientadas a mejorar la pesquisa precoz y disminuir las barreras diagnósticas en mujeres

menores de 40 años.

I) Educación en salud

Se enfatiza la necesidad de fortalecer la educación preventiva desde edades tempranas, incorporando contenidos sobre autoexamen mamario, signos de alarma y autocuidado en establecimientos educacionales y campañas permanentes de salud pública. Los participantes consideran insuficiente la concentración de campañas únicamente durante octubre, proponiendo estrategias continuas durante todo el año.

“Se deberían hacer campañas de concientización durante todo el año” (P3, COD006),

“Lamentablemente actualmente tenemos solamente el octubre rosa” (P3, COD006),

“Hay operativos que se realizan en ese mes, pero el resto del año parece que nos olvidamos que existe el cáncer de mama” (P3, COD006).

A) Uso de redes sociales como herramienta preventiva

Los/as entrevistados/as identificaron las redes sociales como una herramienta con gran potencial para la promoción de la salud y la prevención del cáncer de mama en mujeres jóvenes. Según los participantes, estas plataformas permiten ampliar el alcance de la información preventiva, visibilizar experiencias reales y acercar contenidos educativos a grupos etarios que habitualmente no son considerados población de riesgo.

“Las redes sociales siento que cumplen un papel super clave” (COD006)

“Gracias a esto se han difundido casos de chicas jóvenes que tienen cáncer de mama” (COD006).

“(…) pero se puede, se puede con la variedad de recursos que se tienen ahora, tanto la tele, redes sociales, o sea una cantidad enorme de recursos para hacer educación continua, yo creo que es lo más importante, yo creo que es lo que más puede hacer una diferencia.” (COD001)

B) Fortalecer educación desde colegios y universidades

Se enfatizó la necesidad de fortalecer la educación en salud desde etapas tempranas,

incorporando contenidos relacionados con el cáncer de mama, el autoexamen mamario y los signos de alarma tanto en establecimiento escolares como universitarios. Los participantes consideran que la educación preventiva continúa siendo insuficiente durante la formación de niñas, adolescentes y mujeres jóvenes, lo que limita el desarrollo de conductas de autocuidado y la identificación precoz de alteraciones mamarias.

“en los colegios tampoco les enseñan a las chicas” (COD005).

Del mismo modo, se señala que esta carencia educativa se mantiene durante la educación superior, independiente del área de formación profesional.

“en la universidad tampoco existe eso” (COD005).

II) Concientización y prevención

Los participantes destacaron la importancia de fortalecer las estrategias de concientización y prevención del cáncer de mama en mujeres jóvenes como una medida para favorecer la detección oportuna. De esta forma, señalaron la necesidad de promover el conocimiento sobre la enfermedad, incentivar conductas de autocuidado y modificar la percepción de bajo riesgo presente en este grupo etario, con el propósito de favorecer una mayor atención frente a posibles signos y síntomas.

A) Promoción del autoexamen

Los entrevistados destacan la importancia de promover activamente el autoexamen mamario como una estrategia sencilla y accesible para favorecer el conocimiento corporal y la detección temprana de posibles alteraciones. Los participantes enfatizan que esta práctica requiere poco tiempo y puede incorporarse fácilmente a la rutina mensual de las mujeres jóvenes.

“Algo tan fácil como auto palparse una misma en la ducha” (COD005).

“Son 5 minutos el autoexamen, una vez al mes” (COD006)

B) Disminuir la percepción de invulnerabilidad en mujeres jóvenes

Según los participantes, la asociación del cáncer de mama con edades más avanzadas favorece la falsa creencia de que las mujeres jóvenes tienen un riesgo muy bajo de

desarrollar la enfermedad, lo que contribuye a la minimización de síntomas y al retraso en la búsqueda de atención médica.

“siempre vamos a ser jóvenes y que nunca nos va a pasar nada” (COD002). “uno por lo general lo relaciona más el cáncer con la edad más avanzada” (COD001).

En consecuencia, los participantes proponen fortalecer las estrategias educativas y de concientización dirigidas específicamente a mujeres jóvenes, promoviendo el autocuidado, el reconocimiento precoz de signos de alarma y la comprensión de que el cáncer de mama puede afectar a mujeres menores de 40 años.

Discusión

Los principales resultados de este estudio responden a la pregunta de investigación sobre las barreras percibidas por los/as enfermeros/as oncológicos/as para el diagnóstico temprano de la enfermedad mamaria oncológica en mujeres menores de 40 años en Chile. En términos generales, los resultados evidencian que dichas barreras poseen un carácter multifactorial e involucran dimensiones individuales, profesionales y estructurales del

sistema de salud, las cuales interactúan entre sí y favorecen el diagnóstico en etapas avanzadas de la enfermedad.

Asimismo, desde la perspectiva de los/as enfermeros/as oncológicos/as entrevistados/as, las barreras para el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años generan un escenario que favorece la detección de la enfermedad en etapas avanzadas. Entre las principales barreras identificadas se encuentran la exclusión de las mujeres jóvenes de los programas de tamizaje, la persistencia de sesgos etarios entre los equipos de salud, las limitaciones en la educación preventiva y las desigualdades en el acceso a recursos diagnósticos. A ello se suman factores emocionales, educativos y socioculturales que retrasan la búsqueda de atención médica, dificultan el acceso temprano a los servicios de salud y aumentan la probabilidad de recibir diagnósticos tardíos, con la consecuente necesidad de tratamientos más complejos y agresivos.

A continuación, se analizarán los hallazgos obtenidos en contraste con la evidencia presentada en el marco teórico, incorporando además nueva literatura científica para profundizar en la discusión. Lo anterior, nos permite identificar convergencias y divergencias, logrando comprender de manera transversal el retraso diagnóstico en mujeres jóvenes.

Para comenzar, los y las enfermeros/as oncológicos evidencian un incremento alarmante y una mayor agresividad clínica del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años, destacando subtipos de rápido crecimiento como el triple negativo y estadios avanzados al momento del diagnóstico. Esta percepción coincide con los hallazgos de MacInnes et al. (2020), quienes describen que los cánceres de mama en mujeres jóvenes presentan un crecimiento más acelerado, especialmente aquellos de alto grado histológico. Asimismo, los autores señalan una mayor proporción de tumores triple negativos en este grupo etario. Lo anterior respalda opiniones expresadas durante las entrevistas, tales como: “La mayoría de nuestras pacientes, si es que no todas las que tenemos menores de 40 años (...) son pacientes que tienen del tipo basaloide o triple negativo, que tiene un comportamiento más agresivo” (COD007).

Esta tendencia se ve reforzada por la literatura encontrada en el estado del arte, ya que, Rosenberg y Partridge (2015) sostienen que las mujeres menores de 40 años tienden a presentar características tumorales más agresivas y peores desenlaces clínicos en

comparación con mujeres de mayor edad. Estos hallazgos son consistentes con los resultados del estudio, dado que los participantes identificaron un aumento progresivo de casos de cáncer de mama en mujeres jóvenes, asociado además a presentaciones clínicas más agresivas, particularmente tumores triples negativo.

Respecto al primer objetivo específico, los hallazgos evidencian que las barreras intrínsecas constituyen un componente importante del retraso diagnóstico. Los/as enfermeros/as identificaron que el miedo al diagnóstico, la percepción de invulnerabilidad asociada a la juventud, el déficit de educación preventiva y diversos factores familiares, laborales y económicos influyen en la decisión de buscar atención médica.

En este sentido, el miedo fue descrito como una de las principales barreras para consultar oportunamente. Según los participantes, muchas mujeres evitan acudir a controles o realizarse exámenes por temor a confirmar un diagnóstico de cáncer. Este hallazgo coincide con Guerrero-Nancuante et al. (2025) y Acevedo et al. (2025), quienes identifican el miedo, la ansiedad y la negación como factores que retrasan la búsqueda de atención frente a síntomas sospechosos.

Junto con el temor, los entrevistados identificaron una importante creencia de baja susceptibilidad ante la juventud. Desde su experiencia clínica, las mujeres menores de 40 años suelen considerar que el cáncer de mama es una enfermedad propia de edades más avanzadas, por lo que tienden a minimizar síntomas iniciales o atribuirlos a patologías benignas. Este hallazgo coincide con lo descrito por Rosenberg y Partridge (2015), quienes señalan que la baja percepción de riesgo constituye una de las principales barreras para el diagnóstico temprano en mujeres jóvenes, favoreciendo consultas tardías y diagnósticos en etapas más avanzadas.

Por otro lado, Acevedo et al. (2025), en un estudio que exploró las barreras conductuales para el diagnóstico de cáncer de mama en mujeres jóvenes, identificaron el miedo a padecer la enfermedad constituye una de las principales barreras para la búsqueda de información y la consulta oportuna, además de evidenciar insatisfacción sobre la disponibilidad y confiabilidad de la información existente. Estos hallazgos concuerdan con lo mencionado por los profesionales de enfermería oncológica, quienes señalaron que el miedo representa una de las principales barreras que enfrentan las pacientes al momento de acudir a controles

médicos o realizar exámenes. Sin embargo, las entrevistas también revelaron sentimientos de angustia e incertidumbre asociados a las consecuencias físicas, reproductivas, familiares y sociales derivadas del cáncer de mama. De esta manera, se evidencian similitudes entre la evidencia científica y los discursos de los participantes, pero también diferencias, ya que emergen preocupaciones no descritas por Acevedo et al. (2025), como el temor a quedar sin trabajo.

Al igual que en la literatura revisada, los hallazgos confirman que las creencias son una barrera para el diagnóstico temprano. Sin embargo, existe un matiz diferenciador, mientras que Rojas et al. (2022), señala que las mujeres jóvenes tienen la creencia que el cáncer de mama es una enfermedad 100% hereditaria, por lo que, al no poseer familiares directos con dicha patología lo descartan de manera automática p.30. En la presente investigación se evidenció una percepción distinta, relacionada con la sensación de invulnerabilidad asociada a la edad cronológica, donde los entrevistados consideraban que, las pacientes por ser jóvenes tenían una menor probabilidad de desarrollar cáncer de mama.

Una de las barreras intrínsecas que se develaron en la investigación es el déficit educacional y preventivo por parte del grupo etario en cuestión, respecto a lo anterior, la evidencia señala que “las mujeres en situación de vulnerabilidad presentan mayor probabilidad de experimentar demoras superiores a 90 días entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico (...) la baja escolaridad, la afiliación a regímenes de salud subsidiados se asocian significativamente con retrasos en la atención” (Arias et al., 2026,p.6288). Lo anterior, coincide con lo expuesto por los profesionales entrevistados, que señalan que los pacientes pertenecientes a FONASA suelen presentar un menor acceso a información en salud y menor educación sanitaria. Refieren, esta situación favorece que la consulta se realice solo ante síntomas avanzados o dolor, contribuyendo a diagnósticos en etapas avanzadas. Asimismo, sus percepciones concuerdan con los hallazgos de la presente investigación respecto al déficit de cultura preventiva y educación en salud entre las mujeres menores de 40 años. En este sentido, los y las enfermeros/as señalaron que muchas mujeres tienden acudir a los servicios de salud cuando la enfermedad se encuentra avanzada, privilegiando una atención orientada al tratamiento más que a la prevención.

Por otro lado, los factores familiares, laborales y económicos son barreras relevantes para

el acceso temprano a la atención. Los participantes describieron que muchas mujeres jóvenes priorizan el cuidado de hijos, parejas y responsabilidades laborales por sobre su propia salud. Este resultado coincide con lo descrito por Almallah et al. (2024), quienes destacan la influencia de las barreras socioeconómicas y socioculturales en los retrasos diagnósticos y terapéuticos del cáncer de mama. En este sentido, los hallazgos de este estudio demuestran que las barreras sociales, familiares y económicas no operan de forma aislada, sino que interactúan para desarrollar un escenario de vulnerabilidad que da origen a un retraso en el diagnóstico en mujeres menores de 40 años. Al encontrarse en una etapa vital caracterizada por poseer distintos roles (productivo, laboral y fértil), la decisión de consultar se ve mediada por presiones del entorno.

Al seguir con la investigación, los discursos de los profesionales entrevistados enfatizan que el rol de género y la maternidad de niños pequeños llevan a las pacientes a una postergación sistemática de su propia salud para priorizar el cuidado de terceros (COD002, COD009). Esta postura coincide con el siguiente hallazgo cualitativo “en mujeres menores de 40 años existe una barrera de “prioridades domésticas competitivas”: la escasez de redes de apoyo logístico obliga a la madre joven a priorizar las demandas escolares y de cuidado diario. El acto de suspender estas funciones para asistir a una consulta médica es percibido como un factor de desestabilización para el núcleo familiar” (Mannion et al., 2024). Lo anterior, respalda los antecedentes entregados por los y las enfermeros oncológicos, el cual contrasta cómo esta barrera intrínseca disminuye significativamente en mujeres mayores de 40 años, cuyas familias han alcanzado una mayor autonomía y el rol materno temprano ha concluido. Por otro lado, al analizar la literatura científica se evidenció que “el retraso en la búsqueda de atención en menores de 40 años está fuertemente condicionado por las repercusiones del ausentismo laboral en la etapa de mayor productividad y los altos costos directos de bolsillo en salud” (Nachiappan et al., 2022, p.4). Lo expuesto anteriormente, destaca como una barrera económica para el diagnóstico temprano. Asimismo, en las entrevistas se develó que los profesionales destacaron la existencia de numerosos casos en los que las pacientes se demoraban en consultar debido a que, consideran que un diagnóstico de cáncer de mama a su edad podría generar importantes repercusiones económicas y financieras, tanto a nivel personal como familiar.

En cuanto al segundo objetivo específico, los resultados muestran que los propios profesionales de la salud pueden constituir una barrera para el diagnóstico temprano, principalmente debido a la presencia de sesgos etarios, déficit formativo y limitaciones en la atención primaria.

En primer lugar, uno de los hallazgos más relevantes fue la presencia de sesgo etario y la minimización de síntomas mamarios en mujeres jóvenes, debido a la persistente asociación del cáncer de mama con mujeres mayores de 50 años. Los participantes señalaron que los síntomas suelen atribuirse inicialmente a condiciones benignas, retrasando la sospecha diagnóstica y la derivación oportuna. Estos resultados son consistentes con lo planteado por Jerjes y Harding (2025), quienes describen la existencia de un sesgo diagnóstico hacia pacientes jóvenes en atención primaria, así como Murugan et al. (2014), quienes identificaron que la falta de conocimientos específicos en oncología puede retrasar la sospecha diagnóstica.

Asimismo, los participantes percibieron una formación insuficiente en oncología durante el pregrado, señalando que gran parte de sus conocimientos fueron adquiridos posteriormente mediante experiencia clínica, autoaprendizaje, capacitaciones y estudios de posgrado financiados personalmente. Estos hallazgos son consistentes con lo descrito por Gallastegui-Braña et al. (2022), quienes evidenciaron una formación heterogénea y limitada en áreas relacionadas con la atención oncológica, sugiriendo la necesidad de fortalecer estos contenidos para responder adecuadamente a las demandas asistenciales actuales. Lo anterior adquiere especial relevancia considerando el incremento en la incidencia del cáncer y los cambios epidemiológicos observados en grupos etarios más jóvenes, los cuales demandan mayores competencias en detección precoz y educación preventiva.

Por otra parte, los entrevistados identificaron limitaciones en la atención primaria de salud, particularmente en relación con la escasa educación preventiva entregada a las pacientes y las oportunidades perdidas para profundizar en la evaluación clínica de mujeres jóvenes que consultan por síntomas mamarios. En este sentido, Costa et al. (2024) señalan que la baja sospecha clínica, los errores diagnósticos y la falta de conocimiento sobre las particularidades del cáncer de mama en mujeres jóvenes pueden contribuir significativamente a retrasar la confirmación diagnóstica.

Entre los hallazgos, los participantes destacaron que la centralización médica de las decisiones diagnósticas limita la capacidad resolutoria de enfermería. Esta percepción coincide con Márquez-Doren et al. (2021), quienes plantean la necesidad de fortalecer el rol de enfermería mediante el desarrollo de competencias avanzadas que permitan una mayor participación en actividades de prevención, detección precoz, diagnóstico y seguimiento de personas con cáncer.

De manera complementaria, Fleshner et al. (2023) describieron que una proporción importante de mujeres menores de 40 años experimentó retrasos durante el proceso diagnóstico, atribuidos tanto a una baja percepción de riesgo como a la tranquilidad otorgada inicialmente por algunos profesionales de salud frente a la presencia de síntomas mamarios. Los autores destacan la necesidad de fortalecer la educación de las pacientes y de los equipos de salud para favorecer un diagnóstico temprano. Estos hallazgos son concordantes con los resultados de la presente investigación, donde los participantes identificaron que las barreras para el diagnóstico temprano no responden a un único factor, sino a la interacción entre sesgos clínicos, deficiencias formativas, limitaciones organizacionales en la atención primaria de salud y restricciones en la autonomía profesional de enfermería.

En cuanto al tercer objetivo específico, los resultados evidencian que los enfermeros/as oncológicos/as perciben que las barreras organizacionales y estructurales del sistema de salud constituyen uno de los principales obstáculos para el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años. Entre ellas destacan las desigualdades entre el sistema público y privado, la escasez de recursos diagnósticos, las dificultades en la derivación hacia centros especializados y los prolongados tiempos de espera para acceder a exámenes de imagen y consultas con especialistas.

Uno de los hallazgos más relevantes fue la diferencia en el acceso a la atención entre los sistemas público y privado. Los participantes señalaron que las mujeres atendidas en el sistema privado acceden con mayor rapidez a consultas médicas, exámenes diagnósticos y procedimientos especializados, mientras que quienes pertenecen al sistema público enfrentan listas de espera prolongadas y procesos administrativos que retrasan la confirmación diagnóstica. Estos resultados son concordantes con lo descrito por la

Organización Mundial de la Salud, que reconoce que las desigualdades en el acceso a servicios oncológicos continúan siendo una de las principales causas de diagnóstico tardío en países de ingresos bajos y medios. (World Health Organization, 2023).

Respecto a las desigualdades estructurales entre el sistema público y privado, los hallazgos de este estudio coinciden con lo reportado por Campaña et al. (2025), quienes identificaron importantes inequidades en el acceso al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en Chile. Entre ellas destacan las mayores barreras que enfrentan las mujeres atendidas en el sistema público y aquellas que residen fuera de la Región Metropolitana. Del mismo modo, los resultados de la presente investigación coinciden con uno de los grupos analizados por los autores, correspondiente a mujeres menores de 40 años, población que actualmente no forma parte de las estrategias preventivas.

Complementariamente, se observó un déficit en la educación preventiva dirigido específicamente a mujeres menores de 40 años. Los profesionales entrevistados manifestaron que las campañas de promoción del cáncer de mama se concentran principalmente durante el mes de octubre y están orientadas, en su mayoría, a mujeres mayores de 50 años, dejando escasamente representadas a las mujeres jóvenes. En consecuencia, muchas desconocen los signos de alarma, las vías de acceso al sistema de salud y los exámenes más adecuados para su grupo etario. Esta percepción coincide con lo descrito por Anderson et al. (2021), quienes plantean que las estrategias de promoción de la salud deben complementarse con programas permanentes de educación y detección precoz que favorezcan el reconocimiento temprano de signos y síntomas por parte de la población.

En este contexto, los participantes enfatizaron que la prevención continúa estando asociada principalmente a la mamografía, examen que no forma parte del tamizaje rutinario en mujeres menores de 40 años debido a las características del tejido mamario. Como consecuencia, muchas mujeres jóvenes desconocen cuál es el examen más adecuado para su grupo etario o cuándo deben consultar frente a un hallazgo sospechoso.

Según los hallazgos obtenidos en el presente estudio, la centralización de los servicios y el

limitado acceso a especialistas constituyen barreras importantes para el diagnóstico temprano del cáncer de mama. Estos resultados coinciden con lo reportado por Gbenonsi et al. (2021), quienes identificaron que la limitada disponibilidad de centros diagnósticos especializados, la escasez de profesionales capacitados y las grandes distancias que deben recorrer las pacientes para acceder a atención especializada influyen negativamente en los tiempos de diagnóstico y tratamiento. De manera similar, los participantes de esta investigación señalaron que la concentración de recursos y especialistas en la Región Metropolitana obliga a muchas mujeres a desplazarse hacia centros de mayor complejidad para acceder a exámenes y atención especializada, generando retrasos en el proceso diagnóstico. A ello se suma que muchas de las mujeres que deben trasladarse desde otras regiones no siempre cuentan con los recursos económicos necesarios para costear los traslados, el alojamiento u otros gastos asociados a la atención fuera de su lugar de residencia, situación que puede profundizar aún más las dificultades de oportunidad de acceder a servicios especializados.

Como se mencionó anteriormente, la focalización de las estrategias preventivas en mujeres de 50 a 69 años genera una invisibilización institucional de las mujeres menores de 40 años, lo que puede retrasar la sospecha clínica y el diagnóstico temprano del cáncer de mama. Este hallazgo coincide con lo descrito por Costa et al. (2023), quienes señalan que los programas de tamizaje suelen excluir a las mujeres jóvenes debido a la menor incidencia epidemiológica de la enfermedad en este grupo etario, limitando sus oportunidades de detección precoz. Asimismo, Guerrero-Nancuante et al. (2025) plantean que las estrategias actuales de pesquisa continúan centrándose principalmente en mujeres mayores, lo que contribuye a una menor percepción de riesgo tanto en la población general como en los propios profesionales de la salud. Los autores destacan además la necesidad de desarrollar estrategias educativas y de detección adaptadas a mujeres jóvenes, considerando el aumento de la incidencia y las características biológicas más agresivas observadas en este grupo etario.

En relación con las limitaciones diagnósticas identificadas por los participantes, los hallazgos coinciden con lo descrito por Lam et al. (2020), quienes señalan que la limitada capacidad diagnóstica para el cáncer de mama puede explicarse por la centralización de los servicios

en centros urbanos, la insuficiente disponibilidad de equipamiento diagnóstico y la escasez de profesionales capacitados. Según los autores, estos factores dificultan el acceso temprano a la atención especializada, lo que resulta consistente con las experiencias relatadas por los participantes de este estudio.

Por último, en relación con la brecha informativa identificada en esta investigación, los hallazgos coinciden con lo reportado por D'Almeida y Latha (2021), quienes identificaron que el desconocimiento sobre el cáncer de mama, sus signos de alarma y los métodos de detección precoz constituye una barrera relevante para el acceso temprano a la atención. De manera similar, los participantes señalaron que muchas mujeres menores de 40 años desconocen las vías de acceso al sistema de salud, los procesos diagnósticos y las garantías disponibles, situación que puede contribuir al retraso tanto en la búsqueda de atención como en la confirmación diagnóstica.

Conclusiones

La presente investigación alcanzó su objetivo general al develar de manera exhaustiva las barreras percibidas por los profesionales de enfermería oncológica en Chile que dificultan el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años durante el año 2026. Lo anterior, se logró a través de un estudio con enfoque cualitativo y la aplicación de entrevistas semiestructuradas a diez profesionales de la Región Metropolitana, fue posible cumplir con los tres objetivos específicos planteados. La metodología permitió evidenciar de manera exitosa cómo interactúan las dimensiones intrínsecas, profesionales y estructurales del fenómeno, demostrando que la posición estratégica, el contacto directo y el rol educativo del personal de enfermería nos brinda una perspectiva completa y crítica para visibilizar inequidades y comprender la razón del retraso en el proceso diagnóstico de este grupo

etario.

Los descubrimientos de este estudio demuestran que el retraso en el diagnóstico es un fenómeno de carácter multifactorial, donde la interrelación de diversas barreras retrasa la atención y favorece el diagnóstico de la enfermedad en etapas avanzadas y con subtipos tumorales altamente agresivos, como el triple negativo.

Los resultados más significativos se agrupan en las siguientes dimensiones:

En primer lugar, se identificaron barreras de carácter sociocultural y emocional, donde el temor a la confirmación de una enfermedad oncológica y a las consecuencias que este puede tener sobre la fertilidad, el desempeño laboral y la estabilidad económica familiar constituye uno de los principales obstáculos para la consulta precoz. A ellos se suma la percepción de que el cáncer de mama es una enfermedad poco frecuente en mujeres jóvenes, junto con la influencia de los roles tradicionales de género y maternidad, que llevan a priorizar las responsabilidades familiares por sobre el autocuidado y la búsqueda oportuna de atención en salud.

En segundo lugar, los resultados muestran que los propios profesionales de la salud enfrentan limitaciones que pueden retrasar el diagnóstico y entre las entrevistas se develó un marcado sesgo etario principalmente, en quienes están encargados del tamizaje de enfermedades dentro de la Atención Primaria de Salud (APS), en el cual los síntomas mamarios en mujeres jóvenes son minimizados e interpretados inicialmente como patologías benignas debido a su edad. Los enfermeros/as oncológicos también reconocieron un déficit formativo en pregrado respecto a la oncología, una pérdida de vocación o protocolización de la atención de los pacientes, y una atención de salud que depende centralmente de los médicos, lo que limita la autonomía del profesional de enfermería para gestionar derivaciones o exámenes.

En tercer lugar, al indagar sobre las barreras organizacionales y estructurales del sistema de salud chileno se evidenció la profunda invisibilización institucional de las mujeres menores de 40 años, quienes debido a la epidemiología no pertenecen al grupo objetivo de

los programas de tamizaje y como consecuencia, ocasiona un severo retraso en la sospecha clínica. Además, en el sistema se observa una disparidad entre el sector público y privado, donde los entrevistados identificaron largos tiempos de espera, carencia de equipamiento diagnóstico como ecógrafos, resonadores y una alta centralización de los especialistas oncológicos en Santiago, ciudad capital de Chile, lo que castiga a las pacientes de regiones.

Por otro lado, a partir de los resultados y las limitaciones metodológicas de la investigación en cuestión, surgen nuevos problemas y vacíos de conocimiento que deben ser abordados en futuros estudios con el fin de consolidar la lucha contra el cáncer de mama en mujeres menores de 40 años e incrementar la evidencia científica al respecto. En este sentido, debido a que, este estudio limitó su muestra a enfermeros/as de la Región Metropolitana, existe un importante vacío respecto a cómo operan estas barreras en el resto del país, por aquello, es necesario investigar cómo la falta de especialistas y las distancias geográficas en otros puntos del país aumentan el retraso diagnóstico en pacientes menores de 40 años.

A su vez, al evidenciar entre los resultados obtenidos que la Atención Primaria de Salud es el nivel donde ocurre gran parte de la minimización de síntomas y el sesgo etario, se considera fundamental la realización de nuevos estudios donde el objetivo principal sea evaluar los conocimientos, las limitaciones y las perspectivas de médicos generales, matronas y enfermeros de consultorio frente al cáncer de mama en mujeres menores de 40 años.

Asimismo, en la misma línea de los vacíos identificados previamente, surgen nuevas áreas de investigación relevantes como es el caso de la Enfermería de Práctica Avanzada en Oncología, aquella, se presenta como una posible estrategia frente a la barrera que develaron los entrevistados a lo largo de la investigación, que habla sobre la falta de autonomía de enfermería para agilizar procesos, surgiendo como un nuevo tema a investigar el análisis de la viabilidad e impacto que tendría su incorporación en el sistema chileno, investigando si conferirles mayor capacidad resolutoria aceleraría los tiempos de diagnóstico temprano.

Finalmente, en cuanto a los nuevos problemas a ser investigados se identifica el déficit educacional preventivo y el sesgo de invulnerabilidad en la juventud, es de gran importancia develar el impacto de estrategias que transgredan con la estacionalidad del “Octubre rosa”. Específicamente, indagar en la efectividad del uso de plataformas digitales y redes sociales como métodos formales de educación sanitaria para promover el autocuidado y el autoexamen mamario en poblaciones que históricamente no han sido consideradas “de riesgo”.

Los resultados de esta investigación evidencian que el diagnóstico tardío del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años no responde únicamente a factores individuales, sino a la interacción entre barreras personales, profesionales y estructurales del sistema de salud. En este contexto, la enfermería adquiere un rol fundamental en la promoción de la salud, la educación preventiva, la pesquisa precoz y el acompañamiento de mujeres jóvenes que consultan. Asimismo, los hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer la formación oncológica durante el pregrado, ampliar las competencias clínicas de enfermería en la atención primaria y favorecer una participación más activa en la evaluación, derivación y educación de esta población. Desde la perspectiva de salud pública, los resultados también ponen de manifiesto la necesidad de revisar las estrategias actuales de detección precoz, disminuyendo las inequidades existentes entre el sistema público y privado y promoviendo políticas que consideren las particularidades epidemiológicas y clínicas de las mujeres menores de 40 años.

A partir de los resultados obtenidos, surge la necesidad de investigar la percepción de otros profesionales de la salud involucrados en el proceso diagnóstico para comprender como influyen estos procesos desde distintos niveles de atención, evaluar la efectividad de intervenciones educativas dirigidas a mujeres jóvenes y equipos de salud, y analizar estrategias que permitan reducir las brechas existentes entre el sistema público y privado. Asimismo, sería relevante ampliar estas investigaciones a otras regiones del país para conocer las diferencias territoriales en el acceso al diagnóstico temprano

En cuanto a las limitaciones en nuestro estudio que influyeron en el desarrollo de este. En

primer lugar, fue la dificultad del acceso por parte de los participantes debido a la carga laboral que estos poseían. En segundo lugar, debido a la naturaleza y al contexto de ser una investigación de carácter subjetiva basada en entrevistas, las respuestas de los participantes pueden estar influenciadas por su contexto institucional o por el deseo de dar respuestas socialmente aceptables.

ANEXO

Anexo 1 - Consentimiento informado:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PATROCINADOR:

Carrera de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo
Investigador principal: Montserrat Salazar. Contacto: mosalazarr@udd.cl Co -
Investigadores: Vicente Beltrán, Sofia Góngora y Florencia Inostroza. Tutora responsable:
Alexandra Obach.

1. ¿EN QUÉ COSISTE SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?

Somos estudiantes de cuarto año de la carrera de enfermería y estamos desarrollando un proyecto de investigación en el marco del proyecto FONDECYT (1251858). Le estamos invitando a participar en una entrevista individual para nuestro estudio. Dicha entrevista puede realizarse de manera presencial o en línea, de acuerdo con su preferencia y disponibilidad.

La conversación seguirá un guion previamente preparado para orientar las preguntas, pero le permitirá responder libremente y expresar su opinión. Si la entrevista se desarrolla en modalidad presencial, se llevará a cabo en un lugar accesible. Si se realiza en modalidad virtual, se utilizarán plataformas seguras como Zoom o Google Meet, previa coordinación del horario con usted.

La duración aproximada de cada entrevista será de entre 30 y 45 minutos. Con su autorización, la entrevista será grabada en audio únicamente con fines de transcripción y análisis posterior. La información que usted entregue será tratada de manera confidencial y utilizada solo para los fines de esta investigación.

La participación en este estudio es completamente libre y voluntaria. Por lo que podrá decidir si desea participar y, en caso de aceptar, tendrá la posibilidad de retirarse en cualquier momento del proceso, hasta el 31 de mayo del 2026, fecha límite previa a la defensa de tesis del proyecto.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Nuestro estudio busca describir las barreras percibidas por los/as enfermeros/as oncológicos en Chile que dificultan el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años durante el año 2026.

El objetivo de la investigación es identificar las barreras que percibe el personal de salud en particular enfermeros/as oncológicos, pudiendo ser barreras intrínsecas, estructurales y sociodemográficas. Esto permitirá profundizar en la comprensión de dichas barreras, visibilizar brechas en el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres jóvenes y servir como base para futuras estrategias o investigaciones.

Su participación consistirá en compartir su experiencia y opinión acerca de las barreras que percibe en la práctica clínica respecto al diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres jóvenes. Para ello se le invitara a responder una entrevista semiestructurada de manera online o presencial, y en un horario y tiempo de duración acordado según su comodidad.

3. ¿QUIENES PUEDEN PARTICIPAR DE ESTE ESTUDIO?

Enfermeros oncológicos con al menos un año de experiencia clínica, que actualmente se encuentren trabajando en unidades oncológicas en la ciudad de Santiago, Región Metropolitana, Chile.

4. RIESGOS Y BENEFICIOS

Este estudio no representa riesgos para usted. En todo momento tendrá la libertad de interrumpir su participación o de no responder preguntas, sin que esto le genere consecuencia alguna.

Su participación no le generará beneficios personales directos; sin embargo, los resultados de este estudio permitirán aportar conocimiento valioso en cuanto a la percepción de los enfermeros oncológicos sobre las barreras intrínsecas que dificultan un diagnóstico temprano, considerando factores físicos, emocionales y de creencias personales que retrasan la búsqueda de atención y la confirmación de la enfermedad en mujeres menores de 40 años.

Por otro lado, contribuir en el conocimiento sobre la percepción de los/as enfermeros/as oncológicos sobre las barreras que poseen los profesionales de la salud para el diagnóstico temprano de cáncer de mama en mujeres del ya mencionado grupo etario y finalmente, visibilizar las barreras organizacionales y estructurales del sistema de salud que limitan el acceso a un diagnóstico temprano de cáncer de mama en mujeres jóvenes desde la perspectiva de los/as enfermeros/as oncológicos.

A partir de estos hallazgos, se podrían diseñar intervenciones más equitativas y adaptadas a su realidad, además de fortalecer el rol del personal de enfermería oncológica como actores clave en la detección precoz y mejora de la atención.

Si lo desea, podrá solicitar un resumen de los resultados finales del estudio a la investigadora principal (Montserrat Salazar) para los fines que usted estime conveniente, una vez que el proyecto haya finalizado y la tesis haya sido defendida.

5. COSTOS PARA EL PARTICIPANTE

No se reembolsarán gastos de transporte, ya que se procurará seleccionar cafés ubicados en un punto intermedio y de fácil acceso para ambas partes, de modo que se facilite el desplazamiento de los participantes. En el supuesto de una entrevista presencial, en un café, se cubrirá el consumo efectuado durante la entrevista.

Su participación en este estudio es voluntaria y no implica recibir ningún tipo de compensación económica adicional.

6. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que usted entregue será confidencial y utilizada exclusivamente para fines académicos y de investigación, incluyendo la elaboración de una tesis de pregrado y otras actividades académicas complementarias. Sus datos serán anonimizados: su nombre no se publicará ni se asociará a las respuestas entregadas, que se identificarán mediante la asignación de un código, que irá desde COD001 hasta COD010. Los archivos de audio se almacenarán en un dispositivo electrónico protegido con contraseña y resguardado en un ambiente seguro bajo la custodia de la investigadora principal, Montserrat Salazar. Sus datos serán conservados por un período de 5 meses después de la defensa de la tesis, tras lo cual serán eliminados de forma segura. Los datos anonimizados podrán ser utilizados para investigaciones académicas futuras relacionadas con el tema, siempre manteniendo la confidencialidad.

Como ya antes se ha mencionado su participación es voluntaria. Usted tiene derecho a decidir si desea o no participar, así como a retirarse en cualquier momento o a omitir aquellas preguntas que le resulten incómodas, sin que esto le genere consecuencia.

MAS INFORMACIÓN

- Investigador responsable: Montserrat Salazar.
- Aprobación: Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética Científico de Pre Grado de la Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo (CEC PG), en caso de dudas respecto a sus derechos puede contactar a la Sra. Alejandra Valdés al correo: cecpg@udd.cl
- Respaldo: Este proyecto está siendo respaldado por la carrera de Enfermería, Universidad del Desarrollo y FONDECYT.
- A quién puede consultar en caso de duda: Se podrá comunicar con la investigadora principal a través de: mosalazarr@udd.cl

Esta información es para usted, guárdela una vez leída.

REGISTRO EXPRESIÓN DE VOLUNTAD – CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reconocimiento del Participante (o su Representante) en la investigación:

- He leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado “BARRERAS PERCIBIDAS POR ENFERMEROS/AS ONCOLÓGICOS EN EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES EN CHILE DURANTE EL AÑO 2026”.
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidos en forma satisfactoria. • Entiendo que recibiré una copia firmada y con fecha de este formulario de CI.
- Consiento en el uso y divulgación de la información del estudio según lo que se describió en este formulario. La información sensible será usada de manera estrictamente confidencial y sin ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- Entiendo que puedo retirar y o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que ello me genere consecuencias negativas, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- He sido informado que, en el caso de no participar en este estudio, ello no me afectará de modo alguno.
- Declaro que libremente mi decisión es (marque su decisión):

☐ Acepto participar en este proyecto de investigación.

☐ Rechazo participar en este proyecto de investigación

Nombre _____ y _____ firma _____ del _____ participante:

Declaración del Investigador:

El suscrito declara que ha explicado en forma total y cuidadosa la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios de esta investigación al participante que está firmando este formulario de consentimiento y que ha contestado las preguntas y dudas de manera satisfactoria.

Nombre _____ del _____ investigador _____ que _____ toma
CI: _____

Firma del investigador: _____

Fecha de la firma _____

Autoridad _____ institucional _____ que _____ autoriza:

Anexo 2 – Guion de Entrevista:

GUION DE ENTREVISTA

I. Introducción y Contextualización:

1. Para comenzar, ¿Podría contarnos sobre su experiencia profesional en el área de oncología y cuánto tiempo lleva trabajando con pacientes con cáncer de mama?
2. En su experiencia, ¿ha notado cambios o tendencias en la presentación, agresividad o frecuencia del cáncer de mama en mujeres jóvenes, específicamente en aquellas menores de 40 años?

II. Preguntas de acuerdo con sus respectivos objetivos a indagar:

Objetivos Específicos	Preguntas
1.- Identificar la percepción de los enfermeros oncológicos sobre las barreras intrínsecas que dificultan un diagnóstico temprano, considerando factores físicos, emocionales y de creencias personales que retrasan la búsqueda de atención y la confirmación de la enfermedad en mujeres menores de 40 años.	3. Desde su perspectiva clínica, ¿cuáles considera que son las principales barreras intrínsecas (físicas, emocionales o de creencias) que enfrentan las mujeres menores de 40 años y que las llevan a retrasar la búsqueda de atención médica inicial ante un síntoma de cáncer de mama? 4. ¿Cree que ser menor de 40 años hace más difícil enfrentar estas barreras intrínsecas que a una mujer mayor? ¿Por qué? 5. ¿Podría darnos un ejemplo o describir una situación personal o colectiva donde las creencias personales o el impacto emocional hayan jugado un rol crucial en el retraso del diagnóstico de una paciente joven?
2. Develar la percepción de los/as enfermeros/as oncológicos sobre las barreras que poseen los profesionales de la salud para el diagnóstico temprano de cáncer de mama en mujeres jóvenes menores de 40 años.	6. Cambiando el foco, ¿cuáles son las principales barreras o dificultades que usted percibe en el equipo de salud de atención primaria o secundaria que pueden llevar a un retraso o un error en el diagnóstico de cáncer de mama en mujeres menores de 40 años? 7. ¿Cómo evaluaría la formación que ha recibido el personal de salud en general, respecto a la detección temprana del cáncer de mama en mujeres menores de

	40 años? 8.Desde la perspectiva de la enfermería, ¿cuál considera que es el rol clave del personal de enfermería en la educación, la primera evaluación y la defensa del diagnóstico precoz de cáncer de mama en mujeres jóvenes?
3. Indagar según la perspectiva de los/as enfermeros/as oncológicos, en las barreras organizacionales y estructurales del sistema de salud que limitan el acceso de atención para un diagnóstico temprano de cáncer de mama en mujeres jóvenes menores de 40 años.	9. ¿En qué nivel de atención observa que se presentan las mayores barreras organizacionales o estructurales que retrasan el acceso al diagnóstico temprano de cáncer de mama en mujeres jóvenes? 10.Específicamente, ¿qué aspectos del sistema de salud chileno (protocolos, tiempos de espera, acceso a exámenes especializados, derivación) considera que limitan o dificultan el diagnóstico precoz de este grupo etario? 11.Si pudiera implementar un cambio inmediato para mejorar la oportunidad del diagnóstico en mujeres menores de 40 años, ¿cuál sería, considerando las barreras organizacionales y estructurales que hemos discutido?

III. Cierre:

12. ¿Qué recomendaciones le daría a usted a mujeres jóvenes para favorecer un diagnóstico temprano del cáncer de mama?

13. ¿Qué estrategias cree que podrían implementarse para mejorar el diagnóstico temprano en mujeres menores de 40 años con sospecha de cáncer de mama?

14.Para finalizar, ¿hay algún aspecto, experiencia o tema relacionado con el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años que no haya sido abordado?

Anexo 3 - Autoevaluación

Se realizaron modificaciones importantes en distintos apartados del proyecto. Una de las primeras fue la reformulación del título, ya que inicialmente era extenso (superaba las 20

palabras), abarcaba tanto diagnóstico como tratamiento por lo que era poco concreto, y se tuvo que definir con mayor precisión el enfoque del estudio, acotándolo únicamente al diagnóstico temprano. Además, se eliminó el verbo “determinar” para ajustarse mejor al diseño cualitativo y al propósito de la investigación.

Primer título: “Determinar las barreras percibidas por las y los enfermeros oncológicos para el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama en mujeres menores de 40 años en el año 2026, en Chile.”

Título final: “Barreras percibidas por enfermeros/as oncológicos en el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres jóvenes en Chile durante el año 2026.”

También se realizaron ajustes importantes en la pregunta de investigación, especialmente en su redacción y enfoque. En primera instancia nuestra pregunta era: “¿Cómo se perciben las barreras en la atención de enfermería oncológica que dificultan el diagnóstico y tratamiento temprano en mujeres jóvenes con cáncer de mama en el año 2026?”, en este caso, se modificó la expresión: “del diagnóstico temprano” por “para el diagnóstico temprano”, con el fin de mejorar la claridad gramatical, y se reforzó la precisión en cuanto a los sujetos del estudio, limitándolo a enfermeros y enfermeras oncológicos, quedando finalmente con esta pregunta: ¿Cuáles son las barreras percibidas por los enfermeros/as oncológicos en Chile para el diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años durante el año 2026?

Asimismo, se reformularon los objetivos específicos ya que en un principio resultaban muy similares al objetivo general, por lo que se trabajó para que estos fueran más coherentes, específicos y pertinentes.

En cuanto al marco teórico, este fue fortalecido progresivamente a lo largo del desarrollo del informe, integrando nueva evidencia científica y cambiando otras que se fueron descartando por no estar directamente relacionada con el tema de estudio. Asimismo, dentro del estado

del arte se integró literatura específica respecto al rol de los/as enfermeros/as oncológicos en el diagnóstico temprano del cáncer de mama, destacando la relevancia de comprender su perspectiva como actores clave en la detección precoz y su reciente reconocimiento en Chile como especialidad. Esta ampliación permitió contextualizar y fundamentar la pertinencia de su inclusión como informantes en el presente estudio.

Cabe destacar que, durante el segundo semestre del año 2025 se realizaron diversos ajustes en la metodología del estudio, especialmente en lo referente a la selección de la muestra. En un inicio, se había definido una muestra compuesta por diez enfermeros/as titulados que se desempeñaran en unidades oncológicas de la Región Metropolitana, específicamente en el Hospital San Juan de Dios y en el Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes Cerda. Sin embargo, debido a la falta de un contacto institucional sólido con dichos establecimientos, y gracias a la intermediación de nuestra tutora, se logró establecer comunicación con la presidenta de la sociedad Chilena de Enfermería Oncológica. Por este motivo, la muestra fue redefinida y actualmente está conformada por diez enfermeras y enfermeros titulados de la Región Metropolitana, integrantes de dicha sociedad.

En consideración a lo anterior, se efectuó una modificación en el método de selección de participantes. Inicialmente, se contemplaba solicitar autorización a los equipos directivos de los hospitales San Juan de Dios y Félix Bulnes, realizar difusión mediante afiches en dichas instituciones y efectuar un reclutamiento presencial en las unidades oncológicas.

No obstante, se ha optado por un nuevo procedimiento, el cual consiste en gestionar la autorización directamente con la presidenta de la Sociedad Chile de Enfermería Oncológica y realizar la difusión a través de las plataformas oficiales de la sociedad, utilizando el material proporcionado (afiche, hoja informativa y formulario Google Forms). En consecuencia, se elimina el reclutamiento presencial en los hospitales previamente mencionados.

Con el fin de fortalecer la rigurosidad metodológica del estudio, se realizaron ajustes sustantivos en las técnicas de investigación inicialmente propuesta. En la primera versión,

las entrevistas semiestructuradas no contaban con dimensiones definidas, se proponía el uso de salas en hospitales y el análisis se describía de manera general.

En la versión actual, se incorporaron seis dimensiones específicas para el guion de entrevista, asimismo, se incorporó una pregunta final destinada a brindar a la persona entrevistada la oportunidad de mencionar aspectos adicionales que no hayan sido abordados durante el desarrollo de la entrevista. Por otro lado, durante la realización de la entrevista piloto, se identificó que la participante presentó dificultades para comprender la pregunta N°4, por lo que se realizaron ajustes en su redacción con el fin de mejorar su claridad y comprensión para las entrevistas formales.

Pregunta 4 inicial: ¿Cómo cree que la vida de una mujer menor de 40 años agrava el impacto de estas barreras intrínsecas en comparación con una paciente mayor?.

Pregunta 4 final: ¿Cree que ser menor de 40 años hace más difícil enfrentar estas barreras intrínsecas que a una mujer mayor? ¿Por qué?.

Del mismo modo, se eliminó cualquier vínculo con espacios hospitalarios y se mantuvo la opción de realizar las entrevistas de manera presencial u online. Además, se añadió una descripción completa del análisis temático inductivo, detallando sus etapas y proporcionando mayor transparencia al proceso.

En relación con las limitaciones del estudio, la restricción geográfica fue reformulada: ya no se delimita por la participación de dos hospitales específicos, sino por la inclusión exclusiva de profesionales de la Región Metropolitana.

Respecto de los aspectos éticos, las gestiones de autorización que en primera instancia se realizarían a los directivos de hospitales ahora se encasilla netamente hacia la presidenta de la Sociedad Chilena de Enfermería Oncológica. Finalmente, se modificó la redacción del consentimiento informado: mientras la versión inicial utilizaba un lenguaje estrictamente formal, la versión actual adopta un tono claro y explicativo que facilita la comprensión de las

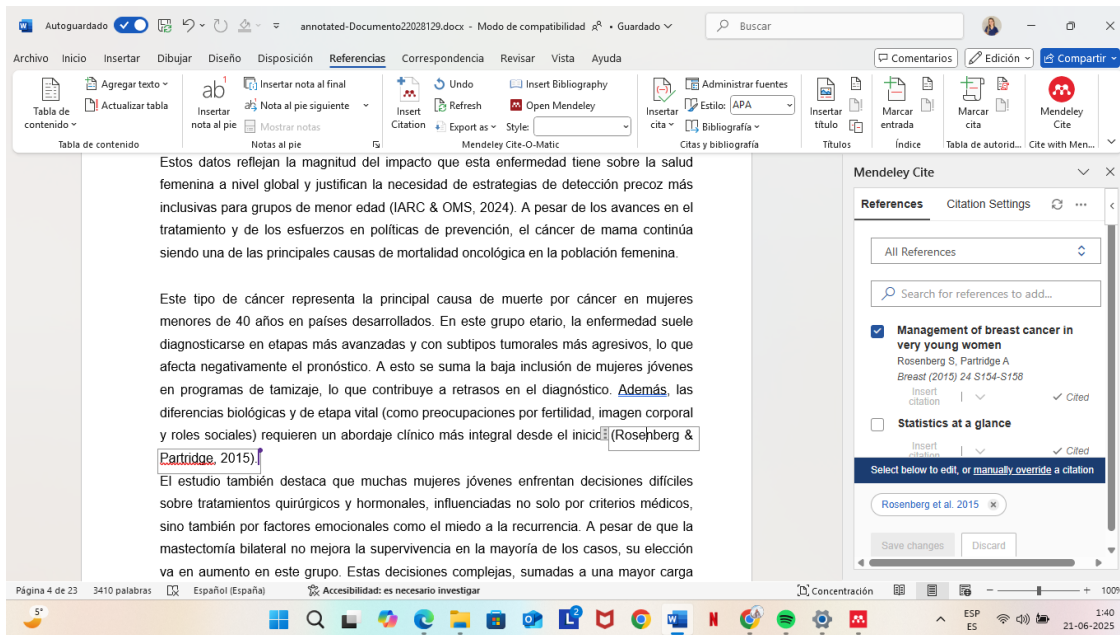
participantes sobre el contenido y alcance del documento.

Por otro lado, en relación con el trabajo grupal realizado durante la elaboración de este informe y de los otros trabajos desarrollados durante el semestre, consideramos que una de nuestras principales fortalezas fue la disposición y el compromiso de cada integrante. Desde el inicio del proceso, se logró establecer una distribución de tareas clara, lo que permitió avanzar de manera eficiente y cumplir con los objetivos propuestos. Además, se mantuvo una comunicación constante que facilitó la organización y el seguimiento de cada una de las etapas del informe.

No obstante, también enfrentamos algunas dificultades, principalmente relacionadas con la organización de los tiempos y la coordinación de horarios, ya que en algunas ocasiones no logramos coincidir para avanzar de manera conjunta. También fue necesario presionarnos entre nosotros para cumplir con los plazos de entrega de los trabajos. A pesar de ello, se logró cumplir con todas las entregas requeridas en la programación de la asignatura a tiempo.

Finalmente, como aspecto a mejorar consideramos que es importante planificar con mayor anticipación y distribuir de forma más equitativa las tareas y los tiempos de trabajo para así fortalecer un ambiente colaborativo más equilibrado.

Anexo 4- uso de Mendeley



Estos datos reflejan la magnitud del impacto que esta enfermedad tiene sobre la salud femenina a nivel global y justifican la necesidad de estrategias de detección precoz más inclusivas para grupos de menor edad (IARC & OMS, 2024). A pesar de los avances en el tratamiento y de los esfuerzos en políticas de prevención, el cáncer de mama continúa siendo una de las principales causas de mortalidad oncológica en la población femenina.

Este tipo de cáncer representa la principal causa de muerte por cáncer en mujeres menores de 40 años en países desarrollados. En este grupo etario, la enfermedad suele diagnosticarse en etapas más avanzadas y con subtipos tumorales más agresivos, lo que afecta negativamente el pronóstico. A esto se suma la baja inclusión de mujeres jóvenes en programas de tamizaje, lo que contribuye a retrasos en el diagnóstico. Además, las diferencias biológicas y de etapa vital (como preocupaciones por fertilidad, imagen corporal y roles sociales) requieren un abordaje clínico más integral desde el inicio (Rosenberg & Partridge, 2015).

El estudio también destaca que muchas mujeres jóvenes enfrentan decisiones difíciles sobre tratamientos quirúrgicos y hormonales, influenciadas no solo por criterios médicos, sino también por factores emocionales como el miedo a la recurrencia. A pesar de que la mastectomía bilateral no mejora la supervivencia en la mayoría de los casos, su elección va en aumento en este grupo. Estas decisiones complejas, sumadas a una mayor carga

Mendeley Cite

References

All References

Search for references to add...

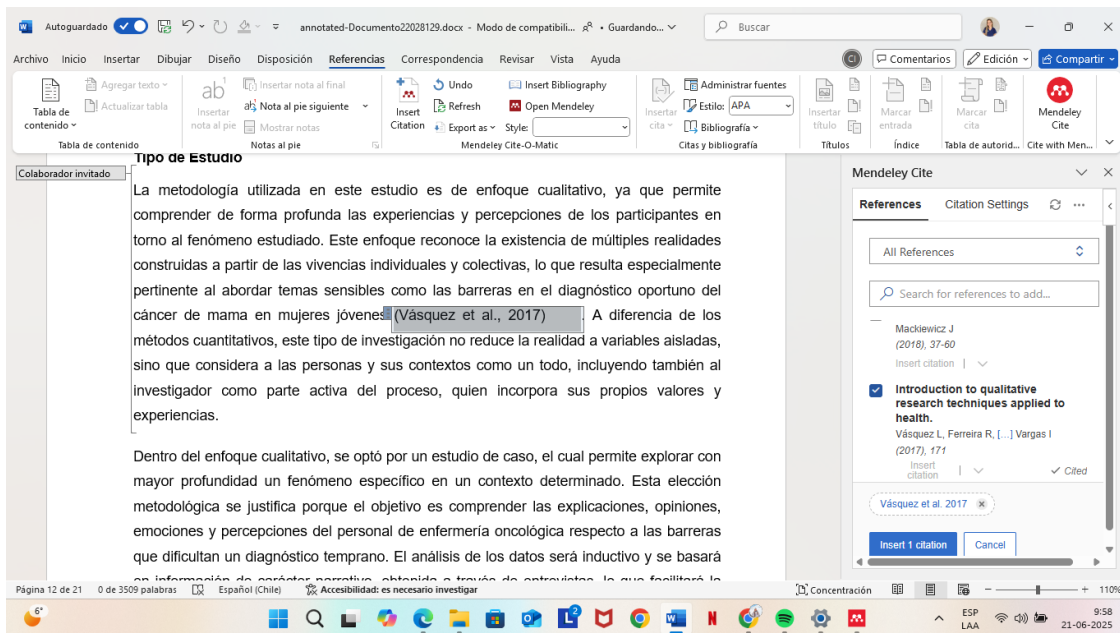
☒ Management of breast cancer in very young women
Rosenberg S, Partridge A
Breast (2015) 24 S154-S158
Insert citation | ✓ Cited

☐ Statistics at a glance
Insert | ✓ Cited

Select below to edit, or manually override a citation

Rosenberg et al. 2015

Save changes Discard



Tipo de Estudio

La metodología utilizada en este estudio es de enfoque cualitativo, ya que permite comprender de forma profunda las experiencias y percepciones de los participantes en torno al fenómeno estudiado. Este enfoque reconoce la existencia de múltiples realidades construidas a partir de las vivencias individuales y colectivas, lo que resulta especialmente pertinente al abordar temas sensibles como las barreras en el diagnóstico oportuno del cáncer de mama en mujeres jóvenes (Vásquez et al., 2017). A diferencia de los métodos cuantitativos, este tipo de investigación no reduce la realidad a variables aisladas, sino que considera a las personas y sus contextos como un todo, incluyendo también al investigador como parte activa del proceso, quien incorpora sus propios valores y experiencias.

Dentro del enfoque cualitativo, se optó por un estudio de caso, el cual permite explorar con mayor profundidad un fenómeno específico en un contexto determinado. Esta elección metodológica se justifica porque el objetivo es comprender las explicaciones, opiniones, emociones y percepciones del personal de enfermería oncológica respecto a las barreras que dificultan un diagnóstico temprano. El análisis de los datos será inductivo y se basará en información de carácter negativo, obtenida a través de entrevistas, lo que facilitará la

Mendeley Cite

References

All References

Search for references to add...

Mackiewicz J
(2018), 37-60
Insert citation | ✓ Cited

☒ Introduction to qualitative research techniques applied to health.
Vásquez L, Ferreira R, [...] Vargas I
(2017), 171
Insert citation | ✓ Cited

Vásquez et al. 2017

Insert 1 citation Cancel

REFERENCIAS

Acevedo, K.O., Graham, L.K y Vargas, J.L. (2025). Percepciones de mujeres jóvenes universitarias sobre la comunicación para la prevención del cáncer de mama: El miedo como barrera conductual. *Revista Atlantis Press*. (42), 369-376.

[10.2991/978-94-6463-868-4_34](https://doi.org/10.2991/978-94-6463-868-4_34)

Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC); Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *GLOBOCAN 2022: World fact sheet*. Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf>

Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, & Organización Mundial de la Salud. (2022). *Cancer Today*. Global Cancer Observatory. https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&populations=903_904_905_908_909_935&group_populations=1&sort_by=value0&sexes=12&age_end=7&types=1&key=asr

Almallah, W. R., Bakas, T., Shaughnessy, E., & Morrison, C. F. (2024). Factors and beliefs affecting women diagnosed with breast cancer to initiate cancer treatment: A systematic review. *Western Journal of Nursing Research*, 46(5), 623–634. <https://doi.org/10.1177/01939459241262653>

American Cancer Society. (2019). *Breast cancer facts & figures 2019–2020*. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8579.00.pdf>

American Cancer Society. (2023). *Nuevo informe de la ACS: La mortalidad por cáncer de seno sigue disminuyendo desde hace tres décadas*. American Cancer Society. <https://pressroom.cancer.org/cancer-de-seno>

- Anderson, B. O., Ilbawi, A. M., & Fidarova, E. (2021). *The Global Breast Cancer Initiative: a strategic collaboration to strengthen health care for non-communicable diseases*. *The Lancet Oncology*, 22(5), 578–581.
- Anderson, B. O., Shyyan, R., Eniu, A., Smith, R. A., Yip, C. H., Bese, N. S., Chow, L. W., Masood, S., Ramsey, S. D., & Carlson, R. W. (2006). Breast cancer in limited-resource countries: an overview of the Breast Health Global Initiative 2005 guidelines. *The breast journal*, 12 Suppl 1, S3–S15.
<https://doi.org/10.1111/j.1075-122X.2006.00199.x>
- Arias, R. S., Cuenca, J.L., Rojas, M.A., Amorocho, D.A., & Novoa, R.A. (2026). Revisión sistemática de las barreras para el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de seno avanzado en mujeres. *Revista Ciencia Latina Salud*. 10(2), 6280-6305.
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/23650/33606>
- Bárcena, A., & Gómez, J. (2022). Perspectiva de género en las políticas de salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>
- Bernales-Baksai, J., Cabieses, B., Oyarte, M., & Vega, J. (2020). Inequalities in the Chilean health system: A comparative analysis between Chile and Uruguay. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1186/s12939-020-01176-6>
- Blanco Marquizo, A., Bianco, E., Paraje, G., Gouda, H. N., Birckmayer, J., Welding, K., ... Aguinaga Bialous, S. (2022). *Moving forward in the Americas: Tobacco control fosters sustainable development*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e139. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.139>

- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2024). Prevención del cáncer de mama en Chile: Incidencia, mortalidad y tamizaje, según edad y región. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/38028/1/BCN__Poblacion__en_Control_x_Cancer_de_Mama_en_Chile_final2.pdf
- Bonetti, L., Tolotti, A., Anderson, G., Nania, T., Vignaduzzo, C., Sari, D., & Barelló, S. (2022). Nursing interventions to promote patient engagement in cancer care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 133, 104289. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104289>
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). *Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229–263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Cabieses, B., Obach, A., Espinoza, M., Rodríguez, C., & Oyarte, M. (2022). *Identificando brechas en trayectorias terapéuticas de pacientes adultos con cáncer de mama y pulmón en Chile: Develando desigualdades en la atención de patologías priorizadas. Resultados fase cuantitativa*. Universidad del Desarrollo. <https://repositorio.udd.cl/items/3755c65c-c748-40dd-a8b8-aff30fb669a1>
- Cabieses, B., Obach, A., & Vezzani, F. (2023). Develando necesidades y brechas percibidas de acceso a tratamiento en mujeres jóvenes que viven con cáncer de mama en Chile. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. <https://repositorio.udd.cl/bitstreams/c641df32-1177-4632-aafe-8f0008afd165/download>

- Campaña, C., Cabieses, B., Obach, A., & Vezzani, F. (2025). Perceived barriers to reaching equity in effective access to diagnosis and treatment for women with breast cancer in Chile. *Humanities And Social Sciences Communications*, 12(1).
<https://doi.org/10.1057/s41599-024-04259-9>
- Ceballos-Morales, Alejandra, Burgos-Portales, Daniela, Carrasco-Portiño, Mercedes, & Manríquez-Vidal, Camilo. (2021). Caracterización del cáncer de mama de un servicio de salud pública del sur de Chile según edad, período 2005-2015. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86 (2), 175-185.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262021000200175>
- Cilliers, F. J. (2008). The urgent need for rigorous evaluations of faculty development programmes. *South African Medical Journal*, 98(4), 290–291.
https://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0038-23612008000400003
- Costa, L., Kumar, R., Villarreal-Garza, C., Sinha, S., Saini, S., Semwal, J., Saxsena, V., Zamre, V., Chintamani, C., Ray, M., Shimizu, C., Hadzikadic Gusic, L., Toi, M., & Lipton, A. (2024). Diagnostic delays in breast cancer among young women: An emphasis on healthcare providers. *The Breast*, 73, 103623.
<https://doi.org/10.1016/j.breast.2023.103623>
- D'almeida, D., & Latha, T. (2021). Barriers for Early Detection of Breast Cancer among South Indian Women. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 46(4), 706–709.
https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_751_20
- DeJonckheere M, Vaughn LM. (2019). *Entrevistas semiestructuradas en la investigación en atención primaria: un equilibrio entre relación y rigor*.
<https://fmch.bmj.com/content/7/2/e000057>

- Effectiveness of breast cancer screening: *Systematic review and meta-analysis to update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force recommendation. Annals of Internal Medicine*, 164(4), 244–255. <https://doi.org/10.7326/M15-0969>
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., et al. (2020). *Global Cancer Observatory: Cancer today*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today>
- Fundación para la Investigación del Cáncer de Mama. (2025). *5 datos sobre el cáncer de mama en mujeres jóvenes*. <https://www.bcrf.org/about-breast-cancer/breast-cancer-young-women/>
- Gallastegui-Braña, A., Parra-Giordano, D., & Pérez-Cruz, P. (2022). Estado de formación en cuidados paliativos a nivel del pregrado en las carreras de Medicina y Enfermería de Chile. *Revista médica de Chile*, 150(4), 541-548. <https://doi.org/10.4067/s003498872022000400541>
- Gbenonsi, G., Boucham, M., Belrhiti, Z., Nejari, C., Huybrechts, I., & Khalis, M. (2021). Health system factors that influence diagnostic and treatment intervals in women with breast cancer in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health*, 21(1), 1325. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11296-5>
- Guerrero-Nancuante, C., Eguiguren, P., Abarca-Baeza, I., Guzmán, I., & Garmendia, M. L. (2025). *Socioeconomic position and breast cancer screening use in Chile: A population-based study. Preventive Medicine Reports*, 50, 102973. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2025.102973>
- International Agency for Research on Cancer. (2025, 2 de febrero). *Breast cancer overtakes lung cancer as the most commonly diagnosed cancer worldwide, driven by*

increases in women. World Health Organization. https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2025/02/pr361_E.pdf

Jerjes, W., & Harding, D. (2025). Breaking barriers: enhancing cancer detection in younger patients by overcoming diagnostic bias in primary care. *Frontiers In Medicine*, 11, 1438402. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1438402>

Kamyab, A., Mohammadkhah, F., Asadi, S., Ghalehgalab, F., & Khani Jeihooni, A. (2024). The effect of an educational intervention on breast cancer screening of rural women: Application of the Theory of Planned Behavior. *Cancer Control*, 31. <https://doi.org/10.1177/10732748241266788>

Khan, A. I., Yusuf, R., Nazir, A., Waheed, A., Jamil, M., & Majeed, A. (2024). Breast cancer management: Barriers and facilitators in low- and middle-income countries. *BMC Women's Health*, 24, Article 152. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-02863-9>

Lam, D. L., Entezari, P., Duggan, C., Muyinda, Z., Vasquez, A., Huayanay, J., Anderson, B. O., & Scheel, J. R. (2020). A phased approach to implementing the Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) in low-income and middle-income countries. *Cancer*, 126(S10), 2424-2430. <https://doi.org/10.1002/cncr.32864>

Ley N° 20.769.(2014). *Modifica el Código del Trabajo otorgando permiso a trabajadoras y trabajadores para efectuarse exámenes de mamografía y de próstata, respectivamente.* <https://bcn.cl/3l06j>

Lopezosa C, Codina L, Freixa P.(2022) ATLAS.ti para entrevistas semiestructuradas: guía de uso para un análisis cualitativo eficaz. 30 p. <https://repositori.upf.edu/items/a4b078bf-46e9-4b79-b54b-145381ae453e#page=1>

- MacInnes, E.G., Duffy, S.W., Simpson, J.A., Wallis, M. G., Turnbull, A.E., Wilkinson, L., Satchithananda, K., Rahim, R., Dodwell, D., Hogan, B.V., Blyuss, O y Sharma, N. (2020). Auditoría radiológica de cánceres de mama de intervalo: Estimación de las tasas de crecimiento tumoral. *Revista The Breast*, (51),114-119. [10.1016/j.breast.2020.03.006](https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.03.006)
- McTiernan, A., Porter, P., & Potter, J. D. (2008). Prevención del cáncer de mama en países con recursos diversos. *Cancer*, 113(Suppl 8), 2325–2330.
- Márquez-Doren, F., Palma-Rivadeneira, S., Soto-Fuentes, P., Lucchini-Raies, C., Peña-Durán, J., Nervi-Nattero, B., Suárez-Pierart, P., González-Rodríguez, R., Rojas-Silva, N., Bustamante-Troncoso, C., Alcayaga-Rojas, C., Catoni-Salamanca, M. I., & Arechabala-Mantuliz, M. C. (2021). Una propuesta para mejorar el acceso y cobertura en oncología para Latinoamérica: enfermería de práctica avanzada. *Revista Médica de Chile*, 149(4), 591-597. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000400591>
- Mannion, S., Higgins, A., Larson, N., Stewart, E., Khan, Z., Shenoy, C., Nichols, H., Su, H., Partridge, A., Loprinzi, C., Couch, F., Olson, J., & Ruddy, K. (2024). Prevalencia e impacto de las preocupaciones sobre la fertilidad en mujeres jóvenes con cáncer de mama. *Scientific Reports*, 14(1),1-9. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-54961-6>
- Melo, M. C., Silva, F. M., & Santos, L. P. (2017). Rol del enfermero en la atención oncológica: una revisión integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2916. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1934.2916>
- Merino, G. (2023). Puesta al día en cáncer de mama en Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* , 88 (5), 261-262. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.m23000063>
- Ministerio de Salud. (2024). Decreto 30: Modifica el Decreto Supremo N°8, de 2013, de los Ministerios de Salud y Educación, que aprueba el Reglamento de Certificación de

las Especialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que las Otorgan. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://bcn.cl/3sfuy>

Ministerio de Salud. (2015). *Guías Clínicas AUGE: Cáncer de mama*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaMama.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. (2025). Minsal anuncia la incorporación al sistema público de un medicamento de alto costo contra el cáncer de mama triple negativo. Santiago, Chile: MINSAL. <https://www.minsal.cl/minsal-anuncia-la-incorporacion-al-sistema-publico-de-un-medicamento-de-alto-costo-contr-el-cancer-de-mama-triple-negativo/>

Ministerio de Salud. (2022). *Plan Nacional de Cáncer 2022–2027* (2.^a ed.). Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/Plan-Nacional-de-Cancer-2022-2027.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. (2018). Plan Nacional de Salud 2018-2030. Santiago, Chile: MINSAL. <https://www.minsal.cl>

Ministerio de Salud. (2013). Guía clínica: Examen de medicina preventiva (2.^a ed.). Ministerio de Salud de Chile. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/09/GPC-Medicina-Preventiva.pdf

Montealegre Sanz, M. (2020). *Papel de la enfermería oncológica en el manejo del paciente oncológico*. *Revista de Cáncer*, 34(5), 289–292. <https://share.google/loobsiVR2SfZojJMF>

- Murugan, N., Dlamini, S. J., Tshabalala, Z., & Mbatha, S. (2014). *Down-staging of breast cancer in the pre^[OB]screening era: Experiences from Chris Hani Baragwanath Academic Hospital, Soweto, South Africa*. South African Medical Journal, 104(5), 380. <https://doi.org/10.7196/samj.8243>
- Nachiappan, N., Machinnon, S., Ndayizeye, J., Greenfield, G., & Hargreaves, D. (2022). Barreras para el acceso a la atención médica entre los jóvenes en 30 países de ingresos bajos y medios. *Health Science Reports*, 5(4),1-7. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hsr2.733>
- Nelson, H. D., Fu, R., Cantor, A., Pappas, M., Daeges, M., & Humphrey, L. (2016). Effectiveness of Breast Cancer Screening: Systematic Review and Meta-analysis to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Annals of internal medicine*, 164(4), 244–255. <https://doi.org/10.7326/M15-0969>.
- Pisani, A. M. O., Bravo, A. P. E., Carimoney, A. Á., Saldaña, A. B., Baeza, I. M. A., Lorenzo, I. V., Navia, D. R., Hormazabal, P. S., Bórquez, R. G., & Díaz, M. J. M. (2024). Barreras para el diagnóstico temprano de cáncer: Perspectiva de usuarios(as) en tiempos de COVID-RM. *Medwave*, 24(S1), SP180. <https://doi.org/10.5867/medwave.2024.S1.SP180>
- Rimmer, A. (2020). Covid-19: Disproportionate impact on ethnic minority healthcare workers will be explored by government. *BMJ*, 370, m3021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7580286/>
- Rojas, D., Micolich, C., Goset, K., & Salas, S. (2024). Knowledge, practice and communication barriers for oncology doctors in Chile when addressing the sexuality of their patients. *Ecancermedicalscience*. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2024.1665>

- Rojas, D., Sandoval, P., Soto, M. (2022). *Estudio cualitativo de la experiencia del cáncer de mama y su tratamiento en mujeres en edad fértil* [Tesis de maestría, Universidad Andrés Bello]. Repositorio Institucional Académico Universidad Andrés Bello. <https://repositorio.unab.cl/server/api/core/bitstreams/2ff2c194-a428-47fc-a840-07e40362884f/content>
- Rosenberg, S. M., & Partridge, A. H. (2015). Management of breast cancer in very young women. *The Breast*. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2015.07.036>
- Sosa, D., Rodriguez, C. M., Kamal, R., & Chagpar, A. B. (2023). Race and socioeconomic status impact patient-reported understanding of breast cancer management. *The Breast*, 72, 130–135. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2023.07.011>
- Spalluto, L., Bonnet, K., Sonubi, C., Ernst, L. L., Wahab, R., Reid, S. A., Agrawal, P., Gregory, K., Davis, K. M., Lewis, J. A., Berardi, E., Hartsfield, C., Selove, R., Sanderson, M., Schlundt, D., & Audet, C. M. (2023). Barriers to implementation of breast cancer risk assessment: The health care team perspective. *Journal of the American College of Radiology*, 20, 342–351. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2022.12.019>
- Torres, C., Campillay, M., & Dubó, P. (2024). Barreras y facilitadores de la atención en salud de personas con cáncer en una comuna del norte de Chile: Reporte cualitativo. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 13. <https://doi.org/10.22235/ech.v13i1.3400>
- Tshabalala, G., Blanchard, C., Mmoledi, K., Malope, D., O’Neil, D. S., Norris, S. A., Joffe, M., & Dietrich, J. J. (2023). A qualitative study to explore healthcare providers’ perspectives on barriers and enablers to early detection of breast and cervical cancers among women attending primary healthcare clinics in Johannesburg, South Africa. *PLOS Global Public Health*, 3(6), e0001826. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001826>

- Unger-Saldaña K. (2014). Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World journal of clinical oncology*, 5(3), 465–477. <https://doi.org/10.5306/wjco.v5.i3.465>
- Vázquez, M. L., Mogollón Pérez, A. S., Ferreira da Silva, D., Vargas Lorenzo, I., Delgado Gallego, M. E., & Fernández de Sanmamed Santos, M. J. (2017). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Cali, Colombia: Universidad del Valle. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/server/api/core/bitstreams/6e023581-62f0-4e66-99ac-3b57ea8bdab9/content>
- Vezzani F, Cabieses B, Obach A, Torrealba S, Carvajal I. Unmet supportive care needs of young women with breast cancer in Chile during follow-up stage after treatment: A qualitative study. *PLoS One*. 2025;20(8): e0330166. Published 2025 Aug 13. doi:10.1371/journal.pone.0330166
- Young, A., Charalambous, A., Owen, R., Njodzeka, B., Oldenmenger, W., Alqudimat, M., & So, W. (2020). Essential Oncology nursing care along the cancer continuum. *The Lancet*, 21(12), 555-563. [10.1016/S1470-2045\(20\)30612-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30612-4)