

**Situación laboral de las mujeres supervivientes de cáncer de mama atendidas en una
Fundación: Estudio transversal a partir de una base de datos institucional**

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Pública

Presentado por:

Erica Johana Poveda Montaña

Director:

Camilo Alejandro Correal

Universidad de La Sabana

Facultad de Medicina

Maestría en Salud Pública 2022

Declaro que este trabajo de grado no ha sido presentado para optar a un título, ya sea en igual forma o con variaciones, en esta o cualquier otra universidad.

Agradecimientos

Agradezco a mi familia, hijas, padres y demás familiares cercanos por haberme ayudado a cumplir todos mis sueños. A mi grupo de trabajo que me brindaron su apoyo paciencia y compañía. A mi director Dr. Camilo Correal por el apoyo incondicional y a la Dra. Adriana por su asesoría. A la Fundación Salud Querida la Dra. Catalina Quintero y el Dr. Sebastián Quintero por ayudarme a culminar este proceso.

Erica Johana Poveda Montaña

Contenido

1. Introducción.....	7
2. Pregunta de Investigación y Justificación.....	8
3. Marco Teórico.....	9
3.1. Factores de Riesgo.....	10
3.1.1 Factores no modificables.....	10
3.1.2 Factores modificables.....	11
3.2. Incapacidad Y Alta Médica Tras Cáncer De Mama.....	12
3.3. Consecuencias Del Cáncer De Mama, Limitaciones Funcionales	13
3.4. Esquema De Secuelas Freuentes	14
3.5. Clasificación TNM (Sistema De Estadificación De Cáncer).....	16
4. Estado Del Arte.....	17
5. Objetivos	18
5.1. General	18
5.2. Específicos	18
6. Metodología.....	19
6.1. Tipo de Estudio.....	19
6.2. Población y Muestra.....	19
6.3. Criterios de Exclusión	19
6.4. Recolección de la Información	20
6.5. Procesamiento y Análisis de la Información.....	20
6.6. Limitaciones	21
7. Consideraciones Éticas, Disposiciones Legales Vigentes Y Propiedad Intelectual	21
8. Resultados	22
8.1. Población.....	22
8.2. Variables Sociodemográficas	22
8.3. Variables Clínicas.....	29
8.4. Variables Ocupacionales.....	38
8.5. Análisis por subgrupos	42
9. Discusión	48
10. Conclusiones	53
Referencias	55
Anexos.....	57

Resumen

El cáncer de mama es una de las neoplasias más frecuentes que en los últimos años ha presentado aumento en el diagnóstico temprano, especialmente en población en edades laborales, generando largos periodos de incapacidades que pueden llegar hasta limitaciones para el desarrollo de la actividad laboral. La estabilidad laboral puede verse afectada por factores como: la duración e intermitencia de los tratamientos, tipo de trabajo y riesgos asociados al desempeño de la labor, edad al momento del diagnóstico, estadio al momento del diagnóstico y clasificación del tumor e inicio del tratamiento, luego del diagnóstico, rol laboral antes del diagnóstico.

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la población de mujeres supervivientes de cáncer de mama menores de 59 años con tratamiento finalizado, cuya información se tomó de la base de datos institucional de una fundación. Dicha base es un archivo de Excel resultado de la aplicación de una encuesta al ingreso a la fundación la cual cuenta con un total de 45 variables las cuales contienen información sociodemográfica, clínica y ocupacional.

Los datos se obtuvieron del universo que se encuentra en la base de datos teniendo como criterio de exclusión: mujeres mayores de 59 años, mujeres sin tratamiento terminado. Posteriormente, se procedió a realizar el análisis de frecuencias y un análisis por subgrupos.

El 83,12 % de las mujeres cuentan con ingresos económicos dependientes de la condición laboral que desempeñan ya sea como independientes o empleadas y el 16,88% no cuenta con un empleo remunerado, así mismo, la variable relacionada con fuente de ingresos económicos encontramos que la mayoría de las mujeres cuentan con ingresos extras a su trabajo como lo son rentas, ahorros, apoyo de familiares como hijos, padres y pareja. Sin embargo, se mantiene un porcentaje que no cuenta con ningún tipo de ingreso.

Por último, es importante hacer énfasis en por qué las características sociodemográficas, laborales, clínicas y propias del tratamiento deben ser tenidas en cuenta para la reintegración laboral luego de la finalización del tratamiento y alta médica para favorecer que las mujeres puedan reintegrarse de la mejor manera a su trabajo y continúen desarrollado dentro de lo posible sus actividades laborales antes del diagnóstico.

1. Introducción

Según la OMS, el cáncer de mama es más común, con más 2,2 millones de casos y aproximadamente 685.000 mujeres fallecidas en el 2020 a causa de esta enfermedad (OMS, 2020).

Fundación Salud Querida tiene tres objetivos fundamentales: educar, prevenir y apoyar a personas sanas, pacientes y red de apoyo en todo lo referente al cáncer, para el estudio presente se trabajó con el grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, este grupo se apoya mutuamente no solo a nivel psicológico, espiritual, medico, social y jurídico entre muchos, generando espacios de comunicación e intercambio de experiencias que ayudan a las mujeres que inician este proceso.

Según el estudio presentado por la revista argentina de mastología en el 2019 a medida que la se realicen diagnósticos tempranos de cáncer y se instauren de manera oportuna nuevos esquemas de tratamiento, se mejora la expectativa de un número mayor de supervivientes de cáncer que se enfrentaran al proceso de reincorporarse al trabajo, consiguiendo así retomar las actividades de la vida diaria, es por esta razón que hacer un diagnóstico temprano puede facilitar la vuelta al trabajo.

Cuando se inicia el tratamiento en un estadio temprano estos pueden ser menos agresivos y las consecuencias menos agresoras, de esta manera se disminuyen los periodos de incapacidad; obteniendo un impacto positivo en la calidad de vida de las pacientes y sus familias (Vásquez, 2019).

Cuando las mujeres supervivientes a cáncer de mama pierden su empleo, esta situación con lleva a efectos negativos, tanto a nivel económico, familiar, personal y psicológico. Por esta razón se

hace importante conocer datos sociodemográficos de mujeres supervivientes a cáncer de mama, para analizar variables tales como de donde provienen sus ingresos económicos, personas a cargo, si cuenta con apoyo económico diferente a su trabajo, el tipo de labor que desempeña y el sector económico, puesto que estas variables pueden influir en la situación laboral de estas mujeres.

En Colombia según información de Globo can para el año 2020 el cáncer de mama fue el tipo de cáncer más frecuente en el país, se estimaron 15.509 casos nuevos de diferentes edades. Con relación a la mortalidad se estimaron un total de 4.411 mujeres fallecidas por esta, siendo la 4ta causa de muerte incluyendo mujeres y hombres (Minsalud, 2020)

Para la estimación de la capacidad laboral (Vicente H., et al., 2014), la reincorporación laboral exige una evaluación de la respuesta al tratamiento. Por esta razón, es importante realizar una valoración pronóstica donde se logre determinar posibles secuelas sistémicas, funcionales y psíquicas para definir un contexto laboral.

2. Pregunta de Investigación y Justificación

¿Cuál es la situación laboral de las mujeres supervivientes de cáncer de mama atendidas en una fundación que ofrece seguimiento y guía a pacientes diagnosticadas con cáncer?

Para las mujeres supervivientes de cáncer de mama, el perder su empleo, genera efectos negativos a nivel económico, familiar, personal y psicológico. El desempleo en mujeres con cáncer de mama varía entre el 5,6% y 56,3%. Por tal motivo, se hace importante conocer datos sociodemográficos de mujeres supervivientes a cáncer de mama, para analizar variables como: edad, estado civil, proveniencia de sus ingresos económicos, personas a cargo, red de apoyo

económico diferente a su trabajo, el tipo de labor que desempeña y sector económico en el que labora. La tasa de sobrevivencia en mujeres con cáncer se encuentra en promedio a 10 años. Sin embargo, dependiendo del estadio y clasificación de los tumores (TNM), se puede establecer una tasa de sobrevivencia aproximada a 5 años en el 99% de las mujeres (MinSalud, 2021).

En la medida que la detección del cáncer de mama se realice de manera temprana, la posibilidad de nuevos tratamientos, se espera un mayor número de supervivientes quienes se enfrentan al proceso de reincorporarse laboralmente. Es por esta razón, que cobra importancia realizar un diagnóstico temprano porque facilita el reintegro laboral cuando se inicia un tratamiento en un estadio primario, estos pueden ser menos agresivos al igual que sus consecuencias (Vásquez, 2019).

Cuando se habla de la condición laboral luego del alta médica, se hace referencia a la finalización del tratamiento para el cáncer de mama. Sin embargo, es importante mencionar que aun cuando se realiza un proceso de rehabilitación, este no garantiza que el reintegro laboral sea efectivo y que traiga consigo una adaptación exitosa (Fundación Josep Laporte, 2011).

3. Marco Teórico

Para el presente acápite del marco teórico, se tendrá en cuenta las características que tienen relación con la situación laboral de mujeres supervivientes a cáncer de mama, sociodemográficas, laborales y clínicas.

Según la OMS, el cáncer de mama es más común, con más 2,2 millones de casos y aproximadamente 685.000 mujeres fallecidas en el 2020 a causa de esta enfermedad (OMS, 2020).

En Colombia, entre enero de 2019 y enero de 2020, el cáncer de mama fue el más habitual entre los casos nuevos de los 11 tipos de cáncer priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Por otra parte, se presentaron la mayor cantidad de muertes notificadas a la Cuenta de Alto Costo (CAC). (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2021)

3.1. Factores de Riesgo

A través de tiempo se ha estudiado que para el cáncer de mama se pueden relacionar ciertos factores de riesgo, según el centro para el control y prevención de enfermedades CDC (Division de prevencion y control del cancer de mama, centros para el control y la prevencion de enfermedades, 2022) y a partir de la información proporcionada por la Fundación Salud Querida (2019) encontramos:

3.1.1 Factores no modificables

Si bien la mayoría de los cánceres de mama son diagnosticados después de los 50 años, cada vez se diagnostican más casos de mujeres jóvenes.

Mutaciones genéticas. Las mujeres que han adquirido cambios genéticos en los genes BRCA1 y el BRCA2 presentan mayor riesgo de padecer este tipo de cáncer.

El inicio de la menstruación antes de los 12 años y el comienzo de la menopausia luego de los 55 años, en razón que las mujeres están expuestas por más tiempo a hormonas.

Haber tenido cáncer de mama aumenta las probabilidades de tenerla una segunda vez.

Antecedentes familiares. El riesgo aumenta si parientes de primer grado (madre, hermana o hija) han sido diagnosticados de esta enfermedad. (Division de prevencion y control del cancer de

mama, centros para el control y la prevención de enfermedades, 2022)

Las mujeres que han recibido radioterapia en el pecho o las mamas antes de los 30 años tienen un riesgo alto.

3.1.2 Factores modificables

Hacen referencia a condiciones que pueden modificarse o erradicarse a través de los hábitos de vida saludable los cuales se citan a continuación.

Las mujeres sedentarias tienen un mayor riesgo.

Sobrepeso u obesidad después de la menopausia.

Terapia de remplazo hormonal. Terapias que incluyen estrógeno y progesterona usadas en el proceso de la menopausia por más de cinco años.

Antecedentes reproductivos. Primer embarazo después de los 30 años, no lactancia materna, o no tener hijos.

Algunos estudios han demostrado que el consumo de alcohol en frecuencia y proporción.

En relación con la productividad laboral de mujeres supervivientes a cáncer de mama, es importante mencionar que este tipo de cáncer tiene gran impacto incapacitante afectando el rol laboral, ya sea de manera temporal o permanente. Estas incapacidades generan deterioro de la calidad de vida de la mujer trabajadora y de su entorno, generando dificultad en el retorno al trabajo y más aun dependiendo del tipo de rol que desempeñaba antes del diagnóstico. Se analizaron algunas características para evaluar la reincorporación laboral, las cuales se describen

a continuación (Vásquez, et al., 2020). El retorno al trabajo se ha definido como el reintegro laboral de la paciente que concluyó su tratamiento y fue dada de alta por el médico tratante.

Las características sociodemográficas, laborales, clínicas y propias del tratamiento que deben ser tenidas en cuenta para la reintegración laboral e incluyen: el nivel educativo, estado civil, edad del diagnóstico en años cumplidos y paridad y la ocupación descrita como labor que desempeña la cual puede ser de tipo administrativo u operativo.

Según Araceli López (2017) es importante analizar algunos temas antes de exponer un retorno laboral tales como:

- a) La superación de la incapacidad laboral por cáncer de mama.
- b) Análisis de la consideración de situación de alta médica laboral tras cáncer de mama.
- c) Qué hace que la baja por cáncer de mama se prolongue.
- d) Dificultades que puede encontrar la mujer al reintegro al trabajo, después de la alta médica tras cáncer de mama (López & Vicente, 2017).

3.2. Incapacidad Y Alta Médica Tras Cáncer De Mama

Según Araceli López y José Vicente (2017), describe que desde el año 1995, se podía expresar que el 80% de las mujeres con cáncer de mama concluían su tratamiento con incapacidades permanentes. Sin embargo, los diagnósticos oportunos y el establecimiento de tratamientos tempranos han conseguido que este porcentaje disminuya especialmente las incapacidades permanentes.

Es importante mencionar que este tipo de cáncer genera incapacidades largas. Se estima que el promedio de las incapacidades está entre los 320 días. Teniendo en cuenta que el cáncer de mama se presenta en mujeres de diferentes edades y que en los últimos años se presenta en mujeres que aún están en edad laboral activa (López & Vicente, 2018).

Algunos elementos adicionales del pronóstico clínico son la edad, estado menopáusico, disposición del tumor y estadio clínico. En los factores pronósticos histológicos se identifican: tipo histológico, grado histológico, necrosis del tumor, tamaño del tumor y estado de los ganglios linfáticos; todos estos encaminados a la clasificación y definición del tratamiento de elección con mejor eficacia (Pereira, 1996).

Por otra parte, de acuerdo con el tratamiento instaurado, se debe tener en cuenta que algunos son más intensos, de larga duración y que pueden generar pérdida de la independencia funcional de la paciente y disminución de la calidad de vida mientras cursa el tratamiento. Los tumores diagnosticados en estadios tempranos cuentan normalmente con un buen pronóstico y puede no requerirse de periodos largos de tratamiento con efectos secundarios de baja intensidad. Es así como pueden tener resolución en menos de 365, lo que facilita la reincorporación laboral.

3.3. Consecuencias Del Cáncer De Mama, Limitaciones Funcionales

Luego de terminado el tratamiento para esta enfermedad, se hace necesario una valoración integral y funcional por un médico laboral y un equipo interdisciplinario para evaluar cada una de las consecuencias incapacitantes que se generaron.

Dentro de las principales consecuencias del cáncer de mama, pueden presentarse secuelas funcionales y psicosociales secundarias a los diferentes tipos de tratamientos, que generan alteraciones en el desempeño de actividades de la vida diaria como peinarse, comer y cocinar, lo que puede alterar el desempeño laboral por la presencia de limitaciones para el movimiento o pérdida de la fuerza y por consiguiente afectar la situación laboral.

A continuación, se describen las principales secuelas según propone Araceli López (2017).

3.4. Esquema De Secuelas Frecuentes

Tabla 1

Esquema de secuelas Frecuentes

Secuelas	Limitaciones funcionales	Tareas comprometidas
Linfedema	Limitación del arco de movilidad del brazo afecto Menor resistencia a la sobrecarga del brazo	Acarreo, porteo de pesos, Acciones continuadas con los brazos en alto. En general altos requerimientos dinámicos y de fuerza con el brazo afectado Movimientos repetitivos mano brazo Uso de prendas ajustadas en brazo Cercanía a fuentes de calor Exposición a radiación solar intensa Manipulación de herramientas cortantes Exposición a golpes, heridas, abrasiones o quemaduras
Neuropatía Plexo Patía	Déficit de sensibilidad funcional proximal del brazo. Déficit funcional en mano	Sobrecargas dinámicas y de esfuerzo intensas con el brazo afectado Acciones de fuerza y destreza combinadas Estatismo continuados con el brazo afectado Movimientos repetitivos mano brazo Exposición a quemaduras (frío o calor) Manejo de elementos cortantes Manejo de tóxicos o irritantes

Secuelas	Limitaciones funcionales	Tareas comprometidas
Dolor	Agotamiento precoz Déficit de movilidad del brazo generalmente a nivel de hombro Déficit para posturas forzadas del tronco Pérdida de fuerza	Manejo de pesos Acciones continuadas con los brazos en alto. Altos requerimientos dinámicos y de fuerza con el brazo afectado Movimientos repetitivos mano brazo Uso de prendas ajustadas en brazo o pecho
Cicatrices Lesiones dérmicas	Déficit de movilidad del brazo tanto en elevación como en separación o rotaciones Trastornos sensitivos Hiperalgnesia	Sobrecargas dinámicas y de esfuerzo intensas con el brazo afectado Uso de prendas ajustadas en brazo o pecho Cercanía a fuentes de calor Exposición a golpes o heridas
Cardiacas	Limitación para esfuerzos intensos o continuados	Manipulación de cargas Deambulación exigente Despliegue de fuerza intensa o continuada Exposición a fuentes de calor muy intensas
Astenia	Menor capacidad para realizar esfuerzos	Sobrecargas dinámicas y de esfuerzo intensas Manipulación de cargas. Deambulación exigente Despliegue de fuerza intensa o continuada Tareas de corte físico en general
Artralgias	Menor capacidad para realizar esfuerzos. Bajo umbral de fatiga hiperalgnesia	Sobrecargas dinámicas y de esfuerzo intensas Manipulación de cargas. Deambulación exigente Despliegue de fuerza intensa o continuada Tareas de corte físico en general
Psíquicas	Déficit emocional, lentitud de pensamiento, menor capacidad ejecutiva mental, menor atención y concentración, déficit para tareas mentales complejas y para el contacto social exigente con los demás	Tareas de alta exigencia intelectual, tareas de alta responsabilidad, contacto exigente en atención a las personas o su cuidado. Tareas de alta concentración o atención.

Nota: Retorno al trabajo tras cáncer de mama (López & Vicente, 2017).

De otra parte, es importante conocer la clasificación de cáncer de mama, donde se pueden considerar los siguientes grupos o tipos de cáncer, según la sociedad española de senología

(SESPM, 2019). En primer lugar, el tipo Hormonal, los cuales son tumores con receptores hormonales positivos para estrógenos y progesterona; En segundo lugar, el tipo HER2 positivos, este no contiene receptores para hormonas como estrógenos y progesterona, la incidencia estimada es del 25% de los tumores; En tercer lugar, los triples negativos son menos comunes, su incidencia aproximadamente es el 15%; y en cuarto lugar, los positivos para todo, la célula tumoral tiene receptores positivos para hormonas y proteína HER2 y representa un 12% de los cánceres de mama.

3.5. Clasificación TNM (Sistema De Estadificación De Cáncer).

Esta clasificación de los tumores hace referencia según sus siglas a:

La T hace referencia al tamaño, extensión e infiltración del tumor. La N representa la afectación de ganglios cercanos y se enumera de 0 a 3, la M se refiere cuando existe metástasis y si existe afectación de órganos enumerando de 0 cuando hay ausencia de metástasis o 1 con metástasis.

Con base en los anteriores conceptos de la presente investigación, se evidencia la importancia de identificar la situación laboral de mujeres supervivientes a cáncer de mama y caracterizar las variables sociodemográficas y clínicas.

Para hablar de la situación laboral de mujeres supervivientes de cáncer de mama, es importante ilustrar los siguientes conceptos principales: En primer lugar, el rol laboral el cual se refiere a cómo lleva a cabo el desarrollo de tareas necesarias para ejecutar las actividades de un trabajo o empleo. Basado en las actitudes y aptitudes físicas o mentales y cognitivas (Mintrabajo, 2014).

En segundo lugar, la rehabilitación profesional definida como el conjunto de intervenciones sociales, terapéuticas y educativas dirigidas por un equipo interdisciplinario mejorar la condición

de un individuo.

En tercer lugar, la capacidad laboral como el Conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes que posibilitan el desempeño en un trabajo. Y finalmente la ocupación, la cual se refiere al “hacer” de las personas en el desempeño de sus roles (Mintrabajo, 2014) .

4. Estado Del Arte

Para efectos del estado del arte, se realizó una revisión de estudios e investigaciones relacionados con los conceptos principales de la presente investigación, dentro de los cuales se revisan: cáncer de mama y la relación con la reincorporación laboral, efectos secundarios de los tratamientos instaurados para este tipo de cáncer y los diferentes efectos secundarios.

De acuerdo con lo citado por (López, 2017), la supervivencia entre mujeres de 30 a 60 años es del 86% con un promedio de cinco años. El cáncer de mama es la segunda causa de incapacidad permanente a los doce meses, tras la lumbalgia y sólo el 53% retomará el trabajo.

El retorno al trabajo puede verse afectado por los efectos adversos de los diferentes tratamientos utilizados, así como por la afectación en la calidad de vida y la ausencia prolongada del trabajo secundario a los largos periodos de incapacidad; también factores laborales asociados al tipo de actividad laboral que desempeñaba antes del diagnóstico por las situaciones y riesgos eminentes que pueden perturbar la situación laboral (López & Vicente, 2017).

Igualmente, lo descrito por (Guerrero & Mina, 2016) en su artículo *El proceso de rehabilitación y de reincorporación laboral*, se expone la importancia de contar con un certificado de reintegro al trabajo que garantice el cumplimiento de recomendaciones para el desempeño del cargo.

Dicho proceso debe basarse en el Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y la

Reincorporación Ocupacional (MinSalud, 2016).

Es importante que las empresas cuenten con un programa de reincorporación laboral y políticas internas de apoyo a los empleados que padecen cáncer para que puedan reincorporarse al trabajo y mejorar la calidad de vida a través de la estabilidad emocional y económica. Los empleadores pueden crear estrategias que favorezcan el reintegro laboral realizando ajustes coherentes con respecto al cargo, funciones y horarios establecidos (Molina & Feliu, 2010).

De igual manera, es importante mencionar que la eficacia del reintegro a la vida laboral en mujeres con cáncer de mama tiene una relación entre la reinserción laboral y el bienestar psicológico y social (Pérez, 2012).

Finalmente, es importante exponer como el retorno a la vida laboral se ha convertido en un reto tanto para el paciente como para las empresas, por tal razón es citar cómo los avances en el diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos han aportado de manera importante en la reincorporación laboral en los supervivientes a un cáncer (Molina & Feliu, 2010).

5. Objetivos

5.1. General

Identificar la situación laboral de las mujeres supervivientes a Cáncer de mama atendidas en una Fundación.

5.2. Específicos

Caracterizar las variables sociodemográficas de mujeres supervivientes de cáncer de mama atendidas en la Fundación.

Caracterizar las variables clínicas de mujeres supervivientes de cáncer de mama atendidas en la Fundación.

6. Metodología

6.1. Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la población de mujeres supervivientes a cáncer de mama con tratamiento terminado, los datos fueron recopilados de la base de datos Institucional de la fundación.

6.2. Población y Muestra

La información fue tomada de la base de datos institucional de una fundación. Dicha base es un archivo de Excel resultado de la aplicación de una encuesta al ingreso a la fundación la cual cuenta con un total de 45 variables las cuales contienen información sociodemográfica, clínica y ocupacional. La población de estudio estuvo constituida por 154 mujeres atendidas en la fundación.

Los datos se obtuvieron del universo que se encuentra en la base de datos teniendo como criterio de exclusión: mujeres mayores de 59 años, mujeres sin tratamiento terminado. Posteriormente, se procedió a realizar el análisis de frecuencias y un análisis por subgrupos.

6.3. Criterios de Exclusión

Mujeres mayores de 59 años, sin tratamiento finalizado.

6.4. Recolección de la Información

Para este estudio se tomó la base de datos institucional de una fundación que ofrece seguimiento y guía a pacientes diagnosticadas con cáncer, la cual está en un archivo Excel, resultado de la aplicación de una encuesta al ingreso a la fundación en el periodo comprendido entre junio del 2019 a julio del 2021. Esta base de datos cuenta con un total de 45 variables las cuales contienen información demográfica, clínica y ocupacional de mujeres que padecen Cáncer de mama para la presente investigación se tomaron 32 variables que contenían la información necesaria demográfica, clínica y laboral; Asimismo se omitieron 13 variables de identificación personal nombres, cedula, ciudad de residencia, departamento, número telefónico, persona de contacto en caso de emergencia, nombre del médico tratante y entidad de salud, con el fin de garantizar la anonimidad de la información.

Los datos se obtuvieron del universo de la base de datos de la fundación, a partir de los cuales se dispusieron bajo las variables de interés disponibles de las pacientes.

6.5. Procesamiento y Análisis de la Información

Con el módulo descriptivo de la aplicación Epidata 4.2, se realizó el análisis de frecuencias y el análisis por subgrupos, los cuales incluyen 32 variables entre sociodemográficas, clínicas y ocupacionales y un análisis por los siguientes sub grupos: estadio de diagnóstico del cáncer de mama segmentado por estrato socioeconómico, tiempo total del tratamiento por lapso de inicio del tratamiento desde el diagnóstico, estadio del diagnóstico y necesidad y tipo de un tercer tratamiento, mujeres que perdieron su trabajo a causa de la enfermedad por tipo de contrato, nivel educativo por cargo, tipo de contrato por cargo, sector económico y jornada

laboral.

6.6. Limitaciones

Las limitaciones de estudio están dadas por el impacto en la interpretación de los resultados, la temporalidad del estudio en la medida que no puede hacer inferencias de causalidad del proceso causa efecto, y no hay conocimiento al respecto es decir lo que tiene que ver con las características propias de un estudio transversal.

En cuanto a la base de datos se presentan sesgos de información teniendo en cuenta las respuestas emitidas por las mujeres, puesto que se deben generar los análisis bajo la información emitida y no es posible corroborar o aclarar información de ser necesario, estas pueden ser más frecuentes en respuestas abiertas que de selección múltiple.

7. Consideraciones Éticas, Disposiciones Legales Vigentes Y Propiedad Intelectual

Teniendo en cuenta la resolución 8430 del año 1993 que rige las normas sobre investigación en seres vivos, se considera este estudio como una investigación sin riesgo, debido a que no se generara intervención en los participantes. Sin embargo, se contó con el permiso por parte de la Fundación para la revisión de la base de datos y se firmó el documento de confidencialidad para la manipulación de esta, respetando la ley de protección de datos personales y garantizando la anonimidad no se utilizan nombres ni datos de identificación de las participantes (MinSalud, 2012).

Se mantuvieron los criterios de privacidad y confidencialidad, con el único interés que el proceso de investigación cuente con un carácter benéfico para la comunidad estudiada.

La investigación inicio con la aprobación por parte del Comité de Investigación de la Universidad de la Sabana, y siendo también socializados los resultados del estudio a la directora de la Fundación.

8. Resultados

8.1. Población

Se contó con una población de estudio de 154 mujeres. Las características sociodemográficas se presentan en anexos tabla 17; características clínicas se presentan en la tabla 18, y las características ocupacionales se presentan en la tabla 19.

8.2. Variables Sociodemográficas

En cuanto a la variable de edad se encontraron edades de las participantes en rango de los 21 años hasta el límite definido de 59 años, una mediana de 44 años; moda de 47 años; media de 43,8 años (ver tabla 2).

Tabla 2

Frecuencia por edad

	EDAD
n	154
Media	43,877
Mediana	44
Moda	47

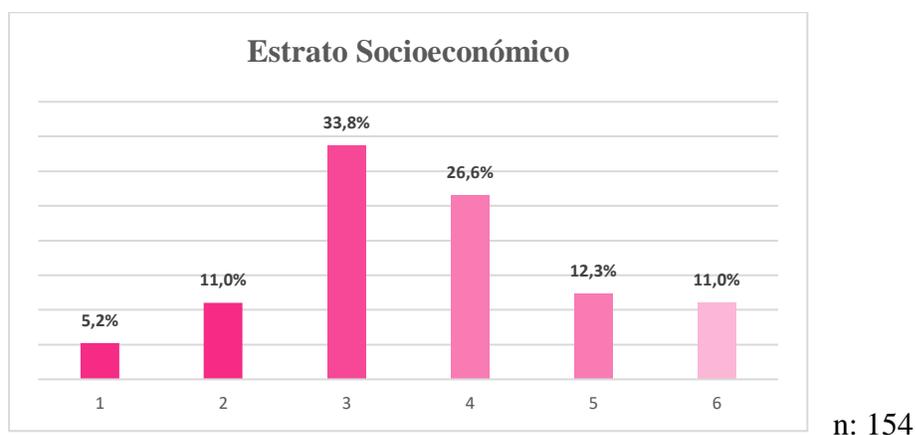
Desviación estándar	7,195
Varianza	51,769

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

En cuanto al estrato socioeconómico el 33,8% (52/154) está en estrato 3; el 26,6% (41/154) en estrato 4; el 12,3% (19/154) estrato 5; el 11% (17/154) se encuentran en estrato 2 y 6 respectivamente y el 5,2% (8/154) en estrato 1 (ver figura 1).

Figura 1

Estrato socioeconómico

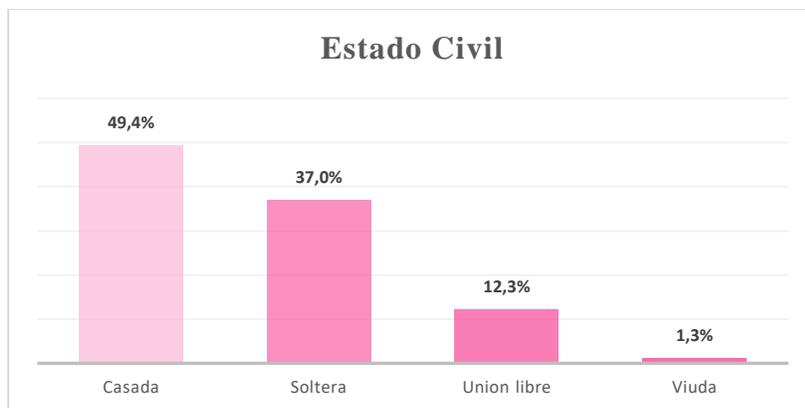


Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

La variable estado civil el 49,4% (76/154) de las mujeres son casadas; el 37% (57/154) son solteras; el 13,23% (19/154) viven en unión libre; el 1,3% (2/154) son viudas (ver figura 2).

Figura 2

Estado civil



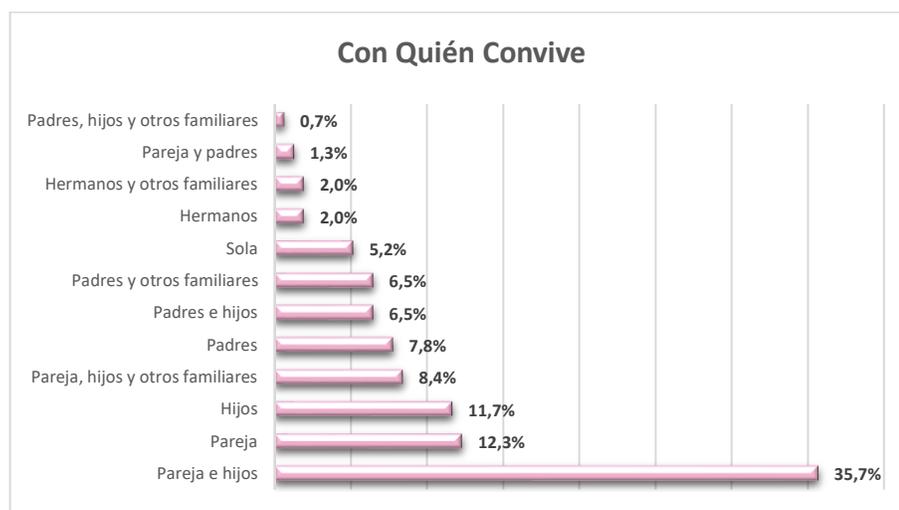
n: 154

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

En cuanto a la variable relacionada con quien convive, el 35,7% (55/154) vive con pareja e hijos, el 12,3% (19/154) vive solo con su pareja, el 11,9% (18/154) vive solo con hijos, el 8,4% (13/154) vive con su pareja, hijos y otros familiares; el 7,8% (12/154) vive con padres; 6,49% (10/154) vive con padres e hijos; el 5,2 % (8/154) viven solas y el 6 % (9/154) viven con otros familiares (ver figura 3).

Figura 3

Con quién convive



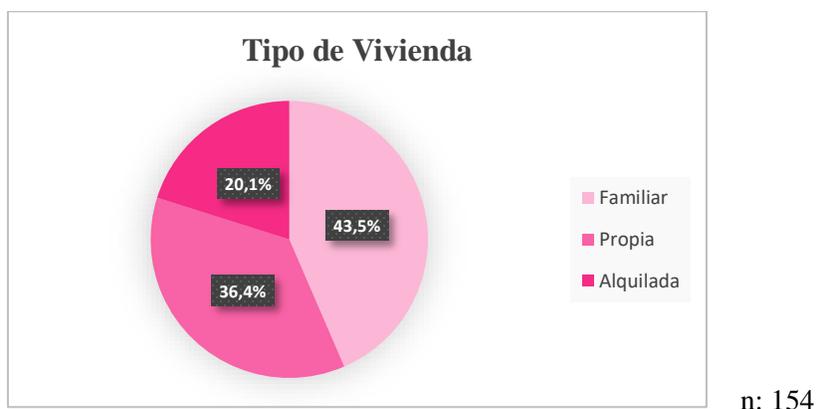
n: 154

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

En cuanto a la variable tipo de vivienda el 43,5% (67/154) tiene vivienda familiar; el 36,4% (56/154) vivienda propia y el 20,1% (31/154) alquilada (ver figura 4).

Figura 4

Tipo de vivienda



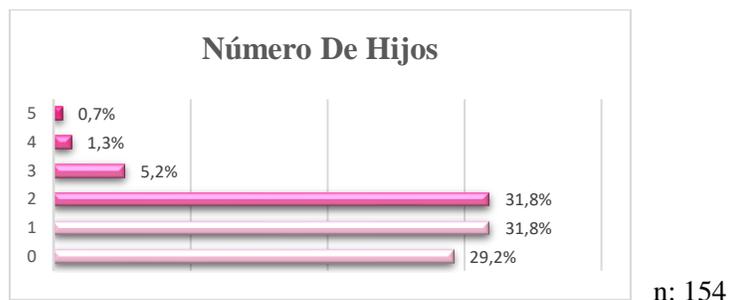
Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

La variable que hace referencia a si es cabeza de familia el 67,5% (104/154) no son madres cabeza de familia y el 32,5 % (50/154) son madres cabeza de familia (ver figura 5).

En la variable número de hijos el 31,8% (49/154) de las mujeres tiene 1 hijo y el mismo porcentaje tiene 2 hijos; el 29,2% (45/154) no tiene hijos; el 5,2% (8/154) tiene 3 hijos; el 1,3% (2/154) tiene 4 hijos y solo el 0,7% (1/154) tiene 5 hijos (ver figura 5).

Figura 5

Número de hijos

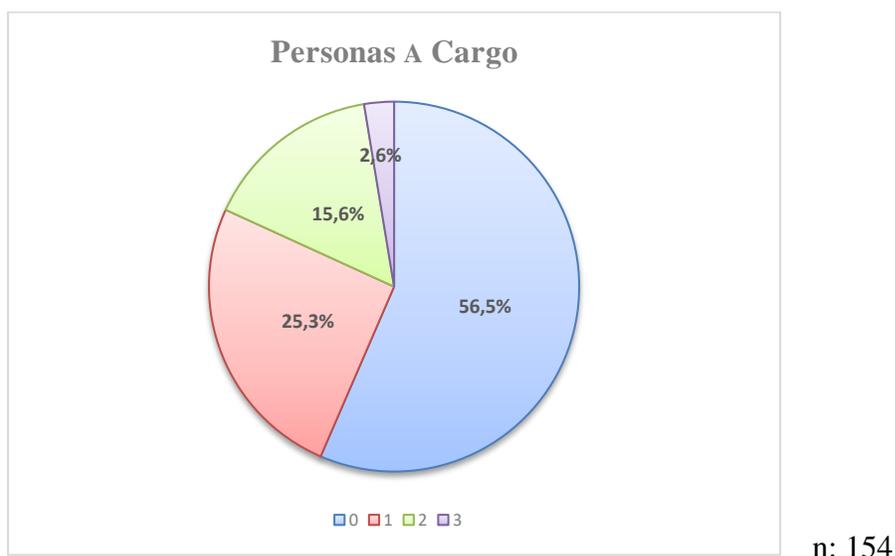


Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

Con respecto a la variable personas a cargo, 56.5% (87/154) no tiene personas a cargo; el 25,3% (39/154) tiene 1 persona a cargo; el 15,6% (24/154) tiene 2 personas a cargo y el 2,6% (4/154) tiene 3 personas a cargo (ver figura 6).

Figura 6

Personas a cargo



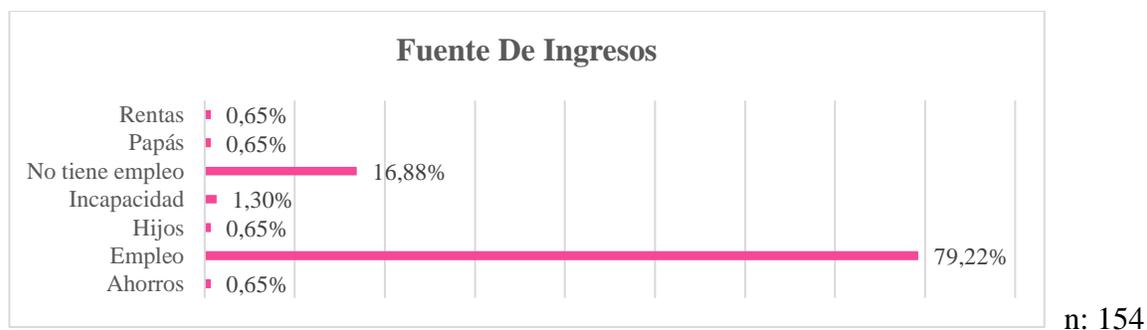
Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

La fuente de ingreso de las mujeres en un 79,22% (122/154) de las mujeres está en el empleo; el

16,88 % (26/154) no tiene empleo; 1,3% (2/154) está sujeto a las incapacidades; y un 0,65% (4/154) ahorros, hijos, papás y rentas respectivamente (ver figura 7).

Figura 7

Fuente de ingresos



Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

El nivel de escolaridad esta discriminado así, el 37% (57/154) profesionales; el 22,7% (35/154) especialista; el 13,6% (21/154) técnico, tecnólogo; el 11% (19/154) maestría; el 2,6% (4/154) primaria y el 0,7(1/154) doctorado (ver figura 8).

Figura 8

Nivel de estudio



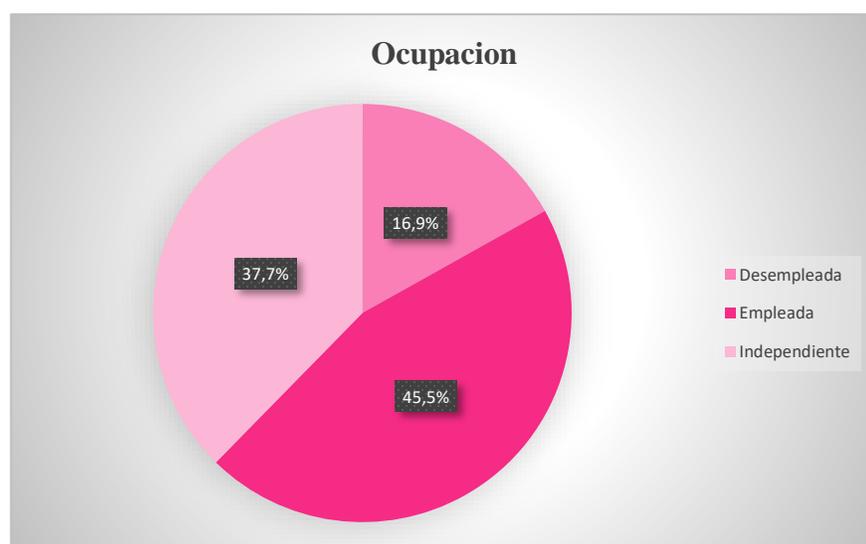
n: 154

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

La variable de ocupación actual encontramos que el 45,5% (70/154) cuenta con un empleo; el 37,7% (58/154) trabaja de manera independiente y el 16,88% (26/154) se encuentra desempleada (ver figura 9).

Figura 9

Ocupación actual



n: 154

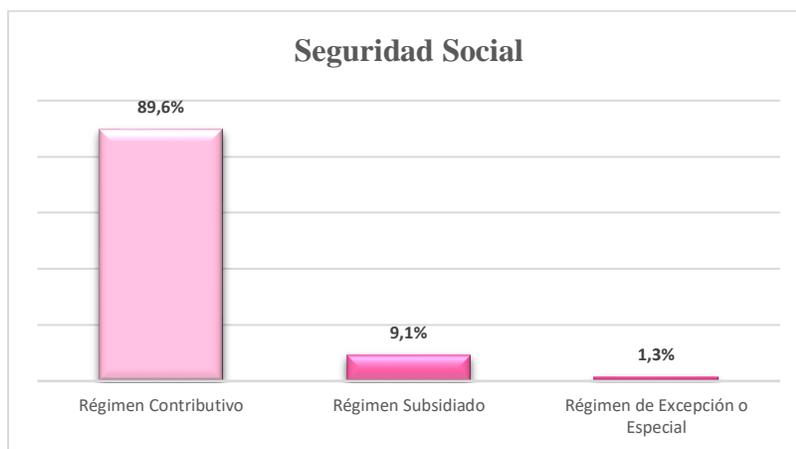
Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

En la variable seguridad social el 89,6% (138/154) pertenece al régimen contributivo; el 9,1%

(14/154) al régimen subsidiado y el 1,3% (2/154) al régimen de excepción o especial (ver figura 10)

Figura 10

Seguridad social



n: 154

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

8.3. Variables Clínicas

Para la variable estadio del cáncer en el momento del diagnóstico el 24,5% (37/154) fue diagnosticado en estadio III; el 23,8% (36/154) en estadio II; el 9,3% (14/154) en estadio IIIB; el

7,3% (11/154) en estadio IIB; el 6,6% estadios IIA y IIIA; el 6,6% (10 /154) estadio I y IV; el 4,6% (7/154) en estadio IA; el 1,3% (2/154) estadio IB; 1,3% (2/154) estadio IIIC (ver tabla 3).

Tabla 3

Estadio Del Cáncer En El Momento Del Diagnostico

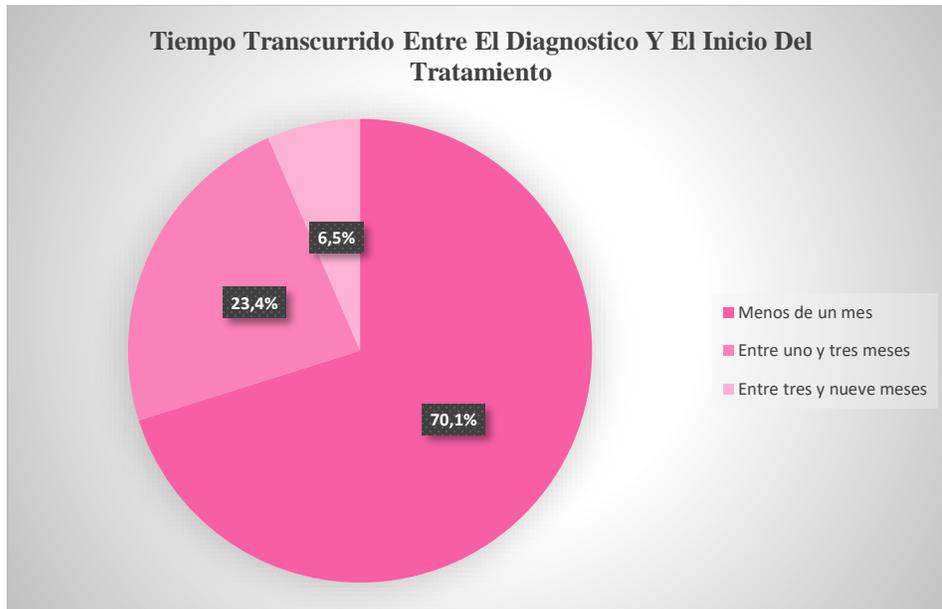
Estadio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
I	12	6,62	6,62
IA	7	4,64	11,26
IB	2	1,32	12,58
II	37	23,84	36,42
IIA	10	6,62	43,05
IIB	11	7,28	50,33
III	37	24,5	74,83
IIIA	10	6,62	81,46
IIIB	14	9,27	90,73
IIIC	2	1,32	92,05
IIID	1	0,66	92,72
IV	10	6,62	99,34
IV A	1	0,66	100
TOTAL	154		

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

La variable tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, el 70,1% (108/154); inicio tratamiento en menos de un mes; el 23,4% (36/154) entre uno y tres meses y el 6,5% (10/154) entre tres y nueve meses (ver figura 11).

Figura 11

Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento

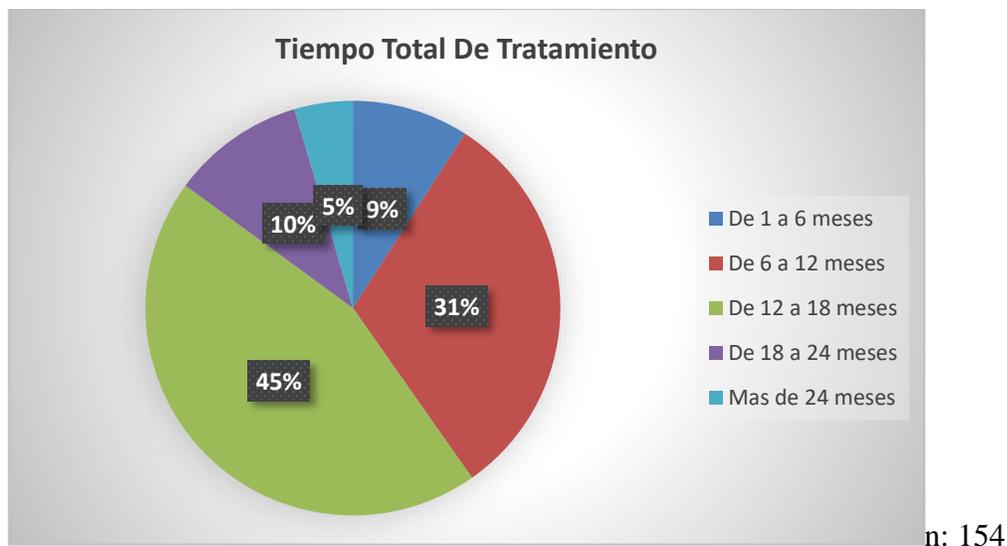


Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

Tiempo total de tratamiento, 44,8% (69/154) de doce a diez y ocho meses; 31,2% (48/154) de seis a doce meses; 10,4% (16/154) de diez y ocho a veinticuatro meses; 9,1% (14/154) de nueve a seis meses y el 4,5% (7/154) más de 24 meses. (ver figura 12)

Figura 12

Tiempo total de tratamiento



Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

De las 154 mujeres que recibieron tratamiento, 123 mujeres requirieron un segundo tratamiento y 95 un tercer tratamiento.

Para el primer tratamiento encontramos que el 68,2% (105/154) inicio con quimioterapia; el 2,2% (45/154) con cirugía; el 1,3% (2/154) hormonoterapia; el 0,7% (1/154) radioterapia y el 0,7% (1/154) otro tratamiento (ver tabla 4).

En el segundo tratamiento el 65,85 % (81/123) recibió como segundo tratamiento la cirugía; el 17,89 % (22/123) quimioterapia; el 13,82 % (17/123) radioterapia; el 2,44% (3 /123) recibió otro tratamiento, de la población inicial 100% (154) solo el 79.87% (123) mujeres recibieron un segundo tratamiento (ver tabla 4).

El 71,6 % (68/95) recibió radioterapia como tercer tratamiento; el 18,9 % (18/95) recibió quimioterapia; el 5,26% (5/123) recibió otro tratamiento; el 2,11% (2/95) recibió cirugía; el 1,05 % (1/95) recibieron hormonoterapia e inmunoterapia del 100% (154) de la población solo el 61.6 % (95) recibió tercer tratamiento (ver tabla 4).

Tabla 4

Tabla de número y tipo de tratamientos recibidos

Variables	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
<i>1er Tratamiento</i>			
Cirugía	45	29,22%	29,22%
Hormonoterapia	2	1,30%	30,52%
Quimioterapia	105	68,18%	98,70%
Radioterapia	1	0,65%	99,35%
Otro	1	0,65%	100%
Total	154	100%	
<i>2do Tratamiento</i>			
Cirugía	81	65,85%	65,85%
Quimioterapia	22	17,89%	83,74%
Radioterapia	17	13,82%	97,56%
Otro	3	2,44%	100%
Total	123	100%	
<i>3er Tratamiento</i>			
Cirugía	2	2,11%	2,11%
Hormonoterapia	1	1,05%	3,16%
Inmunoterapia	1	1,05%	4,21%
Quimioterapia	18	18,95%	23,16%
Radioterapia	68	71,58%	94,74%
Otro	5	5,26%	100%
Total	95	100%	

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

En cuanto a si presentaron o no interrupción del tratamiento el 92,2% (142/154) no presentaron y el 7,8 % (12/154) si presentaron.

En cuanto a enfermedades asociadas el 34,38% (22/64) de las mujeres refieren enfermedad de la tiroides; el 17,9% (11/64) sobrepeso y obesidad; el 14,6% (9/64) otros tipos de cáncer; el 10,94% (7/64) otras enfermedades; el 6,25% (4/64) hipertensión arterial (ver tabla 5).

Tabla 5

Enfermedades asociadas

Variables	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
<i>Enfermedades Asociadas</i>			
Diabetes, enfermedades cardiacas, enfermedades de la tiroides	1	1,56%	1,56%
Diabetes, hipertensión arterial, enfermedades de la tiroides	1	1,56%	3,13%
Diabetes, sobrepeso/obesidad	1	1,56%	4,69%
Enfermedades de la tiroides	22	34,38%	39,06%
Enfermedades de la tiroides, otro tipo de cáncer	2	3,13%	42,19%
Enfermedades de la tiroides, sobrepeso/ obesidad	1	1,56%	43,75%
Hipertensión arterial	4	6,25%	50,00%
Hipertensión arterial, enfermedades cardiacas	1	1,56%	51,56%
Hipertensión arterial, enfermedades cardiacas,	1	1,56%	53,13%

enfermedades de la tiroides,
enfermedades autoinmunes,

Hipertensión arterial, enfermedades cardiacas, otros	1	1,56%	54,69%
Hipertensión arterial, enfermedades de la tiroides, otro tipo de cáncer	1	1,56%	56,25%
Hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, no aplica	1	1,56%	57,81%
Sobrepeso / obesidad	11	17,19%	75,00%
Otro tipo de cáncer	9	14,06%	89,06%
Otros	7	10,94%	100%
Total	64	100%	

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

La variable antecedente familiares de cáncer de mama el 57% (89/154) no refirieron antecedentes y el 42,2% (65/154) si refirieron antecedentes familiares de cáncer de mama.

Para la variable antecedentes familiares de otros tipos de cáncer el 77.3% (119) si refieren antecedentes y el 22.7% (35) no refirieron.

La variable cuales otros tipos de cáncer como antecedentes familiares del 100% de la población 154 mujeres el 57,14% (88/57) mujeres refirieron antecedentes familiares de otros tipos de cáncer los cuales se describen a continuación; el 19,3% (17/57) refirió cáncer de ovario; el 17% (15/57) cáncer gástrico; el 10,2% (9/57) cáncer de colon; el 9,1% (8/57) cáncer de próstata; el 6,8% (6/57) cáncer de páncreas; el 6,8% (6/57) cáncer de ovario y gástrico; el 5,7% (5/57) cáncer gástrico y de otros tipos (ver tabla 6).

Tabla 6

Antecedentes de otros tipos de cáncer familiares

Variables	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
<i>Antecedentes de otros tipos de cáncer familiares</i>			
Colon	9	10,23%	10,23%
Colon, gástrico	2	2,27%	12,50%
Gástrico	15	17,05%	29,55%
Gástrico, otro	5	5,68%	35,23%
Melanoma	2	2,27%	37,50%
Prostata	8	9,09%	46,59%
Ovario	17	19,32%	65,91%
Ovario, colon, gástrico	3	3,41%	69,32%
Ovario, gástrico	6	6,82%	76,14%
Ovario, páncreas, colon, gástrico, otro	1	1,14%	77,27%
Ovario, próstata, otro	1	1,14%	78,41%
Páncreas	6	6,82%	85,23%
Páncreas, colon	2	2,27%	87,50%
Páncreas, colon, gástrico, otro	1	1,14%	88,64%
Páncreas, melanoma, otro	1	1,14%	89,77%
Páncreas, próstata, colon, gástrico	1	1,14%	90,91%
Páncreas, próstata, otro	3	3,41%	94,32%
Renal	1	1,14%	95,45%
Próstata, colon, otro	1	1,14%	96,59%

Próstata, gástrico, otro	3	3,41%	100%
Total	88	100%	

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

Para la variable edad de menarquia la media está en 12,66 años; la moda en 12 años, mediana de 13 años y un rango de edad de 9 a 19 años (ver tabla 7).

Tabla 7

Edad de Menarquia

	Menarquia
N	154
Media	12,669
Mediana	13
Moda	12
Desviación estándar	1,782
Varianza	3,177

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

El 54% (83/154) no se encuentra aún en periodo de menopausia y el 46% (71/154) sí.

Para la variable edad de la menopausia del 100% de la población (154) solo 71 mujeres se encuentran en menopausia, en relación con las edades se obtuvo una moda de 44 años; mediana de 3.5 años; promedio máximo de 54 años y promedio mínimo de 29 años (ver tabla 8).

Tabla 8

Edad de menopausia

	Edad de la menopausia
N	71
Media	43,25
Mediana	44
Moda	40 & 44
Desviación estándar	5,312
Varianza	28,218

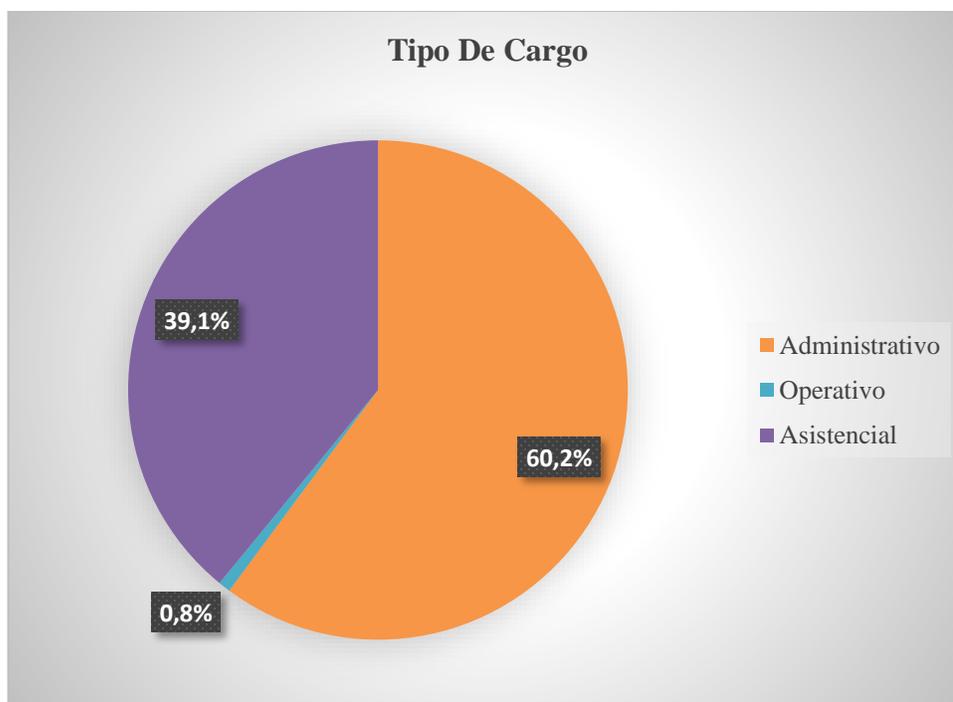
Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

8.4. Variables Ocupacionales.

La variable tipo de cargo del 100% de la población 154 mujeres el 83,11% (128/154) mujeres cuentan con un cargo el cual se describe a continuación; el 60.1 % (77/128) refirió cargo administrativo; el 39,6 % (50/128) operativo el % 0,78% (1/128) asistencial (ver figura 13).

Figura13

Tipo de cargo que desempeña



n: 128

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

En cuanto a la actividad económica el 24,2 % (31/128) se dedica al comercio; el 14,8% (19/128) al sector salud; el 10,9 % (14/128) al sector industrial; el 8,6% (11/128) financiero; el 7% (9/128) educación y servicios; el 5,5% (7/128) sector de alimentos; el 2,3% (3/128) tecnología, ventas y agrícola; el 3,1% (4/128) al sector gubernamental (ver tabla 9).

Tabla 9

Actividad económica en la cual se desempeña

Variables	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
<i>Actividad Económica</i>			

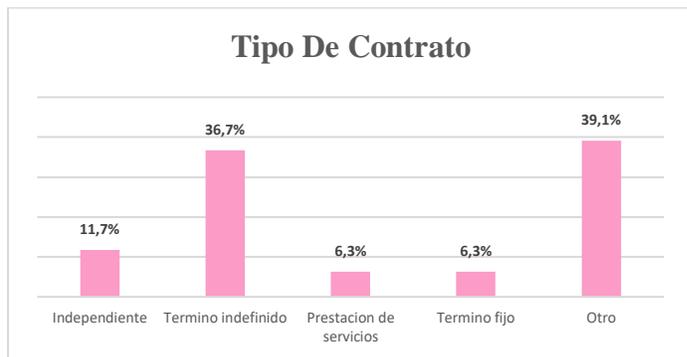
Agrícola	3	2,34%	2,34%
Alimentos	7	5,47%	7,81%
Comercio	31	24,22%	32,03%
Comunicaciones	1	0,78%	32,81%
Construcción	2	1,56%	34,38%
Cosmética	1	0,78%	35,16%
Deportivo	1	0,78%	35,94%
Educación	9	7,03%	42,97%
Energético	2	1,56%	44,53%
Financiero	11	8,59%	53,13%
Gubernamental	4	3,13%	56,25%
Industrial	14	10,94%	67,19%
Publicidad	2	1,56%	68,75%
Salud	19	14,84%	83,59%
Servicios	9	7,03%	90,63%
Social	2	1,56%	92,19%
Tecnología	3	2,34%	94,53%
Textil	1	0,78%	95,31%
Transporte	1	0,78%	96,09%
Turismo	2	1,56%	97,66%
Ventas	3	2,34%	100%
Total	128	100%	

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

En cuanto tipo de contrato el 39% (50/128) tiene otro tipo de contrato; el 36,72% (47/128) contrato a término indefinido; el 11,72% (15/128) es independiente; el 6,25% (8/128) por prestación de servicios; el 6,25% (8/128) termino fijo (ver figura 14).

Figura 145

Tipo de contrato



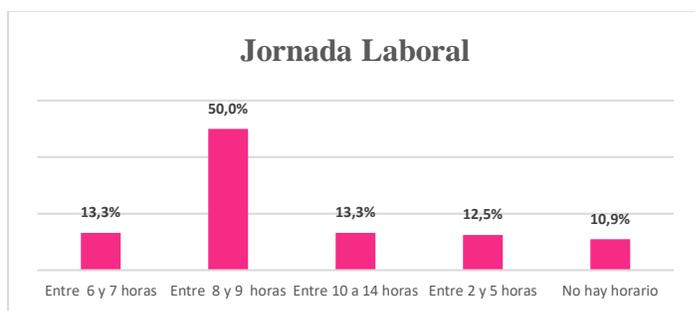
n: 128

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

El 50 % (64/128) tiene jornada laboral entre 8 y 9 horas; el 13,3% (17/128) jornada entre 6 y 7 horas; el 13,3% (17/128) entre 10 y 14 horas; el 12,5% (16/128) entre 2 y 5 horas; el 10,9% (14/128) no tiene horario laboral (ver figura 15).

Figura 15

Jornada laboral



n: 128

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

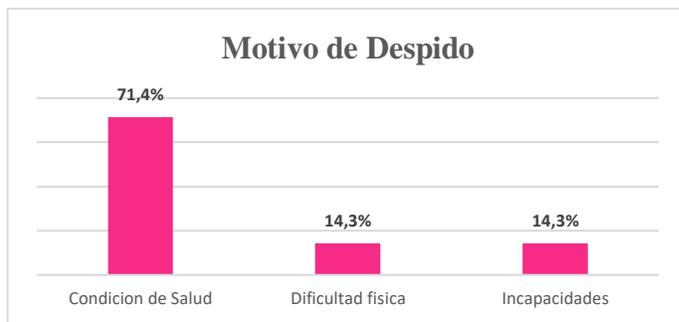
Para la variable si perdió su trabajo a causa de su enfermedad, solo el 4,1% (7/154) mujeres perdieron su trabajo por esta causa, las demás no.

En cuanto al motivo de despido del 100% de la población 154 solo el 4,5% (7/154) perdieron su

trabajo a causa de la enfermedad; los motivos fueron: 71,4% (5/7) condición de salud; el 14,3% (1/7) dificultad física y el 14,3% (1/7) las incapacidades (ver figura 16).

Figura 16

Motivo de despido



n: 7

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

8.5. Análisis por subgrupos

Estadio del diagnóstico de cáncer de mama segmentada por estrato socioeconómico se obtuvo que de los 154 diagnósticos la mayor proporción se diagnosticaron en estadios II Y III con (37) casos cada uno y 14 casos en estadios IIIB; en estadio I (12) casos y en estadios IIA, IIIA, IV, con 10 casos cada uno (ver tabla 10).

Tabla 10

Estadio del diagnóstico de cáncer de mama segmentada por estrato socioeconómico

	I	IA	IB	II	IIA	IIB	III	IIIA	IIIB	IIIC	IIID	IV	IV A	
	12 casos	7 casos	2 casos	37 casos	10 casos	11 casos	37 casos	10 casos	14 casos	2 casos	1 caso	10 casos	1 caso	Total
Estrato 1	-	-	-	1	1	1	3	-	-	1	-	1	-	8
Estrato 2	-	2	-	3	-	1	3	2	2	-	-	3	1	17
Estrato 3	6	1	-	14	2	3	10	4	6	1	-	5	-	52
Estrato 4	2	2	2	11	1	2	14	2	3	-	1	1	-	41
Estrato 5	4	2	-	2	4	-	4	-	3	-	-	-	-	19
Estrato 6	-	-	-	6	2	4	3	2	-	-	-	-	-	17
Total	12	7	2	37	10	11	37	10	14	2	1	10	1	154

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

Con respecto al tiempo total de tratamiento segmentado por el inicio del tratamiento luego del diagnóstico se puede evidenciar que 69 mujeres estuvieron en tratamiento de 12 a 18 meses de las cuales 51 mujeres iniciaron tratamiento en menos de un mes luego del diagnóstico; 13 mujeres entre uno y tres meses y 5 mujeres entre tres y nueve meses luego del diagnóstico, seguido de 48 casos de mujeres que su tratamiento tardó entre seis y doce meses de las cuales 31 mujeres iniciaron tratamiento en menos de un mes; 15 entre uno y tres meses y 2 entre tres y nueve meses luego del diagnóstico (ver tabla 11).

Tabla 11

Tiempo total de tratamiento segmentada por lapso de inicio del tratamiento desde el diagnóstico.

Tiempo total del tratamiento	De 1 a 6 meses	De 6 a 12 meses	De 12 a 18 meses	De 18 a 24 meses	Mas de 24 meses	
Lapso entre el Diagnostico e inicio de tratamiento	14 casos	48 casos	69 casos	16 casos	7 casos	Total
Menos de 1 mes	10	31	51	11	5	108
Entre 1 y 3 meses	3	15	13	5	0	36
Entre 3 y 9 meses	1	2	5	0	2	10
Total	14	48	69	16	7	154

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

De las 95 mujeres que recibieron un tercer tratamiento 68 mujeres recibieron radioterapia; dentro de las cuales al diagnóstico se encontraban 20 en estadio III; 12 en estadio II; 7 en estadio IIIA, IIIB, IIB respectivamente y 18 mujeres recibieron quimioterapia como tercer tratamiento de las cuales 4 mujeres estaban en estadios III, IIIB; 3 en estadio IV (ver tabla 12).

Tabla 12

Estadio del diagnóstico segmentada por necesidad y tipo de un tercer tratamiento

<i>Tipo de TTO</i>	Cirugía	Hormonoterapia	Inmunoterapia	Otro	Quimioterapia	Radioterapia	
Estadio	2 casos	1 caso	1 caso	5 casos	18 casos	68 casos	Total
I	1	-	-	-	2	4	7
IA	-	-	-	-	1	4	5
IB	-	-	-	-	-	1	1
II	-	-	-	1	3	12	16
IIA	-	1	1	-	-	5	7
IIIB	-	-	-	-	-	7	7
III	1	-	-	1	4	20	26
IIIA	-	-	-	-	1	7	8
IIIB	-	-	-	1	4	7	12

IIC	-	-	-	-	-	1	1
IID	-	-	-	1	-	-	1
IV	-	-	-	1	3	-	4
IV A	-	-	-	-	-	-	0
Total	2	1	1	5	18	68	95

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

En cuanto a las mujeres que perdieron su trabajo a causa de la enfermedad segmentada por tipo de contrato encontramos que de las 7 mujeres que perdieron su trabajo 5 tenían otros tipos de contrato; 1 era independiente y 1 tenía contrato de prestación de servicios de las mujeres con contrato a término fijo o indefinido ninguna perdió su trabajo por esta causa (ver tabla 13).

Tabla 13

Mujeres que perdieron su trabajo a causa de la enfermedad segmentada por tipo de contrato

	Independiente	Otro	Prestación de servicios	Termino fijo	Termino indefinido	Total
	10 casos	53 casos	9 casos	5 casos	47 casos	
Perdió el trabajo	1	5	1	-	-	7
No perdió el trabajo	9	48	8	5	47	117
Total	10	53	9	5	47	124

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

Así mismo, el nivel educativo segmentado por cargo de los 72 cargos de nivel administrativo se

concentra en mujeres con nivel educativo profesional, especialista y doctorado; sin embargo, en cargos operativos encontramos nivel educativo de primaria hasta profesionales con 47 casos (ver tabla 14).

Tabla 14

Nivel educativo segmentado por cargo

	Administrativo 72 casos	Asistencial 1 caso	Operativo 47 casos	Total
Primaria	0	0	2	2
Bachiller	4	0	8	12
Tecnólogo	7	0	9	16
Profesional	28	1	18	46
Especialista	20	1	7	28
Maestría	12	0	3	15
Doctorado	1	0		1
Total	72	2	47	120

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

En cuanto al tipo de contrato segmentado por cargo de los 72 casos para el cargo administrativo 33 mujeres tienen contrato a término indefinido, 27 otros tipos de contrato; 7 prestación de servicios y 4 término fijo; en cuanto al cargo operativo de 46 mujeres 21 tienen otro tipo de contrato; 14 término indefinido y 9 contrato independiente (ver tabla 15).

Tabla 15

Tipo de contrato segmentado por cargo

	Administrativo	Asistencial	Operativo
	72 casos	1 caso	46 casos
Otro	27	1	21
Prestación de servicios	7		1
Termino fijo	4		1
Termino indefinido	33		14
TOTAL	72		46

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

En cuanto al sector económico segmentada con la jornada laboral el comercio es el sector con más casos (13) de los cuales la jornada entre 6 a 7 horas cuenta con 7 casos seguido de la jornada de 8 a 9 horas con 6 casos y no hay horario 8 casos; para el sector salud se presentan 19 casos, el horario predominante es de 8 a 9 horas con 9 casos; de 2 a 4 horas 4 casos y de 6 a 7 horas 2 casos; el tercer sector representativo es el de educación con 13 casos de los cuales, 7 casos están en el horario de 8 a 9 horas; 4 casos cuentan con horario fijo; el sector industrial con 12 casos de los cuales 7 casos están en el horario de 6 a 7 horas y 3 casos en horario de 10 a 14 horas (ver tabla 16).

Tabla 16

Sector económico segmentada por jornada laboral

HORARIO		Entre 2 y 5 horas	Entre 6 y 7 horas	Entre 8 y 9 horas	Entre 10 a 14 horas	No hay horario	
SECTOR							TOTAL
Comercio	27 casos	3	7	6	3	8	27
Salud	19 casos	4	2	9	3	1	19
Industrial	12 casos	1	1	7	3		12
Educación	13 casos		1	7	1	4	13
Financiero	10 casos			7	3		10
Servicios	9 casos	1		6	1	1	9
Alimentos	7 casos	2	1	2	2		7
Tecnología	3 casos			2	1		3
Agrícola	3 casos		2	1			3
Gubernamental	4 casos	1		2		1	4
Comunicaciones	1 caso	1					1
Construcción	2 casos			2			2
Publicidad	2 casos	1		1			2
Social	2 casos			2			2
Turismo	2 casos			2			2
Cosmética	1 casos	1					1
Deportivo	1 casos			1			1
Textil	1 casos	1					1
Transporte	1 casos			1			1
Ventas	1 casos			1			1
	TOTAL	16	14	59	17	15	

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

9. Discusión

Si bien según la OMS, refiere que esta es una de las enfermedades más común entre las mujeres a nivel mundial, en Colombia es considerada una enfermedad de interés en salud pública y viene presentado un aumento en los diagnósticos tempranos; Sin embargo, el inicio de tratamientos

efectivos ha logrado mejorar el pronóstico y calidad de vida de estas mujeres.

En cuanto a las variables sociodemográficas en el presente estudio un alto porcentaje de mujeres pertenecen a los estratos 3, 4 y 5, su tipo de vivienda es familiar o propia y en cuanto al nivel de escolaridad 3 de cada 4 mujeres están en nivel profesional, especialista y doctorado. De esta información se puede presumir que estas mujeres cuentan con estabilidad en cuanto a determinantes sociales en salud relacionados con: familia, vivienda, ingresos económicos y escolaridad, los cuales pueden influir de manera positiva en las situaciones de la vida diaria dando lugar a diferencias favorables en los resultados en materia de salud.

Para las variables clínicas relevantes de las mujeres con diagnóstico de cáncer más del 50 % presenta enfermedades asociadas como alteraciones de la función tiroidea, obesidad y sobrepeso, siendo esta última uno de los factores modificables que estuvo presente en un alto número de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama (Fundación Salud Querida, 2019), por lo cual es importante que se continúe trabajando en el mejoramiento de hábitos de vida saludable e instaurando estrategias de prevención como lo citado en la 'ley comida chatarra' (Ley 2120 de 2021) y según lo citado por la OMS (2004), donde define que es un entorno de trabajo saludable y como en los lugares de trabajo se puede tener un enfoque de salud y bienestar para los trabajadores y la comunidad incitando a los empleadores a generar espacios de actividad física y alimentación. (Aguilar Cordero, et al., 2012)

Dado que siete de cada 10 mujeres refirieron antecedentes de cáncer de mama en su familia y de otros tipos de cáncer. Surge la necesidad de enfatizar en la realización de pruebas de tamización para detección temprana de esta enfermedad con el fin de obtener diagnósticos en estadios tempranos e inicio de tratamientos que mejoren la expectativa de vida de estas mujeres y

disminuya los costos al sistema de salud con procesos resolutivos menos costosos y más eficientes.

En esta muestra encontramos que en el estrato 5 se realizaron más diagnósticos en estadios tempranos, mientras que en los estratos 3 y 4 los diagnósticos se realizaron en estadios más avanzados, siendo estos donde se hace evidente la sintomatología, como tumores mayores a 50 mm, con diseminación a ganglios linfáticos de predominancia axilar, diseminación a la pared torácica. En cambio, los estadios tempranos se caracterizan por que los tumores son de menor tamaño no superan los 0.2 mm y no se presentan diseminaciones a ganglios linfáticos. Los tumores diagnosticados en estadios tempranos normalmente tienen buen pronóstico y el tiempo de tratamiento puede ser más corto, es así como pueden tener una alta médica en menos de 365 días, puesto que los efectos secundarios son de baja intensidad lo que facilita la reincorporación laboral y disminuye tiempos de incapacidad médica (Instituto de Salud Carlos III, 2015).

Con respecto al tiempo total de tratamiento y el inicio del tratamiento luego del diagnóstico se presume el inicio temprano del tratamiento puede ser un condicional para el tiempo total del tratamiento de esta enfermedad. Por esta razón la necesidad de contar con políticas públicas que estén encaminadas a la detección temprana de cáncer, para que los tratamientos inicien en el menor tiempo posible luego del diagnóstico de la enfermedad y de esta manera se disminuyan los impactos y afectaciones dentro de las variables sociodemográficas, clínicas y laborales

En este sentido también, es importante señalar que el diagnóstico tardío supone un mayor tiempo de tratamiento y aumento en los costos al sistema de salud, en estos costos se incluyen controles luego de terminado el tratamiento, incapacidades médicas, exámenes complementarios y demás procedimientos según un artículo del Sistema Vasco de Salud. a partir de las guías de práctica clínica (Gómez, et al., 2008). Cuando el cáncer de mama se detecta tempranamente, se puede

instauran un tratamiento efectivo, y de esta manera se acrecientan las posibilidades de curación con menores impactos y secuelas para las mujeres que pueden favorecer el reintegro laboral de manera efectiva (Minsalud, 2022).

De la caracterización de variables ocupacionales se encontró que las mujeres cuentan con diferentes tipos de vinculación laboral con contratos desde prestación de servicios, indefinido, términos fijos y otros; Por esta razón es importante resaltar que aun siendo esta una enfermedad catastrófica, que puede contar con estabilidad laboral reforzada según la ley 972 del 2005. El no contar con un tipo de contrato de trabajo dentro de la normatividad vigente esta estabilidad puede verse condicionada por cada empleador es así como de las 7 mujeres que perdieron su trabajo 5 contaban con otro tipo de contrato.

Según información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) el número de personas ocupadas por sexo en el trimestre de abril-junio de 2019 y 2020 por sectores económicos, se puede observar un gran impacto en algunos sectores económicos en los cuales se perdieron más empleos en mujeres que en hombres. El sector con mayor pérdida de empleos fue comercio. Seguido de la industria manufacturera (Herrera, et al., 2020). Para el caso de las mujeres atendidas en la fundación se observó que la mayoría laboran en el sector del comercio ya sea como independientes o con algún tipo de contrato, sin embargo, la pérdida laboral en este grupo fue baja relacionada con las estadísticas nacionales anteriormente presentadas, sin embargo, esta situación puede ser un factor de estrés en cuanto a la estabilidad laboral en las mujeres con cáncer de mama.

Por otra parte cuando se da el alta médica a mujeres supervivientes de cáncer de mama y se solicita el concepto de rehabilitación este puede ser desfavorable y según la ley 776 de 2002 establece la obligación que los empleadores reubiquen a sus trabajadores incapacitados

parcialmente en el cargo que desempeñaba y según la corte constitucional en la sentencia T-040/01, en la cual se reitera la obligación del empleador de reincorporar a su trabajador luego de terminada su incapacidad como principio de protección al trabajador y basado en los derechos fundamentales de la igualdad, derecho al trabajo, derecho a la rehabilitación integral, por cuanto solo bajo un permiso especial del ministerio puede hacerse un despido de un trabajador en estas condiciones o presentado motivos de justa causa para que un empleador puede dar por terminado el contrato laboral.

En cuanto al tipo de contrato se observó que las mujeres con cargos administrativos cuentan en su mayoría con contratos a términos indefinido; en cuanto al cargo operativo es más representativo para otros tipos de contratos, lo cual puede considerarse que en cargos administrativos se presenta una mayor estabilidad laboral por el tipo de contrato y que al momento del diagnóstico de esta enfermedad las mujeres pueden beneficiarse en el sistema de salud al contar con afiliación al sistema general de salud de régimen contributivo como cotizante, como por ejemplo el pago de las incapacidades, situación diferente de las mujeres con afiliación al sistema de salud como beneficiarias puesto que no cuentan con una remuneración de las incapacidades (Mora, 2022).

Sin embargo, aunque este tipo de cáncer está dentro de las enfermedades de alto costo o catastróficas según el Manual de Actividades (MinSalud, 2016), Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud, por representar una alta complejidad en su manejo, solo hasta el 1 de enero de 2022 se adoptó la resolución 2292 del 2021 en la cual hace referencia que todo beneficiario o cotizante queda exento de cualquier tipo de copago por esta y otras enfermedades; es así, como anteriormente si estaban obligados a realizar copagos para algunos tipos de procedimientos, de esta manera el acceso a sistema de salud independiente del tipo de

vinculación al sistema general de salud tiene mayor accesibilidad para cualquier persona en caso de no contar con vinculación laboral.

Las limitaciones del presente estudio tienen que ver con la limitación de temporalidad de los datos y como se vieron afectan los resultados.

Las mediciones de las variables se realizan simultáneamente no se cuenta con datos de seguimiento o anteriores por ejemplo en cuanto a factores asociados a cáncer de mama, no es fácil establecer la relación causa efecto de cuales factores asociados pudieron ser predisponentes para que se presente la enfermedad puesto que la información está en un tiempo definido y no es viable tener información retrospectiva para establecer dicha relación, lo que genera la improbabilidad de asegurar si existe causalidad entre variables.

10. Conclusiones

Teniendo en cuenta las condiciones de la presente investigación y con respecto a la población objeto se puede concluir que la situación laboral de las mujeres supervivientes a cáncer de mama es favorable puesto que la pérdida laboral a causa de la enfermedad fue baja lo que pudo deberse al tipo de vinculación laboral, tipos de contratos y nivel educativo. Es importante citar que las mujeres cuentan con ingresos económicos dependientes de la condición laboral que desempeñan ya sea como independientes o empleadas y algunas cuentan con ingresos extras a su trabajo como lo son rentas, ahorros, apoyo de familiares, hijos, padres, pareja.

Las características sociodemográficas, laborales, clínicas y propias del tratamiento deben ser tenidas en cuenta para la reintegración laboral luego de la finalización del tratamiento y alta médica, con el fin de favorecer que las mujeres puedan reintegrarse a su trabajo y continúen

desarrollando las actividades laborales que realizaban antes del diagnóstico.

Colombia cuenta con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el cual busca mejorar las condiciones de salud de los colombianos de acuerdo con la ley estatutaria para garantizando el aseguramiento y el acceso efectivo a los servicios de salud de manera articulada con las políticas, esta afiliación en salud se efectúa en dos líneas el régimen contributivo o subsidiado, a través de las Entidades Promotoras de Salud – EPS (Minsalud, 2022). Influyendo de manera positiva en el acceso de las mujeres a vincularse en estrategias de tamización y detección temprana y acceso a tratamientos efectivos y continuos que mejoren los pronósticos clínicos.

De igual manera en Colombia se cuenta con tecnologías para la detección temprana de este cáncer las cuales se encuentran contenidas en el POS las principales son: el examen físico de mama en mujeres mayores de 20 años, la Mamografía cada dos años para mujeres entre los 50 y 69 años (Minsalud, 2022). Sin embargo, se hace necesario mejorar la cobertura en todos los niveles socioeconómicos y puntos geográficos del país para garantizar una cobertura nacional.

Finalmente, este trabajo de investigación sirve para profundizar en las variables que se evidenciaron relevantes como son la importancia de un diagnóstico en estadios tempranos y el inicio de tratamiento en el menor tiempo luego del diagnóstico que puedan mejorar la expectativa y calidad de vida de las mujeres.

Referencias

- Aguilar Cordero, M. J. y otros, 2012. *Sobrepeso/obesidad en mujeres y su implicación en el cáncer de mama: edad de diagnóstico*. Madrid: Nutrición Hospitalaria.
- Arrospide, A. y otros, 2015. Coste del Tratamiento del Cáncer de mama por Estadío Clínico en el País Vasco. *Rev. Esp Salud Pública*, Enero - Febrero, Issue 1, pp. 89, 93-97.
- Division de prevención y control del cancer de mama, centros para el control y la prevención de enfermedades, 2022. *Cuales son los factores de riesgo del cancer de mama*. [En línea] Available at: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/dcpc/about/index.htm> [Último acceso: 28 Julio 2022].
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2021. *Cuenta de Alto Costo*. [En línea] Available at: <https://cuentadealtocosto.org/site/cancer/dia-mundial-contra-el-cancer-de-mama-2021/#:~:text=Bogotá%2C%2014%20de%20octubre%20de%202021&text=En%20Colombia%2C%20durante%20el%20periodo,de%20Salud%20y%20Protección%20Social>. [Último acceso: 2022].
- Fundación Josep Laporte, 2011. *Después del Cáncer, Experiencias y necesidades de personas que han superado la enfermedad y de sus familiares*. Barcelona: Universidad de los Pacientes.
- Fundación Salud Querida, 2019. *Fundación Salud Querida*. [En línea] Available at: <https://fundacionsq.org/temas-de-interes/cancer-de-mama/>
- Gómez, J. A. y otros, 2008. Cáncer de mama y las actuales alternativas de tratamiento. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, Julio - Septiembre.39(3).
- Guerrero & Mina, 2016. *Descripción del Proceso de Reincorporación Laboral, con Base al Manual de Procedimientos en Trabajos de un Ingenio del Valle del Cauca Periodo 2012 a 2015*. Santiago de Cali: s.n.
- Herrera, P. y otros, 2020. *Informe Sobre Cifras de Empleo y Brechas de Género*. s.l.:s.n.
- Instituto de Salud Carlos III, 2015. Guía de Valoración de Incapacidad Laboral Temporal para Médicos de Atención Primaria. Diciembre.Volumen 2.
- Instituto Nacional de Cancerología, 2012. Bogotá: s.n.
- López, A. & Vicente, J. M., 2017. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. s.l.:s.n.
- López, V., 2017. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. Madrid: s.n.
- López & Vicente, 2018. *Cáncer en población trabajadora. Incapacidad y riesgo de exclusión laboral y social*, Madrid: s.n.
- MinSalud, 2012. *Ministerio de salud y proteccion social*. Bogota: s.n.
- MinSalud, 2016. *Ministerio de la Protección Social*. Bogotá: s.n.
- MinSalud, 2016. *Solicitud Información a Entidades Promotoras de Salud Receptora de los Afiliados de Caprecom EPS en Liquidación*. Bogotá: s.n.
- Minsalud, 2020. *Cáncer de Mama en Colombia*. Bogotá: s.n.
- MinSalud, 2021. *Ministerio de Salud*. [En línea] Available at: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Cancer-de-mama.aspx>

Minsalud, 2022. *Afiliación en salud*. [En línea]

Available at: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/afiliacion-en-salud.aspx>

Minsalud, 2022. *Cáncer de mama*. [En línea]

Available at: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Cancer-de-mama.aspx>

Mintrabajo, 2014. *Manual Unico para la Calificacion de la Perdida de la Capacidad laboral Ocupacional*. Bogota: s.n.

Molina & Feliu, J., 2010. *La Reincorporación Laboral: Un Nuevo Reto en el Paciente con Cáncer*. s.l.:s.n.

Mora, V. H., 2022. *Minsalud*. [En línea]

Available at:

<https://www.minsalud.gov.co/Lists/FAQ/DispForm.aspx?ID=871&ContentTypeId=0x01003F0A1BD895162D4599DC199234219AC7>

OMS, 2020. *Organización Mundial de la Salud*. [En línea]

Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Pereira, F., 1996. Enfermedades de las glándulas mamarias. En: Santuiago de Cuba: Oriente.

Pérez, 2012. *Eficacia de un proyecto de inserción laboral en mujeres con cáncer de mama*. s.l.:s.n.

SESPM, 2019. *Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria*. s.l.:s.n.

Timothy, J. & Eberlein, M., 1994. *Current Management of Carcinoma of the Breast*. s.l.:s.n.

Vásquez, e. a., 2019. *Revista Argentina de Mastología*., s.l.: s.n.

Vásquez, E. M. y otros, 2020. *Reincorporación laboral de mujeres con cáncer de mama: experiencia de un centro oncológico en la ciudad de Medellín*.. ISSN 15782549 ed. Medellín: s.n.

Vicente H., M. y otros, 2014. *Criterios de incapacidad laboral en cáncer de mama*.. [En línea]

Available at: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-criterios-incapacidad-laboral-cancer-mama-S1138359312000998>

Anexos

Tabla 17

Variables sociodemográficas por frecuencia por número de personas

Variables	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
<i>Estrato Socioeconómico</i>			
1	8	5,19%	5,19%
2	17	11,04%	16,23%
3	52	33,77%	50,00%
4	41	26,62%	76,62%
5	19	12,34%	88,96%
6	17	11,04%	100%
<i>Estado Civil</i>			
Casada	76	49,35%	49,35%
Soltera	57	37,01%	86,36%
Unión libre	19	12,34%	98,70%
Viuda	2	1,30%	100%
<i>Tipo de Vivienda</i>			
Familiar	67	43,51%	43,51%
Propia	56	36,36%	79,87%
Alquilada	31	20,13%	100%
<i>Con Quien Convive</i>			
Pareja e hijos	55	35,71%	35,71%

Pareja	19	12,34%	48,05%
Hijos	18	11,69%	59,74%
Pareja, hijos y otros familiares	13	8,44%	68,18%
Padres	12	7,79%	75,97%
Padres e hijos	10	6,49%	82,46%
Padres y otros familiares	10	6,49%	88,95%
Sola	8	5,19%	94,14%
Hermanos	3	1,95%	96,09%
Hermanos y otros familiares	3	1,95%	98,04%
Pareja y padres	2	1,30%	99,34%
Padres, hijos y otros familiares	1	0,65%	100%
<hr/>			
<i>Madre Cabeza de Hogar</i>			
No	104	67,53%	67,53%
Si	50	32,47%	100%
<hr/>			
<i>Número de Hijos</i>			
0	45	29,22%	29,22%
1	49	31,82%	61,04%
2	49	31,82%	92,86%
3	8	5,19%	98,05%
4	2	1,30%	99,35%
5	1	0,65%	100%
<hr/>			
<i>Personas a Cargo</i>			

0	87	56,49%	56,49%
1	39	25,32%	81,81%
2	24	15,58%	97,39%
3	4	2,60%	100%

Fuentes de Ingreso

Ahorros	1	0,65%	0,65%
Empleo	122	79,22%	79,87%
Hijos	1	0,65%	80,52%
Incapacidad	2	1,30%	81,82%
No tiene empleo	26	16,88%	98,70%
Papás	1	0,65%	99,35%
Rentas	1	0,65%	100%

Nivel de Escolaridad

Básica primaria	4	2,60%	2,60%
Bachiller	19	12,34%	14,94%
Tecnólogo/Técnico	21	13,64%	28,58%
Profesional	57	37,01%	65,59%
Especialista	35	22,73%	88,32%
Maestría	17	11,04%	99,36%
Doctorado	1	0,65%	100%
Desempleada	26	16,88%	16,88%
Empleada	70	45,45%	62,33%
Independiente	58	37,66%	100%

Seguridad Social

Régimen Contributivo	138	89,61%	89,61%
Régimen Subsidiado	14	9,09%	98,70%
Régimen de Excepción o Especial	2	1,30%	100%
Total	154	100%	

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

Tabla 18

Variables Clínicas por frecuencia y porcentaje acumulado

Variables	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Estadio			
I	10	6,62%	6,62%
IA	7	4,64%	11,26%
IB	2	1,32%	12,58%
II	36	23,84%	36,42%
IIA	10	6,62%	43,04%
IIB	11	7,28%	50,32%
III	37	24,50%	74,82%
IIIA	10	6,62%	81,44%
IIIB	14	9,27%	90,71%
IIIC	2	1,32%	92,03%
IIID	1	0,66%	92,69%
IV	10	6,62%	99,31%

IV A	1	0,66%	100%
<i>Tiempo Transcurrido</i>			
Entre tres y nueve meses	10	6,49%	6,49%
Entre uno y tres meses	36	23,38%	29,87%
Menos de un mes	108	70,13%	100%
<i>Tiempo Total</i>			
De uno a seis meses	14	9,09%	9,09%
De seis a doce meses	48	31,17%	40,26%
De doce a diez y ocho meses	69	44,81%	85,07%
De diez y ocho a veinticuatro meses	16	10,39%	95,46%
Más de veinticuatro meses	7	4,55%	100%
<i>1er Tratamiento</i>			
Cirugía	45	29,22%	29,22%
Hormonoterapia	2	1,30%	30,52%
Quimioterapia	105	68,18%	98,70%
Radioterapia	1	0,65%	99,35%
Otro	1	0,65%	100%
Total	154	100%	
<i>2do Tratamiento</i>			
Cirugía	81	65,85%	65,85%
Quimioterapia	22	17,89%	83,74%
Radioterapia	17	13,82%	97,56%
Otro	3	2,44%	100%

Total	123	100%	
--------------	------------	-------------	--

3er Tratamiento

Cirugía	2	2,11%	2,11%
Hormonoterapia	1	1,05%	3,16%
Inmunoterapia	1	1,05%	4,21%
Quimioterapia	18	18,95%	23,16%
Radioterapia	68	71,58%	94,74%
Otro	5	5,26%	100%

Total	95	100%	
--------------	-----------	-------------	--

Interrupción de Tratamiento

No	142	92,21%	92,21%
Si	12	7,79%	100%

Total	154	100%	
--------------	------------	-------------	--

Enfermedades Asociadas

Diabetes, enfermedades cardiacas, enfermedades de la tiroides, no aplica	1	1,56%	1,56%
Diabetes, hipertensión arterial, enfermedades de la tiroides	1	1,56%	3,13%
Diabetes, sobrepeso/obesidad	1	1,56%	4,69%
Enfermedades de la tiroides	22	34,38%	39,06%
Enfermedades de la tiroides, otro tipo de cáncer	2	3,13%	42,19%
Enfermedades de la tiroides, sobrepeso/ obesidad	1	1,56%	43,75%
Hipertensión arterial	4	6,25%	50,00%

Colon, gástrico	2	2,27%	12,50%
Gástrico	15	17,05%	29,55%
Gástrico, otro	5	5,68%	35,23%
Melanoma	2	2,27%	37,50%
Próstata	8	9,09%	46,59%
Ovario	17	19,32%	65,91%
Ovario, colon, gástrico	3	3,41%	69,32%
Ovario, gástrico	6	6,82%	76,14%
Ovario, páncreas, colon, gástrico, otro	1	1,14%	77,27%
Ovario, próstata, otro	1	1,14%	78,41%
Páncreas	6	6,82%	85,23%
Páncreas, colon	2	2,27%	87,50%
Páncreas, colon, gástrico, otro	1	1,14%	88,64%
Páncreas, melanoma, otro	1	1,14%	89,77%
Páncreas, próstata, colon, gástrico	1	1,14%	90,91%
Páncreas, próstata, otro	3	3,41%	94,32%
Renal	1	1,14%	95,45%
Próstata, colon, otro	1	1,14%	96,59%
Próstata, gástrico, otro	3	3,41%	100%

Total	88	100%	
--------------	-----------	-------------	--

Edad de Menarquia

9 años	5	3,25%	3,25%
10 años	5	3,25%	6,50%

44 años	7	9,86%	54,93%
45 años	5	7,04%	61,97%
46 años	4	5,63%	67,61%
47 años	6	8,45%	76,06%
48 años	4	5,63%	81,69%
49 años	5	7,04%	88,73%
50 años	4	5,63%	94,37%
51 años	3	4,23%	98,59%
54 años	1	1,41%	100%
Total	71	100%	

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.

Tabla 19
Variables Ocupacionales

Variables	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
<i>Tipo de Cargo</i>			
Administrativo	77	60,16%	60,16%
Asistencial	1	0,78%	60,94%
Operativo	50	39,06%	100%
<i>Actividad Económica</i>			
Agrícola	3	2,34%	2,34%
Alimentos	7	5,47%	7,81%

Comercio	31	24,22%	32,03%
Comunicaciones	1	0,78%	32,81%
Construcción	2	1,56%	34,38%
Cosmética	1	0,78%	35,16%
Deportivo	1	0,78%	35,94%
Educación	9	7,03%	42,97%
Energético	2	1,56%	44,53%
Financiero	11	8,59%	53,13%
Gubernamental	4	3,13%	56,25%
Industrial	14	10,94%	67,19%
Publicidad	2	1,56%	68,75%
Salud	19	14,84%	83,59%
Servicios	9	7,03%	90,63%
Social	2	1,56%	92,19%
Tecnología	3	2,34%	94,53%
Textil	1	0,78%	95,31%
Transporte	1	0,78%	96,09%
Turismo	2	1,56%	97,66%
Ventas	3	2,34%	100%

Tipo de Contrato

Independiente	15	11,72%	11,72%
Término indefinido	47	36,72%	48,44%
Prestación de servicios	8	6,25%	54,69%
Termino fijo	8	6,25%	60,94%

Otro	50	39,06%	100%
<i>Jornada Laboral</i>			
Entre 2 y 5 horas	16	12,50%	12,50%
Entre 6 y 7 horas	17	13,28%	25,78%
Entre 8 y 9 horas	64	50,00%	75,78%
Entre 10 a 14 horas	17	13,28%	89,06%
No hay horario	14	10,94%	100%
Total	128	100%	
<i>Perdió su Trabajo</i>			
No	147	95,86%	95,86%
Si	7	4,14%	100%
Total	154	100%	
<i>Motivo de Despido</i>			
Condición de Salud	5	71,43%	71,43%
Dificultad física	1	14,29%	85,71%
Incapacidades	1	14,29%	100%
Total	7	100%	

Nota: Elaboración propia basada en la revisión de la base de datos de la fundación.