

THE BREAST CANCER DELAY QUESTIONNAIRE

INSTRUMENTO PARA MEDIR EL RETRASO EN LA ATENCIÓN MÉDICA DEL CÁNCER DE MAMA

La aplicación de este instrumento combinada con la revisión de expediente de la paciente con cáncer de mama, permite estimar los intervalos de tiempo especificados abajo así como los factores asociados con retrasos en estos intervalos.

INTERVALO TOTAL: tiempo transcurrido desde la identificación de un problema mamario hasta el inicio del tratamiento oncológico.

INTERVALO DE LA PACIENTE: de la identificación del problema a la primera consulta médica.

INTERVALO DE LOS SERVICIOS DE SALUD: de la primera consulta al inicio del tratamiento.

INTERVALO DE DIAGNÓSTICO: de la primera consulta médica a la confirmación del diagnóstico.

INTERVALO DE TRATAMIENTO: del diagnóstico al inicio del tratamiento.

**Este instrumento está elaborado para ser aplicado mediante una entrevista a pacientes en quienes exista una alta sospecha del diagnóstico de cáncer de mama, a su llegada a una institución oncológica. Se recomienda excluir a pacientes con las siguientes características:*

- a) Aquellas que tuvieron cáncer anteriormente*
 - b) Aquellas que ya recibieron tratamiento oncológico para la presente enfermedad*
 - c) Aquellas con enfermedades benignas de la mama bajo seguimiento*
-

Se permite su reproducción y uso sólo con fines de investigación.

Favor de citar la referencia como se indica abajo:

The reproduction of this instrument is permitted for research use only.

Please cite the reference as follows:

Karla Unger Saldaña, Ingris Pelaez Ballestas & Claudia Infante Castañeda. **Development and validation of a questionnaire to assess breast cancer delay.** *BMC Cancer*, 2012;**12**:626.

BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES QUE ACUDEN AL DEPARTAMENTO DE TUMORES MAMARIOS

1. DESCUBRIMIENTO DEL PROBLEMA DE SALUD

(Nombre de la entrevistada), ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el problema de salud por el cual vino a este hospital.

<p>1.01</p> <p>¿En qué fecha identificó por primera vez (o se dio cuenta) que tenía un problema en el pecho?</p> <p style="text-align: center;"><i>INTENTAR DOCUMENTAR CON LA MAYOR EXACTITUD POSIBLE POR LO MENOS MES Y AÑO. UTILIZAR EL CALENDARIO PARA AYUDARLE A LA MUJER A RECORDAR.</i></p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><i>d</i></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><i>d</i></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><i>m</i></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><i>m</i></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><i>m</i></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><i>a</i></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><i>a</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">número</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">letra</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">número</td> <td></td> </tr> </table> </div> <p><i>Si no recuerda con exactitud el día, acotar si fue a inicios, mediados o finales del mes:</i></p> <p>a) A inicios del mes b) A mediados del mes c) A finales del mes</p> <p><i>Si no recuerda con exactitud el mes, acotar si fue a inicios, mediados o finales del año:</i></p> <p>a) A inicios del año b) A mediados del año c) A finales del año</p> <p style="text-align: center;"><i>Si no recuerda día o mes en lo absoluto, colocar "98" ó "988" respectivamente</i></p>								<i>d</i>	<i>d</i>	<i>m</i>	<i>m</i>	<i>m</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	número		letra			número		<p>1.02</p> <p>¿Cómo supo que tenía algún problema en el pecho?</p> <p style="text-align: center;"><i>SI MENCIONA ALGÚN SÍNTOMA, RESPONDA 1 Y PASE A LA SIGUIENTE PREGUNTA.</i></p> <p>Síntomas de la mujer..... 1</p> <p>Mastografía de detección oportuna..... 2</p> <p>Exploración clínica mamaria de rutina..... 3</p> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">PASE A 3.01</p> </div> <hr/> <p>1.03</p> <p>¿Cuál fue el primer síntoma que notó?</p> <p style="text-align: center;"><i>NO LEA LAS OPCIONES EN ALTO. ACEPTE SÓLO <u>UNA</u> RESPUESTA.</i></p> <p>1) Bolita o engrosamiento en el pecho ("bola", "granito", "bolita", "tumor", "tumorcito", "pelota", endurecimiento, etc)</p> <p>2) Dolor en el pecho ("ardor", "punzadas", "piquetes")</p> <p>3) Otras molestias</p> <hr/> <p style="text-align: center; font-size: small;"><i>ESPECIFICAR CON PALABRAS TEXTUALES DE LA ENTREVISTADA</i></p>
<i>d</i>	<i>d</i>	<i>m</i>	<i>m</i>	<i>m</i>	<i>a</i>	<i>a</i>																
número		letra			número																	

Se permite su reproducción y uso sólo con fines de investigación. Favor de citar la referencia como se indica:

The reproduction of this instrument is permitted for research use only. Please cite the reference appropriately as follows:

Unger-Saldaña K, Pelaez-Ballestas I & Infante-Castañeda C. **Development and validation of a questionnaire to assess breast cancer delay.** *BMC Cancer*, 2012;12:626.

BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES QUE ACUDEN AL DEPARTAMENTO DE TUMORES MAMARIOS

2. PERCEPCIÓN DE LAS MOLESTIAS																																		
<p>2.01 Cuando lo notó por primera vez, ¿qué tan grave pensó que era?</p> <p style="text-align: center;"><i>LEA TODAS LAS OPCIONES DE RESPUESTA EN VOZ ALTA</i></p> <p>Nada grave? 0 Poco grave? 1 Moderadamente grave? 2 Grave? 3 O muy grave? 4 No responde 99</p>	<p>2.04 Ahora le voy a leer algunas molestias y quisiera que me vaya diciendo si ha tenido alguna de ellas. ¿Me podría decir si ha tenido...</p> <p style="text-align: center;"><i>LEA LAS OPCIONES UNA POR UNA EN ALTO Y LLENE EL CUADRITO CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA DE LA MUJER (SI O NO) PARA CADA SÍNTOMA</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center;">SÍ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Bolita en la axila, cuello o tronco?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Dolor en el pecho?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Dolor del brazo del mismo lado que el pecho afectado?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Cambios de color en la piel del pecho (como a rojo, café o morado)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Hormigueo o entumecimiento del brazo del mismo lado?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Úlcera o llaga en la piel del pecho?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Comezón en el pecho?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Aumento del tamaño del pecho?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9. Cambios en la forma del pecho?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>10. Que le haya salido líquido o sangre por el pezón?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	1. Bolita en la axila, cuello o tronco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Dolor del brazo del mismo lado que el pecho afectado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Cambios de color en la piel del pecho (como a rojo, café o morado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Hormigueo o entumecimiento del brazo del mismo lado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Úlcera o llaga en la piel del pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Comezón en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Aumento del tamaño del pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Cambios en la forma del pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Que le haya salido líquido o sangre por el pezón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SÍ	NO																																
1. Bolita en la axila, cuello o tronco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
2. Dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
3. Dolor del brazo del mismo lado que el pecho afectado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
4. Cambios de color en la piel del pecho (como a rojo, café o morado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
5. Hormigueo o entumecimiento del brazo del mismo lado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
6. Úlcera o llaga en la piel del pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
7. Comezón en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
8. Aumento del tamaño del pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
9. Cambios en la forma del pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
10. Que le haya salido líquido o sangre por el pezón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
<p>2.02 ¿Qué tanto le preocupó en aquel entonces?</p> <p style="text-align: center;"><i>LEA TODAS LAS OPCIONES DE RESPUESTA EN VOZ ALTA</i></p> <p>Nada? 0 Poco? 1 Regular? 2 O mucho? 3 No responde 99</p>	<p>2.05 Y de éstas molestias que me dijo que ha tenido, <i>LEER EN VOZ ALTA MOLESTIAS QUE MENCIONÓ EN PREGUNTA ANTERIOR</i> ¿cuál le preocupó más?</p> <p style="text-align: center;"><i>RESPONDER EL NÚMERO CORRESPONDIENTE A LA OPCIÓN DEL SÍNTOMA O MOLESTIA MENCIONADO.</i></p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div>																																	
<p>2.03 Cuando lo notó por primera vez ¿pensó que podía tratarse de cáncer?</p> <p>Sí..... 1 No..... 0 No responde 99</p>																																		

Se permite su reproducción y uso sólo con fines de investigación. Favor de citar la referencia como se indica:

The reproduction of this instrument is permitted for research use only. Please cite the reference appropriately as follows:

Unger-Saldaña K, Pelaez-Ballestas I & Infante-Castañeda C. **Development and validation of a questionnaire to assess breast cancer delay.** *BMC Cancer*, 2012;**12**:626.

BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES QUE ACUDEN AL DEPARTAMENTO DE TUMORES MAMARIOS DEL INCAN

2. PERCEPCIÓN DE LAS MOLESTIAS (Continuación)

<p>2.06 ¿Qué fue lo que la hizo decidir ir a atenderse con un médico?</p> <p style="text-align: center;"><i>LEER OPCIONES DE RESPUESTA EN VOZ ALTA.</i></p> <p>Que apareciera <i>molestia (2.05)?</i> 1</p> <p>Que empeorara <i>molestia (2.05)?</i> 2</p> <p>Que pasara el tiempo y no se le quitara <i>molestia (2.05)?</i> 3</p> <p>Que <i>molestia (2.05)</i> interfiriera con algunas de sus actividades habituales? 4</p> <p>Consejos familiares o de su red social? 5</p> <p>O alguna otra cosa? 6 <i>ESPECIFICAR</i></p> <p>No responde 99</p>		<p>2.09 ¿Cómo siente que fue el tiempo que pasó entre la primera vez que fue al médico para este problema de salud y llegó a este hospital?</p> <p>Siente que fue...</p> <p style="text-align: center;"><i>(REPETIR ESTA ÚLTIMA FRASE EN VOZ ALTA ANTES DE CADA OPCIÓN DE RESPUESTA)</i></p> <p>Muy poco tiempo? 1</p> <p>Poco tiempo? 2</p> <p>Regular (más o menos)? 3</p> <p>Mucho tiempo? 4</p> <p>No responde 99</p>	PASE A 3.01																															
<p>2.07 ¿Cómo siente que fue el tiempo que pasó entre que se dio cuenta por primera vez de (primer síntoma que tuvo) y fue por primera vez con el médico?</p> <p style="text-align: center;"><i>LEER EN VOZ ALTA OPCIONES DE RESPUESTA</i></p> <p>Siente que usted buscó atención...</p> <p>Inmediatamente (luego luego)? 1</p> <p>Fue pronto, pero no de inmediato? 2</p> <p>Se tardó un poco? 3</p> <p>O se tardó mucho? 4</p> <p>No responde 99</p>	PASE A 2.09	<p>2.10 De las cosas que ahora le voy a leer, ¿Cuáles cree usted que hicieron que no pudiera llegar aquí más pronto? Se las voy a decir y usted me va respondiendo "sí" o "no" para cada una.</p> <p>Siente que le dificultó llegar a este hospital más pronto....</p> <p style="text-align: center;"><i>(LEER CADA OPCIÓN DE RESPUESTA EN VOZ ALTA, ANTECEDIDA POR LA FRASE DE ARRIBA)</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ... El no contar con información de servicios a donde podía acudir?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. ... La falta de dinero para pagar las consultas y los estudios?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. ... Que le daban las citas para el médico y/o los estudios muy apartadas?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. ... Que hubo un diagnóstico equivocado de los médicos que la vieron al principio?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. ... Que no podía faltar al trabajo para atenderse?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. ... Que usted tenía miedo?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. ... Que tenía que atender a un familiar enfermo o de edad avanzada?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. ... Alguna otra cosa? _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><i>ESPECIFICAR</i></td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	1. ... El no contar con información de servicios a donde podía acudir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ... La falta de dinero para pagar las consultas y los estudios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ... Que le daban las citas para el médico y/o los estudios muy apartadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ... Que hubo un diagnóstico equivocado de los médicos que la vieron al principio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ... Que no podía faltar al trabajo para atenderse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ... Que usted tenía miedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ... Que tenía que atender a un familiar enfermo o de edad avanzada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ... Alguna otra cosa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>ESPECIFICAR</i>			<p style="font-size: small; text-align: center;">Se permite su reproducción y uso sólo con fines de investigación. Favor de citar la referencia como se indica: The reproduction of this instrument is permitted for research use only. Please cite the reference appropriately as follows: Unger-Saldaña K, Peláez-Ballesteros I & Infante-Castañeda C. Development and validation of a questionnaire to assess breast cancer delay. BMC Cancer, 2012;12:626.</p>	
	SÍ	NO																																
1. ... El no contar con información de servicios a donde podía acudir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
2. ... La falta de dinero para pagar las consultas y los estudios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
3. ... Que le daban las citas para el médico y/o los estudios muy apartadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
4. ... Que hubo un diagnóstico equivocado de los médicos que la vieron al principio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
5. ... Que no podía faltar al trabajo para atenderse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
6. ... Que usted tenía miedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
7. ... Que tenía que atender a un familiar enfermo o de edad avanzada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
8. ... Alguna otra cosa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
<i>ESPECIFICAR</i>																																		
<p>2.08 ¿Por qué no buscó atención más pronto? Le voy a leer diferentes opciones y usted me va respondiendo para cada una "sí" o "no".</p> <p>No buscó atención médica más pronto...</p> <p style="text-align: center;"><i>(LEER EN VOZ ALTA LA FRASE ANTERIOR ANTES DE LEER LA PRIMERA OPCIÓN DE RESPUESTA Y ANTES DE LEER LA OPCIÓN DE RESPUESTA 5. PARA EL RESTO, SÓLO LEER LA OPCIÓN DE RESPUESTA.)</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ... Porque pensó que el problema iba a desaparecer solo?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. ... Porque no sabía a qué servicio de salud podía acudir?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. ... Por falta de dinero para utilizar los servicios de salud?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. ... Por dificultad para dejar de trabajar?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. ... Porque tiene que cuidar de un familiar (niños, ancianos o enfermos)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. ... Por desidia o descuido?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. ... Por miedo?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. ... Por pena de que la revisaran?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9. ... Por algún otro motivo? _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><i>ESPECIFICAR</i></td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	1. ... Porque pensó que el problema iba a desaparecer solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ... Porque no sabía a qué servicio de salud podía acudir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ... Por falta de dinero para utilizar los servicios de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ... Por dificultad para dejar de trabajar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ... Porque tiene que cuidar de un familiar (niños, ancianos o enfermos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ... Por desidia o descuido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ... Por miedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ... Por pena de que la revisaran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ... Por algún otro motivo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>ESPECIFICAR</i>			
	SÍ	NO																																
1. ... Porque pensó que el problema iba a desaparecer solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
2. ... Porque no sabía a qué servicio de salud podía acudir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
3. ... Por falta de dinero para utilizar los servicios de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
4. ... Por dificultad para dejar de trabajar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
5. ... Porque tiene que cuidar de un familiar (niños, ancianos o enfermos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
6. ... Por desidia o descuido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
7. ... Por miedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
8. ... Por pena de que la revisaran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
9. ... Por algún otro motivo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
<i>ESPECIFICAR</i>																																		

BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES QUE ACUDEN AL DEPARTAMENTO DE TUMORES MAMARIOS

3. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

3.01 ¿A qué servicio médico acudió antes de llegar a este hospital? ¿Me puede ir diciendo uno por uno en orden? ¿A dónde fue primero? ¿Aproximadamente en qué fecha?

UNA VEZ QUE HAYA RESPONDIDO EL PRIMER SERVICIO, PREGUNTAR PARA LOS SIGUIENTES: ¿Después a dónde fue?

TIPO DE SERVICIO DE SALUD

1. Centro de salud SSA (1er nivel)
2. Clínica SSA (2o nivel)
3. Hospital general de SSA (3er nivel)
4. Instituto Nacional de Salud _____
ESPECIFICAR
5. Médico u hospital privado (particular)
6. Farmacias Similares
7. IMSS
8. ISSSTE
9. Otro _____
ESPECIFICAR

OPCIÓN DE SERVICIO UTILIZADO (en orden cronológico)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

FECHA EN QUE UTILIZÓ 1er SERVICIO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>d d</i>		<i>m m m</i>			<i>a a</i>		
número		letra			número		

3.02 Y ese primer médico que vio, ¿Qué le dijo que tenía usted en su seno?

Le dijo que era:

- Tumor benigno..... 1
 Tumor sospechoso..... 2
 Tumor maligno (cáncer)..... 3
 Otro _____
ESPECIFICAR

3.05 ¿Le han realizado una **biopsia** para este problema de salud?

- Sí 1
 No 0

3.03 ¿Qué estudios le pidió ese primer médico al que vio?

SI RESPONDE SÓLO UN ESTUDIO, VERIFICAR SI LE PIDIERON MÁS, PREGUNTANDO:

¿Ese primer médico le pidió algún otro estudio?

PUEDEN SER VARIAS RESPUESTAS

- Ultrasonido mamario..... 1
 Mamografía o mastografía..... 2
 Biopsia..... 3
 Ninguno de los anteriores..... 0

3.06 ¿De dónde la enviaron a este hospital?

- Centro de salud SSA (1er nivel) 1
 Clínica SSA (2o nivel)..... 2
 Hospital general (3er nivel) 3
 Instituto Nacional de Salud 4
 Servicio de salud privado o particular 5
 Farmacias similares..... 6
 IMSS..... 7
 ISSSTE..... 8
 Otro _____ 9

ESPECIFICAR

- Iniciativa propia de la paciente 10
 Consejo de un familiar o amigo 11

3.04 ¿Le **recetó** algún antiinflamatorio o antibiótico?

- Sí..... 1
 No..... 0

3.07 ¿Se ha tomado o se ha puesto algún remedio casero o de medicina alternativa para este problema de salud?

- Sí..... 1
 No..... 0

*Se permite su reproducción y uso sólo con fines de investigación. Favor de citar la referencia como se indica:
 The reproduction of this instrument is permitted for research use only. Please cite the reference appropriately as follows:
 Unger-Saldaña K, Pelaez-Ballestas I & Infante-Castañeda C. Development and validation of a
 questionnaire to assess breast cancer delay. BMC Cancer, 2012;12:626.*

BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES QUE ACUDEN AL DEPARTAMENTO DE TUMORES MAMARIOS

4. APOYO DE LA RED SOCIAL

(Nombre de entrevistada), ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de las actividades que ha dejado de hacer para poder atenderse y acerca de las personas que más le han ayudado desde que empezó con este problema del pecho.

4.01 ¿Usted ha dejado de hacer alguna de las siguientes actividades a causa de este problema de salud?

	SÍ	NO
Labores del hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado o atención de los hijos o nietos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades fuera del hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESPECIFICAR

SI RESPONDIÓ "NO" EN TODAS LAS OPCIONES, PASE A 6.04.

4.05 ¿Cuánto tiempo pasó entre que notó por primera vez sus molestias y le platicó a PERSONA MENCIONADA EN 4.04 de ellas?

*RESPONDER EN MESES O DÍAS,
SEGÚN COMO RESPONDA LA MUJER*

Meses			Días	

(Si responde "inmediatamente" o "luego luego", poner "0" días)

4.02 ¿Alguien le ha ayudado a realizar estas actividades ahora que ha estado enferma?

Sí..... 1

No..... 0

PASE A 4.04

4.06 ¿Quiénes le recomendaron consultar al médico para estas molestias?

1) **NOMBRE:** _____

PARENTESCO: _____

2) **NOMBRE:** _____

PARENTESCO: _____

3) **NOMBRE:** _____

PARENTESCO: _____

Nadie..... 0

4.03 ¿Quiénes le han ayudado a hacer esas actividades?

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

4.04 ¿A qué persona le platicó primero sobre su problema de salud?

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

Se permite su reproducción y uso sólo con fines de investigación. Favor de citar la referencia como se indica:

The reproduction of this instrument is permitted for research use only. Please cite the reference appropriately as follows:

Unger-Saldaña K, Pelaez-Ballestas I & Infante-Castañeda C. **Development and validation of a questionnaire to assess breast cancer delay.** *BMC Cancer*, 2012.

BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES QUE ACUDEN AL DEPARTAMENTO DE TUMORES MAMARIOS

4. APOYO DE LA RED SOCIAL (Continuación)	
<p>4.07 ¿Hasta ahora el pago de sus consultas, estudios y tratamientos ha sido con su dinero o alguien le ha prestado o dado dinero para pagarlos?</p> <p>Ella ha pagado todo (o alguien de su hogar familiar)..... 0</p> <p>Pago compartido entre ella y otro 1</p> <p>Alguien más ha pagado todo 2</p>	<p>4.10 ¿Qué persona(s) la acompaña(n) habitualmente a sus consultas médicas?</p> <p>1) NOMBRE: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">PARENTESCO: _____</p> <p>2) NOMBRE: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">PARENTESCO: _____</p> <p>3) NOMBRE: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">PARENTESCO: _____</p> <p style="text-align: center;">Nadie..... 0</p>
<p>4.08 ¿Aproximadamente cuánto ha tenido que gastar usted de su dinero, en total en consultas, medicinas y estudios médicos hasta ahora?</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-left: 5px;">pesos</div> </div> <p>No sabe 98</p>	<p>4.11 ¿Usted quién(es) siente que es(son) la(s) persona(s) que más la ha(n) apoyado emocionalmente?</p> <p>1) NOMBRE: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">PARENTESCO: _____</p> <p>2) NOMBRE: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">PARENTESCO: _____</p> <p>3) NOMBRE: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">PARENTESCO: _____</p> <p style="text-align: center;">Nadie..... 0</p>
<p>4.09 ¿Quién(es) le ha(n) ayudado económicamente hasta ahora para pagar sus estudios, tratamientos o consultas de este problema de salud?</p> <p>1) NOMBRE: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">PARENTESCO: _____</p> <p>2) NOMBRE: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">PARENTESCO: _____</p> <p>3) NOMBRE: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">PARENTESCO: _____</p> <p style="text-align: center;">Nadie..... 0</p>	<p>4.12 Si tuviera que elegir a 1 persona. ¿Quién diría que es la persona que más le ha ayudado o apoyado desde que comenzó con este problema de salud?</p> <p style="padding-left: 40px;">NOMBRE: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">PARENTESCO: _____</p> <p style="text-align: center;">Nadie..... 0</p>

Se permite su reproducción y uso sólo con fines de investigación. Favor de citar la referencia como se indica:

The reproduction of this instrument is permitted for research use only. Please cite the reference appropriately as follows:

Unger-Saldaña K, Pelaez-Ballestas I & Infante-Castañeda C. **Development and validation of a questionnaire to assess breast cancer delay.** *BMC Cancer*, 2012;12:626.

BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES QUE ACUDEN AL DEPARTAMENTO DE TUMORES MAMARIOS

(Nombre de la entrevistada), ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de algunas prácticas de detección temprana de cáncer.

5. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER

<p>5.01 ¿Aproximadamente, cuándo fue la última vez que se hizo el Papanicolaou?</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">d</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">d</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">m</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">m</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">m</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">a</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">a</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: x-small;">número</td> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: x-small;">letra</td> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: x-small;">número</td> </tr> </table> </div> <p>Nunca 0</p>								d	d	m	m	m	a	a	número		letra			número			<p>5.05 ¿Para qué sirve hacerse una mamografía o mastografía?</p> <p>Para detectar tempranamente cáncer de mama o respuesta similar 1</p> <p>Otra respuesta 0</p>	
d	d	m	m	m	a	a																		
número		letra			número																			
<p>5.02 Antes de este problema de salud, ¿algún médico o enfermera le había revisado los senos o pechos?</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 0</p>		<p>5.06 ¿A partir de qué edad se recomienda que una mujer se haga una mamografía anual?</p> <p>A partir de los 40..... 1</p> <p>Otra respuesta _____ 2</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">ESPECIFICAR</p> <p>No sabe 98</p>																						
<p>5.03 Antes del problema de seno que tiene ahora, ¿había escuchado hablar de la mamografía o mastografía?</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p>		<p>5.07 ¿Le habían realizado alguna mamografía <u>antes</u> de este problema?</p> <p>No..... 0</p> <p>Sí, más de 1 1</p> <p>Sí, sólo 1 2</p>																						
<p>5.04 ¿Usted acostumbra revisarse los senos usted misma?</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 0</p>		<p>5.08 ¿Conoce a alguna persona cercana a usted que haya tenido o que tenga cáncer?</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 0</p>																						

Se permite su reproducción y uso sólo con fines de investigación. Favor de citar la referencia como se indica:

The reproduction of this instrument is permitted for research use only. Please cite the reference appropriately as follows:

Unger-Saldaña K, Pelaez-Ballestas I & Infante-Castañeda C. **Development and validation of a questionnaire to assess breast cancer delay.** *BMC Cancer*, 2012;12:626.