



UNIVERSIDAD DE TALCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE CÁNCER
GÁSTRICO EN ADULTOS EN LA CIUDAD DE TALCA, ESTUDIO PILOTO**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN
TECNOLOGÍA MÉDICA

ALUMNA: FERNANDA MIREYA FUENZALIDA ÁLVAREZ
PROFESORA GUÍA: MARIA LORETO NÚÑEZ FRANZ

TALCA-CHILE

2019

CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2019

ÍNDICE DE CAPÍTULOS Y SECCIONES

1.	RESUMEN	1
2.	INTRODUCCIÓN	2
3.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	5
3.1	Cáncer	5
3.2	Situación epidemiológica.....	5
3.2.1	En el mundo	5
3.2.2	En Chile	6
3.3	Clasificación del cáncer gástrico.....	7
3.4	Factores de riesgo para cáncer gástrico.....	9
3.4.1	Factores biológicos	9
3.4.2	Factores ambientales	10
3.4.3	Factores socioeconómicos.....	10
3.4.4	Factores hereditarios/genéticos	11
3.4.5	Comorbilidades	12
3.4.6	<i>Helicobacter pylori (H. pylori)</i>	13
3.5	Diagnostico precoz.....	14
3.6	Marco normativo.....	15
3.7	Barreras para el diagnóstico de cáncer gástrico	16
4.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	21
5.	OBJETIVOS	22
5.1	Objetivo General	22
5.2	Objetivos Específicos.....	22
6.	METODOLOGÍA	23

6.1	Diseño del estudio.....	23
6.2	Características de la muestra.....	24
6.3	Criterios de elegibilidad.....	24
6.4	Variables del estudio.....	24
6.5	Recolección y Plan de análisis de datos.....	27
6.6	Análisis de aspectos bioéticos.....	28
7.	RESULTADOS.....	29
7.1	Características biodemográficas de la población	29
7.2	Grado de conocimiento que tiene la población respecto al cáncer gástrico y al acceso a tratamiento en Chile para esta patología.....	31
7.3	Diferencias existentes en la percepción de riesgo de cáncer según las determinantes sociales, como nivel FONASA y nivel educacional.....	33
7.4	Barreras para una detección precoz de una neoplasia y/o patología preneoplásicas.....	37
7.5	Diferencias entre la percepción de riesgo de cáncer gástrico y los factores de riesgo (consumo de alcohol y tabaco).....	40
8.	DISCUSIÓN	45
8.1	Conocimiento del cáncer gástrico y acceso a tratamiento en Chile	48
8.2	Percepción de riesgo	50
8.3	Barreras para la detección precoz de cáncer gástrico.....	50
9.	CONCLUSIONES	52
10.	BIBLIOGRAFÍA	54
11.	ANEXOS.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: Descripción de la población.....	30
TABLA N° 2: Variables de conocimiento del cáncer gástrico y sistema de salud.....	32
TABLA N° 3: Percepción de riesgo de cáncer gástrico según nivel de escolaridad y seguro de salud.....	34
TABLA N° 4: Barreras que influyen en una detección precoz de cáncer gástrico o patología preneoplásica.....	38
TABLA N° 5: Percepción de riesgo de cáncer gástrico versus factores de riesgo como tabaco, alcohol, conocido con cáncer gástrico.....	41
TABLA N° 6: Tramos FONASA según categorización socioeconómica de beneficiarios ...	48

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1: Percepción de riesgo de cáncer gástrico en la población según escolaridad..	35
FIGURA N° 2: Percepción de riesgo de cáncer gástrico en la población en base a seguro de salud.....	36
FIGURA N° 3: automedicación y compuestos usualmente utilizados para ello.....	39
FIGURA N° 4: Percepción de riesgo de cáncer gástrico según tabaquismo.....	42
FIGURA N° 5: percepción de riesgo de cáncer gástrico en base al consumo de alcohol.....	43
FIGURA N° 6: Percepción de riesgo de cáncer gástrico en base a su cercanía con conocidos que padecen cáncer gástrico.....	44

ÍNDICE DE ANEXOS

I.	<i>Consentimiento informado.....</i>	61
II.	<i>Instrumento utilizado.....</i>	68
III.	<i>Tríptico cáncer gástrico entregado a los participantes del estudio.....</i>	77

1. RESUMEN

Introducción: El cáncer gástrico se considera uno de los más frecuentes en Chile y en el mundo, a pesar de su relevancia, la principal barrera que se encuentra para reducir su elevada mortalidad es que se diagnostica tardíamente, alcanzando 754 mil muertes por año a nivel mundial. Con una relación hombre/ mujer en el mundo de 2,6:1. **Objetivo:** Se busca conocer las barreras para el diagnóstico oportuno de cáncer gástrico, también evaluar percepción de riesgo de cáncer gástrico en base a determinantes sociales y factores de riesgo. **Sujetos y Métodos:** Estudio piloto que utiliza como instrumento una encuesta de preguntas cerradas. La muestra es seleccionada por conveniencia, hombres y mujeres que residen en la ciudad de Talca en el año 2019, con plan de salud FONASA o ISAPRE, con edad entre 40 y 60 años. **Resultados:** Entre las barreras económicas para el diagnóstico oportuno de cáncer gástrico está el no tener dinero para costear un examen de cáncer gástrico (48,6%) y también para costear un tratamiento (45,7%). Como barrera de conocimiento, la mayoría de los encuestados que poseen menos de enseñanza media no percibe el riesgo de cáncer gástrico. Según tabaquismo, casi la mitad de los fumadores percibe riesgo de cáncer gástrico. **Discusión:** Según la encuesta Casen, la población de 15 años o más posee en promedio 9,9 años de escolaridad en la Región del Maule. En relación a esto la mitad de los encuestados poseen menos de enseñanza media. Estudios señalan que aumenta el riesgo de desarrollar cáncer cuando el nivel de escolaridad y el nivel socioeconómico son bajos. Las barreras económicas son trascendentales para la detección precoz de cáncer gástrico, las personas con ocho años de escolaridad, solo educación básica, posee un ingreso promedio de \$328.062. Entonces, menor cantidad de años de estudio, menor ingreso mensual y menos posibilidades de atención en salud. **Conclusión:** Dentro de las barreras para la detección oportuna de cáncer gástrico, está la automedicación, insolvencia económica y el desconocimiento del GES. Además, las personas con menos años de estudio poseen menor percepción de riesgo de cáncer gástrico. Por el contrario, aquellos que realizan acciones de riesgo como fumar y/o consumir alcohol poseen una menor percepción de riesgo de este.

2. INTRODUCCIÓN

La OMS posiciona al cáncer como una de las principales enfermedades no transmisibles causante de la mayor cantidad de muertes en personas menores de 70 años. Según estimaciones de la OMS (1), en 2015 el cáncer en sus diversas modalidades ocupa el primer lugar en el ranking como causante de muertes, con 8,8 millones de defunciones en todo el mundo. Dentro de los tipos de cáncer que causan mayor cantidad de defunciones, se encuentra en primer lugar el cáncer de pulmón, con 1,6 millones de muertes. El cáncer gástrico figura dentro de los 5 más frecuentes, siendo el causante de 723.000 muertes por año en todo el mundo (1).

Teniendo en consideración que la principal preocupación es disminuir el número de defunciones por cáncer gástrico e idealmente disminuir los incidentes, para lograr esto es de relevancia conocer las barreras que propician un diagnóstico tardío. Además, como estas alteraciones son resultado de la interacción entre los factores genéticos y diversos agentes externos que son cancerígenos, se es necesario reducir los factores de riesgo y poner en marcha estrategias preventivas, teniendo en cuenta que entre 30 y 50% de los cánceres se pueden evitar (1). Como ocurre en cerca de un 65% de los pacientes, en donde al momento del diagnóstico ya se encuentra el cáncer en un estado avanzado, a esto se le suma que cerca de un 85% de ellos presentan metástasis al momento de la detección de la enfermedad (2).

Con una incidencia de cáncer gástrico en Chile de 27 por 100.000 habitantes y una mortalidad estimada de 19 fallecidos por 100.000 habitantes (3,4), se vislumbra un sombrío pronóstico para aquellos que padecen cáncer gástrico ha llevado a la búsqueda de diversas

estrategias preventivas. Dentro de las que se incluye identificar factores de riesgo para accionar una intervención que impida el desarrollo del cáncer, como también identificar los grupos que poseen un mayor riesgo de padecer esta enfermedad, así mismo, conocer las barreras que impiden el diagnóstico oportuno, las cuales favorecen fundamentalmente que el cáncer sea detectado en una etapa avanzada. Barreras que limitan el diagnóstico, ya sean barreras propias de la población como también las barreras impuestas a nivel de sistema de salud.

Otra estrategia preventiva contempla definir un método de diagnóstico precoz, el cual atiende la necesidad de incrementar el número de pacientes que alcanzan a ser pesquisados en la etapa temprana del cáncer, permitiéndole a los pacientes optar a una mejor calidad de vida, aumentando la sobrevida y disminuyendo la tasa de mortalidad (5). Sin embargo, Chile, aún no cuenta con un programa de tamizaje poblacional para cáncer gástrico abocado a la efectiva detección temprana de esta neoplasia. El que solo ha sido implementado en pocos países, como es el caso Japón. Los resultados obtenidos en dicho país muestran que con una estrategia efectiva para el diagnóstico precoz de cáncer gástrico se puede lograr modificar el poco esperanzador pronóstico de esta enfermedad (6).

En Chile, como medida para enfrentar el cáncer se han creado diversos programas como la estrategia nacional para combatir el cáncer (7). Específicamente para el cáncer gástrico, el proyecto de prevención incluido en el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) contempla el alivio del dolor y cuidados paliativos para aquellos que adolecen un cáncer avanzado (8).

Este estudio busca conocer las barreras para el diagnóstico temprano de cáncer gástrico en la población chilena. Las barreras que se esperan encontrar son principalmente los miedos de las personas, tanto al posible diagnóstico de una enfermedad maligna, como al examen auscultatorio, también obstáculos económicos, culturales y educativos (9). Se presume que las personas con historial clínico de patologías preneoplásicas presentan en una menor proporción barreras para el diagnóstico precoz de cáncer gástrico que las personas sin un historial clínico.

3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

3.1 Cáncer

El cáncer representa actualmente uno de los mayores problemas en salud pública a nivel mundial, pues junto con las enfermedades cardiovasculares y los traumatismos, representa la causa de mortalidad más frecuente (10,11). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2015 de los 8,8 millones de fallecidos por esta causa, 70% corresponde a casos provenientes de países de ingresos medios y bajos (1). Dentro de los 5 tipos de cáncer que causan mayor número de defunciones está el cáncer gástrico (1).

3.2 Situación epidemiológica

3.2.1 En el mundo

A nivel mundial, el cáncer gástrico ha experimentado un descenso en la incidencia en las últimas décadas, puesto que en la década del 70 se consideraba como la neoplasia más frecuente. Hoy en día el cáncer de pulmón es la neoplasia que representa la principal causa de mortalidad, en segundo lugar se encuentra el cáncer gástrico (1).

El cáncer gástrico posee variación geográfica, las tasas de incidencia más altas se encuentran en países como Japón, China, Singapur, Costa Rica, Colombia, y Chile, mientras que Estados Unidos, Canadá, India y la mayoría de los países africanos muestran las cifras más bajas (9,10). Mencionar que 60% del total de cánceres gástricos del mundo, corresponde a casos pertenecientes a Japón, China y Corea (14).

Las variaciones geográficas influyen considerablemente en las tasas de incidencia y en las variaciones del riesgo, probablemente esto se da por las condiciones ambientales e higiénicas de ciertas regiones. Las condiciones higiénicas pueden relacionarse con la infección por la bacteria estrechamente ligada a patologías gástricas, *Helicobacter pylori*. Sin embargo, hay contradicciones en ello, como es el caso de India donde “*hay áreas geográficas con alta prevalencia de infección por H. pylori y una baja incidencia de cáncer gástrico*”, a ello se le conoce como el «enigma asiático» (15,16).

3.2.2 En Chile

En las últimas décadas se ha visto un surgimiento de problemas de salud crónicos no transmisibles que nos lleva a una transición epidemiológica a nivel país (7), mostrándose un incremento en la morbilidad y mortalidad de enfermedades no transmisibles, tanto agudas (traumatismos) y crónicas (enfermedades cardiovasculares y cáncer).

El aumento de casos de cáncer gástrico se encuentra asociado a estilo de vida y a la exposición a factores de riesgo como dieta rica en nitratos, grasas de origen animal, altos niveles de sal, baja ingesta de antioxidantes, escaso consumo de frutas y vegetales, ingesta de alimentos ahumados, exposición a carcinógenos ambientales, tabaquismo y consumo de alcohol (16–19). También, se debe contemplar que en las últimas décadas, a nivel nacional ha aumentado la expectativa de vida y el envejecimiento de la población (7). Evidenciándose un aumento importante de la población mayor de 65 años, los cuales se encuentran dentro del grupo mayormente afectado por cáncer gástrico (7). Aunque la incidencia ha venido decayendo en gran parte del mundo, sobre todo en países occidentales y con alto desarrollo, aun las cifras son considerablemente significativas, esto se refleja en los datos obtenidos de DEIS. Desde los años ochenta se ha mantenido su tasa cruda a nivel nacional (12,19,20).

En tanto, la mortalidad en Chile presentó un descenso entre la década de los 70 y 90, y desde hace más de una década se mantiene la cifra de mortalidad, 19 fallecidos por cáncer gástrico por 100.000 habitantes (3). Teniendo en cuenta que la incidencia de cáncer gástrico en Chile es de 27 casos de cáncer gástrico por 100.000 habitantes, con una estimación de la población chilena de 17.373.831, según último censo del país. Por lo tanto, se extrae de esto que aproximadamente 4.836 personas en Chile padecen cáncer gástrico (4).

En cuanto a la geografía nacional, existen regiones de alta mortalidad, entre ellas Aysén, Araucanía, Los Lagos, Los Ríos, Bío-Bío y Maule y otras de mortalidad intermedia que pertenecen a la zona central del país. En cuanto a comunas, destaca Molina en la región del Maule, Lota y Coihueco de la región del Bío-Bío. (21).

3.3 Clasificación del cáncer gástrico

Se ha buscado un esquema de clasificación que conlleve a una correlación pronóstica, para así tomar decisiones de forma más personalizada con respecto al diagnóstico y tratamiento de esta patología. A continuación se mencionan las más frecuentemente utilizadas.

La clasificación de Lauren es la más utilizada y la más estudiada desde su creación en 1965 (22). Lauren dividió al cáncer según su histología en dos grupos: el de tipo intestinal en el que se forman masas tubulares y el tipo difuso en el que se engruesa la pared intestinal sin una forma de masa definida o delimitada (23). Distintos estudios señalan que el tipo intestinal está asociado con la presencia de *H. pylori*, como también a factores ambientales y dietéticos, surge como una condición que se “*inicia como gastritis crónica, gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal (madura o inmadura) y finalmente displasia (leve, moderada o severa)*”(2), la que está solo a un paso de convertirse en cáncer gástrico. Todo el proceso en que una de estas patologías llega a desarrollar un cáncer demora, en teoría, de ocho a diez años (2). Estudios señalan la metaplasia intestinal como un proceso premaligno y a su vez como un factor de riesgo para la aparición del cáncer gástrico. A su vez, el tipo difuso posee más alta prevalencia en pacientes jóvenes y se asocia a un peor pronóstico (12,22). Según Csendes y col.(3) hay un aumento significativo del tipo difuso en el último tiempo.

Según la profundidad de la infiltración tumoral, se divide en 3 tipos: cáncer incipiente, el cual afecta la mucosa o la mucosa y submucosa; cáncer intermedio que comprende una infiltración tumoral con profundidad hasta la capa muscular propia, sin comprometer la capa serosa; cáncer avanzado cuando la infiltración sobrepasa capa la serosa (10).

Otra clasificación que se utiliza con frecuencia para neoplasias malignas de estómago es la clasificación de MING, la cual se basa en el patrón de crecimiento tumoral y su capacidad invasiva, divide los tumores malignos en: carcinoma expansivo, los que crecen dentro de nódulos o masas con compresión definida, teniendo correlación con el cáncer de tipo intestinal de la clasificación de Lauren; y carcinoma infiltrativo, el que muestra infiltración por células individuales o glándulas pequeñas, este tipo se correlaciona con el tipo difuso de la clasificación de Lauren (24).

3.4 Factores de riesgo para cáncer gástrico

3.4.1 Factores biológicos

Según sexo. El cáncer gástrico corresponde a una neoplasia de predominio masculino con una relación hombre/ mujer en el mundo de 2,6:1 y de 2,0:1 a nivel nacional. Es reconocido como una prioridad para la Salud Pública chilena, al ser la causa anual de alrededor de 3.237 fallecimientos (19). Según datos del 2012, a nivel país se tiene una tasa de mortalidad de 25,3 y 13,3 por 100.000 habitantes para hombres y mujeres respectivamente (11). Estos datos son similares a los que se encuentran en Asia oriental, donde la mortalidad es de 24 por cada 100.000 hombres y de 9,8 por cada 100.000 mujeres (11,13).

Según edad. La edad también es de relevancia en esta neoplasia, en términos de mortalidad los grupos de edad más afectados son la séptima y octava década de la vida.

Teniendo la mortalidad una edad de inicio a los 40 años. Estudios afirman que “*uno de cada 36 hombres y una de cada 84 mujeres desarrollará un cáncer gástrico antes de los 79 años*” (14).

Según raza. “*Los pacientes asiáticos tienen mayor sobrevida a los 3 años, seguida por los negros, los hispanos y blancos*” (9). En EEUU el cáncer de estómago es más común en blancos con origen hispano y personas de raza negra que personas blancas que no son de origen hispano (25).

3.4.2 Factores ambientales

Numerosos estudios hablan de la relación del cáncer gástrico con estilos alimenticios, como una dieta rica en nitratos, grasas de origen animal, altos niveles de sal, baja ingesta de antioxidantes. Los que son denominados como factores ambientales, dentro de los cuales también se incluye el escaso consumo de frutas y vegetales, la ingesta de alimentos ahumados o conservados en condiciones precarias. No obstante, aún no se ha demostrado con certeza la asociación directa entre este tipo de dieta con el desarrollo del cáncer (12,14,18,23).

3.4.3 Factores socioeconómicos

Aún más controversial es la relación entre cáncer con el nivel socioeconómico. Aunque lo clásico es creer que un precario nivel socioeconómico hace que las personas sean más propensas a los factores ambientales mencionados anteriormente, aún no hay estudios que lo demuestren con certeza (12,18). A sí mismo, un bajo nivel socioeconómico tiene directa relación con la exposición a carcinógenos ambientales, en el caso de las personas que tienen como actividad laboral el área de la agricultura.

3.4.4 Factores hereditarios/genéticos

Los factores genéticos abarcan los antecedentes familiares de cáncer gástrico lo que aumenta la incidencia de 2 a 3 veces, presentar el síndrome de Li Fraumeni, ocasionado por una mutación en el gen TP53, genera mayor probabilidad de generar cáncer gástrico a más corta edad (25) y también tener grupo sanguíneo de tipo A, aún se desconoce la razón de esto último pero se sabe que también es un factor genético predisponente a esta neoplasia.

Dentro de los factores hereditarios que generan el Cáncer Gástrico, se menciona una mutación del gen de la E-Cadherina, la que codifica proteínas de adhesión intercelular (12,18,26). En la actualidad es factible realizar un estudio genético cuando existe la sospecha clínica de cáncer gástrico hereditario, con el objetivo de extender recomendaciones a los descendientes (18). Estudios han demostrado que la penetrancia de la mutación es mayor al 80% luego de los 80 años, es decir, hay un riesgo mayor al 80% de desarrollar cáncer gástrico en personas que presenten dicha mutación. No obstante, la mutación del gen de la E-Cadherina es raro que se encuentre (17).

3.4.5 Comorbilidades

También existen condiciones mórbidas predisponentes al desarrollo de cáncer gástrico como lo son presentar esófago de Barrett, gastritis atrófica, metaplasia intestinal, anemia perniciosa, adenomas gástricos y la enfermedad de Menetrier (12).

El esófago de Barrett, que es el reflujo gastroesofágico, corresponde a la condición mórbida más estudiada en la literatura anglosajona (12,19). Cuando se tiene una mucosa esofágica alterada el riesgo de desarrollar un cáncer es entre 2 a 57 veces mayor que la población sin esófago de Barrett (12). Otra comorbilidad es presentar metaplasia intestinal que se define como *“un proceso en el cual la mucosa gástrica se reemplaza por un epitelio que histológicamente que recuerda la mucosa intestinal”* (2).

En el caso de la anemia perniciosa, aparece como consecuencia de la gastritis crónica atrófica autoinmune que genera una mala absorción a nivel intestinal desencadenando finalmente la condición de anemia. El riesgo de desarrollar cáncer en este caso es variable, ya que depende de la duración de la enfermedad y también de su ubicación anatómica, pero en general se dice que entre un 5 a un 10% de los casos con anemia perniciosa pueden eventualmente desarrollar un cáncer gástrico (18).

En cuanto a los adenomas gástricos, también conocidos como pólipos gástricos, éstos tienen un riesgo de malignidad con tamaños mayores a 2 cm y por lo tanto tienen indicación

de resección (27). Finalmente, la enfermedad de Menetrier corresponde a un crecimiento excesivo del revestimiento del estómago, al aumentar su grosor se generan bajos niveles de ácido estomacal, esto genera un ambiente propicio para el desarrollo de microorganismos. Aunque no es una enfermedad muy frecuente.

3.4.6 *Helicobacter pylori (H. pylori)*

La infección por esta bacteria se ha relacionado a personas de bajo nivel socioeconómico. Entre los factores que influyen en la adquisición de esta bacteria están las malas condiciones de higiene y falta de refrigeración de alimentos (18).

La infección por *H. pylori* es considerado el factor predisponente más importante para el desarrollo del cáncer gástrico (28). El riesgo de generar un cáncer gástrico es 2 a 3 veces mayor en personas que poseen *H. pylori*, ya que se ha visto que dicha bacteria produce en casi todos los pacientes colonizados por ella gastritis crónica atrófica (29). Por lo tanto, la hipótesis más aceptada propone como factor etiológico inicial para el desarrollo de cáncer gástrico la presencia de gastritis crónica. En “*Japón se ha encontrado que hasta 80% de los pacientes con Helicobacter pylori tienen gastritis crónica atrófica*” (2).

Se desconoce si la erradicación de la infección por dicha bacteria genera efectivamente una disminución en la disposición al desarrollo de adenocarcinoma gástrico (30), hay controversia sobre este punto en la literatura. Al menos en el documento de consulta pública, “Estrategia nacional de cáncer” emitido por el Ministerio de Salud en 2016 (31), se menciona

que la erradicación de la *H. pylori* disminuiría en un 44% la incidencia de cáncer gástrico, pero esto está íntimamente relacionado con la gravedad del daño que haya causado la bacteria. Entonces, según la variada bibliografía consultada, la posibilidad de que la infección por *H. pylori* provoque cáncer gástrico disminuye solo cuando su erradicación es llevada a cabo antes de que genere mutaciones estables en el estómago como ulcera crónica (12,30,31).

3.5 Diagnostico precoz

Siendo Japón el país de mayor incidencia de cáncer gástrico, este ha implementado técnicas de pesquisa masiva de esta enfermedad en la población, a su vez han desarrollado programas parciales de tamizaje poblacional de cáncer gástrico, los cuales existen solo en algunos países asiáticos (6), pues, los programas de detección precoz de cáncer gástrico implementados son muy costosos. Según Csendes y col. (3), en su estudio realizado en Chile se muestra un aumento progresivo en la incidencia del cáncer temprano. Este aumento se relaciona aparentemente con las políticas públicas implementadas (12,32), entre ellas el plan GES, fortalecimiento de la red oncológica al fomentar la educación continua de los médicos del país.

La base del tratamiento contra el cáncer gástrico es la cirugía (33). Es por esto que el pronóstico de la enfermedad tiene directa relación con el diagnóstico oportuno, teniendo en cuenta el antecedente que el cáncer gástrico incipiente tratado mediante cirugía tiene una sobrevida a 5 años de un 85 a 95%, mientras que en el caso de un cáncer avanzado es sólo un 20% de sobrevida en los mismos 5 años (34).

3.6 Marco normativo

El plan de Garantías Explícitas en Salud (GES) nace en el 2006 con el propósito de garantizar la cobertura (obligada) por parte de FONASA e ISAPRE de ciertas patologías o complicaciones de salud. En relación a los datos epidemiológicos del impacto de cáncer gástrico a nivel nacional, el Gobierno de Chile lo incluye como una patología GES, esto ya desde julio del año 2006, junto con otros 55 problemas (35).

El cáncer gástrico es el problema de salud N° 27, aplicable a la población sintomática de que padece de cáncer gástrico de ambos sexos que sean mayores de 40 años de edad y pacientes con cáncer gástrico diagnosticado de cualquier edad y estadio (19).

Dentro de las garantías que pretende entregar el Plan GES se encuentra la garantía explícita de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera. En cuanto a la garantía de oportunidad, en ella se establecen plazos para las distintas intervenciones, como en la etapa de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Se garantiza un plazo menor a 30 días desde la confirmación diagnóstica hasta el tratamiento quirúrgico (34). El tratamiento además de la parte de cirugía también incluye una quimioterapia post-quirúrgica (36).

En cuanto a la garantía explícita de protección financiera, incluye el 100% del costo de la enfermedad en pacientes que tienen más de 60 años y pacientes que posean pensión asistencial. También es financiada en un 100% en el caso de los afiliados a FONASA que

pertenezcan al grupo A y B. En el caso de los grupos C y D ellos cubren un 10 y un 20% de los costos de la enfermedad respectivamente. En el caso de los afiliados a ISAPRE ellos cancelan un 20% del total, esto en base al arancel de referencia de cada ISAPRE (35,36). Para hacer efectivo el Plan GES solo se requiere que el afiliado se acerque a su plan de salud, ya sea FONASA o ISAPRE, en donde debe llenar un formulario además de presentar un certificado médico con la confirmación diagnóstica (35).

El tratamiento de Erradicación del *H. Pylori* también se encuentra en el Plan GES, siendo el problema de salud N° 80, fue incorporado en Julio del año 2013, el tratamiento está dirigido a pacientes con diagnóstico endoscópico de úlcera péptica y *Helicobacter pylori* (+) (31).

También es importante destacar que el Plan GES cubre en un 100% el costo de la realización de un examen preventivo por año, como forma de contribuir al diagnóstico oportuno de estas patologías gástricas (35), pudiendo detectar a tiempo infección por *H. pylori* y/o cáncer de estómago. Esto es para todos los afiliados a FONASA e ISAPRE. No necesariamente el afiliado debe tener un historial diagnóstico de patologías preneoplásica.

3.7 Barreras para el diagnóstico de cáncer gástrico

Entre las barreras que se encuentran para detectar tempranamente el cáncer gástrico se tiene en primera línea que en sus inicios, cuando el cáncer es del tipo incipiente, tiende a manifestarse asintomático en el 80% de los casos (12). En cuanto al 20% restante se dice que

la sintomatología más que ausente es más bien leve o inespecífica. Esta condición asintomática se mantiene hasta el estadio avanzado de la enfermedad, siendo uno de los motivos por los que solo un 10% es diagnosticado como cáncer gástrico incipiente (12,37). La frecuente ausencia de sintomatología constituye una barrera intrínseca del cáncer gástrico.

Además, también está la falta de pruebas de detección adecuadas, las guías clínicas existentes referentes al diagnóstico precoz del cáncer gástrico no proporcionan evidencia consistente y prudente (38). Por esto el mayor porcentaje de cáncer gástrico se diagnostica en etapas avanzadas de la enfermedad, además la sintomatología en este caso es más florida siendo frecuentes el dolor abdominal y la baja de peso presentándose en un 60% de los casos (12).

Dentro de las barreras extrínsecas que surgen para el diagnóstico de cáncer gástrico, se encuentran las barreras administrativas, institucionales, de la industria, económicas, culturales y de conocimiento, estas 3 últimas serían las personales del paciente (9).

Barreras administrativas. Corresponden a fallas en la atención integral, lo que se evidencia en una alteración en el acceso y seguimiento al diagnóstico y tratamiento del cáncer (9). Un ejemplo de este tipo de barrera es la dilatación del tiempo entre la emisión de la orden médica y su cumplimiento, por causa de trámites excesivos. También en las barreras administrativas influye el tipo de plan de salud al que se encuentre afiliado el paciente, por los diferentes trámites que debe efectuar. Lo anterior trae como consecuencia la construcción de una mala visualización del sistema de salud en cuanto a cómo se aborda esta enfermedad. En el caso de los inconvenientes que acarrea consigo el plan de salud se debe considerar que es un resultado de una causa multifactorial, puesto que además de las barreras administrativas

también se encuentran ligadas las barreras económicas y culturales del usuario en salud. Otro factor que se considera barrera administrativa es el acceso a atención especializada a la cual tienen la facilidad de optar las personas, que tan accesible es esta atención especializada para ellos, teniendo en consideración que el método de tamizaje de preferencia es la endoscopia realizada por un médico con la especialidad de gastroenterología. La disponibilidad de atención por gastroenterología en áreas rurales no es la misma que se encuentra en un área urbana o más centralizada (39). Según el Instituto Nacional de Derechos Humanos, del total de médicos especialistas en Chile, 47,3% se encuentran en la región metropolitana y en la Región del Maule 2,3%, esto confirma la gran brecha que existe entre Santiago y regiones en cuanto al acceso a salud, además, el porcentaje de especialistas disminuye notoriamente en las regiones más apartadas del país. La densidad de médicos especialistas por cada 100.000 habitantes en Santiago es 13,5, mientras que en el Maule 5,4 (39).

Barreras institucionales, se relacionan a la facilidad con la que se accede al sistema de salud (9). Esto se debe a la desigualdad que se encuentra en el país, en las diferentes regiones, de médicos, de centros de salud generales tanto como especializados en el área neoplásica, relacionado directamente con la tecnología disponible para realizar un diagnóstico de aquella cuantía. También las condiciones en las cuales se presta el servicio de salud o según régimen de seguridad social; los costos de la atención, diagnóstico y tratamiento, tanto para las instituciones prestadoras de servicios de salud como para el paciente con cáncer gástrico. Dentro de este punto se menciona la desigualdad en la localización y distribución de centros de salud en las distintas regiones del país, produciendo a su vez una distribución desigual de la cobertura de las distintas necesidades médicas de los pacientes, por este motivo se percibe que el acceso al sistema de salud no se lleva a cabo de forma homogénea en todas las regiones del Chile (40). También se debe considerar que existen instituciones que no integran las diversas modalidades de tratamiento que existen actualmente para el cáncer, lo cual impone barreras de acceso y a su vez limitaciones en la calidad de la atención y calidad de vida del paciente.

Barreras económicas, debido al alto costo que tiene el sistema de salud, ingresos insuficientes para cubrirlo, es decir, las necesidades médicas superan la capacidad adquisitiva de un grupo familiar, aunque no necesariamente se encuentre dentro del porcentaje más vulnerable a nivel país. También esta barrera obedece a un bajo nivel socioeconómico del adulto con cáncer gástrico, lo que retrasa aún más la detección precoz de patología, considerando que una endoscopia en el sistema de salud público es demoroso, por lo que la persona no es constante y en general no se realiza como un cheque de rutina periódico. Autores mencionan un aumento en el riesgo de desarrollar cáncer cuando se tiene un grado de escolaridad y nivel socioeconómico bajo (41)

Entonces, el primer factor que altera el acceso directo a la atención en salud está condicionado por las determinantes sociales del adulto enfermo (nivel socioeconómico y educacional), también el tiempo transcurrido para la búsqueda de atención en salud. El segundo factor es el paciente (estado de salud previo y la presencia de comorbilidades). El tercer factor es la capacidad económica del enfermo y de su familia para tener la oportunidad de acceder a las diferentes modalidades de tratamiento que se encuentran en la actualidad para esta patología (9).

Barreras culturales. Se puede dar un rechazo a realizarse un chequeo médico, por creencias, costumbres, etnias, bajo nivel educacional (9). Este último punto mencionado se relaciona también con las barreras de conocimiento.

Barreras de conocimiento. Pueden ser parte del paciente y del médico, puesto que en los lugares en los que los centros de salud escasean, principalmente en las regiones apartadas de

la capital, sectores rurales, en donde no se cuenta con un especialista, por lo que todos los casos médicos deben pasar en una primera instancia por un médico general, el cual no cuenta con una especialidad en el área de neoplasias y con las dificultades en cuanto a implementación de diagnóstico, se podría obtener una notificación tardía del cáncer gástrico. En cuanto a las barreras de conocimiento por parte del paciente, mencionar que en general, la población común no cuenta con información de peso para poder orientarse y definir la real situación médica en la que se encuentra, por ejemplo, al tener síntomas que podrían ser inespecíficos, el paciente por lo general prefiere auto medicarse en vez de agendar una consulta médica. Esto se debe a múltiples razones, motivo por el cual este estudio se centra en conocer las barreras percibidas por la población sana y que los lleva a no consultar acerca de su estado de salud o a aplazar esta consulta, dentro de las posibilidades barajadas se encuentran el miedo y el desconocimiento de la magnitud o gravedad de la situación (42).

4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las barreras para el diagnóstico oportuno de cáncer gástrico, en adultos beneficiarios de FONASA/ISAPRE en el año 2019, ciudad Talca?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Establecer las principales barreras para el diagnóstico oportuno de cáncer gástrico en adultos entre 40 y 60 años en la ciudad de Talca en el año 2019.

5.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a la población biodemográficamente.
- Evaluar el grado de conocimiento que tiene la población respecto al cáncer gástrico y el acceso a tratamiento en Chile para esta patología.
- Identificar las diferencias existentes en la percepción de riesgo de cáncer gástrico en base a las determinantes sociales, como niveles de FONASA y nivel educacional.
- Identificar las barreras administrativas, institucionales, económicas, culturales, de conocimiento para una detección precoz de una patología preneoplásicas.
- Identificar las relación entre la percepción de riesgo de cáncer gástrico y los factores de riesgo para cáncer gástrico tales como consumo de alcohol, tabaquismo y tener familiar o conocido con cáncer gástrico.

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño del estudio

Estudio piloto, transversal y descriptivo, parte inicial de un estudio descriptivo de corte transversal. Se utilizó como instrumento una encuesta aplicada a un grupo de personas de la ciudad de Talca entre lunes 3 y jueves 6 de junio de 2019. El cuestionario, no fue validado previamente por tratarse de un proyecto piloto.

El estudio piloto también llamado estudio de “factibilidad”, consiste en un estudio a pequeña escala que sirve para tomar decisiones respecto a la mejor manera de llevar el estudio a una gran escala. Los sujetos objeto del estudio piloto deben tener las mismas características de los sujetos de la muestra definitiva (43).

Su utilidad es que permite mejorar los procedimientos previstos para el trabajo de campo, refinar la pregunta de investigación e hipótesis, mejorar los métodos, incluyendo el instrumento de investigación y familiarizarse con el contexto, también son útiles para estimar el tiempo y costos requeridos para llevar a cabo el proyecto. Entonces son útiles para ensayar la factibilidad del proyecto (43,44).

6.2 Características de la muestra

La población en estudio está constituida por una muestra por conveniencia de adultos de ambos sexos, con edades entre 40 y 60 años residentes en la ciudad de Talca en el año 2019. Se realizó el reclutamiento de la población en estudio durante la última semana de Mayo de 2019, contactándose con los supervisores de los trabajadores de la limpieza de la Universidad de Talca, ellos se dividen en dos grupos, sector norte y sector sur de la universidad.

6.3 Criterios de elegibilidad

Se incluyen en este estudio piloto hombres y mujeres chilenos y que residan en el área declarada y que sean beneficiarios FONASA/ISAPRE, con edad entre los 40 y 60 años. Se excluyó a personas que no hablen español. También aquellas personas que posean dificultades de comprensión para comunicarse con la investigadora.

6.4 Variables del estudio

El instrumento de investigación corresponde a un cuestionario que consta de 61 de preguntas cerradas, el cual fue adaptado para cáncer gástrico (45).

Edad: Pregunta N°1 “¿Cuál es su edad?”

Sexo: Pregunta N°2 “¿Cuál es su sexo?”

Nivel educacional: Pregunta N°3 “¿Cuál es su nivel de escolaridad más alto?”

Seguro de salud

- Pregunta N°6 “¿Tiene seguro de salud (FONASA, ISAPRE u otro)?”
- ¿Cuál? (FONASA A, FONASA B, FONASA C, FONASA D, ISAPRE, otro)

Cercanía con casos de cáncer gástrico

- Pregunta N°4 “¿Ha oído hablar de cáncer gástrico?”
- Pregunta N°5 “¿Conoce a alguien con cáncer gástrico?”

Consultas médicas y realización de endoscopia

- Pregunta N°7 “¿Alguna vez un profesional de la salud le dijo que lo había examinado para detectar cáncer gástrico?”
- Pregunta N°8 “¿Alguna vez un médico ha examinado su estómago realizando palpaciones en su abdomen?”
- Pregunta N°8.1 “¿Alguna vez le han realizado una endoscopia?”
- Pregunta N°9 “¿Dónde obtuvo su examen más reciente? (Endoscopia)”

Lugares y horarios en los que estaría dispuesto a obtener un examen gratuito de cáncer gástrico.

¿Se tomaría un examen gratuito para cáncer gástrico si se lo ofrecieran...?

- Pregunta N°15 “¿En una universidad cercana con servicio de transporte gratuito?”
- Pregunta N°16 “¿En un hospital gratuito local?”
- Pregunta N°17 “¿En tu lugar de trabajo?”
- Pregunta N°18 “¿En el departamento de salud de tu ciudad?”
- Pregunta N°19 “¿En una feria de salud?”
- Pregunta N°20 “¿En tu lugar de reuniones religiosas?”

¿Se realizaría una prueba gratis para el cáncer gástrico si se le ofreciera...?

- Pregunta N°22 “¿En días laborables entre 8am y 5pm?”
- Pregunta N°23 “¿En una noche de la semana entre 5pm y 9pm?”

- Pregunta N°24 “¿Un sábado?”
- Pregunta N°25 “¿Un domingo?”

Actitud y creencias frente al cáncer gástrico

- Pregunta N°26 “Si tengo cáncer gástrico, no quiero saberlo”
- Pregunta N°27 “El examen de cáncer gástrico permitirá a los médicos detectar cualquier problema en una etapa temprana”
- Pregunta N°28 “Si me examinan por cáncer gástrico, prolongará mi vida”

Barreras administrativas:

- Pregunta N°37 “Tengo transporte para ir a un examen de cáncer gástrico”
- Pregunta N°38 “Tengo tiempo para un examen de cáncer gástrico”
- Pregunta N°40 “Sé a dónde ir para obtener un examen de cáncer gástrico”

Barreras institucionales:

- Pregunta N° 42 “Tengo un seguro de salud que pagará por un examen de cáncer gástrico”

Barreras económicas:

- Pregunta N°36 “Puedo pagar el tratamiento para cáncer gástrico”
- Pregunta N°41 “Tengo el dinero para pagar un examen de cáncer gástrico”
- Pregunta N°41.1 “Estoy dispuesto a pagar por un examen/endoscopia para cáncer gástrico menos de \$40.000, \$40.000 o \$144.000”
- Pregunta N°54 “Prefiero no ser examinado por algo que no puedo permitirme tratar”

Barreras culturales:

- Pregunta N°3 “¿Cuál es su nivel de escolaridad más alto?”
- Pregunta N°55 “Que mi estómago sea examinado por un médico es desagradable”

Barreras de conocimiento:

- Pregunta N°30 “Recibir un examen para el cáncer gástrico requiere que vea a un médico”
- Pregunta N°31 “Que yo sepa, no estoy en riesgo de cáncer gástrico”

- Pregunta N°32 “Estoy en mayor riesgo que otros para el cáncer gástrico”
- Pregunta N°33 “Hacerme una prueba para el cáncer gástrico es una prioridad para mí”
- Pregunta N°44 “Los problemas en mi estómago me preocupan debido al cáncer gástrico”
- Pregunta N°45 “Tengo problemas sospechosos en el estómago que creo que pueden ser signo de cáncer gástrico”
- Pregunta N°45.1 “Para aliviar mis problemas al estómago me he automedicado con: sal de fruta, Omeprazol, pastilla de calcio, otro, ninguno”
- Pregunta N°47 “Prefiero no saber si estoy en riesgo de padecer cáncer gástrico”
- Pregunta N°48 “Es importante saber si tengo cáncer gástrico”
- Pregunta N°49 “No quiero saber si tengo cáncer gástrico”
- Pregunta N°51 “Evitaría someterme a un examen de cáncer gástrico”

Historial de enfermedad pre neoplásica.

- Pregunta N°43 “Tengo problemas gástricos”

Factores de riesgo como tabaquismo y consumo de alcohol.

- Pregunta N°58 “¿Usted ha fumado al menos 100 cigarrillos en la vida?”
- Pregunta N°59 “¿En la última semana usted bebió algún tipo de alcohol?”

6.5 Recolección y Plan de análisis de datos

La recolección de datos fue realizada por una sola entrevistadora, alumna de Tecnología Médica de la Universidad de Talca. La aplicación del instrumento se llevó a cabo en las fechas mencionadas con anterioridad en dependencias de la Universidad de Talca.

Los datos fueron ingresados en una base de datos por un solo operador. Los análisis descriptivos fueron realizados con la ayuda del paquete estadístico SPSS para Windows, versión 14.0. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión según tipo de variable.

6.6 Análisis de aspectos bioéticos

Se veló por el cumplimiento de los principios éticos fundamentales, tales como la autonomía, mediante la utilización de un consentimiento informado, el cual es un pre requisito para la realización de la entrevista. Así los participantes en el estudio tuvieron la oportunidad de decidir de forma informada si participaban de la entrevista, luego de haber recibido la explicación de los pasos a realizar. Además, como garantía que el proyecto del estudio cumple con los aspectos bioéticos, esta recibió la aprobación por parte del comité de ético-científico de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Talca. Participar en este estudio no conllevaba ningún tipo de daño para los adultos entrevistados. Resguardando así el principio de no-maleficencia.

Este grupo de la población recibió información relacionada al cáncer gástrico y su diagnóstico oportuno y se les explicó a los participantes donde deben acudir para atención de salud en la red asistencial local. Se entregó tríptico diseñado en base a modelo de creencias en salud relacionado con cáncer gástrico y diagnóstico oportuno. Esta investigación aporta al conocimiento de las barreras de la población participante respecto a una patología prevalente en la Región del Maule y que provoca una alta tasa de mortalidad, con el propósito de contribuir a su prevención primaria y secundaria.

7. RESULTADOS

Participaron de este estudio piloto un total de 35 adultos de la ciudad de Talca, todos trabajadores encargados de la limpieza de la Universidad de Talca.

7.1 Características biodemográficas de la población

Del total de los adultos encuestados, 97,1% (n=34) correspondió a mujeres. La edad promedio de la población encuestada fue 48 años (Desviación estándar 5,966). Al caracterizar el nivel educacional alcanzado, 30,0% posee enseñanza básica, 50,0% tiene enseñanza media completa del total de encuestados que respondió esta pregunta y 14,3% de los prefirieron no responder. En cuanto a la caracterización del seguro de salud, 97,1% respondió la pregunta respectiva, de ellos todos poseen seguro de salud, encontrándose a la mayoría (n=17; 50,0%) pertenece al grupo de FONASA D (**Tabla N° 1**).

TABLA N° 1: DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.

VARIABLE	POBLACIÓN	
	n	%
Edad (años):		
40 – 49	20	57,1
50 - 60	15	42,9
Sexo:		
Hombre	1	2,9
Mujer	34	97,1
Escolaridad:		
Enseñanza básica incompleta	7	23,3
Enseñanza básica completa	2	6,7
Enseñanza media incompleta	6	20,0
Enseñanza media completa	15	50,0
Estudios superiores	0	0,0
No respondieron	5	-
Seguro de salud:		
Sí	34	100
Encuestados que no respondieron	1	-
Qué seguro de salud:		
FONASA A	4	11,7
FONASA B	2	5,8
FONASA C	11	32,3
FONASA D	17	50,0
No respondieron	1	-

7.2 Grado de conocimiento que tiene la población respecto al cáncer gástrico y al acceso a tratamiento en Chile para esta patología

Se considera como variable de conocimiento respecto al cáncer gástrico, la pregunta N°27 “El examen de cáncer gástrico permitirá a los médicos detectar cualquier problema en una etapa temprana”, de los que respondieron a ello (n=32), 87,5% manifestó estar de acuerdo con aquella afirmación. En cuanto a la pregunta N°28 “Si me examinan por cáncer gástrico, prolongará mi vida” (respondieron n=29), 82,7% estuvo de acuerdo con ello (**Tabla N°2**).

En cuanto a las variables de conocimiento del sistema de salud, 96,7% está de acuerdo con la pregunta N°30 “Recibir un examen para cáncer gástrico requiere que vea a un médico”. También la pregunta N°40 “Sé a dónde ir para obtener un examen de cáncer gástrico” permite evaluar el grado de conocimiento respecto al sistema de salud, 24,0% manifiesta no saber a dónde dirigirse para la obtención del examen (**Tabla N°2**).

Dentro de las variables que permiten evaluar el conocimiento o lo consciente que esta la población de esta patología, luego de responder de manera afirmativa la pregunta N°43 “Tengo problemas gástricos”, debían continuar con la pregunta N°44 “Los problemas en mi estómago me preocupan debido al cáncer gástrico”, de los que respondieron aquello (n=18), 94,4% dice estar de acuerdo con la mencionada afirmación (**Tabla N°2**).

TABLA N° 2: VARIABLES DE CONOCIMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO Y SISTEMA DE SALUD.

VARIABLE	Responden				No responden	
	De acuerdo		Desacuerdo		n	%
	n	%	n	%		
Pregunta N°27 “El examen de cáncer gástrico permite a los médicos detectar cualquier problema en una etapa temprana”	28	87,5	4	12,5	3	8,6
Pregunta N°28 “Que lo examinen para saber si tiene cáncer gástrico prolongará su vida”	24	82,7	5	17,2	6	17,1
Pregunta N°40 “Sabe a dónde ir para la obtención del examen de cáncer gástrico”	19	76,0	6	24,0	10	28,6
Pregunta N°30 “Deben ver a un médico para obtener el examen para cáncer gástrico”	30	96,7	1	3,2	4	11,4
Pregunta N°44 “Los problemas que tiene en su estómago le preocupan debido al cáncer gástrico”	17	94,4	1	5,5	17	48,6
Pregunta N°32 “Tengo mayor riesgo que otros de padecer cáncer gástrico”	20	74,0	7	25,9	8	22,9
Pregunta N°39 “Considero conveniente realizarse un examen para detectar cáncer gástrico”	28	96,5	1	3,4	6	17,1

7.3 Diferencias existentes en la percepción de riesgo de cáncer según las determinantes sociales, como nivel FONASA y nivel educacional.

Se evaluó la percepción de riesgo de cáncer gástrico que tienen los encuestados de acuerdo a la pregunta N°31 “Que yo sepa, no estoy en riesgo de cáncer gástrico”, la cual fue respondida por 29 personas (**Tabla N°3**).

En total 58,6% cree estar en riesgo, de ellos 24,1% poseen un nivel de escolaridad de solo enseñanza básica o enseñanza media incompleta y el resto, 27,6%, poseen enseñanza media completa o más. No se observa diferencia estadística significativa, test exacto de Fisher, valor $p > 1,000$. En cambio, 41,4% de los adultos encuestados no se considera en riesgo de padecer cáncer gástrico (**Tabla N°3**).

TABLA N° 3: PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD Y SEGURO DE SALUD.

PERCEPCIÓN DE RIESGO						
NIVEL DE ESCOLARIDAD	GRUPOS	SI		NO		valor p*
		n	%	n	%	
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Total Menos de enseñanza media	7	24,1	6	20,7	1,000
	Enseñanza básica incompleta	5	17,2	2	6,9	
	Enseñanza básica completa	0	0,0	1	3,4	
	Enseñanza media incompleta	2	6,9	3	10,3	
	Total Enseñanza media completa o más	8	27,6	5	17,2	
	Enseñanza media completa	8	27,6	5	17,2	
	No Respondieron nivel de escolaridad	2	6,9	1	3,4	
	Total que responden a percepción de riesgo	n=29 ; 100%				
SEGURO DE SALUD	FONASA A-C	9	31,0	6	20,7	1,000
	FONASA A	3	10,3	1	3,4	
	FONASA B	1	3,4	0	0,0	
	FONASA C	5	17,2	5	17,2	
	FONASA D	8	27,6	6	20,7	
	FONASA D					
	Total que responden a percepción de riesgo	n=29 ; 100%				

*Prueba exacta de Fisher

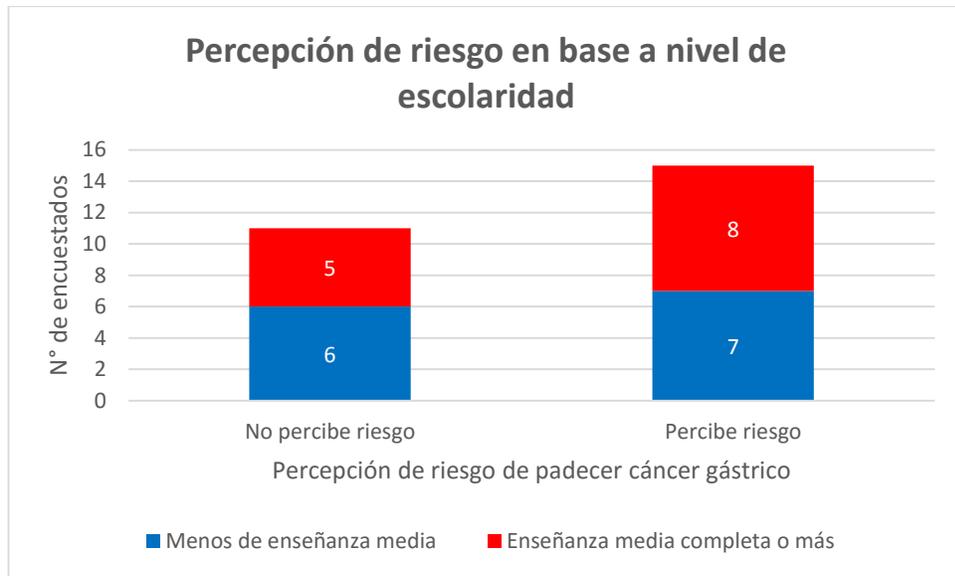


FIGURA N° 1: PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO EN LA POBLACIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD.

Del grupo de encuestados que no percibe el riesgo de cáncer gástrico la mayoría corresponde a personas que poseen menos de enseñanza media. A su vez, en el grupo de encuestados que percibe el riesgo de cáncer gástrico, se encuentra casi el mismo número de personas que posee menos de enseñanza media y de los que poseen enseñanza media completa o más (**Figura N°1**).

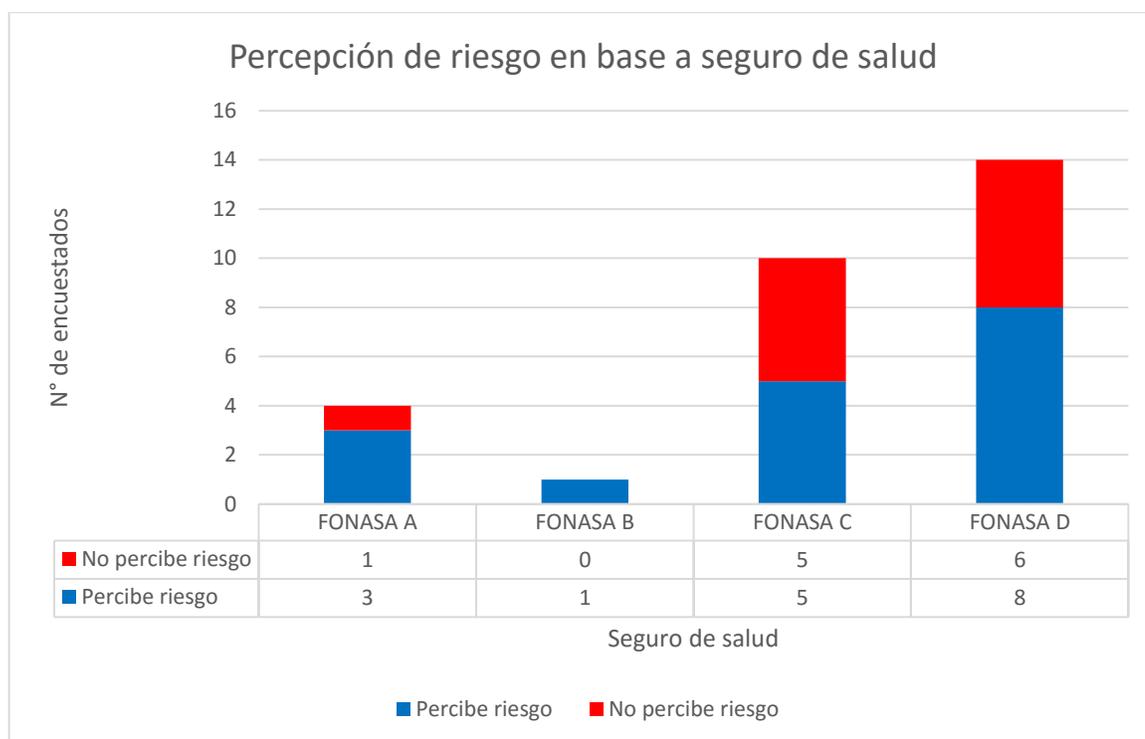


FIGURA N° 2: PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO EN LA POBLACIÓN EN BASE A SEGURO DE SALUD.

En cuanto a la percepción de riesgo en base al seguro de salud, se aprecia mayor percepción de riesgo de cáncer gástrico en las personas afiliadas a FONASA D que en los otros grupos de FONASA (**Figura N°2**).

7.4 Barreras para una detección precoz de una neoplasia y/o patología preneoplásicas.

Barrera cultural: En la evaluación de las barreras para la detección precoz de patologías preneoplásicas o cáncer gástrico propiamente tal, se seleccionaron diversas preguntas del cuestionario como la pregunta N°55 “Que mi estómago sea examinado por un médico es desagradable”, 29,6% estuvo de acuerdo con aquella afirmación y 70,3% estuvo en desacuerdo. No contestó esta pregunta 22,8% (**Tabla N°4**).

Barrera de conocimiento: En cuanto a la pregunta N°31 “Que yo sepa, no estoy en riesgo de cáncer gástrico”, 41,3% dice no considerarse en riesgo de tener cáncer gástrico versus 58,6% que está en desacuerdo con ello. También 42,8% dice preferir no saber si está en riesgo, eso según la pregunta N°47 “Prefiero no saber si estoy en riesgo de padecer cáncer gástrico” (**Tabla N°4**).

Barrera económica: En base a la pregunta N°41 “Tengo dinero para pagar un examen de cáncer gástrico”, 73,9% manifiesta no tener dinero para costear un examen, 25,0% dice que evitaría someterse a un examen de cáncer gástrico (Pregunta N°51) versus 75,0% que dice estar en desacuerdo con ello. A su vez, 66,6% manifiesta no tener dinero para costear un tratamiento de cáncer gástrico (Pregunta N°36) y 34,4% estuvo de acuerdo con la afirmación de la pregunta N°54 “Prefiero no ser examinado por algo que no puedo permitirme tratar” (**Tabla N°4**).

TABLA N° 4: BARRERAS QUE INFLUYEN EN UNA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER GÁSTRICO O PATOLOGÍA PRENEOPLÁSICA.

BARRERAS	Responden				No responden	
	De acuerdo		Desacuerdo		n	%
	n	%	n	%		
Administrativas						
Pregunta N°37 “Tengo transporte para ir a un examen de cáncer gástrico”	19	82,6	4	17,3	12	34,3
Pregunta N°38 “Tengo tiempo para un examen de cáncer gástrico”	21	77,7	6	22,2	8	22,9
Pregunta N°40 “Sé a dónde ir para obtener un examen de cáncer gástrico”	19	76,0	6	24,0	10	28,6
Institucional						
Pregunta N° 42 “Tengo un seguro de salud que pagará por un examen de cáncer gástrico”	15	62,5	9	37,5	11	31,4
Económicas						
Pregunta N°36 “Puedo pagar el tratamiento para cáncer gástrico”	8	33,3	16	66,6	11	31,4
Pregunta N°41 “Tengo el dinero para pagar un examen de cáncer gástrico”	6	26,0	17	73,9	12	34,3
Pregunta N°54 “Prefiero no ser examinado por algo que no puedo permitirme tratar”	10	34,4	19	65,5	6	17,1
Cultural						
Pregunta N°55 “Que un médico examine mi estómago es desagradable para mi”	8	29,6	19	70,3	8	22,8
Conocimiento						
Pregunta N°30 “Recibir un examen para el cáncer gástrico requiere que vea a un médico”	30	96,7	1	3,2	4	11,4
Pregunta N°31 “Que yo sepa, no estoy en riesgo de cáncer gástrico”	12	41,3	17	58,6	6	17,1
Pregunta N°32 “Estoy en mayor riesgo que otros para el cáncer gástrico”	20	74,0	7	25,9	8	22,9

Continuación. TABLA N°4: BARRERAS QUE INFLUYEN EN UNA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER GÁSTRICO O PATOLOGÍA PRENEOPLÁSICA.

Pregunta N°33 “Hacerme una prueba para el cáncer gástrico es una prioridad para mí”	27	96,4	1	3,5	7	20,0
Pregunta N°44 “Los problemas en mi estómago me preocupan debido al cáncer gástrico”	17	94,4	1	5,5	17	48,6
Pregunta N°45 “Tengo problemas sospechosos en el estómago que creo que pueden ser signo de cáncer gástrico”	14	63,6	8	36,3	12	34,3
Pregunta N°47 “Prefiero no saber si estoy en riesgo de padecer cáncer gástrico”	12	42,8	16	57,1	7	20,0
Pregunta N°48 “Es importante saber si tengo cáncer gástrico”	29	93,5	2	6,4	4	11,4
Pregunta N°49 “No quiero saber si tengo cáncer gástrico”	5	18,5	22	81,4	8	22,9
Pregunta N°51 “Evitaría someterme a un examen de cáncer gástrico”	7	25,0	21	75,0	7	20,0

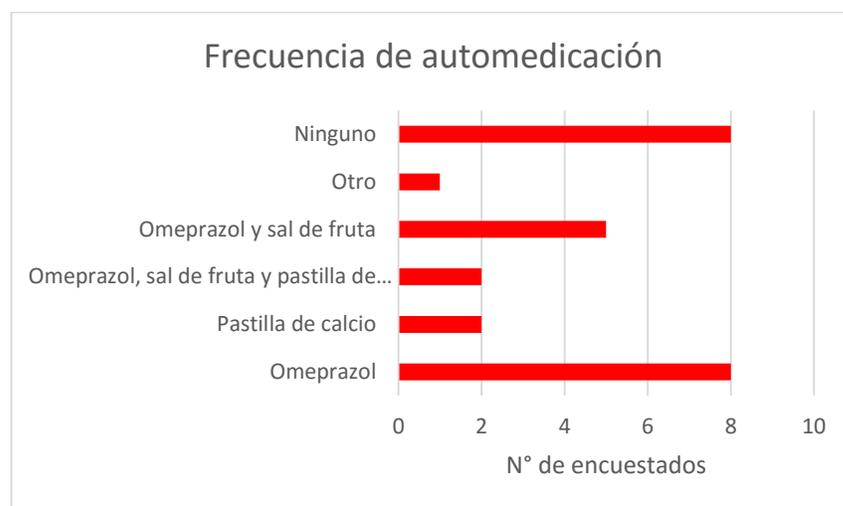


FIGURA N° 3: AUTOMEDICACIÓN Y COMPUESTOS USUALMENTE UTILIZADOS PARA ELLO.

Según la pregunta N°45.1 “Para aliviar mis problemas al estómago me he automedicado con...”, donde las opciones son sal de fruta, pastilla de calcio, Omeprazol, otro, ninguno. Del total que respondió aquella pregunta 8 personas eligen la opción, “Ninguno”, en cambio, 62,9% de los adultos encuestados dicen haberse automedicado, de ellos la mitad hace uso del Omeprazol para ello, ya sea solo Omeprazol (34,3%), acompañado con sal de fruta (14,3%) o acompañado con sal de fruta y además pastilla de calcio (5,7%) (**Figura N°3**).

7.5 Diferencias entre la percepción de riesgo de cáncer gástrico y los factores de riesgo (consumo de alcohol y tabaco).

A las 29 personas que respondieron a la pregunta N°31 “Que yo sepa, no estoy en riesgo de cáncer gástrico” también se les preguntó por factores de riesgo como tabaquismo, consumo de alcohol y si conocían a alguien a alguien con cáncer gástrico, para hacer la asociación de percepción de riesgo de la población con el real riesgo que poseen de padecer cáncer gástrico (**Tabla N°5**).

Se evaluó el tabaquismo con la pregunta N°58 “Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida”, la que fue respondida por 29 personas, de ellos 48,6% son fumadores. Se evaluó el consumo de alcohol con la pregunta N°59 “En la última semana bebió alcohol”, respondieron a ella 28 personas en total, de ellos 22,9% consumió alcohol. Con la pregunta N°5 “Conoce a alguien con cáncer gástrico” se busca evaluar cómo afecta ello con su percepción de riesgo de la enfermedad, solo 20% dice tener un conocido con cáncer gástrico (**Tabla N°5**).

TABLA N° 5: PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO VERSUS FACTORES DE RIESGO COMO TABACO, ALCOHOL, CONOCIDO CON CÁNCER GÁSTRICO.

VARIABLE	PERCEPCION DE RIESGO				valor p*
	Si		No		
	n	%	n	%	
¿Fuma?					
Sí	9	25,7	8	22,9	0,703
No	8	22,9	4	11,5	
Total personas que respondieron	n=29				
¿Consume de alcohol?					
Sí	2	5,7	6	17,1	0,14
No	14	40,1	6	17,1	
Total personas que respondieron	n=28				
¿Conoce a alguien con cáncer gástrico?					
Sí	5	14,3	2	5,7	0,39
No	10	28,6	11	31,4	
Total personas que respondieron	n=28				

*Prueba exacta de Fisher

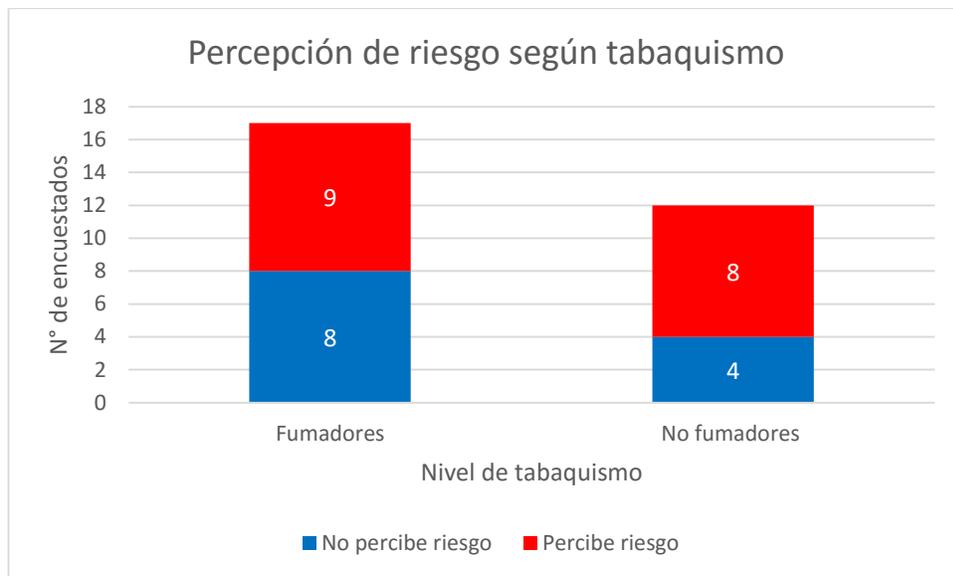


FIGURA N° 4: PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO SEGÚN TABAQUISMO.

En cuanto a la percepción de riesgo de cáncer gástrico en base al tabaquismo, se aprecia similar proporción en cuanto a personas que perciben el riesgo en el grupo de fumadores como en el de no fumadores. Sin embargo, los que mayormente no perciben el riesgo de cáncer gástrico son paradójicamente los fumadores (**Figura N°4**).



FIGURA N° 5: PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO EN BASE AL CONSUMO DE ALCOHOL.

Se observa que las personas que consumen alcohol en su mayoría no perciben el riesgo de cáncer gástrico. No así, los que no consumen alcohol, quienes están más conscientes de esto, por lo que perciben un mayor riesgo de cáncer gástrico en su gran mayoría. Se observa diferencia estadística significativa, test exacto de Fisher, valor p 0,14 (**Figura N°5**).

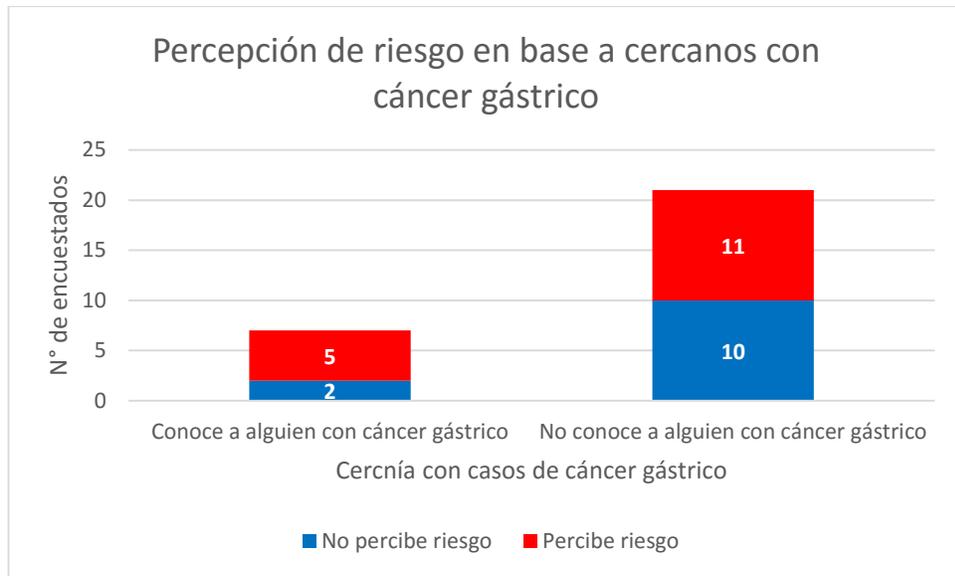


FIGURA N° 6: PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO EN BASE A SU CERCANÍA CON CONOCIDOS QUE PADECEN CÁNCER GÁSTRICO.

El grupo de encuestados que conoce a alguien con cáncer gástrico posee en su mayoría una percepción de riesgo de cáncer gástrico. En cambio, el grupo que no conoce a personas con cáncer gástrico tiene aproximadamente la misma cantidad de personas que perciben el riesgo (n=11) con las que no lo hacen (n=10) (**Figura N°6**).

8. DISCUSIÓN

Recomendaciones para modificar el instrumento en un estudio a mayor escala.

El proceso de estudio piloto permite resolver problemas de diseño de investigación y mejorar su desarrollo. Dentro los comentarios de los participantes del estudio piloto, se rescatan los que permiten identificar ambigüedades, como es el caso de preguntas muy similares y repetitivas como la N°26 “Si tengo cáncer gástrico no quiero saberlo”, N°49 “No quiero saber si tengo cáncer gástrico” y N°52 “Prefiero no saber si tengo cáncer gástrico”, también es el caso de la pregunta N°29 “Si un examen mostró que tenía cáncer gástrico, podría pagar el tratamiento” y N°36 “Puedo pagar el tratamiento para cáncer gástrico”. Así mismo, el estudio piloto permitió identificar la dificultad de ciertas preguntas, como es el caso de la pregunta N°26 “Si tengo cáncer gástrico no quiero saberlo” y la pregunta N°31 “Que yo sepa no estoy en riesgo de cáncer gástrico”, ambas preguntas no son afirmativas generando confusión en los encuestados al momento de decidir si está de acuerdo o no con ella.

La recomendación es realizar la aplicación del instrumento como una entrevista estructurada individual, no auto-aplicada, como en el estudio piloto. No obstante, en el estudio piloto se resolvieron dudas del grupo de participantes reunidos por grupos en una sala de clases de las dependencias de la Universidad de Talca, resguardando la privacidad de ellos.

Como posibilidad para generalizar los resultados se recomienda incluir personas en el estudio de distintas ocupaciones, para obtener mayor diversidad (46). En este estudio piloto solo se incluyeron trabajadores dedicados al aseo de la Universidad de Talca, por lo que, todos poseían un nivel de escolaridad de enseñanza media completa o menos (12 años o menos), por lo tanto, al diversificar las ocupaciones de los encuestados se podría obtener respuestas con otro contexto.

Limitaciones del estudio.

Las investigaciones orientadas a conocer las barreras para la detección precoz de cáncer gástrico debieran tener un mayor tiempo destinado a la realización de entrevistas. Otra limitación del estudio fue la inclusión de una mayor proporción de mujeres que de hombres, ya que la prevalencia de cáncer gástrico en general es mayor entre el sexo masculino. Los datos descriptivos de esta investigación muestran una distribución por sexo casi exclusiva femenina, 97,1%. Solo pudo ser entrevistado un hombre. Esta gran diferencia se explica por la menor participación de los hombres en los trabajos de aseo, teniendo en cuenta también que al ser una entrevista voluntaria el resto de hombres se excluyeron de participar en ella, ya que son más reacios a temas de salud.

Los estudios piloto son un elemento crucial de un buen diseño de investigación. No obstante, la realización de un estudio piloto no garantiza que el estudio principal sea exitoso, pero sí aumenta la probabilidad.

En cuanto al nivel de estudios, 30,0% solo alcanzó la enseñanza básica (menor o igual a 8 años de estudios) y 50,0% posee enseñanza media completa (12 años de estudio). Según datos de la encuesta Casen (47) , el promedio de escolaridad de la población de 15 años o más en la Región del Maule es de 9,9 años, siendo el promedio de escolaridad más bajo a nivel país. Por lo que no es extraño que la mitad de los encuestados posean menos de enseñanza media. Estudios señalan que aumenta el riesgo de desarrollar cáncer cuando el nivel de escolaridad y el nivel socioeconómico son bajos. El primer factor que modifica el acceso directo a la atención está compuesto por las determinantes sociales de salud, es decir, el nivel socioeconómico y educativo (9).

Las personas con ocho años de escolaridad, es decir con educación básica, posee un ingreso promedio de \$328.062, mientras que las personas con doce años de escolaridad, es decir, enseñanza media completa, poseen un ingreso promedio de \$428.708 (47). Por lo cual, a mayor cantidad de años de estudio, mayor será el ingreso mensual y más posibilidades de atención en salud tendrá esa persona. Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas (48), en 2018, el ingreso mediano llegó a \$379.673 mensuales y la Región del Maule, tiene los ingresos laborales más bajos del país. Esto está estrechamente relacionado con el nivel adquisitivo de la población y con la oportunidad de realizarse un chequeo médico, como una endoscopia, la que podría detectar precozmente una neoplasia gástrica.

Del total de encuestados solo una persona no respondió si poseía seguro de salud, sin embargo, al tener en cuenta la procedencia de la muestra se asume que todos ellos cuentan con seguro de salud al día. La mayoría de los encuestados no se mostraba seguro de cual nivel de FONASA poseía, no obstante, 32,3% afirmó tener FONASA C y 50,0% FONASA

D. Las personas que dicen tener FONASA A lo más probable es que se confundieran al momento de responder puesto que ese tramo de FONASA está destinado a los no cotizantes.

Según FONASA (49), cuando incorporan un nuevo beneficiario al Seguro Público de Salud, lo posicionan en uno de los 4 tramos de ingreso, esto permite levantar caracterizaciones socioeconómicas de la población beneficiaria (Tabla n°6).

TABLA N° 6: TRAMOS FONASA SEGÚN CATEGORIZACIÓN SOCIOECONÓMICA DE BENEFICIARIOS (FONASA, 2019).

Tramo de ingreso	Beneficiarios del tramo
Tramo A	Beneficiarios carentes de recursos para cotizar en salud, o en condición de indigencia (no cotizantes)
Tramo B	Beneficiarios con ingresos menores a \$301.000 al mes (cotizantes)
Tramo C	Beneficiarios con ingresos de entre \$301.001 y \$439.460 al mes (cotizantes)
Tramo D	Beneficiarios con ingresos de \$439.461 y más al mes (cotizantes)

8.1 Conocimiento del cáncer gástrico y acceso a tratamiento en Chile

Para evaluar el grado de conocimiento que posee la población con respecto al cáncer gástrico y al sistema de salud actual en Chile se realizaron diversas preguntas. Las barreras de conocimiento profundizan la precariedad de la atención en salud (9), propiciando que la población rehuya de una atención medica especialista.

En cuanto a los conocimientos que posee la población en estudio del examen de cáncer gástrico, la mayoría cree que el examen permitiría a los médicos detectar cualquier problema gástrico en una etapa temprana lo que ayudaría a prolongar su vida. Sin embargo, solo la mitad de los encuestados sabe a dónde dirigirse para obtener un examen de cáncer gástrico. Esto muestra que la población está dispuesta y conoce la importancia de la realización del examen para detectar cáncer gástrico, sin embargo son diferentes barreras las que actúan para obstaculizar que la población finalmente concurra para ser examinado.

También se debe considerar, que aunque lo más frecuente es que el cáncer gástrico no presente sintomatología, podría presentarse una sintomatología más bien inespecífica. Por lo tanto, también el paciente mismo es uno de los límites que existen para el diagnóstico oportuno, ya que es el encargado de realizar la asociación de la pobre sintomatología con la posibilidad de padecer cáncer gástrico (9).

A modo de facilitar la entrega de información a los participantes se les entregó un tríptico con datos rápidos y útiles (Ver anexo III), también se les explicó los aspectos más relevantes del cáncer gástrico, entre ellos que es una patología del plan GES. Sin embargo, los participantes del estudio en su mayoría, desconocen lo que ello conlleva, que es exactamente lo que cubre dicho programa y los pasos a seguir en caso de un diagnóstico de una patología GES. Esto se evidencia en que 65,7% menciona no tener los recursos para cancelar un tratamiento de cáncer gástrico. Siendo que al ser una patología GES ellos no necesariamente tienen que cancelar el total de los gastos de tratamiento. Según Casen, la población que ha estado en tratamiento médico por condiciones garantizadas por el sistema AUGE-GES en la categoría cáncer gástrico son 12.191 personas para el año 2017 (47).

8.2 Percepción de riesgo

A pesar de no haber diferencias estadísticas significativas, se puede apreciar una diferencia en el grupo de personas con más años de escolaridad, los cuales en su mayoría perciben el riesgo de cáncer gástrico. Esto se relaciona con estudios consultados, según Nigenda y col. (42), al comparar personas con educación no formal con quienes tienen educación universitaria, se encontró que aquellas personas con menor nivel educacional tienen mayor riesgo de mortalidad por cáncer de estómago y cualquier otro tipo de cáncer.

8.3 Barreras para la detección precoz de cáncer gástrico

El diagnóstico oportuno es uno de los factores pronóstico más relevantes en la sobrevida del cáncer gástrico. Según la OMS, la detección precoz del cáncer es una estrategia eficaz de gestión de cáncer, junto con otras acciones en el área de prevención, también en tratamiento y cuidados paliativos de la enfermedad (50).

Según la encuesta Casen 2017 (47), de la población que tuvo problema de salud en últimos 3 meses y no recibió atención médica, 41,1% fue porque no lo consideró necesario, así que no hizo nada y 20% no lo consideró necesario y tomó remedios caseros. Esto se relaciona con los datos de este estudio piloto, donde 62,9% de los adultos entrevistados reconoce

automedicarse para aliviar problemas gástricos, el Omeprazol es ampliamente mencionado para ello, ya sea de forma individual o en conjunto con otros compuestos. También en la encuesta Casen (47), se menciona que 23,8% declara haber tenido alguna necesidad de atención en salud en los últimos tres meses y reporta algún problema de acceso en el año 2017. Esto se puede interpretar como una mala experiencia con el sistema de salud, lo que genera que las personas se distancien y prefieran tomar acciones caceras para mejorarse.

En cuanto a las barreras económicas, casi la mitad de los encuestados dice no tener dinero para costear un examen de cáncer gástrico y tampoco un tratamiento para ello. Sin embargo, un 88% se sometería a un examen de cáncer gástrico si se les facilitara hacerlo. Esto muestra que las barreras económicas son trascendentales para la detección precoz de cáncer gástrico, pues, aunque la población esté dispuesta a someterse al examen, sin el apoyo económico es imposible de llevar a cabo.

Entre los factores que se evaluaron está el tabaquismo, casi la mitad de los encuestados eran fumadores. Según la encuesta nacional de salud 2009-2010 (51), la prevalencia de tabaquismos en mujeres es 37%. Esta pregunta genera complicaciones en el caso de ex fumadores, ya que no permite diferencial del fumador actual. En general, las personas fumadoras no perciben el riesgo de cáncer gástrico en comparación con las personas no fumadoras que mayormente si lo perciben, siendo que los fumadores poseen un riesgo mayor real de padecer cáncer gástrico.

9. CONCLUSIONES

El presente estudio evidencia la relevancia de realizar un estudio piloto para mejorar las directrices de una investigación, optimizar recursos y obtener los mejores resultados posibles que permitan entender las principales barreras para la detección oportuna de cáncer gástrico en Chile.

Dentro de lo destacable de este estudio piloto están las barreras para la detección oportuna de cáncer gástrico, como el alto nivel de automedicación de la población, lo que lleva a que las patologías gástricas empeoren con el tiempo pudiendo generarse una neoplasia. También, la mayoría de las personas a pesar de manifestar disposición para la realización de un examen gástrico, mencionan que no poseen los recursos económicos para llevar a cabo dicha acción, asimismo la mayoría desconoce lo que significa que sea una patología GES. Además, se encuentran las diferencias, aunque no significativas, entre los participantes del estudio, en cuanto a conocimiento respecto al cáncer gástrico y su percepción de riesgo de este. Se evidencia que las personas a más años de estudio poseen mayor percepción de riesgo de esta patología. En cuanto a la relación que existe entre la percepción de riesgo de cáncer gástrico y las personas que efectivamente poseen factores de riesgo, como lo es consumir alcohol y tabaco, se encuentra contradictoriamente que los que consumen dichas sustancias poseen una menor percepción de riesgo versus los que no fuman ni beben alcohol.

Para obtener mejor factibilidad del instrumento utilizado se sugiere modificar la forma de respuesta, por una que idealmente no contemple niveles de aceptación o de desacuerdo, como

lo son ligeramente, moderadamente u otro termino de similar característica. También realizar la aplicación del instrumento como una entrevista estructurada individual.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Heal* [Internet]. septiembre de 2016 [citado 22 de abril de 2019];4(9):e609–16. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X16301437>
2. Rubiano J, Velásquez M. Atrofia, metaplasia y cáncer gástrico : ¿dónde está la evidencia ? *Rev Colomb Cir.* 2007;22(1):39–46.
3. Csendes J A, Díaz J JC, Musleh K M, Lanzarini S E, Braghetto M I, Zamorano D M. Evolución Durante 44 Años De Las Características Morfológicas Y Sobrevida a Largo Plazo De 304 Pacientes Con Cáncer Gástrico Incipiente. *Rev Chil cirugía.* 2015;67(2):175–80.
4. MINSAL. EVIDENCIA DISPONIBLE Condición de Salud: Cáncer Gástrico Tecnología Sanitaria Evaluada : Trastuzumab Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo. Ley N° 20.850. “Ley Ricarte Soto”. 2018.
5. Alfonso Calvo B. Diagnóstico precoz del cáncer gástrico estrategias de prevención secundaria y dificultades del diagnóstico de lesiones precoces. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2015;22(4):477–84.
6. Rollán A, Cortés P, Calvo A, Araya R, Bufadel E, González R, et al. Diagnóstico precoz de cáncer gástrico. Propuesta de detección y seguimiento de lesiones premalignas gástricas: protocolo ACHED Recommendations of the Chilean association for digestive endoscopy for the management of gastric pre-malignant lesions. ARTÍCULO Espec *Rev Med Chile* [Internet]. 2014;142:1181–92. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/>
7. Díaz Sanzana N, Galaz Álamos JC, Jofré Salazar AM, Moya Cortés J, Umaña Cid ME. Unidad De Vigilancia De Enfermedades No Transmisibles Y Estudios

Departamento De Epidemiología División Planificación Sanitaria Subsecretaría De Salud Pública. 2003;1-178. Disponible en: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&alias=174-informe-rpc-chile-2003-2007&category_slug=cancer&Itemid=1145

8. Cáncer gástrico - Orientación en Salud. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. [Internet]. [citado 30 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-601.html>
9. Amado-Niño A, Mantilla L, Ospina D, Uribe J. Barreras para la atención en salud durante el diagnóstico Y tratamiento del cáncer gástrico. *Rev MedUnab.* 2017;Vol. 19(3)(3):211-20.
10. Martinich M (Tesis para optar al grado de magister en SP. Sobrevida de pacientes con cáncer gástrico atendidos en el hospital regional de la ciudad de Punta Arenas. Universidad de Chile; 2007.
11. MINSAL, Departamento de estadísticas e información de salud. Mortalidad - DEIS [Internet]. [citado 22 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.deis.cl/estadisticas-mortalidad/>
12. Garcia C. Actualización del diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2013;24(4):627-36.
13. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2015;65(2):87-108. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25651787>
14. Csendes A, Figueroa M. Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2017;69(6):502-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.10.014>
15. Subirat L, Guillén D. Algunas consideraciones actuales sobre el Cáncer Gástrico [Internet]. Vol. 15, *Revista Archivo Médico de Camagüey.* 1996, Editorial Ciencias Médicas Camagüey; 2011 [citado 30 de junio de 2019]. 400-411 p. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000200019

16. Csendes A, Figueroa M. Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile. *Rev Chil Cir.* 2017;69(6):502–7.
17. Melo X, Medrano H, Torres E. Hereditary diffuse gastric cancer (HDGC). *Atlas Genet Cytogenet Oncol Haematol.* 2011;35(6):73–8.
18. Valdivia RF. Factores clínicos y epidemiológicos asociados a cáncer gástrico en pacientes del servicio de gastroenterología en Hospital Militar Central en el año 2015 - 2016. 2016;1–115. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1262/171> RITA VALDIVIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL. Guías Clínicas AUGE Cáncer Gástrico. Cáncer gástrico [Internet]. 2014;70. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GPC-Gástrico-PL.pdf>
20. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. M. Atención primaria [Internet]. Vol. 28, Atención Primaria. Elsevier; 2001 [citado 22 de abril de 2019]. 640–641 p. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-comentario-editorial-cancer-gastrico-acortando-13023738>
21. Icaza N MG, Núñez F ML, Torres A FJ, Díaz S L, Várela G DE. Distribución geográfica de mortalidad por tumores malignos de estómago, tráquea, bronquios y pulmón, Chile 1997-2004. *Rev Med Chil* [Internet]. noviembre de 2007 [citado 30 de junio de 2019];135(11):1397–405. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
22. Berlth F, Bollschweiler E, Drebber U, Hoelscher AH, Moenig S. Pathohistological classification systems in gastric cancer: Diagnostic relevance and prognostic value. *World J Gastroenterol.* 2014;20(19):5679–84.
23. Harrison Editor En Jefe TR, Resnick WR, Wintrobe MM, En Jefe E, Thorn GW, Adams RD, et al. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. [Internet]. Fraga J de L, editor. Vol. 10. México; 2012 [citado 22 de abril de 2019]. 17 p.

Disponible en: http://mcgraw-hill.com.mx/harrison18/tabla_contenido/tabla_contenido.pdf

24. Lewin KJ. Epithelial Tumors of the Gastrointestinal Tract: Definitional Problems Regarding Morphologic Terminology. En: *Recent Advances in Gastroenterology* [Internet]. Tokyo: Springer Japan; 1999 [citado 22 de abril de 2019]. p. 11–8. Disponible en: http://www.springerlink.com/index/10.1007/978-4-431-67931-8_2
25. American Cancer Society. ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de estómago? [Internet]. [citado 23 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
26. Arévalo F, Monge E, Morales D. E-cadherina: Expresión molecular en carcinomas de estómago de tipo difuso y tipo intestinal. Estudio realizado en Lima, Perú. *Rev Esp Enfermedades Dig.* 2007;99(6):325–9.
27. Macías-Rodríguez RU, García-Flores OR, Ruiz-Margáin A, Barreto-Zúñiga R. Evaluación de los pólipos gástricos en endoscopia. *Endoscopia* [Internet]. 1 de abril de 2014 [citado 1 de julio de 2019];26(2):62–9. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0188989314001407>
28. Cheung K-S, Leung WK. Risk of gastric cancer development after eradication of *Helicobacter pylori*. *World J Gastrointest Oncol* [Internet]. 15 de mayo de 2018 [citado 23 de abril de 2019];10(5):115–23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29770171>
29. Correa P, Cuello C, Duque E. Carcinoma and intestinal metaplasia of the stomach in Colombian migrants. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. febrero de 1970 [citado 23 de abril de 2019];44(2):297–306. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11515071>
30. Parsonnet J, Harris RA, Hack HM, Owens DK. Modelling cost-effectiveness of *Helicobacter pylori* screening to prevent gastric cancer: a mandate for clinical trials. *Lancet (London, England)* [Internet]. 20 de julio de 1996 [citado 23 de abril de 2019];348(9021):150–4. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8684154>

31. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Cáncer, Chile. Doc para Consult pública [Internet]. 2016;72. Disponible en: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf>
32. Rodríguez Fernández Z, Piña L, Ii P, Manzano E, Iii H, Cisneros CM, et al. Factores pronósticos relacionados con el cáncer gástrico Prognostic factors related to gastric cancer. Rev Cuba Cirugía [Internet]. 2011;50(3):363–87. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
33. Moehler M, Galle PR, Gockel I, Junginger T, Schmidberger H. Multimodal treatment of gastric cancer. Best Pract Res Clin Gastroenterol [Internet]. diciembre de 2007 [citado 23 de abril de 2019];21(6):965–81. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18070698>
34. Aguirre S, Alvo A, Angulo A. Incorporación del cáncer gástrico al GES: efecto sobre el acceso y oportunidad de tratamiento quirúrgico en un hospital del SSMS. Rev Chil Salud Pública. 2014;11(3):127–35.
35. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley Fácil. 2014 [citado 23 de abril de 2019]; Disponible en: [https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/plan-ges-\(ex-aug\)](https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/plan-ges-(ex-aug))
36. MINSAL. Listado de prestaciones específico. Régimen de garantías en salud. Anexo Decreto Supremo N°. 2016;
37. Verma R, Sharma PC. Next generation sequencing-based emerging trends in molecular biology of gastric cancer. Am J Cancer Res [Internet]. 2018 [citado 23 de abril de 2019];8(2):207–25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29511593>
38. Shen M, Wang H, Wei K, Zhang J, You C. Five common tumor biomarkers and CEA for diagnosing early gastric cancer. Medicine (Baltimore) [Internet]. mayo de 2018 [citado 23 de abril de 2019];97(19):e0577. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29742692>

39. MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Departamento de Calidad y Formación, Departamento de Planificación y Control de Gestión de RHS. INFORME SOBRE BRECHAS DE PERSONAL DE SALUD POR SERVICIO DE SALUD Contenido [Internet]. 2016 [citado 1 de julio de 2019]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-Público_Marzo2016.pdf
40. Paiva EP De, Catarina M. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata 1. *Ev Latino-Am Enferm*. 2011;19(1):1–8.
41. Lagergren J, Andersson G, Talbäck M, Drefahl S, Bihagen E, Härkönen J, et al. Marital status, education, and income in relation to the risk of esophageal and gastric cancer by histological type and site. *Cancer* [Internet]. 15 de enero de 2016 [citado 23 de abril de 2019];122(2):207–12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26447737>
42. Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Publica Mex*. 2009;51(SUPPL.2).
43. Ortiz Uribe FG. Diccionario de metodología de la investigación científica [Internet]. México: Limusa, Noriega; 2003 [citado 28 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.worldcat.org/title/diccionario-de-metodologia-de-la-investigacion-cientifica/oclc/149182434>
44. Hernberg S, Campins Martí M, Rossello Urgel J. Introducción a la epidemiología ocupacional. [Internet]. España: Ediciones Díaz de Santos; 2000 [citado 28 de junio de 2019]. 346 p. Disponible en: <https://www.worldcat.org/title/introduccion-a-la-epidemiologia-ocupacional/oclc/1010584240>
45. Howell JL, Shepperd JA, Logan H. Barriers to oral cancer screening: a focus group study of rural Black American adults. *Natl Institutes Heal*. 2013;22(6):1306–11.
46. Vandembroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. *Gac Sanit*. 2009;23(2):1–28.

47. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta Casen - Observatorio Social [Internet]. [citado 27 de junio de 2019]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2017.php
48. INE. Ingreso laboral promedio mensual en Chile fue de \$554.493 en 2017 [Internet]. [citado 27 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2018/07/18/ingreso-laboral-promedio-mensual-en-chile-fue-de-\\$554.493-en-2017](https://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2018/07/18/ingreso-laboral-promedio-mensual-en-chile-fue-de-$554.493-en-2017)
49. FONASA. Tramos y Copagos [Internet]. [citado 27 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/tramos>
50. Wiesner-Ceballos C, Vejarano-Velandia M, Caicedo-Mera JC, Tovar-Murillo SL, Cendales-Duarte R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. Rev Salud Pública [Internet]. diciembre de 2006 [citado 27 de junio de 2019];8(3):185–96. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
51. MINSAL, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Alberto Hurtado. Encuesta Nacional de Salud. ENS Chile 2009-2010. [citado 4 de julio de 2019]; Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

11. ANEXOS

I. Consentimiento informado



Universidad de Talca
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Tecnología Médica
Departamento de Salud Pública

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE CÁNCER GÁSTRICO EN ADULTOS EN LA CIUDAD DE TALCA

Patrocinador: Departamento de Salud Pública, Universidad de Talca.

Estimado Sr./Sra _____

En esta investigación participa la profesora guía María Loreto Núñez Franz y la alumna de la carrera Tecnología Médica Fernanda Mireya Fuenzalida Álvarez. Su naturaleza es de memoria para optar al grado de licenciado en Tecnología Médica.

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en la **investigación** que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida.

Recuerde que debe firmar 2 copias, una es para usted y la otra para el/la investigador/a.

Resumen del proyecto:

¿Cuál es el objetivo de esta investigación?

Establecer las principales barreras para el diagnóstico oportuno de cáncer gástrico en adultos entre 40 y 60 años, considerando que son edades previas a la población mayormente afectada de cáncer gástrico en Chile, que es entre 65 y 79 años. Teniendo en cuenta que es uno de los cánceres que más muertes produce en Chile y representa la segunda causa de muerte a nivel mundial.

¿Qué vamos a hacer?

Se realizará un cuestionario de preguntas cerradas, incluyendo sexo, edad, años de escolaridad, antecedentes económicos, comportamiento médico, también el grado de conocimiento respecto al cáncer gástrico y el sistema de salud actual en Chile.

Para este estudio se requieren tanto hombres como mujeres, en edades entre 40 y 60 años beneficiarios FONASA o ISAPRE. La actividad contempla responder el cuestionario, lo que tiene un tiempo estimado de **20 minutos**.

¿Qué beneficios trae esta investigación?

Este trabajo de investigación no posee beneficios directos. No obstante, su realización trae consigo beneficios comunitarios, partiendo por conocer algunos factores que podrían influenciar un diagnóstico tardío de cáncer gástrico.



Universidad de Talca
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Tecnología Médica
Departamento de Salud Pública

¿Participar en esta investigación conlleva algún riesgo?

No posee ningún riesgo para los participantes del cuestionario.

El destino final de los datos recabados estará en las dependencias del Departamento de salud Pública. Se espera difundir los resultados en conferencias o congresos científicos.

¿Participar en esta investigación tiene algún costo?

Los costos de investigación serán asumidos por el estudio, no tiene costo alguno para los participantes que contestan el cuestionario.

No será compensado el tiempo que usted invertirá en contestar el cuestionario.

¿Los datos entregados para esta investigación son confidenciales?

Se garantiza la confidencialidad de la información proporcionada por quienes participaran en el estudio, sus nombres nunca serán publicados, solo los datos en conjunto con toda la población que participará en este estudio. La base de datos que se usará para el análisis de datos no contendrá información personal (nombre o Rut) y será usada solo por el personal a cargo de la investigación. Los datos obtenidos a partir de esta investigación serán utilizados solo para este estudio y serán resguardados en la oficina de la Prof. María Loreto Núñez Franz, en dependencias de la Universidad de Talca campus Lircay. Una vez concluido el estudio los datos se almacenarán por 6 años, posterior a esto serán eliminados de forma segura (papel picado).

¿En caso de emergencia o duda con quién me comunico?

En caso de emergencia o dudas puede comunicarse con María Loreto Núñez Franz miembro del equipo investigador, 71-2201625, horario de atención: 9:00-18:00 de lunes a viernes, correo electrónico: lnunezf@utalca.cl, dirección: Av. Lircay s/n Departamento de Salud Pública. También puede contactarse con el Comité Ético Científico de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Claudia Donoso, correo electrónico: comitefacultad@utalca.cl.

LOS RESULTADOS DE ESTA INVESTIGACIÓN SERÁN COMUNICADOS A QUIENES PARTICIPARON A TRAVÉS DE **DOS VÍAS**: CORREO ELECTRÓNICO E INVITACIÓN A PRESENTACIÓN DENTRO DEL CAMPUS LIRCAY DE LA UNIVERSIDAD.

Desde ya muchas gracias, saluda cordialmente a usted María Loreto Núñez Franz.



Estimado participante recuerde que la decisión de participar es absolutamente suya. Puede aceptar o rechazar la investigación, e incluso arrepentirse de su primera decisión en el momento en que estime conveniente. En caso de retracto debe contactarse con María Loreto Núñez Franz miembro del equipo investigador en dirección: Av. Lircay s/n Departamento de Salud Pública, horario de atención: 9:00-18:00 de lunes a viernes para firmar la hoja de revocación

Declaración

He recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la investigación, la cual consiste en establecer las principales barreras para el diagnóstico oportuno de cáncer gástrico en adultos entre 40 y 60 años, así como los beneficios sociales o comunitarios que se espera esta produzca como el diseño de estrategias para incentivar diagnóstico oportuno del cáncer gástrico basadas en las barreras detectadas en esta investigación.

He sido informado/a sobre las eventuales molestias, incomodidades y riesgos de mi participación en la investigación.

He sido también informado de que los procedimientos que se realicen no implican un costo que yo deba asumir, excepto el tiempo invertido. Es decir, mi participación en el procedimiento no involucra un costo económico alguno que yo deba solventar.

Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida, será manejada de manera **absolutamente confidencial**, esto significa que sólo el equipo investigador tendrá acceso a mis datos y nadie más. En caso de que la información obtenida del estudio sea publicada, ésta se mantendrá **anónima**, ello significa que no aparecerá ningún dato con el que puedan identificarme en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Sé que la **decisión** de participar en esta investigación, es **absolutamente voluntaria**. Si no deseo participar en ella, o una vez iniciada la investigación no deseo seguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas y sin tener que dar ninguna explicación. Par esto último solo debo presentarme en el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Talca campus Lircay en horario entre las 9:00-12.30 y 15:00-17:30 de lunes a viernes, con la Señora Loreto Núñez Franz para firmar la hoja de revocación.



Universidad de Talca
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Tecnología Médica
Departamento de Salud Pública

Adicionalmente, la investigadora responsable (María Loreto Núñez Franz, correo electrónico: lnunezf@utalca.cl; 71-2201625, 9:00-18:00 de lunes a viernes) ha manifestado su voluntad de aclarar cualquier duda que me surja, antes, durante y después de mi participación en la actividad. Además, si deseo realizar mis consultas personalmente el domicilio para estos efectos es Av. Lircay s/n, Departamento de Salud Pública, Universidad de Talca, con la investigadora responsable María Loreto Núñez Franz, 71-2201625, en el horario comprendido entre las 9:00-18:00 de lunes a viernes.

También puede contactarse con el Comité Ético Científico de la Facultad de Ciencias de la Salud, Claudia Donoso, correo electrónico: comitefacultad@utalca.cl



ACEPTACIÓN:

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo,(nombre completo), Cédula de identidad o pasaporte N°....., de nacionalidad....., mayor de edad, con domicilio en

ACEPTO participar en la investigación denominada: "BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE CÁNCER GÁSTRICO EN ADULTOS EN LA CIUDAD DE TALCA", y **AUTORIZO** a la Sra. María Loreto Núñez Franz, investigador responsable del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el (los) procedimiento (s) requerido (s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha:/...../.....

Hora:

Firma de la persona que **consiente**:.....

Investigador responsable: María Loreto Nuñez Franz

.....

Firma

Co-investigador 1: Fernanda Fuenzalida Alvarez

.....

Firma



RECHAZO

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él. Sin embargo, rechazo otorgar mi consentimiento, para lo cual firmo libre y voluntariamente el siguiente documento, recibiendo en el acto copia de éste ya firmado.

Yo,(nombre completo), Cédula de identidad o pasaporte N°:....., de nacionalidad....., mayor de edad o autorizado por mi representante legal, con domicilio en

....., **RECHAZO** participar en la investigación denominada: "BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE CÁNCER GÁSTRICO EN ADULTOS EN LA CIUDAD DE TALCA", y **NO AUTORIZO** a la Sra. María Loreto Núñez Franz, investigador responsable del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el (los) procedimiento (s) requerido (s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha:/...../.....

Hora:

Firma de la persona que **rechaza**:.....

Investigador responsable: María Loreto Núñez Franz

.....

Firma

Co-investigador 1: Fernanda Fuenzalida Alvarez

.....

Firma



REVOCACIÓN

Mediante la presente revoco lo anteriormente firmado, para lo cual firmo este nuevo documento libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo,(nombre completo), Cédula de identidad o pasaporte N°....., de nacionalidad....., mayor de edad, con domicilio en, **REVOCO** lo anteriormente firmado.

Fecha:/...../.....

Hora:

Firma de la persona que **revoca**:.....

Investigador responsable: Maria Loreto Nuñez Franz
Firma

Co-investigador 1: Fernanda Fuenzalida Alvarez
Firma

II. Instrumento utilizado

Cuestionario Versión 1.0 - Junio de 2019

Primero le haré algunas preguntas sobre usted y luego le haré preguntas sobre cáncer gástrico. Si en algún momento tiene dudas, por favor pregunte. No quiero que responda si no entiende la pregunta. ¿Bueno? ¿Está listo para comenzar?							
1. ¿Cuántos años tiene? _____							
2. ¿Cuál es su sexo?		Masculino		Femenino			
3. ¿Cuál es su nivel de escolaridad mas alto?		Enseñanza Básica incompleta	Enseñanza Básica completa	Enseñanza Media incompleta	Enseñanza media completa	Técnico Superior Enseñanza superior	
4. ¿Ha oído hablar de cáncer gástrico antes de hoy?					Si	No	
5. ¿Conoce a alguien con cáncer gástrico?					Si	No	
6. ¿Tiene seguro salud (FONSA, ISAPRE, OTRO)?					Si	No	
¿Cuál? __FONASA A, __FONSAS B __FONASA C __FONASA D ---ISAPRE __OTRO							
7. ¿Alguna vez un profesional de la salud le dijo que lo había examinado para detectar cáncer gástrico lo sé				Si	No	No lo sé	PNR (prefiero no responder)
8. ¿Alguna vez un médico ha examinado su estómago realizando palpaciones en su abdomen?				Si (Si es SÍ, vaya al ítem#9)	No (Si es NO vaya al ítem#11)	No lo sé	PNR
8.1 ¿Alguna vez le han realizado una endoscopia?				Si (Si es SÍ, vaya al ítem#9)	No (Si es NO vaya al ítem#11)	No lo sé	PNR
9. ¿Dónde obtuvo su examen más reciente? endoscopia				Consulta Médica	Servicio de Atención Primaria (Cesfam, consultorio)	Hospital o Clínica universitaria	Otro lugar
10. ¿Fue en los 12 meses pasados?				Si	No	No lo sé	PNR

Ahora voy a leer algunas declaraciones. Para cada una, quiero que me diga si está de acuerdo o en desacuerdo. ¿Listo?						
11. Quiero someterme a un examen de cáncer gástrico en los próximos 12 meses. ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con esta afirmación?	DE ACUERDO Si estás de acuerdo, dirías que...			EN DESACUERDO Si no estás de acuerdo, dirías que ...		
	Ligeramente de acuerdo 1	Moderadamente de acuerdo 2	Muy de acuerdo 3	Ligeramente en desacuerdo 4	Moderadamente en desacuerdo 5	Muy en desacuerdo 6
12. Definitivamente me voy a realizar un examen de cáncer gástrico en los próximos 12 meses. ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con esta afirmación?	DE ACUERDO			EN DESACUERDO		
	Ligeramente de acuerdo 1	Moderadamente de acuerdo 2	Muy de acuerdo 3	Ligeramente en desacuerdo 4	Moderadamente en desacuerdo 5	Muy en desacuerdo 6
13. Si está de acuerdo: ¿Dónde planea obtener el examen? Si no está de acuerdo, vaya al n.º 15	Consulta de doctor	Servicio de Atención Primaria. (Cesfam/consultorio)		Hospital público	Clínica Universitaria o privada	Otro lugar
14. Si está de acuerdo, pregunte: ¿Cuándo planea obtener el examen?	En el mes siguiente	En los 6 meses siguientes		Dentro del próximo año	No lo sé	P N R

Las siguientes preguntas van dirigidas a dónde estaría dispuesto a obtener un examen gratuito para cáncer gástrico, si le ofrecieran uno. Por favor responda con Sí, No o Quizás				
¿Se tomaría un examen gratuito para cáncer gástrico si te lo ofrecieran....	Sí	No	Quizás	PNR
15. ¿En una universidad cercana con servicio de transporte gratuito?	1	2	3	9
16. ¿En un hospital gratuito local?	1	2	3	9
17. ¿En tu lugar de trabajo? (Responda NO si no está empleado)	1	2	3	9
18. ¿En el departamento de salud de tu ciudad?	1	2	3	9
19. ¿En una feria de salud?	1	2	3	9
20. ¿En tu lugar de reuniones religiosas?	1	2	3	9

21. Voy a leer nuevamente todos los lugares que acabo de mencionar. Indique qué ubicación sería el mejor lugar para ir, el segundo mejor lugar y el tercer mejor lugar para ir.

_____ En una universidad cercana con servicio de transporte gratuito proporcionado

_____ En un hospital gratuito local

_____ En su lugar de trabajo (IGNORE si no está empleado)

_____ En el departamento de salud de su ciudad

_____ En una feria de salud

_____ En su lugar de reuniones religiosas

Ahora le preguntaré cuándo estaría dispuesto a hacerse una prueba gratuita de cáncer gástrico, si se le ofreciera uno. Por favor responda con Sí, No o Quizás.

¿Se realizaría una prueba gratis para el cáncer gástrico si se le ofreciera ...	Sí	No	Quizás	PNR
22. En días laborables ¿Entre 8am y 5pm?	1	2	3	9
23. En una noche de la semana ¿Entre 5pm y 9pm?	1	2	3	9
24. ¿Un sábado?	1	2	3	9
25. ¿Un domingo?	1	2	3	9

Ahora voy a leer algunas declaraciones. Para cada una, quiero que me diga si está de acuerdo o en desacuerdo. ¿Listo?

	DE ACUERDO			EN DESACUERDO		
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en Desacuerdo
26. Si tengo cáncer gástrico , no quiero saberlo. ¿Dirías que estás <u>de acuerdo</u> o <u>en desacuerdo</u> ?						
27. El examen de cáncer gástrico permitirá a los médicos detectar cualquier problema en una etapa temprana. ¿Dirías que estás <u>de acuerdo</u> o <u>en desacuerdo</u> ?						
28. Si me examinan por cáncer gástrico , prolongará mi vida. ¿Dirías que estás <u>de acuerdo</u> o <u>en desacuerdo</u> ?						
29. Si un examen mostró que tenía						

cáncer gástrico, podría pagar el tratamiento.	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo
30. Recibir un examen para el cáncer gástrico requiere que vea a un médico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO		
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo

Las siguientes preguntas tienen dos partes. Primero preguntan si está de acuerdo o en desacuerdo. Luego preguntan qué harías si tu situación cambiara. ¿Listo?							
31. Que yo sepa, no estoy en riesgo de cáncer gástrico. <u>¿Dirías que estás de acuerdo o en desacuerdo?</u>	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de Acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
	Si pensara que estaba en riesgo, me gustaría obtener un examen _____.			Si pensé que NO estaba en riesgo, me gustaría obtener un examen _____.			9
	Muy Igualmente Poco Probablemente	Igualmente probable	Poco probable	Muy Probablemente	Igualmente probable	Poco probable	
32. Estoy en mayor riesgo que otros para el cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de Acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
	Si pensara que estoy en un riesgo menor que otros, me gustaría obtener un examen _____.			Si pensara que estoy en MAYOR riesgo que otros, me gustaría obtener un examen _____.			9
	Muy Probable	Igualmente probable	Poco Probable	Muy Probablemente	Igualmente probable	Poco Probable	
33. Hacerme una prueba para el cáncer gástrico es una prioridad para mí.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de Acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
	Si hacerse la prueba NO fuera una prioridad para mí, me gustaría obtener un examen _____.			Si obtener la prueba FUERA una prioridad para mí, me gustaría obtener un examen _____.			9
	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	Muy Igualmente Poco Probablemente	Igualmente probable	Poco probable	
34. Mi médico me recomendó que me	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			

examinen/haga endoscopia para detectar cáncer gástrico.	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de Acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	9
	Si mi doctor NO me recomendaran que me examinen, _____ me haria un examen.			Si mi médico me recomienda que me examinen, _____ me someteria a un examen.			9
	Muy Probable	Igualmente probable	Poco probable	Muy probable	Igualmente probable	Poco Probable	
35. Personas importantes en mi vida (como mi familia o mi pastor) me dicen que me haga un examen de cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de Acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	9
	Si personas importantes en mi vida NO me pidieran que me hiciera la prueba, _____ me haria un examen.			Si personas importantes en mi vida me pidieran que me hiciera la prueba, _____ me harian un examen.			
Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable		
36. Puedo pagar el <u>tratamiento</u> para cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de Acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	9
	Si NO pudiera pagar el tratamiento, sería _____ obtener un examen.			Si PUDIERA pagar el tratamiento, sería _____ obtener un examen.			
Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable		
37. Tengo transporte para ir a un examen de cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	9
	Si NO tuviera transporte, sería _____ obtener un examen.			Si tuviera transporte, sería _____ para obtener un examen.			
Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable		
38. Tengo tiempo para un examen de cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	9
	Si NO tuviera tiempo, sería _____ para obtener un examen.			Si tuviera el tiempo, sería _____ para obtener un examen.			

	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	9
39. Es conveniente tener un examen de cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en Desacuerdo	
	Si NO fuera conveniente para mi, sería _____ obtener un examen.			Si fuera conveniente para mi, sería _____ obtener un examen.			9
	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	
40. Sé a dónde ir para obtener un examen de cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en Desacuerdo	
	Si NO supiera a dónde ir, sería _____ obtener un examen.			Si supiera a dónde ir, sería _____ para obtener un examen			9
	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	
41. Tengo el dinero para pagar un examen de cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
	Si NO tuviera el dinero, sería _____ obtener un examen.			Si tuviera el dinero, sería _____ para obtener un examen			9
	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	Muy Probable	Igualmente probable	Poco probable	
41.1 Estoy dispuesto(a) a pagar por un examen/endoscopia para cáncer gástrico	< de \$40.000	\$40.000	\$144.000				
41.2 Tengo recursos económicos para pagar este examen	Si			No			9

42. Tengo un seguro de salud que pagará por un examen de cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
	Si NO tuviera seguro de salud, estaría _____ obtener un examen			Si tuviera seguro de salud, estaría _____ para obtener un examen.			9
	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	
43. Tengo problemas gástricos.	SI (Si es SÍ, vaya a #44)			NO (Si es NO, vaya a #45)			9
44. Los problemas en mi estómago me preocupan debido al cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
	Si NO tuviera problemas sospechosos en el estómago, buscaría _____ hacerme un examen.			Si tuviera problemas sospechosos en el estómago, _____ me haría un examen.			9
	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	
45. Tengo problemas sospechosos en el estómago que creo que pueden ser signo de cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
	Si NO tuviera problemas sospechosos en el estómago, buscaría _____ hacerme un examen.			Si tuviera problemas sospechosos en el estómago, _____ me haría un examen.			9
	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	Muy probable	Igualmente probable	Poco probable	
45.1 Para aliviar mis problemas al estómago me he automedicado con:	Sal de fruta	Omeprazol	Pastillas de calcio	Otro	Ninguno		

Las siguientes declaraciones preguntan si desea información sobre su riesgo de cáncer gástrico. Todavía te preguntaré si estás de acuerdo o en desacuerdo. ¿Listo?

46. Incluso si me molesta, quiero saber si tengo cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
47. Prefiero <u>no</u> saber si estoy en riesgo de padecer cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
48. Es importante saber si tengo cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
49. <u>No quiero</u> saber si tengo cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
50. Quiero saber mis posibilidades de padecer cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
51. <u>Evitaría</u> someterme a un examen de cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
52. Prefiero <u>no</u> saber si tengo cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
53. Quiero saber si hay una <u>gran</u> probabilidad de padecer cáncer gástrico.	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
54. Prefiero <u>no</u> ser examinado por algo que no puedo permitirme tratar	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			9
	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	
55. Que mi estómago sea examinado	DE ACUERDO			EN DESACUERDO			

por un médico es desagradable.	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	9
--------------------------------	------------------------	--------------------------	----------------	---------------------------	-----------------------------	-------------------	---

Para los próximos ítems, quiero que me digas si el evento es deseable (algo bueno) o no deseado (algo malo). ¿Listo?							
56. Detectar el cáncer gástrico en una etapa temprana es ... ¿Diría que es deseable o indeseable?	DESEABLE			INDESEABLE			9
	Ligeramente deseable	Moderadamente deseable	Extremadamente deseable	Ligeramente indeseable	Moderadamente indeseable	Extremadamente indeseable	
57. Prolongar mi vida es ... ¿Dirías deseable o indeseable?	DESEABLE			INDESEABLE			9
	Ligeramente deseable	Moderadamente deseable	Extremadamente deseable	Ligeramente indeseable	Moderadamente indeseable	Extremadamente indeseable	

Factores de riesgo:

Para los próximos 2 ítems, quiero que me conteste si o no. ¿Listo?			
58 ¿Usted ha fumado al menos 100 cigarrillos en la vida?	SI	NO	9
59 ¿En la última semana usted bebió algún tipo de alcohol?	SI	NO	9

Si usted contestó **Si** a la pregunta de **tabaquismo** conteste la siguiente preguntas:

¿Estaría dispuesto(a) a dejar de fumar? Señale la opción que mejor lo representa:

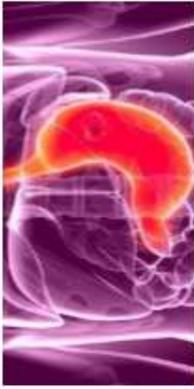
- No
- Intento dejar de **fumar** en los próximos 6 meses
- Intento dejar de **fumar** en los próximos 30 días
- He dejado de **fumar** por menos de 5 meses
- He dejado de **fumar** por más de 6 meses

Si usted contestó **Si** a la pregunta de **consumo de alcohol** conteste la siguiente preguntas:

¿Estaría dispuesto(a) a dejar el **consumo de alcohol**? Señale la opción que mejor lo representa:

- No
- Intento dejar el **consumo de alcohol** en los próximos 6 meses
- Intento dejar el **consumo de alcohol** en los próximos 30 días

III. Tríptico cáncer gástrico entregado a los participantes del estudio



Cáncer Gástrico

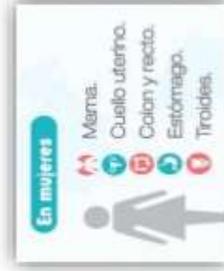
Crecimiento descontrolado de células anormales.

Es el crecimiento descontrolado de células cancerosas en el tejido de revestimiento y la pared del estómago.

A veces el cáncer puede encontrarse en el estómago durante mucho tiempo y crecer considerablemente antes de causar síntomas.

4 de Febrero Día Mundial contra el Cáncer

Los Cánceres más comunes son:



Cáncer gástrico

Patología GES



El tratamiento de Erradicación del Helicobacter Pylori, es el problema de salud AUGE N° 80



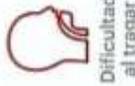
Es importante que...

Que todas las personas se realicen **ENDOSCOPIAS** periódicas para descartar cáncer de estómago, especialmente aquellas que tengan:

- ✓ Factores de riesgo.
- ✓ Gastritis crónica atrofica.
- ✓ Lesiones displásicas de estómago.
- ✓ Cáncer colorrectal.

¡Recuerda tu salud está en tus manos!

Síntomas



Dificultad al tragar



Eructos excesivos



Falta de apetito



Fatiga o debilidad



Náuseas



Pérdida de peso



Acidez



Sangre en las heces



Indigestión



Recuento bajo de glóbulos rojos (anemia)



Sensación de llenura después de una comida pequeña



Hinchazón o acumulación de líquido en el abdomen



Vómitos con o sin sangre



Dolor abdominal usualmente justo encima del ombligo

¿Sabías que...?

Según la Organización Mundial de la Salud, en 2015 el cáncer ocupa el primer lugar en el ranking nacional como causante de muertes.

El cáncer gástrico figura dentro de los 5 más frecuentes.

En Chile se registran más de 3.000 muertes entre ambos sexo cada año.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

- Infección por la bacteria *Helicobacter pylori*.
- Dieta alta en alimentos salados.
- Dieta alta en almidón y poca fibra.
- Alimentos y bebidas con nitratos y nitritos.
- Vegetales en vinagre.
- Tabaquismo.
- Abuso en el consumo de alcohol.
- Antecedentes familiares de cáncer.

¿Quiénes se ven mayormente afectados?

Afecta más a hombres que mujeres.



- Mayores de 55 años o más.
- Regiones de alta mortalidad:

- Maule
- Biobío
- Aricaucanía
- Aysén
- Los Lagos
- Los Ríos



¿Cómo se realiza su diagnóstico?

- ✓ La consulta con un médico especializado es esencial para lograr un diagnóstico acertado.
- ✓ Exploración física.
- ✓ Endoscopia.
- ✓ Biopsia.

¿Qué entorpece su tratamiento?

Su diagnóstico tardío es la razón de que cause un gran número de muertes.

En cerca de un 65% de los pacientes al momento del diagnóstico su cáncer se encuentra en un estado avanzado.

Cerca de un 85% de ellos presentan metástasis al momento de la detección.

Las pruebas de detección temprana aumentan las expectativas de vida.

