



**UNIVERSIDAD DE TALCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**BARRERAS QUE DIFICULTAN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ
DE CÁNCER DE LA CAVIDAD ORAL EN POBLACIÓN ADULTA,
REVISIÓN FOCALIZADA**

*Barriers that difficult the early diagnosis
of oral cavity cancer in the adult population,
focused review*

Memoria presentada a la Escuela de Odontología de la Universidad de Talca
como parte de los requisitos científicos exigidos para la obtención del título
de Cirujano Dentista.

**ESTUDIANTES: ALICIA PAULINA ARAVENA CALDERÓN
CONSTANZA JAVIERA ZÚÑIGA VALENZUELA
PROFESOR GUÍA: DRA. MARÍA LORETO NÚÑEZ FRANZ
PROFESOR INFORMANTE: DR. ALEJANDRO POBLETE**

TALCA – CHILE

2020

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, 2021

INFORMACIÓN CIENTÍFICA DE LA DOCENTE GUÍA

Nombre
M. Loreto Núñez Franz
ORCID
<u>https://orcid.org/0000-0001-5397-2506</u>
Google Scholar
<u>https://scholar.google.com/citations?user=3MbgdToAAAAJ&hl=es</u>
Correo electrónico
lnunezf@utalca.cl

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios por su abundancia y todo lo que me ha entregado. A mis padres Sylvia y Hugo por ser el pilar de mi vida y la razón de mi presente, por apoyarme en cada decisión que he tomado sin cuestionarse el porqué, y por levantarme en cada tropiezo. Espero se sientan orgullosos de lo que he hecho hasta ahora que sin duda ha sido por lo que me han entregado ustedes. Este logro es tanto mío como suyo, los amo.

Dedico mi trabajo a mis Padres por su amor abnegado e incondicional, a mi amiga Nicky, quien perdió la guerra contra el cáncer el 20 de noviembre, motivo por el cual mi memoria tiene un significado mayor a razón de su partida, espero que desde el cielo me acompañe hoy y siempre. “Vivir la vida, disfrutar y agradecer cada día como si fuera el último” fue tu legado en tierra, que espero saber apreciar tanto como tú lo hiciste. A mis hermanos Socia, Nar y Bechiro por aguantar mis momentos dramáticos, darme consuelo en mis momentos de fracasos y por acompañar a reír en esta cuarentena. Al amor de mi vida, Natachita, quien probablemente no sepa lo mucho que significa en mi vida, pero llegar a abrazarla era todo lo que deseaba un viernes por la tarde.

Hay tantos docentes a los que agradecer también; A la Dra. Loreto por su paciencia, su buena voluntad y ser nuestra guía en todos estos meses de trabajo. A la Dra. Juliana por inculcarme que primero hay que ser persona en la vida y que debes dar siempre lo mejor de ti en tu trabajo, a amar lo que haces. Al Dr. Araneda, que me hizo conocer el lado lindo de OdontoUtalca. A mis amigos que siempre estaban en las buenas y también en las malas. Me quedo corta en agradecimientos porque indudablemente hay muchas personas que me acompañaron en estos años, los llevo en el corazón a todos, incluidos mis pacientes que depositaron su salud oral en mis manos y siempre fueron muy responsables. Gracias por tanto, daré lo mejor de mí siempre.

Con amor a mi family (Shir)

Alicia Aravena Caderón.

Agradecimientos principalmente a mis dos pilares fundamentales en la vida, mi abuelita Ladinia Alegría y a mi madre Jasmina Valenzuela, que me apoyaron desde principio a fin en este proceso, y a quienes les dedico mi tesis.

No puedo dejar de mencionar a mi familia, pololo, amigos y a Dios.

Mención especial a la Dra. M. Loreto Núñez Franz por su vocación como docente, ayudándonos y guiándonos en todo momento, teniendo siempre la mejor disposición a depositar sus múltiples conocimientos para el correcto desarrollo del proyecto.

Gracias totales,

Constanza Zúñiga Valenzuela.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	7
1.1 Palabras claves	7
2. ABSTRACT	8
2.1 Keywords	8
3. INTRODUCCIÓN	9
4. OBJETIVOS.....	11
4.1 General.....	11
4.2 Específicos	11
5. MÉTODOS	12
5.1 Criterios de elegibilidad.....	12
5.2 Fuentes de información.....	13
5.3 Estrategia de búsqueda.....	13
5.4 Selección de estudios	13
5.5 Recopilación de datos.....	14
5.6 Ítems de los datos	14
5.7 Riesgo de sesgo en los estudios individuales	15
5.8. Síntesis de resultados	17

6. RESULTADOS.....	18
6.1 Búsqueda de la literatura	18
6.2 Características generales de los estudios	19
6.4 Análisis e interpretación de resultados	27
6.4.1 Conocimiento	28
6.4.2 Económico.....	28
6.4.3 Miedo.....	29
6.4.4 Administrativo.....	29
6.4.5 Creencias	30
6.4.6 Escolaridad	30
6.4.7 Retraso del paciente, profesional o sistema.....	30
6.4.8 Transporte.....	30
6.4.9 Otras	31
7. DISCUSIÓN	32
8. BIBLIOGRAFÍA.....	36
9. APÉNDICE.....	40
9.1 Apéndice I	40
9.2 Apéndice II.....	55

1. RESUMEN

Antecedentes: El cáncer de la cavidad oral es el séptimo cáncer más común dentro de todos los tipos de cáncer, representando un problema de salud a nivel mundial. Dentro de los cánceres de cabeza y cuello, este se presenta en un 50% de los casos y de ellos un 90% se desarrolla como carcinoma de células escamosas, el cual se caracteriza por su acelerada evolución, siendo mortal en etapas tardías. El cáncer de la cavidad oral se diagnostica en estadio avanzado en un 40-60% de los casos, volviéndose un problema de salud pública.

Objetivo: El objetivo de esta revisión es distinguir las barreras que dificultan el diagnóstico precoz de cáncer oral en la población adulta en un contexto clínico o comunitario.

Metodología: Se realizó una búsqueda electrónica en 5 bases de datos con los términos Mouth Neoplasms, Early Diagnosis, Awareness, Knowledge, Disease Prevention, incluyendo sólo artículos en inglés, español y portugués, desde el año 2010 hasta el 2020.

Resultados: Un total de 14 artículos fueron seleccionados para esta investigación, en los cuales fueron halladas las siguientes barreras: conocimiento, económico, miedo, administrativo, creencias, escolaridad, retraso, transporte, otras.

Conclusiones: En consecuencia, es relevante analizar qué factores previos a la etapa diagnóstica pueden ser responsables de las altas tasas de morbilidad del cáncer de cavidad oral. Se enfatiza la necesidad de reconocer los agentes responsables que retrasan el diagnóstico, los cuales pueden ser atribuibles al paciente, al proveedor o al sistema de salud.

1.1 Palabras claves:

Cáncer de Boca, Diagnóstico Temprano, Conciencia, Conocimiento, Prevención de Enfermedades.

2. ABSTRACT

Background: Oral cavity cancer is the seventh most common among all types of cancer, representing a health problem worldwide. Within head and neck cancers, it occurs in 50% of cases, and of them, 90% develop as squamous cell carcinoma, which is characterized by its accelerated evolution, being fatal in late stages. Cancer of the oral cavity is diagnosed in an advanced stage in 40-60% of cases, becoming a public health problem.

Objective: The objective of this review is to distinguish the barriers that hinder the early diagnosis of oral cancer in the adult population in a clinical or community context.

Methodology: An electronic search was carried out in 5 databases with the terms Mouth Neoplasms, Early Diagnosis, Awareness, Knowledge, Disease Prevention, including only articles in English, Spanish and Portuguese, from 2010 to 2020.

Results: A total of 14 articles were selected for this research, in which the following barriers were found: knowledge, economic, fear, administrative, beliefs, schooling, delay, transportation, others.

Conclusions: In summary, it is relevant to analyze which factors before the diagnostic stage may be responsible for the high rates of morbidity and mortality in oral cavity cancer. Making emphasis in recognizing the responsible agents that delay the diagnosis, which may be attributable to the patient, the provider or the health system.

2.1 Keywords:

Mouth Cancer, Early Diagnosis, Awareness, Knowledge, Disease Prevention.

3. INTRODUCCIÓN

El cáncer de la cavidad oral (CCO) es una neoplasia maligna que puede involucrar múltiples estructuras de la cavidad oral (labios, lengua, piso de boca y encías) (1), siendo su incidencia en la población mundial de 4 casos por 100.000 habitantes (2) debido a la alta frecuencia de exposición a factores de riesgo como el tabaco, alcohol, nuez de betel y radiación UV. (2)

En Chile, se estima que el CCO corresponde al 1,6% del total de cánceres (3), ubicándose en el decimoséptimo lugar de incidencia, con 3,2 nuevos casos por 100.000 hombres y 1,2 nuevos casos por 100.000 mujeres, siendo Antofagasta la región más afectada con una incidencia de 4,2 casos nuevos por 100.000 hombres y 2,6 casos nuevos por 100.000 mujeres. (4)

El CCO comprende un heterogéneo grupo de tumores que varían en su presentación clínica e histopatológica, siendo la presentación más común, en un 90% de los casos, el carcinoma espinocelular (1). Este tipo histológico se presenta comúnmente en adultos y ancianos y su aspecto clínico más común es una lesión ulcerada con área central necrótica, rodeada de bordes elevados irregulares, sin poder de cicatrización (5), el cual tiene un gran poder metastásico, tanto regional, involucrando ganglios linfáticos, como a distancia, invadiendo órganos como pulmón, hígado y huesos.

La detección temprana es un factor clave que mejora el pronóstico y aumenta la tasa de supervivencia del paciente. El CCO es altamente tratable si se detecta en estadios iniciales, ya sea etapa I o II, con una sobrevida a 5 años del 85,1% y 66,8% respectivamente. Por el contrario, cuando es detectado en etapas tardías, ya sea etapa III y IV, la sobrevida a 5 años alcanza un 39% (6), disminuyendo la supervivencia a menos de la mitad al compararse con un diagnóstico precoz.

Por consiguiente, nuestra investigación tiene como objetivo distinguir las barreras que dificultan el diagnóstico precoz de cáncer oral en la población adulta en un contexto clínico o comunitario.

Actualmente no se dispone de una síntesis de información actualizada sobre qué factores actúan como barreras que retrasan el diagnóstico precoz del CCO, lo que trae como consecuencia un diagnóstico tardío en aproximadamente un 60% de los casos (7). Disponer de esta información es de utilidad para el personal sanitario, para pacientes y tomadores de decisiones.

Si el cáncer se diagnostica tempranamente la probabilidad de supervivencia aumenta, ya que es más probable que el tratamiento sea eficaz y menos costoso, emocional y monetariamente tanto para pacientes como para el sistema de salud. Por lo tanto, la pesquisa y tratamiento precoz incide positiva y notablemente en la vida de los pacientes (3).

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL:

Distinguir las barreras que dificultan el diagnóstico precoz de cáncer de la cavidad oral en la población adulta en un contexto clínico o comunitario.

4.2 ESPECÍFICOS:

1. Identificar las barreras que generan retraso en la búsqueda de atención médica de población adulta con cáncer de la cavidad oral.
2. Describir las principales barreras que interfieren en el diagnóstico precoz de cáncer de la cavidad oral.
3. Establecer recomendaciones que contribuyan a subsanar vacíos de conocimiento en las barreras identificadas.

5. MÉTODOS

Se realizó una revisión focalizada de la literatura (11) para identificar de forma sistemática las barreras para diagnóstico precoz de CCO y conjuntamente detectar vacíos de conocimiento en este tema. Esto permitirá minimizar sesgo de información y aumentar la exactitud de la investigación en los criterios de búsqueda de información y metodología. De esta forma, se espera una mayor transparencia y replicabilidad del estudio.

Se utilizó la estrategia PCC para formular la pregunta de investigación: “P” para población, “C” concepto para ser investigado y “C” para contexto. De tal manera que la pregunta de investigación es: “¿Cuáles son las barreras reportadas en la literatura científica que impiden un diagnóstico temprano/precoz del cáncer oral en población adulta en contexto clínico o comunitario?”.

5.1 Criterios de elegibilidad:

Se aplicaron los siguientes criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión:

- Población: mujeres y hombres mayores de 18 años.
- Problema en cuestión: “Barreras para el diagnóstico precoz en Cáncer Oral”; “Conocimiento y prevención de Cáncer Oral”.
- Años de publicación: últimos 10 años (2010-2020).
- Idiomas: español, inglés y portugués.
- Diseños de estudios: cualitativos y descriptivos.

Criterios de exclusión:

- Investigaciones en las cuales no se pudo obtener texto completo.

Cualquier desacuerdo fue resuelto entre las investigadoras. En caso de que las investigadoras no llegaran a un consenso final, se consultó a una tercera investigadora para tomar la decisión final.

5.2 Fuentes de información:

Se eligieron 3 bases de datos: PubMed, Scopus e Isi Web of Science.

Además, se examinó literatura gris en el buscador metacátalogo PRIMO y Google Scholar, El acceso a estas fuentes de información fue mediante el sistema de bibliotecas de la Universidad de Talca. Todas las búsquedas realizadas fueron en julio del año 2020.

5.3 Estrategia de búsqueda:

Respecto a la estrategia de búsqueda, fue realizada de forma paralela y en duplicados por las investigadoras (AA, CZ), con la finalidad de no modificar la consistencia en la búsqueda de la información.

Se utilizaron los siguientes filtros de búsqueda: Términos MeSH (*Medical Subject Heading*) (Mouth Neoplasms, Early Diagnosis, Awareness, Knowledge y Disease Prevention) en combinación con términos libres (Access Barriers, Delayed, Seeking Help), mediante operador booleano **AND**.

Idioma de los artículos seleccionados: español, inglés y portugués.

Tópicos utilizados: “Barreras para el diagnóstico precoz de cáncer oral y/o faríngeo”; “Conocimiento y prevención de cáncer oral y/o faríngeo”.

Disponibilidad de artículos (texto completo), tipos de documentos: libros, documentos y revisiones narrativas.

Revistas seleccionadas en Pubmed: Medline y revistas dentales.

Tipos de estudio descriptivos y cualitativos.

Población adulta, mayores de 18 años, se hace especificación de edad, debido a la disponibilidad de filtro de edad que hay en la base de datos de Pubmed.

5.4 Selección de estudios:

Los criterios de elegibilidad fueron aplicados por las autoras de forma independiente. Se realizó una calibración, previa a la búsqueda y selección de estudios, realizando una serie de cribado de 25 documentos.

Previo a la selección de estudios, se realizó una calibración en estrategia de búsqueda en conjunto con la tercera investigadora (LN) y la bibliotecóloga del área de Ciencias de la Salud (AZ), con el fin de nivelar y unificar criterios de búsqueda. Luego el proceso se dividió en dos fases:

Primera fase: Investigadoras (AA, CZ) evaluaron de forma independiente leyendo títulos y resúmenes en cada una de las bases de datos seleccionadas. Los tipos de artículos incluidos corresponden a estudios descriptivos transversales y cualitativos, donde se reconocen las barreras que dificultan el diagnóstico precoz de CCO y conocimiento, y prevención de cáncer oral y/o faríngeo. Los artículos seleccionados en esta fase pasaron a la fase dos.

Segunda fase: Consistió en la selección definitiva de los estudios luego de la lectura completa de los artículos, verificando que se cumplieran todos los criterios de elegibilidad (inclusión y exclusión).

Mediante un software computacional se eliminan duplicados y se realizó el manejo de referencias (EndNote). Finalmente, se realizó la lectura de artículos de texto completo.

Cuando se evidenciaron discrepancias entre las investigadoras se consultó y recibió orientación de selección de tercera investigadora (LN).

5.5 Recopilación de datos:

Tres investigadoras desarrollaron en conjunto un formulario en formato de tabla (Tabla 3) para extraer los datos de los estudios. Dos revisores extrajeron datos de forma independiente.

5.6 Ítems de los datos:

Posterior a la obtención de artículos a texto completo seleccionados, se realizó una tabulación de datos con el fin de ordenar la información obtenida.

Tabla 1: Tabulación variables de estudio

Variables de estudio	Variables de barreras en CCO
<ul style="list-style-type: none">➤ Autor - Año➤ País - Ciudad➤ Diseño del estudio➤ Población de estudio - Contexto➤ Objetivo del estudio➤ Resumen de método➤ Características de la población	<ul style="list-style-type: none">➤ Conocimiento➤ Económico➤ Miedo➤ Administrativo➤ Creencias➤ Escolaridad➤ Retraso➤ Transporte➤ Otros: cultura, diagnóstico erróneo desde la perspectiva del paciente y actitud.

5.7 Riesgo de sesgo en los estudios individuales:

Se utilizó el instrumento “Risk of Bias Instrument for Cross-Sectional Surveys of attitudes and Practices”, por Clarity Group de MCMaster University. Se realizó una calibración previa por parte de las investigadoras (AA, CZ) en conjunto con tercera investigadora (LN) para medir el riesgo de sesgo de los estudios transversales. Posteriormente, se realizó una tabulación de los datos mediante la creación de una tabla (Apéndice I), que incluye antecedentes según el artículo trabajado para medir el riesgo. El instrumento de evaluación de riesgo de sesgo contempló cinco preguntas:

1.- ¿La población es fuente representativa de la población de interés?: Selección de una población representativa es importante para garantizar una estimación no sesgada de las actitudes o prácticas de la población objetivo.

2.- ¿Es adecuada la tasa de respuesta?: Garantizar que la tasa de respuesta sea lo suficientemente alta es importante para minimizar la probabilidad de que cualquier diferencia sistemática entre los encuestados y los no encuestados influya en los resultados.

3.- ¿Hay pocos datos faltantes?: El instrumento de medición de datos, debe ser completado por la mayoría de los participantes, ya que una cantidad sustancial de datos faltantes debido a elementos que no fueron respondidos por los participantes puede introducir sesgos.

4.- ¿El cuestionario tiene validez aparente?: El riesgo de sesgo disminuye si los investigadores han realizado una evaluación formal de la amplitud, claridad y validez aparente del instrumento de medición con una prueba piloto (5 a 10 personas) extraídas de la muestra más grande. Dichas evaluaciones pueden garantizar la viabilidad del instrumento de medición, legibilidad de los elementos incluidos y la evaluación de si los participantes los perciben subjetivamente como dirigidos a lo que están diseñados para medir.

5.- ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?: Evaluación de los conceptos teóricos en los que se centra el instrumento son consideraciones importantes. Se deben producir respuestas similares a otros elementos de evaluación establecidos que evalúan constructos relacionados.

Cada pregunta fue clasificada en cuatro categorías según riesgo de sesgo y se les asignó un color es escala divergente (Tabla 2).

5.7.1 Tabla 2: Respuestas posibles para cada pregunta del instrumento de medición de riesgo de sesgo.

Categorías	Riesgo de sesgo	Color asignado
Definitivamente sí	Bajo riesgo de sesgo	
Probablemente sí		
Probablemente no		
Definitivamente no	Alto riesgo de sesgo	

Se analizó cada artículo de forma independiente (Apéndice I) y luego se llegó a un consenso de cada estudio. No se presentaron discrepancias entre las investigadoras. Posteriormente, se realizó una tabla que resume el riesgo de sesgo de cada artículo según colores (Tabla 4), para facilitar su análisis general de los estudios incluidos en esta revisión. Posterior a este análisis, se incluyeron todos los estudios en la síntesis de resultados.

5.8. Síntesis de resultados:

Finalmente, los artículos fueron analizados a texto completo. Cada artículo seleccionado se sometió a medición de riesgo de sesgo, generando una tabla por artículo, con los 5 criterios que se medían. Los resultados fueron representados según colores, lo que indica la magnitud de riesgo de sesgo de cada artículo. Esta medición es relevante pues indica la calidad de la información obtenida, otorgando confianza a los resultados obtenidos.

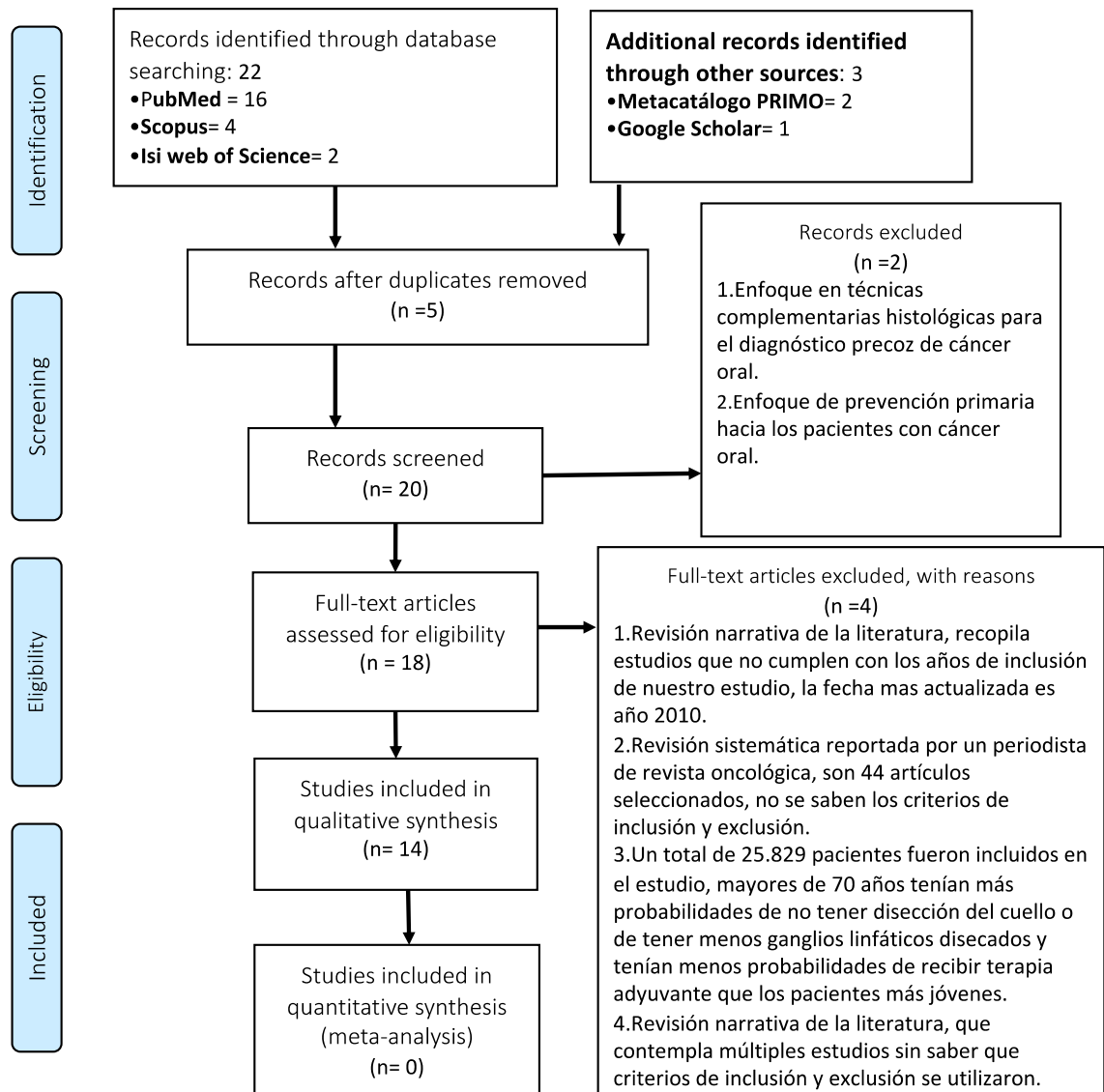
Posteriormente, se identificaron las barreras que enfrenta la población al momento de la detección de CCO (Apéndice II), agrupando las barreras según: conocimiento, económico, miedo, administrativo, creencias, escolaridad, retraso del paciente/profesional/sistema, transporte y otras.

6. RESULTADOS

6.1 Búsqueda de la literatura:

La búsqueda arrojó 25 estudios, con 14 estudios elegibles después de la revisión de texto completo.

Figura 1: Diagrama de flujo de búsqueda en base de datos (junio 2020).



Posterior a la lectura completa de estudios se incluyeron finalmente catorce artículos en el desarrollo de esta revisión estructurada de la literatura (Tabla 2).

Los artículos excluidos por título y abstract fueron dos, debido a que, si bien los títulos presentaban los términos de búsqueda incluidos, en el primero el abstract tenía un enfoque de diagnóstico precoz de displasias de forma histológica, y el segundo artículo hacía referencia a visibilizar las barreras desde la prevención primaria.

Los artículos leídos de texto completo que se excluyeron fueron dos, debido a que eran revisiones narrativas de la literatura, que no especificaban criterios de inclusión y exclusión de la población de estudio ni metodología de recopilación de información.

Otro artículo excluido fue una revisión sistemática, reportada por un periodista que sacó información de una revista oncológica, quien no especificaba la metodología utilizada en población de estudio.

El último artículo excluido fue debido a que tenía un enfoque de tratamiento en pacientes con CCO según edad y terapia adyuvante posterior, no pesquizando barreras para el diagnóstico precoz.

6.2 Características generales de los estudios:

La media de años de publicación de los estudios fue 2015. El tamaño muestral de los estudios fue un mínimo de 14 y un máximo de 2.393 participantes. La media fue de 293 participantes. Los estudios se llevaron a cabo en los siguientes países: Chile, Escocia, Estados Unidos, India, Pakistán y Tailandia.

Tabla 3: Estudios incluidos en la revisión.

Nombre artículo	Autor - Año	País-Ciudad	Diseño del estudio	Población de estudio y contexto	Objetivo del estudio	Resumen de método	Características de la población
1. Health Seeking Behaviour, Delayed Presentation and Its Impact Among Oral Cancer Patients in Pakistan: A Retrospective Qualitative Study.	-Sarah Basharat -Babar Tasneem Shaikh 2019	Pakistán, Shifa.	Estudio cualitativo retrospectivo.	Grupo particular Clínico (14 participantes).	Comprender el comportamiento de búsqueda de salud, las razones del retraso en la consulta y el impacto en la vida de los pacientes con CCO.	-Entrevista personal -Entrevista telefónica.	-Personas cuyas edades fluctuaron entre 43 y 68 años - Pacientes con CCO en tratamiento.
2. Factores que dificultan el diagnóstico precoz del cáncer oral en adultos, región del maule 2019.	-González, Camila -Nuñez, M. Loreto 2019	Chile, Teno	Estudio Observacional. Descriptivo.	Comunitario exposición solar laboral (100 participantes).	Evaluar los factores que dificultan el diagnóstico precoz de CCO en la comuna de Teno, Región del Maule.	Encuesta	-Adultos 18 años o más -Exposición al sol ocupacional. -Residentes rurales de la comuna. y una minoría pertenecientes al sector urbano.
3. Exploring determinants of care-seeking behaviour of oral cancer patients in India: A qualitative content analysis.	-Rath, Hemamalini -Shah, Swikant 2018	India	Estudio observacional Descriptivo.	Clínico (70 participantes).	Explorar el comportamiento de búsqueda de atención y sus determinantes entre los pacientes con CCO.	Cuestionario administrado vía entrevista en persona.	-Bajo nivel socioeconómico. -Ocupación: agricultura y comercio. -Diagnóstico cáncer de cabeza y cuello.

4. Habits and reasons for delayed presentation of patients with oral cancer in a hospital of Tertiary care from a world third country.	-Zohra Saleem -Syed Akbar 2018	Pakistán	Estudio observacional descriptivo transversal.	Clínico (145 participantes 93 hombres 52 mujeres).	Resaltar las omisiones en la percepción del paciente del proceso de la enfermedad.	Cuestionario	-Excluidos linfoma, sarcoma y tumores malignos. -Mayores de 18 años.
5. Knowledge and health belief attitudes of oral cancer and its screening among at-risk southern thai Muslims,	-Shoaib M. -Ahsanuddin A. 2018	Tailandia	Estudio cualitativo.	Comunitario población de aldea (27 participantes).	Evaluar el conocimiento y las creencias sobre el cáncer oral que influyen en la detección del cáncer oral en grupos de alto riesgo de musulmanes. tailandeses	Entrevista	-Personas de 40 años o más -Fumadores al menos de 20 cigarrillos al día durante 20 años 14 , o 10 recuentos de mascar betel quid por día durante 10 años, o ambos.
6.. Characteristics and Predictors of Oral Cancer Knowledge in a Predominantl y African American Community.	-Nosayaba Osazuwa -Peters, Eric Adjei 2017	EEUU	Estudio observacional descriptivo transversal.	Comunitario (304 participantes)	Describir predictores del conocimiento del cáncer oral entre una población predominantemente afroamericana.	Examen de detección Encuesta	Mayores de 18 años.
7. Perceptions of Oral Cancer Screenings as Compared to Other Cancer Screenings: A pilot study.	-Stephenson M.C -Gurenlian, J.R 2017	EEUU, Idaho	Estudio observacional descriptivo.	Comunitario (100 participantes)	Comparar las percepciones del público de los adultos de Idaho con respecto a la detección del cáncer oral con otras pruebas de detección de cáncer comunes, incluidas las pruebas de detección de cáncer de mama, cáncer de próstata y cáncer de colon.	Cuestionario administrado vía entrevista telefónica	Adultos mayores de 18 años residentes en Idaho.

8. Health seeking behavior of oral cancer patients of low socioeconomic status: a cross sectional study in a tertiary care hospital of Karachi.	-Zahid, Tariq -Hussain, Syed Iqbal 2014	Pakistán, Karachi	Estudio observacional descriptivo transversal.	Clínico (190 participantes).	Evaluar el conocimiento, comportamiento y prácticas de pacientes con cáncer oral de bajo estatus socioeconómico en nuestra población.	Cuestionario	-Paciente de estrato socioeconómico bajo. -Proviene de todas partes de Pakistán. -Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de cáncer oral.
9. Disparities in Knowledge of Mouth or Throat Cancer Among Rural Floridians	-Joseph L Riley -Elizabeth A Pomery 2013	EEUU, Florida	Estudio observacional descriptivo transversal.	Comunitario (2393 participantes)	Examinar los factores de riesgo para el conocimiento reducido del cáncer de boca o garganta, utilizando una muestra de adultos rurales del norte de Florida.	Entrevista telefónica	Personas entre 25 a 91 años.
10. A survey of barriers to screening for oral cancer among rural Black Americans.	-Sheppers, JA -Howell, JN 2013	EEUU, Florida	Estudio observacional descriptivo.	Comunitario (366 participantes)	Examinar las barreras para la detección del cáncer oral entre los afroamericanos.	Encuesta	-Edad de 40 a 101 años. - Afroamericanos que viven en zonas rurales de Florida.
11. Barriers to oral cancer screening: a focus group study of rural Black American adults	-Howell JL -Shepperd JA 2013	EEUU Florida	Estudio observacional descriptivo.	Comunitario (80 participantes)	Explorar las barreras para la detección de MTC entre los afroamericanos.	Audio-entrevista	-Adultos afroamericanos rurales Angloparlantes - Mayores de 40 años - Vivir en condados específicos

<p>12. Patients perceptions of oral cancer screening in dental practice: a cross-sectional study.</p>	<p>- Oluwatumise Awojobi - Suzanne E Scott 2012</p>	<p>Inglatera, Londres</p>	<p>Estudio observacional descriptivo transversal.</p>	<p>Comunitario (184 participantes)</p>	<p>Evaluar las experiencias de los pacientes dentales y el conocimiento del cáncer oral y la detección dentro de la práctica dental general.</p>	<p>Encuesta cuestionario</p>	<p>- Adultos mayores de 18 años, sin antecedentes de CCO.</p>
<p>13. Reasons for delayed presentation in oral and oropharyngeal cancer: the patients perspective.</p>	<p>- Rogers, Simon N - Vedpathak, Shreya V 2011</p>	<p>Inglatera, Liverpool</p>	<p>Estudio observacional descriptivo.</p>	<p>Clínico (115 participantes)</p>	<p>Preguntar a una cohorte de pacientes dentro de los 2 años posteriores al tratamiento por cáncer oral y orofaríngeo sobre sus síntomas iniciales y el tiempo transcurrido antes de su presentación a la profesión sanitaria. Conocer puntos de vista sobre cómo reducir los retrasos en la presentación.</p>	<p>- Cuestionario - Entrevista</p>	<p>- Pacientes tratados en 2005 y 2006 por carcinoma escamocelular oral y orofaríngeo en la Unidad Maxilofacial Regional. - Estado de supervivencia de los pacientes se verificó mediante el enlace departamental con la Oficina de Estadísticas Nacionales (ONS) y los registros hospitalarios.</p>
<p>14. The experiences of young oral cancer patients in Scotland: symptom recognition and delays in seeking professional help.</p>	<p>- E. Grant, IK. Silver - L. Bauld R. 2010</p>	<p>Escocia, Edimburgo</p>	<p>Estudio observacional descriptivo transversal.</p>	<p>Clínico (15 participantes)</p>	<p>Explorar las respuestas tempranas de los pacientes jóvenes con cáncer oral en Escocia a los síntomas de su afección emergente, comprender las formas en que buscan ayuda e investigar el retraso causado por no reconocer los síntomas asociados con el cáncer.</p>	<p>Entrevista semiestructurada.</p>	<p>- Adulto joven. >18 años - <45 años. - Con cáncer oral u orofaríngeo. - Reclutamiento fue a través de especialistas de enfermería clínica adscritos al área oncología,</p>

6.3 Evaluación del riesgo de sesgo:

Basado en el análisis de riesgo de sesgo para estudios transversales (30), se observó que la calidad de los estudios era similar, a excepción de ítems particulares que fueron representados con probable riesgo de sesgo en el criterio de validez aparente del cuestionario.

El estudio realizado por Joseph L. Riley en 2013 fue considerado con un alto nivel de riesgo de sesgo, debido a que se realizó la encuesta telefónica utilizando entrevistadores capacitados y un sistema de entrevistas telefónicas asistido por computadora. El número de entrevistas completadas con hombres negros estuvo por debajo del objetivo, solo obteniendo una tasa de respuesta del 26,4% de las entrevistas completadas.

El estudio realizado por E. Grant presentó probable riesgo de sesgo (representado con color amarillo en el ítem “¿El cuestionario tiene validez aparente?”), debido a que no todas las entrevistas fueron transcritas, ya que faltaron cuatro por transcribir y esto podría afectar en la detección de barreras por identificar.

Tabla 4: Tabla de riesgo de sesgo de los estudios incluidos. Cada criterio es representado con el color estipulado según riesgo de sesgo que presente.

Criterios	Población representativa	Tasa de respuesta	Datos perdidos	Encuesta con validez aparente	Validez instrumento
1. Sarah Basharat. 2019 (Cualitativo)	n/a	n/a	n/a		
2. Gonzalez C, 2019					

3. Rath, Hemamalini. 2018					
4. Zohra Saleem. 2018					
5. Shoaib M., Ahsanuddin A. 2018 (Cualitativo)	n/a	n/a	n/a		
6. Nosayaba Osazuwa-Peters. 2017					
7. Stephenson. 2017					

8. Zahid, Tariq; Hafeez; 2014					
9. Joseph L Riley. 2013				[Red Cell]	
10. Shepperd JA., 2013					
11. Howell JL., 2013					
12. Oluwatunmise Awojobi. 2012					

13. Rogers. 2011					
14. E. Grant. 2010					

6.4 Análisis e interpretación de resultados:

De los estudios recopilados que informaban barreras que dificultan la detección y el diagnóstico precoz de CCO, se extrajo la información relevante de las barreras (Apéndice II). Posterior a ello, se identificaron temas comunes, los cuales se reportan de mayor a menor frecuencia encontrada (Tabla 5).

Tabla 5: Frecuencia de barreras reportadas (n=14).

Barreras	Frecuencia	Porcentaje -%
Conocimiento	13	92,8
Económico	9	64,2
Miedo	8	57,1
Administrativo	6	42,8
Creencias	5	35,7
Escolaridad	5	35,7
Retraso	4	28,5

Transporte	4	28,5
Otras	7	50

Las barreras reportadas en las publicaciones para el diagnóstico oportuno fueron categorizadas en las siguientes categorías: conocimiento, escolaridad, administrativo, económico, transporte, creencias, miedo, retraso del paciente/profesional/sistema, y otras; las cuales se detallan a continuación:

6.4.1 Conocimiento:

El 92,8% de las publicaciones reportó que conocimiento es una de las principales barreras que enfrenta el diagnóstico oportuno de CCO, desconocimiento de signos y síntomas (8), falta de percepción de gravedad de la enfermedad e ignorancia desde todas las aristas que implican la enfermedad. *“No estaba teniendo un problema grave y esperé a que la herida curará espontáneamente”*, *“Muchas veces tengo úlceras en la boca, aparecen y desaparecen, no me las tomo en serio”*, *“Hace quince días, sentí algo en mi lengua, pensé que me habría mordido la lengua, se curará automáticamente”* (9). Las anteriores fueron citas textuales de participantes de estudios con CCO, que reflejan cómo el conocimiento actúa como barrera. La falta de conciencia respecto a la necesidad de exámenes de detección de CCO e ignorancia sobre el tiempo que implica la realización del examen para diagnosticar cáncer oral (10) desencadena que el conocimiento deficiente sea un factor contribuyente en la presentación tardía a un centro asistencial, haciendo que pacientes con CCO presenten una tasa de supervivencia a 5 años de 59,1% en estadio temprano (localizado), en comparación a 1,6% en estadios avanzados (metástasis a distancia) (9).

La falta de conciencia sobre los factores de riesgo de CCO, pronóstico, síntomas y sobre el médico adecuado para abordar el tratamiento también fueron consideradas como causas principales del retraso por parte de los pacientes (12).

6.4.2 Económico:

El 64,2% de las publicaciones reportó esta barrera. El alto precio de los exámenes de diagnóstico, el costo del tratamiento o si se cuenta o no con un seguro de salud pertinente fueron barreras reportadas en algunas investigaciones (13)(14). La población desconoce que

el costo de realizar exámenes de detección de CCO genera menor costo que los exámenes para otros tipos de cáncer (10).

Es posible que las personas no estén dispuestas a someterse a exámenes de detección de CCO porque creen que no tienen tiempo para ver a un profesional de la salud debido a problemas económicos. Howel, en 2012, menciona que costear algunos exámenes parece ser un problema de acceso a procedimientos de detección temprana, ya que sin dinero se limitan a realizar exámenes de menor valor. Otra mención importante señala que las intenciones de detección aumentan si se cuenta con los medios para financiar exámenes y tratamientos (13).

6.4.3 Miedo:

El 57,1% de las publicaciones reportó esta barrera. El miedo es considerado un factor importante por parte de los pacientes, debido a que genera ansiedad cuando el profesional de salud utiliza la palabra cáncer al momento de hacer el examen diagnóstico. Se menciona además el miedo a la experiencia desagradable que significa realizarse un examen diagnóstico, como la realización de una biopsia (10), y saber cuáles podrían ser los síntomas de CCO (15). También las participantes reportan miedo a los resultados, a la detección, a los médicos y al qué hacer frente a un diagnóstico de cáncer de CCO. Todo lo anterior retarda la consulta a servicios de salud (14). Los participantes informaron que el deseo de evitar noticias o situaciones desagradables los disuadió de ser examinados (13).

6.4.4 Administrativo:

El 42,8% de las publicaciones reportó la barrera administrativa, entendida cómo la dificultad para acceder a la atención en salud, ya sea por la creencia de que no se cuenta con los profesionales adecuados o porque no existen los medios para llevar a cabo un tratamiento oncológico por parte del centro asistencial. Se reportó retraso en acudir a la atención médica a partir del primer síntoma (16), debido a la percepción que tiene la población sobre el sistema de salud (17), como la no disponibilidad de instalaciones adecuadas y de hospital oncológico, o de citas médicas, lo que trae consigo repercusiones directas en la dificultad de conseguir citas con profesional médico (8), sumado a la falta de oportunidades para exámenes de detección (10).

6.4.5 Creencias:

El 35,7% de las publicaciones reportó esta barrera. Hay diversos tipos de creencias asociadas a la religión, ya que muchos pacientes creyentes en Dios se aferran a la fe o al fatalismo “Dios va a hacer lo que él quiera” (14) para detener o revertir su patología. Al contrario, otros pacientes consideran que padecer CCO es una bendición, ya que han sido elegidos por una divinidad (17). Un porcentaje menor de la población no cree en la medicina tradicional, lo que conlleva a que muchos pacientes acuden para tratamiento de esta patología a la medicina complementaria como la homeopatía o acudan a tratamiento con curanderos (18).

6.4.6 Escolaridad:

El 35,7% de las publicaciones reportó esta barrera, la cual fue medida como años de estudios cursados por los participantes.

Los estudios reportaron que participantes con diploma de escuela secundaria o menor tienen 124% menos probabilidades de tener un alto conocimiento acerca del CCO, en comparación con los graduados universitarios (19). Otro estudio consideró el perfil educativo de los participantes, aludiendo a que este es relevante, teniendo una relación directa con el conocimiento de signos y síntomas de CCO y la búsqueda de atención médica (18).

6.4.7 Retraso del paciente, profesional o sistema:

El 28,5% de las publicaciones reportó esta barrera. Se hace mención al retraso en sus diferentes componentes: retraso del paciente, retraso del profesional, retraso de la derivación y retraso del sistema (9). El retraso del paciente es definido como el tiempo desde que el paciente se percata por primera vez de sus síntomas hasta que busca la primera consulta con un profesional de salud. El retraso del profesional se define como el tiempo desde la primera consulta del paciente hasta el inicio del tratamiento definitivo, incluido el retraso en la derivación, cita y tratamiento (13) (8). El retraso del paciente y del profesional conduce a un diagnóstico de CCO en etapas avanzadas. Se reportó un retraso de más de un mes para buscar ayuda médica (14).

6.4.8 Transporte:

El 28,5% de las publicaciones reportó esta barrera. La distancia que existe desde el hogar al sistema de salud se reportó como barrera en países como la India, ya que en zonas rurales las

personas se encuentran alejadas de los establecimientos de atención, motivo por el cual se dificulta el desplazamiento (9). Esto también se observó en situaciones donde un familiar debía trasladar un paciente que no contaba con vehículo propio o no sabía manejar (13).

6.4.9 Otras

6.4.9.1 Cultura:

En países del medio oriente las mujeres no son libres de tomar decisiones propias, desencadenando en que necesariamente requieran de la disposición del hombre para asistir a atención médica, ya que no pueden conducir o son reacias a salir de casa solas sin un tutor (12). Esto se observó en países como Pakistán y la India, donde ambos comparten ciertas normas culturales y religiosas.

Por otra parte, en Tailandia algunos temas explorados fueron culturalmente sensibles, por lo tanto, es posible que los participantes no hayan revelado todas sus opiniones (20).

6.4.9.2 Diagnóstico erróneo desde la perspectiva de pacientes:

Pacientes hacían referencia a su preocupación por tener asistencia médica, donde pagaban costos altos de atención, sin embargo, no se revertían los signos y síntomas con el tratamiento realizado. *“Fui a una clínica dental, el dentista hizo la extracción y tomó 100 rupias, pero la herida no cicatrizó”* (9).

6.4.9.3 Actitud:

Actitud pasiva frente a sus mismos signos. El estudio de Rath et al. (2018) menciona que *“...pese a tener molestias en las encías, no tenían ganas de asistir por algo tan pequeño”* (9).

7. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo distinguir las barreras que dificultan el diagnóstico precoz de CCO en la población adulta. Las barreras reportadas, en orden decreciente, son: conocimiento, económica, administrativas, miedo, creencias, retraso del paciente, escolaridad y transporte. Estas barreras se superponen y se refuerzan recíprocamente, pudiendo actuar de forma simultánea (32), teniendo efectos en la disminución de participación de tamizaje de la enfermedad en la población, provocando una baja asistencia a centros de salud y ausencia de tratamientos. Lo anteriormente expuesto afecta principalmente a grupos desfavorecidos y países subdesarrollados, y se ve reflejado en el retraso en la búsqueda de atención médica por parte de pacientes con CCO.

La descripción de estas barreras son una orientación para los clínicos, redireccionando la forma de atención en pacientes con riesgo de CCO, asumiendo proactividad al momento de pesquisa y diagnóstico, ya que, si consideramos la capacidad metastásica de la enfermedad, en muchas ocasiones el criterio profesional, la prontitud en la derivación y biopsia oportuna, tendrá directa relación con el estadio diagnóstico del paciente y su respectivo tratamiento, por lo que la pesquisa de la enfermedad debe ser a tiempo.

Además, se debe considerar disponibilidad de instalaciones para la realización de tratamientos oncológicos, ya que la población afectada, frecuentemente, vive lejos de centros asistenciales de mayor complejidad, los que tienen mayor tecnología, especialistas y unidades de tratamiento y rehabilitación (21).

Así como el proceso de identificación de barreras ayuda al clínico, también ayuda a alfabetizar a los pacientes con intervenciones culturalmente sensibles, de modo que visibilice esta patología e influya de manera directa en las percepciones en relación a la necesidad y el uso de servicios de salud, lo que contribuya a tener diagnóstico oportuno de CCO.

También es conveniente manifestar las barreras a las autoridades sanitaria de salud, con el propósito de desarrollar protocolos que promuevan la derivación oportuna de pacientes con riesgo de presentar CCO, mantener capacitaciones al equipo de salud (médicos, odontólogos y enfermeros) respecto a esta neoplasia, crear consciencia mediante los medios de

comunicación para exponer esta enfermedad en la población, hacer promoción y prevención a población de riesgo en centro primarios de salud, con el propósito de mejorar el acceso a la atención odontológica.

Si bien tener conciencia sobre las barreras podría unificar criterios y ayudar a un diagnóstico precoz de CCO, los sistemas sanitarios varían en las poblaciones estudiadas, por lo que se debería promover en todos los países un acceso equitativo a los servicios de salud, con énfasis en la promoción de esta. La OMS tiene recomendaciones que favorecen el diagnóstico oportuno para todos, entre ellas se encuentran la salud y prevención de las enfermedades, activa participación social en competencias que apoyen el abordaje integral de la salud, financiamiento sostenible y adecuado de la salud con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la protección contra los riesgos financieros para todas las personas y sus familias, sobre todo en patologías que en sus estadios avanzados, como el CCO, tienen tratamientos radicales que afectan en el área económica y emocional de los pacientes. Finalmente, se debe tener presente que fortalecer los sistemas de información en salud es clave para la construcción de políticas públicas y toma de decisiones basadas en la evidencia.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentran el reducido número de publicaciones que abordan el tema “Barreras que dificultan el diagnóstico precoz de CCO”, teniendo como consecuencia que actualmente no existe una clasificación universal de estas, por lo tanto, no se conoce a cabalidad a qué nivel actúan (31).

La falta de estudios sobre barreras que dificultan la detección precoz de CCO en América del Sur es pobre, por lo que se genera un vacío formativo de esta población.

Además, los estudios consideran a países que presentan diversidad cultural, social, económica, política y religiosa, por lo que existen barreras que no se pueden extrapolar a otros grupos.

Sumado a esto, se debe considerar que los estudios tienen una heterogeneidad en la definición de *retraso* del paciente para consulta precoz de CCO. En algunos estudios esto se definió como “período de tiempo entre que la paciente nota por primera vez un síntoma y su primera consulta con un profesional de la salud sobre ese síntoma” (9) y en otros a “cualquier periodo

de tiempo que genera retraso para ver un profesional de la salud” (16). Por lo tanto, no existe un concepto que unifique el riesgo de las poblaciones y el de retrasos del paciente, ya que éste retraso debe considerar los factores de riesgo de las poblaciones, factores ambientales como: mayor exposición solar (población con mayor riesgo), cultural, (fumar cigarros, masticar hoja de betel) y relacionado a políticas de salud que establecidas por los países. Por lo que, para tener una definición correcta de retraso, se debe adecuar a la realidad de cada población.

Los instrumentos de medición utilizados en los artículos son entrevistas, cuestionarios y encuestas que apelan a la memoria del paciente, lo que puede generar sesgo de recuerdo.

Finalmente, se debe señalar que no se estudió el efecto del seguro de salud y su cobertura como elementos asociados a las barreras económicas.

En conclusión, el CCO es una deuda pendiente a nivel mundial, debido a su distribución en la población y las bajas tasas de supervivencia. Adicionalmente, esta enfermedad trae consigo múltiples consecuencias si el diagnóstico se realiza en etapa tardía, disminuyendo pronóstico y calidad de vida de los pacientes y sus familias, aumentando los costos económicos y emocionales. Muchas de las barreras reportadas son modificables y deben usarse para realizar intervenciones.

En consecuencia, es urgente crear conciencia respecto a la existencia del CCO mediante promoción y prevención de la enfermedad en centros asistenciales, mejorar el acceso a la atención odontológica, informar a la comunidad sobre factores de riesgo y protección de esta enfermedad (especialmente en población con mayor riesgo de padecerla). Se deben establecer protocolos en los servicios odontológicos que incluyen, como examen de rutina, el examen de mucosas de la cavidad oral (lengua, piso de boca, mejillas, bordes laterales de la lengua y paladar) en población de riesgo. Los profesionales de salud deben concientizar e informar a la población respecto al procedimiento que se le está realizando (examen preventivo de CCO) y, en caso de encontrar tejidos alterados, derivar a la especialidad correspondiente.

Por otro lado, se debe educar a la población sobre los factores de riesgo comunes de enfermedades crónicas (32) signos y síntomas de la enfermedad, el cómo realizar un autoexamen de la cavidad oral, las que se configuran como medidas sencillas que aumentarán la detección temprana de lesiones orales, favoreciendo el diagnóstico de la enfermedad en etapas iniciales para evitar tratamientos quirúrgicos invasivos, que generan deformidades y sufrimiento. Subsanan las barreras puede contribuir a reducir las desigualdades en salud, ya que están asociadas a peores pronósticos de CCO, lo que aumenta la morbimortalidad de los pacientes.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Alemany L, Anantharaman D, Brennan P, Leemans CR. Head and neck cancers New etiological insights. In: CP W, E W, BW S, editors. world Cancer Report: Cancer research for Cancer Prevention. Francia2020 p. 310-22.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental [Internet]. OMS. 2020 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health#:~:text=Sus%20principales%20causas%20son%20la,y%20el%20consumo%20de%20tabaco.&text=El%20c%C3%A1ncer%20bucal%20abarca%20los,casos%20por%20100%20000%20personas>
3. Maraboli C. S, Adorno C. D, Maturana R. A. Sobrevida de carcinoma oral de células escamosas: reporte de la Universidad de Chile. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. [Internet]. Scielo. 2018 [citado 10 septiembre 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072018000300147&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. SANTELICES CH, María Josefina; CARCAMO I, Marcela; BRENNER A, Claudio y MONTES F, Rodrigo. Cáncer oral en Chile: Revisión de la literatura. Rev. méd. Chile [online]. 2016, vol.144, n.6 [citado 2020-11-30], pp.758-766. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600011&lng=es&nrm=iso. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600011>.
5. Carcinoma oral de células escamosas: características clínico-patológicas de 346 casos de un único servicio de patología oral durante un período de 8 años /Pires FR, Ramos AB, Oliveira JB, Tavares AS, Luz PS, Santos TC. Oral squamous cell carcinoma: clinicopathological features from 346 cases from a single oral pathology service during an 8-year period. J Appl Oral Sci. 2013;21(5):460-7. doi: 10.1590/1679-

77572013031

6. Estadísticas sobre el cáncer en EE.UU [Internet]. National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. . 2019 [citado 14 julio 2020]. Disponible en: <https://seer.cancer.gov/>
7. Cáncer Oral en Chile, Revisión de la literatura/ Santelices Ch MJ, Cárcamo I M, Instituto Nacional del Cáncer C, Brenner A C, Fundación Orema C, Montes F R, et al. Cáncer oral en Chile: Revisión de la literatura. Rev méd Chile. 2016;144(6):758-66. doi: 10.4067/S0034-98872016000600011
8. Saleem Z, A. S., et al. (2018). "Habits and reasons of delayed presentation of patients with oral cancer at a tertiary care hospital of a third world country" J Public Health 8(3):165-9
9. Rath, H., et al. (2018). "Exploring determinants of care-seeking behaviour of oral cancer patients in India: A qualitative content analysis." Cancer Epidemiol 53: 141-148.
10. Stephenson, M. C., et al. (2017). "Perceptions of Oral Cancer Screenings as Compared to Other Cancer Screenings: A pilot study." J Dent Hyg 91(3): 37-46.
11. Tricco, AC, Lillie, E, Zarin, W, O'Brien, KK, Colquhoun, H, Levac, D, Moher, D, Peters, MD, Horsley, T, Weeks, L, Hempel, S et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018,169(7):467-473. doi:10.7326/M18-0850.)
12. Basharat, S. and B. T. Shaikh (2019). "Health seeking behaviour, delayed presentation and its impact among oral cancer patients in Pakistan: a retrospective qualitative study." 19(1): 7
13. Shepperd, J. A., et al. (2014). "A survey of barriers to screening for oral cancer among rural Black Americans." Psychooncology 23(3): 276-282
14. Howell JL, Shepperd JA, Logan H. Barriers to oral cancer screening: a focus group

study of rural Black American adults. *Psychooncology*. 2013 Jun;22(6):1306-11. doi: 10.1002/pon.3137. Epub 2012 Aug 27. PubMed PMID: 22926896; PubMed Central PMCID: PMC3698600

15. Rogers, S. N., et al. (2011). "Reasons for delayed presentation in oral and oropharyngeal cancer: the patients perspective." *Br J Oral Maxillofac Surg* 49(5): 349-353
16. Grant E, S. K., et al. (2010). "The experiences of young oral cancer patients in Scotland: symptom recognition and delays in seeking professional help." *British Dental J* 208(10):465-71
17. Riley, J. L., et al. (2013). "Disparities in knowledge of mouth or throat cancer among rural Floridians." *J Rural Health* 29(3): 294-303.
18. Zahid T, H. S., et al. (2014). "Health seeking behavior of oral cancer patients of low socioeconomic status: a cross sectional study in a tertiary care hospital of Karachi". *JDU Health Sciences* 8(2):72-9
19. Osazuwa-Peters, N., et al. (2017). "Characteristics and predictors of oral cancer knowledge in a predominantly African American community." *PLoS One* 12(5): e0177787
20. Pires FR, Ramos AB, Oliveira JB, Tavares AS, Luz PS, Santos TC. Oral squamous cell carcinoma: clinicopathological features from 346 cases from a single oral pathology service during an 8-year period. *J Appl Oral Sci*. 2013;21(5):460-7. doi: 10.1590/1679-775720130317
21. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*. 1995;36(1):1-10.
22. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. OMS. 2018 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
23. Awojobi, O., et al. (2012). "Patients' perceptions of oral cancer screening in dental practice: a cross-sectional study." *BMC Oral Health* 12: 55.

24. Gilman SE, M. LT., et al. (2008) Logro educativo y tabaquismo: ¿una asociación causal? *Revista Internacional de Epidemiología* 37: 615–624. pmid: 18180240
25. Osazuwa-Peters N, C., et al (2016) “Predictores de etapa en la presentación y resultados de los cánceres de cabeza y cuello en un hospital universitario”. *Head Neck* 38 Suppl 1: E1826–1832
26. Cancer IAfRo. *Cancer Today* 150 Cours Albert Thomas, 69372 Lyon CEDEX 08, France: 2020; 2020 [cited 2020 16/01/2020]. Available from: <https://n9.cl/m80c>
27. González C., Núñez L., “Factores que dificultan el diagnóstico precoz del cáncer oral en adultos, Región del Maule”. Tesis de pregrado. Talca: Departamento de Salud publica Universidad de Talca; 2019.
28. Tricco, AC, Lillie, E, Zarin, W, O'Brien, KK, Colquhoun, H, Levac, D, Moher, D, Peters, MD, Horsley, T, Weeks, L, Hempel, S et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-473. doi:10.7326/M18-0850.
29. Scully C, Kirby J. Statement on mouth cancer diagnosis and prevention. *Br Dent J.* 2014;216(1):37-8. doi: 10.1038/sj.bdj.2013.1235.
30. “Agarwald A, Guyatt G, Busse J. Methods commentary: Risk of bias in cross-sectional surveys of attitudes and practices. 2019”.
31. Carrillo JE, Carrillo VA, Perez HR, Salas-Lopez D, Natale-Pereira A, Byron AT. Defining and targeting health care access barriers. *J Health Care Poor Underserved.* 2011;22(2):562-75. doi: 10.1353/hpu.2011.0037.
32. Watt, comon risk factor approach / Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000;28(6):399-406. doi: 10.1034/j.1600-0528.2000.028006399.x.

9. APÉNDICE

9.1 Apéndice I

Tablas de evaluación de riesgo de sesgo, de cada uno de los artículos incluidos a texto completo.

Autor- año				
Nombre artículo	Definitivamente si (Bajo riesgo de sesgo)	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no (Alto riesgo de sesgo)
1. ¿La población es fuente representativa de la población de interés?				
2. ¿Es adecuada la tasa de respuesta?				
3. ¿Hay pocos datos faltantes?				
4. ¿Hay pocos datos faltantes?				
5. ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?				

1. Sarah Basharat. 2019				
Health Seeking Behaviour, Delayed Presentation and Its Impact Among Oral Cancer Patients in Pakistan: A Retrospective Qualitative Study	Definitivamente si (Bajo riesgo de sesgo)	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no (Alto riesgo de sesgo)
1. ¿La población es fuente representativa de la población de interés?			x	
2. ¿Es adecuada la tasa de respuesta?		x		
3. ¿Hay pocos datos faltantes?		x		
4. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
5. ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?	x			

2. Gonzalez C, 2019				
Factores que dificultan el diagnóstico precoz del cáncer oral en adultos, región del maule 2019	Definitivamente si (Bajo riesgo de sesgo)	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no (Alto riesgo de sesgo)
1. ¿La población es fuente representativa de la población de interés?	x			
2. ¿Es adecuada la tasa de respuesta?	x			
3. ¿Hay pocos datos faltantes?			x	
4. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
5. ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?	x			

3. Rath, Hemamalini. 2018				
Exploring determinants of care-seeking behaviour of oral cancer patients in India: A qualitative content analysis	Definitivamente si (Bajo riesgo de sesgo)	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no (Alto riesgo de sesgo)
1. ¿La población es fuente representativa de la población de interés?		x		
2. ¿Es adecuada la tasa de respuesta?	x			
3. ¿Hay pocos datos faltantes?		x		
4. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
5. ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?	x			

4. Zohra Saleem. 2018				
Habits and reasons for delayed presentation of patients with oral cancer in a hospital of Tertiary care from a world third country	Definitivamente si (Bajo riesgo de sesgo)	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no (Alto riesgo de sesgo)
1. ¿La población es fuente representativa de la población de interés?	x			
2. ¿Es adecuada la tasa de respuesta?	x			
3. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
4. ¿Hay pocos datos faltantes?		x		
5. ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?	x			

5. Shoaib M., Ahsanuddin A. 2018 (Cualitativo)				
Knowledge and health belief attitudes of oral cancer and its screening among at-risk southern thai Muslims	Definitivamente si (Bajo riesgo de sesgo)	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no (Alto riesgo de sesgo)
1. ¿La población es fuente representativa de la población de interés?	x			
2. ¿Es adecuada la tasa de respuesta?	x			
3. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
4. ¿Hay pocos datos faltantes?		x		
5. ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?	x			

6. Nosayaba Osazuwa-Peters. 2017				
Characteristics and Predictors of Oral Cancer Knowledge in a Predominantly African American Community	Definitivamente si (Bajo riesgo de sesgo)	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no (Alto riesgo de sesgo)
1. ¿La población es fuente representativa de la población de interés?	x			
2. ¿Es adecuada la tasa de respuesta?	x			
3. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
4. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
5. ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?	x			

7. Stephenson. 2017				
Perceptions of Oral Cancer Screenings as Compared to Other Cancer Screenings: A pilot study	Definitivamente si (Bajo riesgo de sesgo)	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no (Alto riesgo de sesgo)
1. ¿La población es fuente representativa de la población de interés?		X		
2. ¿Es adecuada la tasa de respuesta?		x		
3. ¿Hay pocos datos faltantes?		x		
4. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
5. ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?	x			

8. Zahid, Tariq; Hafeez; 2014				
Health seeking behavior of oral cancer patients of low socioeconomic status: a cross sectional study in a tertiary care hospital of Karachi	Definitivamente si (Bajo riesgo de sesgo)	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no (Bajo riesgo de sesgo)
1. ¿La población es fuente representativa de la población de interés?	x			
2. ¿Es adecuada la tasa de respuesta?		x		
3. ¿Hay pocos datos faltantes?		x		
4. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
5. ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?	x			

9. Joseph L Riley. 2013				
Disparities in Knowledge of Mouth or Throat Cancer Among Rural Floridian	Definitivamente si (Bajo riesgo de sesgo)	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no (Alto riesgo de sesgo)
1. ¿La población es fuente representativa de la población de interés?	x			
2. ¿Es adecuada la tasa de respuesta?		x		
3. ¿Hay pocos datos faltantes?		x		
4. ¿Hay pocos datos faltantes?				x
5. ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?	x			

10. Shepperd JA. 2013				
A Survey of Barriers to Screening for Oral Cancer among Rural Black Americans	Definitivamente si (Bajo riesgo de sesgo)	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no (Alto riesgo de sesgo)
1. ¿La población es fuente representativa de la población de interés?	x			
2. ¿Es adecuada la tasa de respuesta?	x			
3. ¿Hay pocos datos faltantes?		x		
4. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
5. ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?	x			

11. Howell JL. 2013				
Barriers to oral cancer screening: a focus group study of rural Black American adults	Definitivamente si (Bajo riesgo de sesgo)	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no (Alto riesgo de sesgo)
1. ¿La población es fuente representativa de la población de interés?	x			
2. ¿Es adecuada la tasa de respuesta?	x			
3. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
4. ¿Hay pocos datos faltantes?		x		
5. ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?	x			

12. Oluwatunmise Awojobi. 2012				
Patients perceptions of oral cancer screening in dental practice: a cross- sectional study	Definitivamente si (Bajo riesgo de sesgo)	Probablemente si	Probablemente ni	Definitivamente no (Alto riesgo de sesgo)
1. ¿La población es fuente representativa de la población de interés?		x		
2. ¿Es adecuada la tasa de respuesta?	x			
3. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
4. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
5. ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?	x			

13. Rogers. 2011				
Reasons for delayed presentation in oral and oropharyngeal cancer: the patients perspective	Definitivamente si (Bajo riesgo de sesgo)	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no (Alto riesgo de sesgo)
1. ¿La población es fuente representativa de la población de interés?	x			
2. ¿Es adecuada la tasa de respuesta?	x			
3. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
4. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
5. ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?	x			

14. E. Grant. 2010				
The experiences of young oral cancer patients in Scotland: symptom recognition and delays in seeking professional help	Definitivamente si (Bajo riesgo de sesgo)	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no (Alto riesgo de sesgo)
1. ¿La población es fuente representativa de la población de interés?	x			
2. ¿Es adecuada la tasa de respuesta?		x		
3. ¿Hay pocos datos faltantes?	x			
4. ¿Hay pocos datos faltantes?			x	
5. ¿Existe alguna evidencia de fiabilidad y validez del instrumento de encuesta?		x		

9.2 Apéndice II

Tabla resumen de todas las barreras encontradas en cada artículo incluido a texto completo.

Barreras	Conocimiento	Escolaridad	Administrativo	Económico	Transporte	Creencias	Miedo	Retraso	Otras
1.	Falta de conciencia sobre los factores de riesgo del CCO, pronóstico, síntomas y médico adecuado para abordar el tratamiento.		resultados de la biopsia en promedio tomaron 1 a 2 semanas y el tratamiento comenzó dentro de 1 a 3 meses desde la primera vez que el paciente buscó ayuda.	Dificultad para pagar tto u otros gastos asociados,		Pacientes que no tenían antecedentes de consumo de tabaco y habían desarrollado cáncer, creían que la fuerza divina desempeñaba un papel. Como la religión es un tema sensible de discusión, este tema no se investigó más para que no se perciba como una pregunta sobre su fe.		Relato de retraso	Dependencia implícita de las mujeres en los hombres para la acción
Sarah Basharat	Principales causas del retraso.					El significado de "prueba" se entiende como una prueba de tu fe y fortaleza con la que soportas la adversidad. Es una creencia común en Pakistán que, si soportas la adversidad con gracia y fortaleza, eventualmente serás recompensado por tu paciencia.			Dependencia debido a la edad (anciana depende de alguien más joven)
Shifa, Pakistan 2019									

<p>2. Gonzalez, Camila</p> <p>Nuñez, M. Loreto</p> <p>Chile</p> <p>2019</p>	<p>CCO es una patología poco conocida en la población de estudio. más de la mitad de la población no ha escuchado hablar acerca de la enfermedad. Se reporta el poco conocimiento en donde realizan el examen diagnóstico.</p>			<p>Falta de recursos</p> <p>para costear exámenes, tto y seguro de salud.</p>			<p>Evasión defensiva para evitar saber acerca de la enfermedad no deseada.</p>	
<p>3.</p> <p>Rath, Hemamalini;</p> <p>India</p> <p>2018</p>	<p>Recuperación espontánea.</p> <p>Falta de percepción de seriedad de la enfermedad:</p> <p>” Con frecuencia comencé a tener dolor de garganta, nunca pensé que tenía que ver este día médico”.</p> <p>Ignorancia sobre el CCO: sanará automáticamente.</p>	<p>Nivel educativo bajo (solo clase primaria)</p>	<p>No instalaciones: “El médico del hospital de nuestro pueblo dijo que fuera a Cuttack ya que la prueba no se puede hacer aquí”.</p> <p>Centro apropiado: “No obtuve alivio, así que el médico me remitió al hospital del distrito. Tomé medicamentos de ese médico, no obtuve ningún beneficio. Uno de mis amigos me recomendó un hospital oncológico”.</p> <p>Percepción sobre el sistema de salud: “Mi hijo me dijo, iremos al hospital, había mucha gente por lo que nos fuimos.</p>	<p>costos</p>	<p>Distancia del sistema de salud:</p> <p>” En mi pueblo, no hay médico. A diez kilómetros de distancia hay un hospital”.</p>	<p>Tipo de profesional de salud visitado: “Nadie en mi familia toma medicamentos, así que le mostré al médico homeópata en mi pueblo”.</p> <p>Dios.</p>		<p>Diagnóstico erróneo: Fui a una clínica dental, el dentista hizo la extracción y tomó 100 rupias, pero la herida no cicatrizó.</p> <p>Actitud:</p> <p>” Había algo de molestia en mi encía, no tenía ganas de ir al médico por un problema tan pequeño”.</p>
<p>4.</p> <p>Zohra Saleem,</p> <p>Pakistán</p> <p>2018</p>	<p>Desconocimiento de síntomas:</p> <p>” Consideraban que la lesión es algo habitual y no peligroso, que mejoraría por sí mismo”.</p>		<p>No contacto con profesional</p> <p>Dificultad conseguir cita</p>	<p>Costo económico de obtener un chequeo</p>	<p>Transporte muy lejos.</p>		<p>Miedo a la biopsia.</p>	<p>Demasiado ocupado para ir a chequeo médico.</p>

<p>5.</p> <p>Srisuk; Hutcha</p> <p>Tailandia</p> <p>2018</p>	<p>“Conocimiento sobre el CCO mínimo o inexistente, nunca habían oído hablar de la enfermedad y no tenían idea de los primeros signos de advertencia del cáncer oral”.</p> <p>“No sabían que el cáncer puede ocurrir en la boca”</p> <p>“Adicción a las drogas fue admitida por pocos participantes en entrevistas por una posible relación con el riesgo de cáncer oral y su metástasis”</p> <p>Masticar betel quid no es un factor de riesgo para el cáncer oral. Además, algunos creían que masticar betel quid es un medicamento para la buena salud y tenía un papel protector contra el cáncer oral.</p> <p>“Participantes sintieron que un examen de cáncer oral era inútil mientras estuvieran sanos”</p>	<p>Incapacidad para comunicarse bien en tailandés. Tal incapacidad se debe principalmente al hecho de que el dialecto principal utilizado en la zona es el malayo y casi todos tienen poca educación. Las escuelas de su zona se imparten tanto en tailandés como en Malayo, pero usan malayo en la vida diaria. La evidencia que muestra su limitación para comunicarse en tailandés influyó en su comprensión de la información tailandesa.</p>			<p>Falta de transporte</p>	<p>“Algunos creían que la susceptibilidad al cáncer oral era impredecible ya que su destino estaba dirigido por Alá”</p> <p>Quienes optaron por un tratamiento tradicional mencionaron dos tipos: la medicina herbal y el agua bendita</p> <p>Reconocieron que los curanderos a base de hierbas conocían todas las hierbas, por lo que no debería haber diferencia en el resultado del tratamiento entre médicos tradicionales y modernos</p> <p>La falta de fe en la medicina moderna también fue evidenciada por algunos que dijeron que los pacientes con cáncer pueden morir a causa del tratamiento en el hospital.</p>	<p>Tener miedo a aceptar la verdad o correr riesgos también se muestra en la cita relacionada.</p> <p>“La fobia al cáncer puede hacer que las personas eviten la detección con la excusa de segundo no tener el tiempo libre como motivo”.</p> <p>Miedo de que el médico les diga segundo Bueno, morirás en un par de días porque tienes esa enfermedad.</p>		<p>Algunos temas explorados fueron culturalmente sensibles; por lo tanto, es posible que algunos participantes no hayan revelado todas sus opiniones.</p>
---	---	---	--	--	----------------------------	--	--	--	---

<p>6.</p> <p>Nosayaba Osazuwa</p> <p>EE:UU</p> <p>2017</p>	<p>Desconocimiento sobre cáncer oral</p> <p>El conocimiento deficiente puede ser un factor que contribuya a la presentación tardía entre los afroamericanos . En comparación con los afroamericanos , los caucásicos tenían un mayor conocimiento del cáncer oral</p> <p>Desconocimiento de factores de riesgo.</p>	<p>Los participantes con diploma de escuela secundaria o menos tenían un menor conocimiento del cáncer oral en comparación con aquellos con un título universitario o superior.</p> <p>Junto con nuestro otro hallazgo de que la educación superior se asoció con una tasa de tabaquismo significativamente más baja.</p>							<p>Actitud negativa</p>
<p>7.</p> <p>Stephenson, M.C</p> <p>Idaho, EE:UU</p> <p>2017</p>	<p>Falta de conciencia respecto a la necesidad de exámenes de detección de cáncer oral.</p> <p>Tiempo que implica la realización del examen para diagnosticar cáncer oral.</p>		<p>Falta de oportunidades para exámenes de detección.</p>	<p>Costo de los exámenes.</p>			<p>Miedo a encontrar cáncer y miedo al dolor.</p>		

<p>8.</p> <p>Zahid</p> <p>Karachi, Pakistán</p> <p>2014</p>	<p>La razón más común (81%) presentada por los pacientes para la presentación tardía fue la falta de conocimiento y educación sobre el peligro que representan sus quejas de presentación.</p>	<p>Falta de educación. Peligro que representan sus quejas de presentación.</p> <p>Comportamiento de búsqueda de salud del paciente está relacionado con su estado educativo.</p> <p>La mayoría de los pacientes retrasan la búsqueda de ayuda.</p>		<p>Restricción monetaria</p>		<p>Tratamiento con curanderos.</p>		<p>Miedo al diagnóstico de cáncer.</p> <p>Miedo a la cirugía.</p>	
<p>9.</p> <p>Joseph L Riley</p> <p>Florida, EE.UU</p> <p>2013</p>	<p>Los participantes con niveles de educación superior y puntajes de alfabetización en salud indicaron que tenían más conocimiento de cáncer oral. Además, hubo un efecto de interacción género por raza. Entre las mujeres participantes, las blancas tenían más conocimiento que las negras. Entre los participantes negros, los hombres tenían más conocimiento que las mujeres.</p>	<p>36% de los encuestados tenía estudios de educación secundaria o menos.</p> <p>Los niveles de educación superior y la alfabetización en salud indicaron que tenían más conocimiento sobre el CCO. Entre las mujeres participantes, las blancas tenían más conocimiento que las negras. Entre los participantes negros, los hombres tenían más conocimiento que las mujeres.</p> <p>Una mayor preocupación con MTC se asoció con niveles de educación más bajos</p>							

<p>10.</p> <p>Shepperd JA</p> <p>Florida, EE.UU</p> <p>2013</p>	<p>Bajo conocimiento/atención social: si un proveedor había recomendado la detección; la ausencia de una recomendación correspondió con intenciones de detección más bajas.</p>			<p>Falta de recursos: menos recursos corresponden con intenciones de detección más bajas.</p>			<p>Miedo/evasión defensiva: cuanto más participantes querían evitar conocer sus resultados de detección, menores eran sus intenciones de detección.</p>		
<p>11.</p> <p>Howell JL</p> <p>Florida, EE.UU</p> <p>2013</p>	<p>Bajo conocimiento de CCO.</p>			<p>Falta de recursos.</p> <p>Falta de dinero y seguro médico.</p>		<p>Fatalismo: Dios va a hacer lo que él quiera.</p>	<p>Miedo/evasión defensiva</p> <p>miedo a la detección y el diagnóstico.</p>	<p>No quiero tener que ir a la clínica.</p>	<p>Orgullo: no me gusta que los médicos me digan lo que tengo que hacer.</p>
<p>12.</p> <p>Oluwatunmise Awojobi</p> <p>Londres, Inglaterra</p> <p>2012</p>	<p>Falta de conocimiento</p> <p>la gran mayoría (77%) informó que sabían un poco o nada.</p> <p>Las personas blancas tenían más conocimiento sobre lo que implica la detección y los fumadores eran cada vez menos conscientes de que sus dentistas los examinaban de forma rutinaria.</p>								<p>Cultura</p>

<p>13.</p> <p>Rogers, Simon N</p> <p>Liverpool, Inglaterra.</p> <p>2011</p>			<p>Dificultad para conseguir una cita con el médico.</p> <p>Dificultad para obtener una cita con el dentista.</p>	<p>Costo de hacerse un chequeo dental.</p>	<p>Dificultad de transporte, demasiado lejos para viajar.</p>		<p>Miedo a cuáles podrían ser los síntomas.</p>	<p>Estaba demasiado ocupado como para acudir a una cita.</p>	
<p>14.</p> <p>E. Grant</p> <p>Edimburgo, Escocia</p> <p>2010</p>	<p>Poca conciencia con su estado de salud pese a tener conocimiento de cáncer oral.</p>		<p>Retraso en acudir a atención a partir del primer síntoma.</p>						<p>Automedicación: Algunos trataron sus síntomas con remedios comprados sin receta médica, o en algunos casos recomendados por un farmacéutico, antes de ver a su médico de cabecera o dentista.</p>