



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**Relación del nivel de conocimiento sobre cáncer
bucal y el promedio ponderado en los alumnos
de Estomatología de la Universidad Señor de
Sipán, 2023**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

Autor:

Bach. Ramirez Sagastegui Miguel Alfonzo
<https://orcid.org/0009-0006-1425-7546>

Asesor:

Mg. CD. Espinoza Plaza Jose Jose
<https://orcid.org/0000-0002-8048-9912>

Línea de Investigación

**Calidad de vida, promoción de la salud del individuo y la
comunidad para el desarrollo de la sociedad**

Sublínea de Investigación

**Nuevas alternativas de prevención y el manejo de enfermedades
crónicas y/o no trasmisibles**

Pimentel – Perú

2023

**RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL Y
PROMEDIO PONDERADO EN ALUMNOS DE ESTOMATOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN, 2023**

Aprobación del jurado

**DRA.CD. LA SERNA SOLARI PAOLA BEATRIZ
Presidente del Jurado de Tesis**

**MG. CD. LAVADO LA TORRE MILAGROS
Secretario del Jurado de Tesis**

**MG. CD. ESPINOZA PLAZA JOSE JOSE
Vocal del Jurado de Tesis**



Universidad
Señor de Sipán

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quien suscribe la DECLARACIÓN JURADA, soy Miguel Alfonzo Ramirez Sagastegui del Programa de Estudios de Pregrado de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaro bajo juramento que soy autor del trabajo titulado:

RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL Y PROMEDIO PONDERADO EN ALUMNOS DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN, 2023

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán, conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación con las citas y referencias bibliográficas, respetando el derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y auténtico.

En virtud de lo antes mencionado, firmo el presente:

RAMIREZ SAGASTEGUI MIGUEL ALFONZO	DNI: 48338808	firma 
-----------------------------------	------------------	--

Pimentel, 29 Diciembre del 2023.

NOMBRE DEL TRABAJO

Informe de Investigación miguel.docx

AUTOR

Ramírez Sagastegui

RECuento DE PALABRAS

9267 Words

RECuento DE CARACTERES

50133 Characters

RECuento DE PÁGINAS

39 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.2MB

FECHA DE ENTREGA

Nov 11, 2024 11:22 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Nov 11, 2024 11:22 AM GMT-5

● **15% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 9% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)
- Material citado

Resumen

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, 2023. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 286 alumnos de la escuela profesional de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, del Octavo, Noveno y Décimo ciclo, de los cuales 251 alumnos de Estomatología cumplieron los criterios de inclusión. Se aplicó un cuestionario, compuesto por 11 interrogantes. Los resultados se procesaron en Microsoft Excel y el programa estadístico IBM SPSS Statistic 26.0; para el análisis mediante estadística descriptiva.

Se obtuvo que el promedio ponderado de los alumnos de octavo, noveno y décimo ciclo de la Escuela profesional de Estomatología es de 12.61 +/- 0.93 puntos. El 23.50% de Género masculino obtuvieron un promedio ponderado de "13.50", y el 30.68% de Género Femenino obtuvo un promedio ponderado de "12.68". El 54.18% (136) de los alumnos que obtuvieron un nivel de conocimiento "regular", el 38.24% obtuvieron un promedio ponderado de "11.16" correspondiente al intervalo de edad "18-29 años". El 54,18% (136) de los alumnos que tiene un nivel de conocimiento "regular", el 16,73% correspondiente al VIII ciclo obtuvo un promedio de "13.42"

Se concluye, que no existe relación entre Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y promedio ponderado en alumnos del octavo, noveno y décimo ciclo (nivel de significancia ($p=0,54>0,05$)).

Palabras Clave: Cáncer bucal, conocimientos, promedio ponderado, alumnos.

Abstract

The aim of the study was to ascertain the correlation between the weighted average of Stomatology students at Señor de Sipán University in 2023 and their degree of awareness regarding oral cancer. The research is cross-sectional, descriptive, and quantitative. The population consisted of 286 students from the eighth, ninth, and tenth cycles of the Señor de Sipán University professional school of stomatology, of whom 251 satisfied the inclusion requirements. Eleven items from a questionnaire were used. Microsoft Excel and the statistical software IBM SPSS Statistic 26.0 were used to process the results in order to analyze them using descriptive statistics.

The weighted average of the Professional School of Stomatology's eighth, ninth, and tenth cycle students was found to be 12.61 +/- 0.93 points. A weighted average score 13.50 was obtained by 23.50% of the male gender and 12.68 by 30.68% of the female gender. Of the students who achieved a "regular" level of knowledge, 54.18% (136) had a weighted average of 11.16, which corresponds to the age range of "18-29 years." Of these, 38.24% had this score. Of the students, 54.18% (136) possess a "regular" level of knowledge, while 16.73%, or the VIII cycle, achieved an average score of 13.42.

It is determined that there is no correlation between the weighted average and the level of oral cancer knowledge among eighth, ninth, and tenth cycle students ($p=0.54>0.05$).

Keywords: Oral Cancer, Knowledge, weighted arithmetic mean, Students.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica el cáncer como principal enfermedad y más frecuente que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. Es uno de las trascendentales afecciones de salud y origen de muerte en el mundo. Los pacientes de edad superior a 50 años tienen más probabilidades de padecerlo, y los hombres son más vulnerables que las mujeres¹. Mediante mitosis recurrentes y aberrantes, las células cancerosas proliferan sin control e invaden los tejidos circundantes adicionales. En estas células se ha producido una mutación que modifica su programa típico de proliferación². Es una patología de múltiples causas, en la que los factores de riesgo más usuales son el alcohol y el tabaco. Sin embargo, se puede prevenir acudiendo a revisiones anuales al Odontostomatólogo³⁻⁵.

El cáncer oral es más frecuente en las regiones occidentales (Francia), Europa oriental (Hungría, Eslovaquia y Eslovenia) y Asia meridional y sudoriental (Sri Lanka, India, etc) ⁶⁻¹⁰. En las naciones con mejores indicadores de desarrollo la incidencia es superior, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Es una enfermedad que mata cada año a unas 1.500 personas en España¹¹⁻¹⁴.

Prihantono afirma que el cáncer superficial dentro del alcance de las fuentes de luz (0,5-1 cm) expuso la primordial respuesta. La terapia fotodinámica (TFD) tiene ventajas sobre los tratamientos convencionales como la radioterapia, cirugía y la quimioterapia en cuanto a la conservación del tejido, la función estética, la repetición del tratamiento para las lesiones recidivantes, la cicatrización mínima, la rentabilidad y la sencillez de la técnica¹⁵.

El cáncer bucal es la décimo tercera enfermedad más frecuente en todo el mundo, afectando sobre todo a los hombres. Tiene una elevada tasa de mortalidad y morbilidad,

con más del doble de casos declarados en hombres que en mujeres (1.310.000 y 500.000 respectivamente). Según un informe de la OMS de 2022, cada año se descubren unos trescientos ochenta mil casos clínicos recientes de cáncer oral en los reconocimientos médicos¹⁶⁻²⁰.

La IARC (International Agency for Research on Cancer) and GLOBOCAN (Global Cancer Observatory) la proyección indica que en el 2030 se producirán 377.713 nuevos casos y 177.757 fallecimientos por casos de cáncer en la boca y por cáncer de labio en todo el mundo. Esto equivale al 2,0% de todas las neoplasias malignas. Más de 2,5 veces más hombres (13,1 por 100.000) que mujeres (5 por 100.000) presentan esta tasa de incidencia^{21,22}.

En Sudamérica, las naciones como India, Sri Lanka, Pakistán, Bangladesh y Taiwán han sido afectadas por esta enfermedad mortal, al igual que a grandes zonas del Pacífico, incluidas Melanesia y Papúa Nueva Guinea⁴. Según los datos más recientes publicados en la Revista Brasileña de Epidemiología en 2022, se pronostica una alta tasa de incidencia del cáncer oral hasta alrededor de 553.000 casos en 2040, lo que provocará 263.000 muertes mundialmente. Se anuncia que la tasa de mortalidad aumenta un 48% en comparación con 2020, lo que supone un alarmante incremento de casi el 34% y una grave amenaza para la salud pública²³⁻²⁵.

En el Perú, según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el cáncer bucal es la decimoprimer neoplasia maligna más usual. Los datos epidemiológicos de esta institución muestran que entre el 2000 y el 2019 se registraron 5089 nuevos casos, siendo la mayoría de las víctimas entre los 65 y 84 años. Los principales indicadores de alarma son: el uso indiscriminado de bebidas alcohólicas y tabaco, las infecciones víricas entre ellas el VEB y el VPH, y una higiene dental inadecuada o inexistente²⁶⁻²⁸.

La problemática existente surge de la carencia de instrucciones sobre el cáncer bucal entre los cirujanos dentistas. Es poco frecuente que se realice un examen exhaustivo de los tejidos orales en una consulta estomatológica. Por lo tanto, es necesario aplicar estrategias de formación en patología oral para prevenir incidentes y diagnosticar enfermedades orales para su remisión a tiempo²⁹⁻³¹. La identificación adecuada de los trastornos orales potencialmente malignos (OPMD) brinda la oportunidad de prevenir el cáncer. Por lo tanto, es necesario darle mayor protagonismo en el abordaje de los contenidos curriculares referentes a la medicina bucal durante la graduación y realizar conferencias postgrado sobre el diagnóstico de esta enfermedad^{32,33,51}.

A nivel internacional, en los estudios realizados por Shamala, A, et al.7 Yemen (2023) El estudio realizado sobre la evaluación de los conocimientos, la actitud y la práctica respecto al cáncer oral entre los estudiantes de último curso de Odontología de Yemen reveló que la mayoría (93,8%) identificaba el tabaquismo como factor de riesgo potencial de cáncer oral, sólo el 76,2% reconocía la exposición al sol como factor de riesgo de cáncer de labio y el 50% era consciente de que la vejez era un factor de riesgo de cáncer oral. El 78% afirmaba examinar regularmente los tejidos blandos. El 84,1% informó de que el cáncer oral puede presentarse como una úlcera que no cicatriza, pero sólo dos tercios de los participantes reconocieron que puede presentarse como una lesión blanca y/o roja.

Shubayr M, et al,9 Arabia Saudita (2021) El estudio analizó factores como el sexo, la edad, la ocupación, los conocimientos y las actitudes hacia el cáncer oral. La mayoría de los participantes tenían escasos conocimientos (71,9%) y poca práctica en exámenes bucales (62,9%). Los participantes de 20-30 años tenían los mejores conocimientos sobre epidemiología (83,2%) y prevención (53%).

Ozdemir, O.⁸ (2021) Turquía, en su estudio la tasa de respuesta general fue de 98%. El 58,4% (178) eran mujeres, y el 41.6% (133) eran varones. El género femenino obtuvo mejor puntaje (61.1%) que el género masculino (38.9%). Según año de estudio, los de Octavo ciclo obtuvieron mejor puntaje (66%) que los de noveno (19%).

Garcia, C, et al.¹⁰ (2019) Cuba, en su artículo realizado del nivel de conocimiento sobre lesión cancerosa; resultó que del 100% de los estudiantes, predominó el sexo femenino (71,0%) por sobre el masculino (29,0%). En cuanto al año de estudio, la mayor proporción de estudiantes (36,6%) pertenecía al quinto ciclo, siendo 81 universitarios calificados con un nivel inferior (87,1%) del 100%, 9 estudiantes se ubicaron en el nivel medio (9,7%) y sólo tres recibieron calificaciones que les permitieron clasificarse en el nivel superior (3,2%). Se determinó el bajo rendimiento de los alumnos (53,8%).

Khodaparast M, et al.¹¹ (2018) Irán, en su estudio realizado se obtuvo una tasa de respuesta de 90,8%. De ellos, 148 eran hombres (46,5%) y 170 mujeres (53,5%). Los contribuyentes en este estudio tenían edades comprendidas entre 22 y 38 años. Los estudiantes obtuvieron una puntuación alta de conocimientos $16,3 \pm 3,1$ sobre 20.

Jafer M, et al.¹² (2018) Arabia Saudita, en su trabajo realizado la edad media fue de $20,2 \pm 3,6$ sobre 35 años. De la muestra, el 55,1% son varones, 44,9% son mujeres con promedio estudiantes de edad de $23,8 \pm 0,9$ años. Del 100% de la población de estudio, el género femenino (40%) y el género masculino (52%) respondió correctamente al cuestionario. Con respecto al objetivo general, se consiguió una respuesta de 45% (regular) sobre cáncer bucal.

A nivel Nacional se encontró los estudios realizados por Albitres, A.¹³(2023) Trujillo, según su tesis de investigación se obtuvo un alto grado de conocimientos (71%). Del mismo modo, tanto los alumnos (78%) como las alumnas (77,3%) de estomatología tenían un grado de conocimiento aceptable en relación con las lesiones cancerígenas. De

los alumnos del séptimo periodo, el 11,8% tenía un nivel de conocimientos adecuado y bueno. En el séptimo ciclo, el 11,8% de los alumnos poseía un buen nivel de conocimientos, mientras que el 11,8% tenía un nivel aceptable. En el octavo ciclo, los alumnos poseían un nivel de conocimientos bueno (77,5%) y aceptable (17,5%); en el noveno ciclo, sólo el 13,9% de los alumnos poseía un nivel de conocimientos excepcional, el 77,8% bueno y el 8,3% aceptable.

Caballero, K14 Trujillo (2023) En su tesis de investigación, cuyo propósito era entender la capacidad de respuesta ante situaciones clínicas, lo que logró fue: Un nivel que no alcanza el 83,6%, seguido por un porcentaje estable con el 9,6% y un nivel que excede el 6,8%. Es notable que el conocimiento en el campo de la epidemiología del cáncer bucal es bajo con un 47,9%, (35), regular con un 28,8% (21) y alto con un 23,3% (17).

Quillahuaman, E¹⁵ (2021) Cuzco, en un estudio en el que participaron alumnos de los ciclos séptimos a décimo, se descubrió que la mayor parte de los alumnos tenía un conocimiento "regular" (68,1%), seguido de un conocimiento deficiente (25,9%) y sólo un 6% obtuvo "bueno". Estos resultados se clasificaron a su vez en tres categorías en función del año de estudio: bajo, regular y alto. Este estudio reveló que, con un 60,75%, el nivel regular de conocimientos era el más común, seguido del nivel bajo (22,43%) y del nivel alto (16,82%), en orden decreciente.

Segura G, et al¹⁶ (2020) Lima, en su estudio realizado con universitarios de tercer a quinto ciclo, se evidencia un nivel de conocimiento bajo (27%). Asimismo, el tercer año presentaba el porcentaje de conocimientos más bajo (45,5%). Del mismo modo, el conocimiento de la etiopatogenia del cáncer oral varió en función del año de estudio; los datos mostraron que el tercer año tenía un mayor porcentaje (52%) de conocimiento a

nivel regular. También mostró el mayor porcentaje de conocimientos de nivel alto (40%) de todas las categorías.

Pulgar L³³, Lima (2016), en su trabajo de investigación, determinó que el 62,7% de los alumnos encuestados eran de género femenino, mientras que el 32,8% eran de género masculino. La media de edad de los alumnos encuestados osciló entre los 21 y los 28 años. El resultado predominante en relación a los tipos de cáncer fue erróneo, con un 57,4%, en cambio, solo el 42,6% respondió de manera correcta, lo que evidencia que los estudiantes poseen un conocimiento limitado sobre los diferentes tipos de cáncer. Alrededor del 80,9% de los participantes señaló la lengua como uno de los lugares más habituales para la presencia de cáncer bucal, en contraste con sólo el 25,7% que reconoció el suelo bucal y el 28,3% que identificó los labios como otras zonas de incidencia.

A nivel Local se encontró que Mendoza A³⁶ (2023) Pimentel, en su tesis existe una brecha de comprensión sobre el cáncer oral, presentando el 81,46% de los internos de estomatología del periodo USS 2020-2022 un nivel de cognición medio, el 13,91% un nivel malo y el 4,64% un nivel bueno. El 65,56% de los encuestados tiene un conocimiento inadecuado de la epidemiología del cáncer oral. Tratamiento (56,29%), diagnóstico (43,15%) y prevención (62,91%).

De igual manera, Cieza J³⁵ (2018) Pimentel, en su estudio de investigación encontró que el nivel de conocimiento es inadecuado. El 17,7% de la población, es decir, 59 individuos, obtuvieron resultados calificados como regular. Esto dio lugar a porcentajes del 33,9% que no conocían el tema o no lo conocían, y del 62,7% que lo conocían regularmente. En cuanto a la edad, los individuos de 25 años de media (59,6%), los de quinto ciclo (57%) y las mujeres (74%) demostraron un rendimiento superior.

La hipótesis H1 de la presente investigación fue: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos de

Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, 2023. Y la H0: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, 2023.

El Objetivo General fue Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, 2023.

Los Objetivos Específicos fueron - Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán 2023, según género. - Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán 2023, según edad.

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán 2023, según año de estudio.

La Real Academia Española define el conocimiento como la acción y efecto de comprender, además de describirlo como "entendimiento, inteligencia y razón natural". Según el diccionario Oxford, el conocimiento es la comprensión obtenida mediante la experiencia, la observación o el estudio¹⁸.

En el sector sanitario, el conocimiento es una parte esencial para prestar una asistencia de calidad. Es mediante la investigación científica y la lectura como tratamos de mejorar nuestra comprensión de la salud y de cómo tratar mejor a los pacientes. Tener un conocimiento exhaustivo de la información sanitaria es especialmente importante en el campo de la odontología, ya que permite tomar decisiones a tiempo, establecer una sólida relación médico-paciente y prestar una atención primaria eficaz. Estos conocimientos

pueden ayudar a prevenir la progresión de las enfermedades y garantizar que los pacientes reciban el mejor tratamiento posible¹⁹.

Además de la investigación y la lectura científicas, los profesionales sanitarios también deben conocer los últimos avances en tecnología y opciones de tratamiento. Con el desarrollo constante de nuevas tecnologías y tratamientos, es esencial que los profesionales sanitarios se mantengan al día de los últimos avances en su campo. Este conocimiento les permite proporcionar a los pacientes los cuidados más avanzados y eficaces posibles¹⁸.

En general, el conocimiento es una parte crucial de la prestación de una asistencia sanitaria de calidad. Desde la investigación científica y la lectura hasta estar al día de los últimos avances en tecnología y opciones de tratamiento, los profesionales sanitarios deben tratar constantemente de ampliar sus conocimientos para proporcionar la mejor atención posible a sus pacientes¹⁹.

Se conoce como cavidad bucal a la zona anatómica situada entre un plano coronal que se extiende desde la conexión del paladar blando y duro, a través de las papilas circunvaladas de la lengua, hasta el bermellón de los dientes. Nos encontramos con seis subsitios empleados para categorizar el cáncer (labio, lengua, piso bucal, paladar duro, alveolar, trígono retromolar y paladar blando)^{18,19}.

Es un problema de salud y una de las principales razones de mortalidad a escala global. Es más frecuente en pacientes que superan los 50 años, presentando una prevalencia superior en varones que en mujeres¹⁷

Las células malignas se propagan sin control a través de mitosis reiteradas e inusuales, propagándose a otros tejidos alrededor. Estas células sufrieron una mutación que modifica su esquema habitual de proliferación¹⁸.

Es una enfermedad multifactorial, en la que el tabaco y el alcohol son los factores de riesgo más importantes. Sin embargo, se puede prevenir acudiendo a revisiones anuales al dentista. Otros hábitos con menor probabilidad de cáncer bucal son: hábitos de riesgo o exposición al sol²⁰.

El cáncer oral tiene una prevalencia de dos a tres veces superior en hombres que en mujeres en la mayoría de las etnias. En reportes globales, los cánceres provenientes de todas las áreas de la cavidad bucal y la faringe se agrupan y simbolizan de manera colectiva el sexto cáncer más frecuente a nivel global. De acuerdo con los más recientes reportes de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), la incidencia aumenta anualmente, a escala global supera los 300.000 casos detectados, y la tasa de mortalidad anual se sitúa en aproximadamente 145.000 fallecimientos²¹.

Para el año 2030, se anticipa un incremento del 17,2% en la tasa de mortalidad por cáncer bucal en Centroamérica y Sudamérica. En Ecuador, las lesiones asociadas al cáncer de boca, lengua y labios, son menos comunes, llegando a un 18%. Se informaron doce lesiones premalignas en la cavidad bucal en 2017, las cuales fueron tratadas a tiempo²⁴.

Un estudio llevado a cabo en Guayaquil (Ecuador) documentó una incidencia de 45 tumores localizados en el maxilar inferior, que constituyen el 61,64% del total de pacientes, y 28 casos en el maxilar superior, que constituyen el 38,36%. Resultó que el grupo de 60 a 74 años fue el más afectado con un 31,51%. De acuerdo con el sexo, el porcentaje fue del 52,05% para las mujeres y del 47,95% para los hombres^{25,26}.

A escala mundial, se reportaron 550 000 casos más de Carcinoma de células escamosas en la cabeza y el cuello, con un total de 380 000 fallecimientos anuales. El carcinoma bucal de células escamosas representa el 90% de todos los cánceres, siendo

más común en el borde lateral de la lengua y su tratamiento variará según la fase en la que se halle el daño²⁵.

El tabaco es el factor de riesgo más importante; este elemento es responsable del 90% de los cánceres bucales en hombres y del 60% en mujeres. Esto ocurre a causa de los hidrocarburos policíclicos aromáticos y las nitrosaminas. Además, se considera que el consumo y el tiempo empleado están directamente relacionados con la formación de segundos tumores primarios en pacientes que abandonaron el tabaco tras la cura de su primer cáncer²⁶.

El tipo de tabaco también tiene un impacto directo en la aparición de esta enfermedad; se sostiene que el tabaco oscuro posee propiedades alcalinas e irritantes superiores que el tabaco claro; por lo tanto, su inhalación es menor y se relaciona más con el cáncer laríngeo que con el de lengua²⁷.

Se ha vinculado el consumo de alcohol con un incremento en el riesgo de padecer diversos tipos de cáncer, incluyendo el cáncer de boca, orofaringe y laringe supraglótica. En realidad, el alcohol, tras el consumo de tabaco, es el segundo factor de riesgo más significativo de estos tipos de cáncer²⁸.

Según las investigaciones, las personas que consumen alcohol tienen una probabilidad seis veces mayor de desarrollar cáncer de tubo digestivo superior en comparación con las que no lo hacen. Además, el riesgo de muerte por cáncer orofaríngeo es cuatro veces mayor entre aquellos que consumen alcohol de forma regular^{28,29}.

Es crucial que los individuos estén alertas acerca de los peligros vinculados al consumo de alcohol y tomen decisiones fundamentadas respecto a sus costumbres de consumo. Reducir el consumo de alcohol o abstenerse completamente puede reducir significativamente el peligro de contraer cáncer y otras afecciones de salud. Además,

mantener una correcta limpieza bucodental y regular las visitas al odontólogo puede ayudar a reducir en lo posible desarrollar cáncer bucal y orofaríngeo²⁸⁻³¹.

Se ha asociado el empleo de alcohol con un aumento en la probabilidad de desarrollar cáncer en algunas zonas del cuerpo, particularmente las que están en contacto directo con el alcohol durante la ingesta y el aliento. Estos ámbitos comprenden el suelo bucal, las orillas de la lengua, la zona glosa-amigdalina, la vallécula (la frontera entre la lengua y la laringe), la región supraglótica de la hipofaringe y el esófago³¹.

No se conoce totalmente el motivo por el cual el ingesta de alcohol aumenta la posibilidad de adquirir cáncer, pero se supone que se debe a la degradación del alcohol en acetaldehído, un compuesto venenoso que puede dañar el ADN y otros componentes celulares. El consumo excesivo de alcohol también puede provocar cirrosis hepática, lo cual podría aumentar la oportunidad de desarrollar cáncer de hígado³¹.

Por lo tanto, es vital restringir el consumo de alcohol para reducir la probabilidad de experimentar cáncer y otras afecciones de salud. Además, es crucial considerar que aquellos con antecedentes familiares de cáncer u otros factores de riesgo deben tener un cuidado especial con su consumo de alcohol. Las pruebas regulares para identificar el cáncer y un ritmo de vida sano, como una alimentación balanceada y actividad física constante, también pueden contribuir a disminuir el riesgo de padecer cáncer³¹.

Virus del papiloma Humano. Es un conjunto de virus que muestran una fuerte atracción por las células epiteliales escamosas que recubren la piel y las membranas mucosas. Estos virus poseen una afinidad particular por las células basales del epitelio escamoso, encargadas de la producción del ADN, y las emplean como principal blanco para su duplicación. El ciclo de vida del VPH se basa en las células epiteliales del anfitrión, y el virus no puede subsistir ni reproducirse fuera del anfitrión³².

La relación entre la infección por VPH y la aparición del cáncer de cuello uterino es ampliamente reconocida, y el virus ha sido registrado como un factor clave en la patogénesis de esta enfermedad. No obstante, investigaciones recientes también han demostrado un aumento en la incidencia de cánceres orofaríngeos vinculados al VPH, especialmente en individuos que no fuman y no beben menores de 45 años^{31,32}.

La prevalencia de la infección por VPH en la orofaringe de las personas con neoplasia intraepitelial cervical (NIC) supera a la de las que carecen de NIC, lo que indica una potencial correlación entre ambas patologías. La existencia del VPH en la orofaringe podría contribuir al surgimiento del cáncer orofaríngeo, aunque el mecanismo preciso de esta relación todavía no se ha establecido²⁹.

Además del uso de tabaco y alcohol, otros factores de riesgo para la infección por VPH y cánceres relacionados incluyen el comportamiento sexual, la condición del sistema inmunológico y la predisposición genética. La vacuna contra el VPH es una estrategia de prevención altamente efectiva frente a la infección por VPH y las enfermedades asociadas, y su implementación masiva tiene la capacidad de disminuir de manera significativa la aparición de estos cánceres en el futuro³⁰.

En general, la creciente incidencia de los cánceres orofaríngeos asociados al VPH pone de relieve la necesidad de seguir investigando la patogénesis y la prevención de estas enfermedades, así como la importancia de las iniciativas de salud pública dirigidas a promover la vacunación contra el VPH³¹.

VIH. Se ha descubierto que contribuye al desarrollo de tumores y a un mal pronóstico. Esta infección vírica se ha asociado a varios tipos de enfermedades, como la enfermedad de Hodgkin, el sarcoma de Kaposi, el linfoma no Hodgkin y el carcinoma cervical y del carcinoma del conducto anal. Normalmente, los pacientes con estos cánceres tienen uno o más virus de ADN, como el virus del herpes humano - 8, el virus

de Epstein-Barr y el virus del papiloma humano. No obstante, existen escasas evidencias de que el VIH posea un efecto directamente oncogénico. Si bien la infección por virus puede favorecer la patogénesis o dificultar el tratamiento de la neoplasia, no se ha descubierto ninguna proteína vírica que pueda transformar o transducir oncogenes en las células²⁴.

Últimamente, la relación entre la infección por VIH y el carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello se ha intensificado, especialmente en la zona oral. Es conocido que el 5% de los individuos con carcinoma de células escamosas en la cabeza y el cuello son portadores de la infección por VIH. En comparación con el grupo no seropositivo, la edad media de estos pacientes es de 43 años, y cerca del 20% de los pacientes con carcinoma escamoso de cabeza y cuello menores de 45 años poseen una infección por VIH.

Se ha vinculado la infección con el VIH y el virus del papiloma humano con un incremento en el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. Las mujeres con seropositividad muestran una prevalencia superior de tipos de virus del papiloma humano de alto riesgo, y tienen un riesgo elevado de desarrollar neoplasias intraepiteliales cervicales y cáncer cervical invasivo. Adicionalmente, las mujeres seropositivas con cáncer de cuello uterino suelen presentar un pronóstico más adverso que las seronegativas, a causa de los efectos inmunosupresores del VIH en su cuerpo.

Es esencial la prevención primaria para disminuir el riesgo de padecer cáncer de cabeza y cuello. Es crucial dejar de fumar para reducir el riesgo de padecer lesiones premalignas y malignas. El peligro de padecer cáncer de la cavidad oral se reduce un 30% tras uno a nueve años de abandonar el hábito de fumar, y un 50% tras nueve años. No obstante, se requieren hasta 15 años de inmersión para que se erradiquen las alteraciones de la mucosa provocadas por el consumo de tabaco. Es crucial motivar a la población a

dejar de fumar, tanto para evitar las primeras neoplasias como para los pacientes bajo supervisión^{14,19}.

La quimioprevención es un tipo de tratamiento que implica la administración de uno o varios medicamentos con el objetivo de evitar o atenuar la aparición del cáncer. La meta de la quimioprevención es frenar el avance de la carcinogénesis y, en caso de ser viable, reorientar las modificaciones hacia una mucosa saludable. El estudio ha evidenciado que la quimioprevención tiene el potencial de disminuir la probabilidad de desarrollar determinados tipos de cáncer, tales como el cáncer de mama, colon y próstata¹⁵.

La vitamina A, junto con sus similares, denominados retinoides, han sido extensamente investigadas en el ámbito de la quimioprevención. Los retinoides son una clase de sustancias estructuralmente parecidas a la vitamina A que han probado poseer fuertes características anticancerígenas. Funcionan regulando el desarrollo y la diferenciación celular, impidiendo la creación de nuevos vasos sanguíneos que drenan los tumores y fomentando la apoptosis o muerte celular programada¹⁶.

Diversos estudios clínicos han examinado la efectividad de los retinoides en la prevención quimioquímica de varios tipos de cáncer. Por ejemplo, los estudios han demostrado que los retinoides poseen la habilidad de reducir la aparición de segundos tumores primarios en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, además de prevenir la aparición de leucoplasia oral, un estado precancerígeno. Además, se ha comprobado que los retinoides son útiles para disminuir el riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres con alto riesgo de sufrir la enfermedad^{16,17}.

Pese a sus potenciales ventajas, los retinoides pueden provocar efectos adversos, tales como piel seca, inflamación en labios y boca, y un incremento en la sensibilidad a la luz solar. Así, resulta crucial evaluar meticulosamente los riesgos y ventajas del empleo

de retinoides para la quimioprevención y consultar con un experto en salud antes de comenzar el tratamiento¹⁵.

Para concluir, la quimioprevención representa un método esperanzador para disminuir la incidencia del cáncer y optimizar los resultados en los pacientes. Específicamente, los retinoides han evidenciado un enorme potencial en la prevención y terapia de diversos tipos de cáncer. No obstante, es imprescindible continuar con la investigación para entender completamente sus mecanismos de acción y elaborar tácticas de quimioprevención seguras y eficientes^{15,16}.

Durante las primeras etapas, las lesiones orales pueden no manifestar síntomas y pasar inadvertidas sin una correcta exploración oral. No obstante, en etapas más avanzadas, pueden surgir síntomas como sangrados, pérdida de dientes, dificultad o dolor al tragar, problemas para mantener una dentadura postiza, bultos en el cuello, úlceras que no se curan, lesiones de color blanco o rojo, o una mezcla de ambas^{17,18}.

Los primeros indicios de cáncer bucal incluyen úlceras sin dolor, endurecimiento, hormigueo en la lengua o el labio, crecimiento papilar y problemas para abrir la boca a causa de la reducción de la movilidad de los tejidos. Es necesario sospechar que una lesión que se mantiene en la boca por más de tres semanas es un caso de cáncer¹⁹.

El cáncer bucal puede incidir en cualquier zona de la cavidad bucal, aunque suele localizarse lateral de la lengua y en el suelo bucal. Asimismo, puede influir en otras estructuras, como la orofaringe, el paladar blando, la mucosa bucal o el labio inferior¹⁵.

Las áreas habituales de lesiones incluyen la parte anterior de la lengua, el suelo bucal, la mucosa bucal y los alvéolos. Las heridas provocadas por el VPH son más comunes en la zona posterior de la cavidad bucal, tales como la base de la lengua, la orofaringe, los pilares amigdalinos y las amígdalas¹².

En caso de duda, los profesionales sanitarios pueden requerir técnicas diagnósticas complementarias. La biopsia es un método utilizado como complemento del diagnóstico, que se realiza cuando la lesión lleva presente en la boca más de tres semanas y cuando existe sospecha de malignidad. Histológicamente, podemos observar que en el carcinoma hay displasia extendida por todo el espesor del epitelio e invasión a través de la membrana¹⁴.

Según Wong y Wiesenfeld, el principal tratamiento del cáncer oral y orofaríngeo es la cirugía. Si el cáncer oral se detecta pronto, el tratamiento será menos invasivo. La técnica quirúrgica tiene dos componentes fundamentales: la cirugía resectiva, que consiste en extirpar el tejido patológico, y la cirugía reconstructiva, que restaura el aspecto y la función de la zona afectada. La meta debe ser alcanzar márgenes quirúrgicos definidos y una supervivencia duradera¹³⁻¹⁴.

Elementos como la extensión y localización de la invasión, la cercanía a la mandíbula o el maxilar superior y la profundidad de la infiltración deben guiar las decisiones quirúrgicas. También debe tenerse en cuenta el estado de la cavidad oral, incluidos los dientes, la apertura bucal, la movilidad de la lengua y el trismo. La intervención quirúrgica pretende reducir los daños secundarios, como los estéticos y los funcionales, incluidos el habla y la deglución¹⁵.

Puede haber células cancerosas fuera del tejido extirpado (margen positivo). Sólo extirpar el tumor puede dejar células malignas, razón por la cual se aconseja la quimioterapia para disminuir su aparición. Las nuevas pautas sugieren un margen microscópico de 5 mm de tejido normal en el entorno del tumor. Durante la cirugía también se rodea el tumor con un margen macroscópico de 10-15 mm para obtener un margen superior a 5 mm. El tratamiento suele incluir terapia radiológica. Joo et al. recomiendan un abordaje transoral para tumores pequeños en localizaciones accesibles,

pero no para cánceres profundamente infiltrantes. La cirugía se realiza en un tiempo estándar de 150 minutos²³.

Se aconsejará la disección del cuello a los pacientes con carcinoma bucal de células escamosas. Se aconseja la disección del cuello para cualquier tipo de cáncer bucal en los estándares T2/T3 y T4, así como para cualquier carcinoma bucal de células escamosas con un grosor de T1 superior a 3 mm²⁴.

Lee y Tseng proponen que se puede tratar el carcinoma bucal de células escamosas mediante braquiterapia y radioterapia externa. Esta última emplea dispositivos especializados como betatrones y aceleradores lineales que generan radiaciones de gran potencia (como los rayos X) con el fin de aniquilar las células malignas y frenar su multiplicación. Usualmente, los injertos de braquiterapia suministran dosis elevadas de radiación a tejidos restringidos a través de una semilla de yodo o una aguja de iridio, manteniendo los tejidos normales alrededor. Frecuentemente, la radioterapia se mezcla con la cirugía o la quimioterapia con el objetivo de aniquilar las células mitóticas, perjudicando su ADN^{21,25}.

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello que vayan a someterse a radioterapia deben someterse previamente a una evaluación dental para identificar los tratamientos necesarios a fin de evitar posibles complicaciones orales durante o después del tratamiento. Por ejemplo, es necesario realizar extracciones dentales que representen un riesgo previo a la radioterapia para prevenir el peligro de osteorradionecrosis vinculado a las exodoncias posteriores a la radiación.

La exposición a la radiación durante el tratamiento también puede causar xerostomía, que aumenta el riesgo de caries dental a largo plazo. Por tanto, una evaluación dental previa a la radiación puede proporcionar beneficios adicionales, como

recomendaciones de tratamientos prescritos, como suplementos de flúor, y visitas dentales preventivas tras la radioterapia para reducir los efectos dentales a largo plazo²⁹.

Durante el tratamiento, las glándulas salivales se ven expuestas a la radiación, la xerostomía es uno de los efectos secundarios que aumenta la posibilidad de desarrollar caries dental, una afección que se presenta a largo plazo a raíz de la radioterapia. Así pues, la evaluación dental previa a la radioterapia ofrece el beneficio extra de obtener recomendaciones sobre tratamientos prescritos como fluoruro de prescripción, suplemento y la guía para acudir al dentista de forma preventiva tras la radioterapia, con el propósito de reducir los efectos dentales de la radioterapia a largo plazo³¹.

Las glándulas salivales están expuestas a la radiación durante el tratamiento, lo que puede causar xerostomía. Esto aumenta el riesgo de caries dental a largo plazo debido a la radioterapia. Las evaluaciones dentales previas a la radioterapia son beneficiosas porque proporcionan recomendaciones para los tratamientos prescritos, como la prescripción de flúor, suplementos y educación sobre visitas dentales preventivas³¹.

Además de las modalidades mencionadas de tratamiento del cáncer, Díaz y García explican que existen distintos tipos de tratamiento en función del objetivo específico. Por ejemplo, un tipo de tratamiento es el tratamiento primario radical inicial de los tumores localizados. Este tipo de tratamiento se suele utilizar en casos de cáncer de cabeza y cuello localmente avanzado, asociado o no a tratamiento sistémico¹⁸.

Otro tipo de tratamiento es la radioterapia complementaria. Suele realizarse tras la extirpación quirúrgica del tumor para eliminar cualquier enfermedad residual a nivel local - regional, sobre todo en casos de lesiones localmente avanzadas²¹.

Finalmente, hay un tipo de terapia denominado radioterapia paliativa. Esta modalidad se emplea para manejar los síntomas asociados al cáncer, tales como el dolor provocado por adenopatías graves que pueden mitigarse con radioterapia antiálgica,

lesiones con alto riesgo de sangrados o cuando las vías respiratorias se encuentran afectadas. En estas situaciones, la meta es mitigar los síntomas del paciente y elevar su calidad de vida²¹.

En general, los distintos tipos de tratamientos oncológicos disponibles ponen de relieve la importancia de la atención personalizada y la necesidad de adaptar los planes de tratamiento a las circunstancias y objetivos únicos de cada paciente. Al conocer las distintas modalidades de tratamiento disponibles, los profesionales sanitarios pueden colaborar con sus pacientes para desarrollar el plan de tratamiento más eficaz posible²¹.

Se trata de emplear radiaciones de alta intensidad para eliminar las células malignas y disminuir los tumores. Existen dos clases fundamentales de radioterapia: Teleterapia y Braquiterapia²⁴.

La teleterapia es una intervención terapéutica donde la fuente de radiación se encuentra alejada y distanciada del paciente. Esta modalidad de terapia emplea dispositivos como los Aceleradores Lineales y las Unidades de Cobalto 24 para suministrar radiación al organismo del paciente. La teleterapia generalmente se aplica cuando el cáncer se encuentra en la zona más interna del cuerpo o cuando es complicado obtenerlo con otros métodos de tratamiento²².

En contraste, la Braquiterapia se refiere a un tratamiento donde la fuente radiactiva se sitúa dentro del organismo del paciente, próximo al tumor o en el lugar del mismo. Este tipo de terapia generalmente se aplica para cánceres localizados cerca de tejidos saludables u órganos vitales^{22,23}.

La braquiterapia demanda una organización meticulosa y exacta, ya que la fuente de radiación se encuentra muy próxima a los tejidos saludables. Existen dos modalidades de Braquiterapia: Permanente y Temporal. La Braquiterapia Permanente implica la implantación de una fuente radiactiva que se mantiene permanente en el organismo del

paciente. La Braquiterapia Temporal consiste en insertar una fuente radiactiva en el organismo del paciente por un periodo de tiempo específico²¹.

La quimioterapia puede emplearse para propósitos de cura o paliativo. Una terapia combinada con radioterapia es prescrita por un oncólogo para manejar la enfermedad a nivel local o en un nivel de clasificación III o IV. La quimiorradioterapia adyuvante brinda las mejores oportunidades para manejar la enfermedad y prevenir la recaída, frente a la radioterapia sola²⁴.

De acuerdo con Beacher y Sweeney, la cantidad de células comienza a reducirse en los primeros días después de la aplicación de quimioterapia. Esta disminución persiste hasta aproximadamente el día 10-14, momento en el que los números celulares comienzan a incrementarse nuevamente. Los neutrófilos, especialmente, son significativamente impactados por la quimioterapia, y no se debe realizar cirugía sin la intervención del equipo de oncología si los niveles son irregulares^{25,26}.

Los escritores de Beacher y Sweeney detallan que, a pesar de ser menos común y frecuentemente menos severo, el efecto de los medicamentos quimioterapéuticos en las plaquetas puede representar un riesgo significativo de hemorragias si se busca una cirugía dental. Es vital, si un paciente requiere tratamiento odontológico durante la quimiorradioterapia, comprobar su ciclo terapéutico y su estado de los glóbulos rojos. Si las plaquetas disminuyen por debajo de $50 \times 10^9 /l$, no se debe realizar ninguna intervención dental¹⁶.

Nandini et al sostienen que en la actualidad existen medicamentos en estudios clínicos para optimizar los resultados en los pacientes con cáncer. Los inhibidores de los puntos de control y los inhibidores de la respuesta frente al daño en el ADN son los más eficientes. Estos son tratamientos orientados al receptor del factor de crecimiento

epidérmico (que forma parte de la familia c-ebb de receptores de tirosina quinasa transmembrana de tipo I que se sobreexpresan en las células de cáncer bucal)¹⁹.

El cetuximab es una medicina empleada en el tratamiento de los cánceres de cabeza y cuello avanzados o recurrentes/metastásicos. No obstante, posee ciertas toxicidades que restringen su uso extendido, tales como erupciones en la piel, irregularidades bioquímicas (principalmente alteraciones electrolíticas) y reacciones a la infusión. De acuerdo con Nandini et al., el surgimiento de reacciones cutáneas indica un resultado beneficioso, razón por la cual el cetuximab continúa siendo un medicamento muy utilizado. Además, se emplea en el tratamiento paliativo del carcinoma metastásico o recurrente de células escamosas de cabeza y cuello que no ha sido tratado en situaciones extremas²¹.

Se sabe que los virus se han utilizado para tratar el cáncer desde los años 50. En 1974, un estudio realizado en Japón utilizó el virus de las paperas para tratar el cáncer terminal en 90 pacientes, con buenos resultados en 37 de ellos. Sin embargo, no se realizaron más estudios clínicos³⁵.

En 1991, se descubrió que los virus atenuados genéticamente eran eficaces para tratar el glioma en ratones, lo que dio lugar a nuevas investigaciones sobre el uso de virus atenuados para tratar el cáncer, lo que se conoce como viroterapia oncolítica³⁷.

En 2015, Talimogene laherparepvec (T-VEC) fue aprobado por la FDA como el primer virus oncolítico para la terapia del melanoma maligno avanzado inoperable. Los virus oncolíticos estimulan el sistema inmunológico e inducen una inmunidad específica contra el cáncer, lo que se prevé mejorará los resultados del tratamiento y extenderá las tasas de supervivencia cuando se fusionan con inmunoterapia en pacientes con cáncer. Los virus oncolíticos pueden ser encontrados de manera natural o alterados genéticamente en un laboratorio²⁷.

Están realizando pruebas de diversos tipos de cáncer. Una versión del Reovirus tiene la capacidad de eliminar células malignas al ser inyectada directamente en los tumores, particularmente en los cánceres avanzados de cabeza y cuello. Se está empleando el Reovirus en conjunto con técnicas de radiación o quimioterapia, como Paclitaxel o Carboplatino. Actualmente se está realizando pruebas del Reovirus. El tratamiento con virus oncolíticos ha presentado ciertos efectos adversos, como el surgimiento de enfermedades autoinmunes, que requieren un estudio detallado²⁵.

En estudios actuales, Prihantono explica que la terapia fotodinámica (TFD) se trata de un procedimiento de tratamiento con fármacos de luz sensible, conocidos como fotosensibilizadores, seguido de longitudes de onda de luz como reacción a un sensibilizador. En tejidos ricos en oxígeno, los radicales citotóxicos libres causaron la muerte directa de células malignas, el perjuicio microvascular y el inicio de una reacción inflamatoria en el sitio de interferencia⁴⁰.

La terapia fotodinámica se emplea en la lucha contra el cáncer debido a su especificidad y sensibilidad en las células malignas²⁹.

El efecto antitumoral de la TFD causó la muerte directa de las células malignas o la lesión de los vasos sanguíneos de los tumores, además de la activación indirecta del sistema inmunológico inespecífico y las células malignas específicas. El cáncer de cavidad bucal directo, debido a su ubicación y visibilidad, se mostró como un modelo ideal para la terapia fotodinámica¹⁹.

Prihantono sostiene que el cáncer superficial en el rango de fuentes de luz (0,5-1 cm) presentó la respuesta más favorable. La terapia fotodinámica (TFD) supera a los métodos tradicionales como la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia en términos de preservación del tejido, preservación de la cavidad oral y la función estética a largo plazo,

mejora de la calidad de vida, la repetición del tratamiento para las lesiones recurrentes, la cicatrización rápida, la eficiencia y la facilidad de la técnica.

La formulación del problema propuesto fue: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, 2023?

El trabajo de investigación tiene justificación e importancia porque los alumnos de Estomatología enfrentan desafíos durante su carrera formativa, y es a través de un profesional capacitado que recibe la disciplina y asesoría para su desempeño en el campo laboral. Los pacientes que acuden a la consulta estomatológica depositan la confianza en su operador, por tal motivo es imprescindible que la prevención, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad estomatológica sea informada de manera oportuna.

En la actualidad el cáncer bucal es considerado una de las enfermedades más habituales, con mayor incidencia, morbilidad y mortalidad. En los últimos años han ido aumentando los casos, por tal motivo es indispensable realizar una buena observación clínica in situ, y no dejar pasar por alto las lesiones precancerosas. Es preciso que los alumnos de Estomatología tengan un copioso conocimiento en esta área durante su formación universitaria.

El presente estudio es indispensable para nuestros estudiantes de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, porque contribuye a evaluar las deficiencias en el conocimiento de cáncer bucal en este importante periodo universitario, y usar los resultados para un plan de mejora institucional. Esta investigación ayudará a futuros estudios con poblaciones más grandes. También será útil para realizar investigaciones sobre la región de Lambayeque.

El producto de la presente investigación servirá como fuente de información para estudiantes que cursan sus ciclos académicos y asimismo puedan concientizar la

importancia de esta enfermedad y poder obtener los conocimientos básicos para salvaguardar la salud de los pacientes que serán atendidos.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de estudio es básico. Enfoque cuantitativo. El diseño de estudio es correlacional, observacional porque mide, evalúa o recoge información sobre las distintas facetas, dimensiones o elementos del fenómeno objeto de estudio³⁴. Transversal, debido a que los datos se registran o recopilan en un solo momento, describe variables al mismo tiempo o en un momento determinado³⁴. Prospectivo porque la investigación se obtiene a partir de objetivos propuestos, se plantea antes de recopilar información³⁴.

La población estuvo compuesta por 286 alumnos de la escuela profesional de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, del Octavo, Noveno y Décimo ciclo. Toda la población descrita formó la muestra.

Los criterios de inclusión fueron:

- Alumnos que participaron voluntariamente del estudio.
- Alumnos matriculados a la escuela de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán del Octavo, Noveno y Décimo ciclo.
- Alumnos que completaron su ciclo académico.

Los criterios de exclusión fueron:

- Alumnos que no hayan completado el cuestionario.
- Alumnos con respuestas dobles, borrones o tachaduras en cualquier respuesta del cuestionario.
- Alumnos sin registro de nota promedio ponderado o con puntaje 0.00

La técnica aplicada para la presente investigación fue un cuestionario, que constituyeron una serie de preguntas aplicadas a los alumnos de la Universidad Señor de Sipán. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento: Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de Odontología de una universidad privada, desarrollado por Lotty Gabriela Pulgar Mosquera³³. Constó de 11 preguntas, con niveles de escala: Malo: ≤ 4 puntos, Regular: $>4-7$ puntos, Bueno: ≥ 8 puntos. Para la revalidación del cuestionario, se solicitó la evaluación de tres expertos (Metodólogo, Especialista y Estadístico), siendo aceptado y aprobado para su ejecución.

Para la ejecución de la investigación se solicitó autorización por escrito a Dirección de la Escuela de Estomatología y se solicitó el promedio ponderado de los alumnos que son motivo de estudio. Se escogió a los alumnos que tengan los criterios de inclusión. Se coordinó con los docentes de octavo, noveno y décimo ciclo para que comunique e incentive la asistencia de los alumnos en la fecha coordinada. Se explicó a los alumnos, el procedimiento del estudio y se solicitó el consentimiento informado (Anexo N°03). Se entregó un cuestionario por alumno con un tiempo de veinte minutos para su solución (Anexo N° 04). El cuestionario de evaluación fue archivado para su posterior evaluación estadística. Los datos se recogieron en Microsoft Excel y se procesó con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0, fue analizado mediante estadística descriptiva. Se codificaron las respuestas del cuestionario asignándoles un valor estadístico:

- Malo (≤ 4) =1
- Regular ($>4-7$) =2
- Bueno (≥ 8) =3

La prueba estadística utilizada para el procesamiento estadístico es el coeficiente Rho de Spearman. La regla de decisión para contrastar la hipótesis es:

Si, $p > 0.05$, entonces se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si, $p < 0.05$, entonces se rechaza la Hipótesis Nula (H_0)

Se construyeron tablas de porcentajes de frecuencia absoluta y relativa para el análisis de los datos, junto con gráficos estadísticos.

El estudio cumplió con la presentación de datos fiables y válidos, conservó la confidencialidad de los datos, la identidad y la información de los sujetos de la investigación. Se utilizó para la valoración de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken.

$$V = X - I/K$$

Donde:

X: Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra

I: Es la calificación más baja posible.

K: Es el rango de los valores posibles.

Los ítems fueron calificados por tres evaluadores para validar el cuestionario y alcanzar la puntuación mínima (0,75). Según los resultados de la evaluación, el valor V de Aiken se alcanzó como 0,988.

Este valor muestra que la herramienta es efectiva para recopilar información sobre la relación entre el puntaje promedio ponderado de los estudiantes de odontología y su nivel de conocimiento sobre el cáncer bucal. Para determinar la confiabilidad, esto se evaluó haciendo que dos entrevistadores diferentes completaran los cuestionarios sobre la misma persona el mismo día para garantizar que el fenómeno no había cambiado. Se aplicó el coeficiente Kappa y el valor resultante fue 0,8. Para la seguridad entre evaluadores, esto significa "muy bueno".

Donde:

$$K = \frac{Pr(o) - Pr(e)}{1 - Pr(e)}$$

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

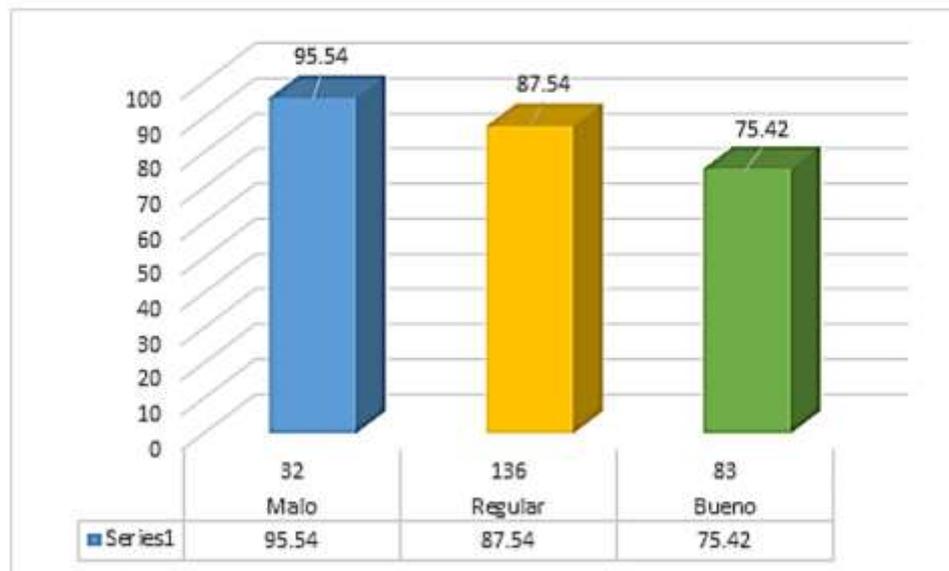
La población estuvo constituida por 286 alumnos, y la muestra fueron 251 alumnos de Estomatología que cumplieron los criterios de inclusión.

Tabla 1. Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos del octavo, noveno y décimo ciclo de Estomatología.

<i>Nivel de escala de conocimiento</i>	<i>Alumnos</i>		<i>Promedio ponderado</i>				<i>Desviación Estándar</i>	<i>Coefficiente correlación Sig. (bilateral) – Rho Sperman</i>
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>%</i>		
Malo	32	12,75	11.02	13.02	12.02	95.54	0.92	
Regular	136	54,18	11.10	14.05	12.58	87.54	0.90	
Bueno	83	33,07	11.09	14.20	13.67	75.42	0.78	-0.058 0.54
Total	251	100,00	11.02	14.20	12.61	90.21	0.93	
<i>Coefficiente de variación:</i>			$cv = \sigma/\bar{x} = 0.74$					

Fuente: Matriz de datos. Elaboración propia.

Figura 1. Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos del octavo, noveno y décimo ciclo de Estomatología.



Fuente: Tabla 1

En la Tabla 1 se muestra un nivel de significancia ($p=0,54 > 0,05$) entre Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula; es decir, no existe relación entre Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y promedio ponderado en alumnos del octavo, noveno y décimo ciclo.

El promedio ponderado de los alumnos de octavo, noveno y décimo ciclo de la Escuela profesional de Estomatología es de 12.61 +/- 0.93 puntos.

El coeficiente de variación es 7.4% lo cual indica que el promedio ponderado de los alumnos de octavo, noveno y décimo ciclo es muy homogéneo, con baja dispersión de los datos.

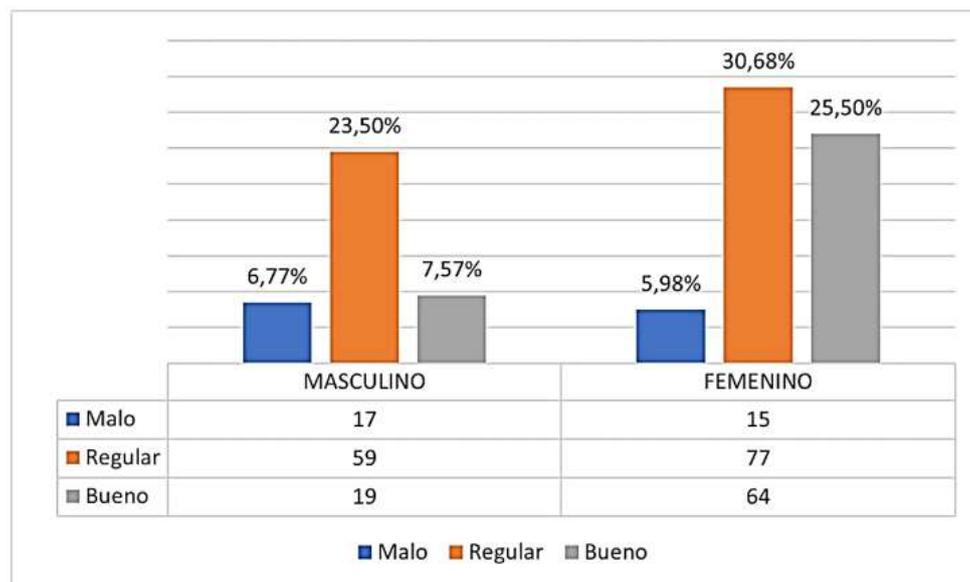
Aplicado el cuestionario, se observa que el 54,18% (136) de los alumnos tienen un nivel de conocimiento “regular”, seguido de 33,07% (83) de conocimiento “bueno”, y sólo el 12,75% (32) obtuvo un conocimiento “malo”.

Tabla 2. Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán 2023, según género.

Nivel de escala de conocimiento	Género								N° Total	% Total	p-valor
	Masculino				Femenino						
	N°	%	Promedio ponderado	%	N°	%	Promedio ponderado	%			
Malo	17	17.89	12.77	6.77	15	9.62	11.42	5.98	32	12,75	p=0,41
Regular	59	62.11	13.50	23.50	77	49.36	12.68	30.68	136	54,18	p=0,36
Bueno	19	20	12.57	7.57	64	41.02	11.50	25.50	83	33,07	p=0,13
	95	100		37.84	156	100		62.16	251	100	

Fuente: Matriz de datos. Elaboración propia.

Figura 2. Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán 2023, según género.



Fuente: Tabla 2

En la Tabla 02 se observa que el 54,18% (136) de los alumnos que obtuvieron un nivel de conocimiento “regular”, el 23.50% de Género masculino obtuvieron un promedio ponderado de “13.50”, y el 30.68% de Género Femenino obtuvo un promedio ponderado de “12.68”. Del 33,07% (83) de los alumnos que corresponde al nivel de conocimiento “Bueno”, el 7.57% de género Masculino obtuvo un promedio ponderado de “12.57”. Del 12,75% (32) de los alumnos que corresponde al nivel de conocimiento “malo”; el 5.98% del género femenino obtuvo un promedio ponderado de “11.42”.

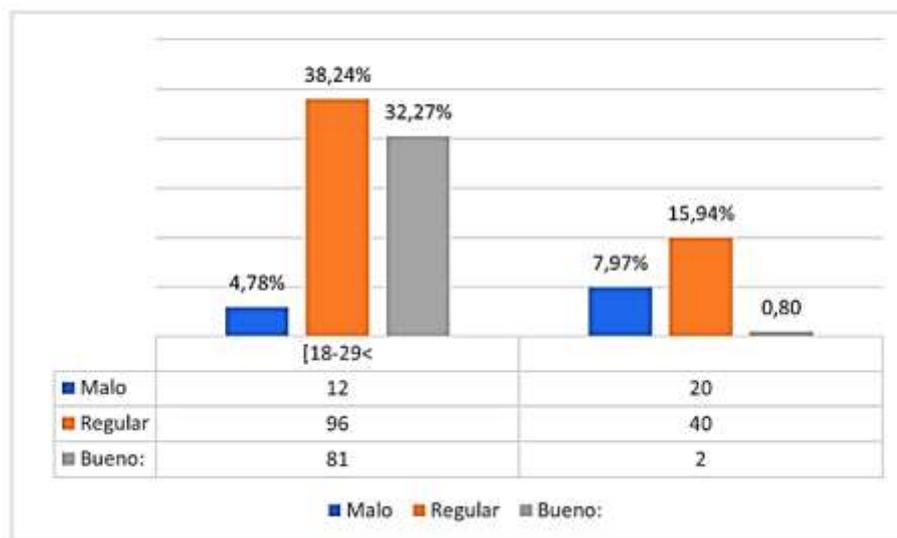
Finalmente se halló que existe un nivel de significancia de $p < 0.05$ para afirmar que la covariable “Género” presenta una diferencia estadística significativa en sus tres escalas de conocimiento (Malo: $p < 0.41$, Regular: 0.36, y Bueno: $p < 0.13$) y el promedio ponderado, de la escuela profesional de Estomatología (Tabla 2).

Tabla 3. Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán 2023, según edad.

Nivel de escala de conocimiento	Intervalo de Edad								N° Total	% Total	p-valor
	18-29				30-59						
	N°	%	Promedio ponderado	%	N°	%	Promedio ponderado	%			
Malo	12	6.35	12.77	4.78	20	32.26	11.75	7.97	32	12.75	p=0.043
Regular	96	50.79	11.16	38.24	40	64.52	13.11	15.94	136	54.18	p=0.047
Bueno	81	42.86	14.21	32.27	2	3.22	11.52	0.80	83	33.07	p=0.035
Total	189	100		75.29	62	100		24.71	251	100	

Fuente: Matriz de datos. Elaboración propia.

Figura 3. Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán 2023, según edad.



Fuente: Tabla 3

En la Tabla 03, se puede apreciar en los alumnos del octavo, noveno y décimo ciclo, que el 54.18% (136) de los alumnos que obtuvieron un nivel de conocimiento “regular”, el 38.24% obtuvieron un promedio ponderado de “11.16” correspondiente al intervalo de edad “18-29 años”; y el 15.94% correspondiente al intervalo de edad “30-59 años” obtuvo un promedio ponderado de “13.11”. Del 33.07% (83) que corresponde al nivel de conocimiento “bueno”, el 32.27% corresponde al intervalo de edad “18-29 años” obtuvo un promedio ponderado de “14.21”, y el 0.80% corresponde al intervalo de edad “30-59 años” obtuvo un promedio ponderado de “11.52”. Del 12.75% (32) de los alumnos correspondiente al nivel de conocimiento “Malo”, el 4.78% concierne al intervalo de edad “18-29 años” cuales obtuvieron un promedio ponderado de “12.77” y el 7.97% intervalo de edad “30-59 años”.

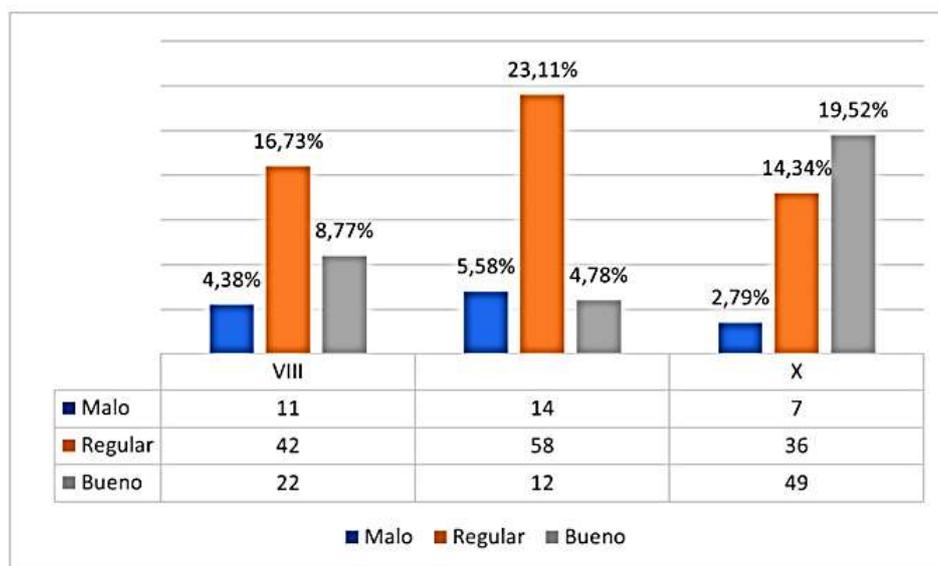
Frente lo anteriormente mencionado, se encontró que existe un nivel de significancia menor de $p < 0.05$ para afirmar que la covariable “edad” presenta una diferencia estadística significativa (Malo: $p < 0.043$, Regular: $p < 0.047$, Bueno: $p < 0.035$) en estudiantes del octavo, noveno y décimo ciclo de la escuela profesional de Estomatología (Tabla 3).

Tabla 4. Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán 2023, según año de estudio.

Nivel de escala de conocimiento	Año de estudio												Nº Total	% Total	p-valor
	VIII				IX				X						
	N	%	Promedio ponderado	%	N	%	Promedio ponderado	%	N	%	Promedio ponderado	%			
Malo	11	14.67	11.15	4.38	14	16.67	12.32	5.58	7	7.61	11.44	2.79	32	12.75	p=0,03
Regular	42	56	13.42	16.73	58	69.05	13.51	23.11	36	39.13	11.32	14.34	136	54.18	p=0,043
Bueno	22	29.33	14.21	8.77	12	14.28	13.11	4.78	49	53.26	12.32	19.52	83	33.07	p=0,035
	75	100		29.88	84	100		33.47	92	100		36.65	251	100	

Fuente: Matriz de datos. Elaboración propia.

Figura 4. Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán 2023, según año de estudio.



Fuente: Tabla 4

En la Tabla 04 se observa que el 54,18% (136) de los alumnos que tiene un nivel de conocimiento “regular”, el 16,73% correspondiente al VIII ciclo obtuvo un promedio de “13.42”; el 23,11% correspondiente al IX ciclo obtuvo un promedio ponderado de “13.51”; y el 14,34% de los alumnos de X ciclo obtuvo un promedio de “11.32”. Del 33,07% (83) de los alumnos que obtuvieron un nivel de conocimiento “Bueno”, el 8,77% corresponde a los alumnos de VIII ciclo que obtuvieron un promedio de 14.21; el 4.78% de alumnos de IX ciclo obtuvo un promedio de “13.11” y el 19,52% del X ciclo obtuvo un promedio ponderado de “12.32”. Del 12,75% (32) de los alumnos que obtuvieron un nivel de conocimiento “Malo”, el 4,38% de alumnos de VIII ciclo obtuvo un promedio ponderado de “11.15”; el 5.58% de IX ciclo obtuvo un promedio ponderado de “12.32” y el 2.79% del X ciclo obtuvo un promedio de “11.44”.

En suma, se encontró que existe un nivel de significancia de $p < 0.05$ para afirmar que la covariable “año de estudio” presenta una diferencia estadística significativa (Malo: $p < 0,03$, Regular: $p < 0.043$, Bueno: $p < 0.035$) en estudiantes del octavo, noveno y décimo ciclo de la escuela profesional de Estomatología (Tabla 4).

3.2. Discusión

En el presente trabajo de investigación se evaluó la Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y promedio ponderado en los alumnos de Estomatología del octavo, noveno y décimo ciclo. El estudio revela que el 54,18% de los alumnos tiene un nivel de conocimiento “regular”. El resultado concuerda a los estudios realizados por Mendoza A.³⁶, en la que concluye que existe una brecha de comprensión sobre el cáncer oral, presentando el 81,46% de los alumnos un nivel de conocimiento regular. La epidemiología del cáncer oral es poco conocida por el 65,56% en este estudio: Diagnóstico (43,15%), tratamiento (56,29%) y prevención (62,91%).

Los estudios demuestran que la población estudiada carece del nivel de conocimientos ideal (bueno), al igual que en los estudios de Shamala, A. Ozdemir, O. Jafer, M.^{7, 8, 12}. Estos estudios descubrieron que el nivel de conocimiento "regular" era el más común. Por lo tanto, se llegó a la conclusión de que, a pesar de la diferencia en la población y la cantidad de alumnos que participaron en el estudio, el resultado fue similar.

Sin embargo, este estudio no concuerda con los resultados obtenidos por Naranjo M¹⁵ que fue relacionado al estudio de Salcedo E¹⁷, y Caballero, K¹⁴; a partir de los datos observados no existe similitud en sus resultados ya que se obtuvo como efecto el nivel bajo de conocimiento. Se considera que el nivel de conocimiento prevalente evidenciado en el estudio puede atribuirse a factores como la falta de formación clínica, número de alumnos por docente, motivación, estrés académico.

En la presente investigación se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal con relación al género. En el presente estudio, se evidenció que el género Femenino obtuvo mayor nivel de conocimiento (30,68%) en relación al género Masculino (23,50%). En las investigaciones realizadas por Shubayr M,

García C, Khodaparast M, Caballero K, según su análisis de estudio los varones tenían un mayor nivel de conocimiento sobre cáncer bucal ($p= 0,02$)^{10,11}.

Sin embargo, los resultados en los estudios realizados por Albites A, señala que tanto los alumnos (78%) como las alumnas (77,3%) de Estomatología tenían un grado de conocimiento aceptable en relación con el cáncer oral. Esto podría deberse a que en la presente investigación presentan mayor número de mujeres (62,16%) que varones (37,84%).

Así mismo, los resultados obtenidos en la Tabla 3, de acuerdo al intervalo de edad, se evidencia una relación estadística significativa entre los alumnos de Estomatología. En los resultados se observó que al igual que en los anteriores ítems, prevalece el conocimiento “regular” (38,24%). Se encontró similitud a los estudios realizados por Jafer M, Shubayr M, en sus trabajos de investigación la escala de edad promedio fue $20,2 \pm 3,6$; en ellos prevalece el conocimiento de “regular”, con porcentajes similares. Por el contrario, no coincide con los estudios realizados por Ozdemir, O.⁸ en su estudio realizado en Turquía, los alumnos mayores de 35 años obtuvieron mejor puntaje (66%) que los de noveno (19%). Esto podría deberse a factores como la organización, el oficio de los alumnos, o responsabilidad de sustento familiar.

En torno al nivel de conocimiento sobre cáncer bucal se encontraron diferencias estadísticas significativas en relación con el “año de estudio”. Se encontró similitud en el estudio realizado por Segura, en Lima, siendo los alumnos de noveno año los que presentaron mayor conocimiento¹². Sin embargo, se diferencia de los estudios realizados por Cieza J, Mendoza A, en el cual los alumnos de menores años de estudio mostraron un nivel bajo - regular de conocimiento a pesar de haber cursado medicina bucal^{35,36}.

En cambio, en el estudio de Lescano en Trujillo⁵³, los estudiantes demostraron un alto nivel de conocimiento, considerando que los estudiantes con menor nivel de estudios tuvieron un porcentaje más alto (80,5%). En contraste con el estudio de Porras, en el que los estudiantes de menor edad demostraron un bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer oral, mientras que los estudiantes de mayor edad demostraron un nivel regular.

Los alumnos de décimo ciclo tienen un tiempo mayor de experiencia teórico - clínico, aparte que cursan en los últimos años Internado Hospitalario, podrían obtener mejores resultados debido a la gran cantidad de casos relacionados con estados y lesiones premalignas, así como las características clínicas y el tratamiento del cáncer.

Los resultados del presente estudio son indispensables para los estudiantes de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, porque contribuye a evaluar las deficiencias en el conocimiento de cáncer bucal en este importante periodo universitario, y usar los resultados para un plan de mejora institucional. Esta investigación ayudará a futuros estudios con poblaciones más grandes. También será útil para realizar investigaciones a nivel de la Región Lambayeque.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- No existe relación entre Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y promedio ponderado en alumnos del octavo, noveno y décimo ciclo (nivel de significancia $(p=0,54>0,05)$).
- La relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y promedio ponderado, según “género” fue mayor en alumnos de Género femenino, y menor en alumnos de género Masculino. La relación presenta una diferencia estadística significativa.
- La relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y promedio ponderado, según “edad” fue mayor en alumnos de “18-29 años”, y menor en alumnos de “30-59 años”. La relación presenta una diferencia estadística significativa.
- La relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y promedio ponderado, según “año de estudio” fue mayor en alumnos de Noveno ciclo, seguido de Octavo ciclo, y menor en alumnos de Décimo ciclo. La relación presenta una diferencia estadística significativa.

4.2. Recomendaciones

- Se recomienda realizar estudios de investigación más exhaustivos sobre la prevalencia y los factores de los cánceres primarios que afectan a la cavidad oral, así como a otras zonas. Esto permitirá recopilar datos fiables para facilitar las

intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

- Se solicita a las autoridades y organizaciones de materia odontológica que fomenten la realización de diplomados en temas de salud pública y afecciones más significativas que surgen en la práctica clínica.
- Se insta a los futuros investigadores que consideren la posibilidad de incorporar herramientas adicionales para mejorar el cuestionario utilizado en este estudio y, de este modo, perfeccionar los resultados de futuras investigaciones.

REFERENCIAS

1. García B, Galvez M, Hoz L. Acciones educativas sobre factores de riesgo del cáncer bucal en estudiantes de preuniversitario. Rev Villa Clara [Internet]. 2019 [citado 2020 Octubre 12]; 23(3) Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2019/cmc193j.pdf>
2. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory. Home [Internet]. [cite don Apr. 21, 2022]. Available at: <https://www.who.int/es/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population#:~:text=Cada%20a%C3%B1o%20se%20diagnostican%20unos,personas%20m%C3%A1s%20vulnerables%20y%20desfavorecidas>.
3. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>.
4. Herrera-Serna BYH, Lara-Carrillo E, Toral-Rizo VH, Amaral RC. Comparación entre incidencia y factores de riesgo de cáncer oral en diferentes países de América Latina. Rev Salud Pública 2020; 24(2): 49-63. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v24.n2.24336>
5. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2020). Datos Epidemiológicos: Casos nuevos de cáncer registrados en el INEN, periodo 2000-2019 (Ambos sexos). Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestionproduccion-hospitalaria/>
6. American Cancer Society [Internet]. [cite March 09, 2018]. Available at: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-orofaringe-y-de-cavidad-oral/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
7. Shamala A, et al. BMC Oral Health (2023) 23:435. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03149-x>
8. Ozdemir-Ozenen, D., Tanriover, O., Ozenen, G. et al. Dental Education for Prevention of Oral Cancer in Turkey: Needs for Changing the Curriculum. J Canc Educ 37, 1496–1503 (2022). <https://doi.org/10.1007/s13187-021-01989-0>
9. Shubayr et al. BMC Oral Health (2021) 21:612. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01973-7>
10. García-San-Juan C, González-Manso B, Gil-Milá J. Nivel de conocimientos sobre cáncer oral en estudiantes de 3ro a 5to año de Estomatología. Medisur [revista en Internet]. 2019 [citado 2019 Oct 8]; 17(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4315>
11. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clinica Integrada 2018, 18(1):e3861. DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2018.181.24>. ISSN 1519-0501
12. Jafer M, Crutzen R, Jafer A, van den Borne B. What do dental college clinicians know about oral cancer and its risk factors? An assessment among final year students, interns and faculty members in saudi arabia. J Clin Exp Dent. 2018;10(9):e908-13. <http://www.medicinaoral.com/odo/volumenes/v10i9/jcedv10i9p908.pdf>
13. Quillahuaman, A. C. Nivel de conocimientos sobre cáncer oral en los estudiantes del séptimo a décimo semestre de la escuela profesional de

- odontología en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2021 (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de San Antonio Abad, Cuzco, 2021. Recuperado de <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/6612>
14. Chattopadhyay I, Verma M, Panda M. Role of oral microbiome signatures in diagnosis and prognosis of oral cancer. *Technol Cancer Res Treat* [Internet]. 2019;18:1533033819867354. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1533033819867354>
 15. Wong T, Wiesenfeld D. Oral cancer. *Aust Dent J* [Internet]. 2018;63 Suppl 1:S91–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/adj.12594>
 16. Pérez-Reyes Y, Bermúdez-Núñez Y. Factores de riesgo asociados al cáncer bucal en pacientes de un consultorio médico de la familia. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2020; 45 (5) Disponible en: <https://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2172>
 17. Villareño-Do-Domínguez D, Toledo-Pimentel BF, Araujo- García M, Torres-Martínez BL, Rodríguez-León R, de Corcho Martínez MP, Fimia-Duarte R. Programa de Superación Profesional para el Equipo Básico de Salud sobre El Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal. *TB* [Internet]. 13 de agosto de 2020; 18(2):185-20. Disponible en: <https://revistas.unfv.edu.pe/rtb/article/view/755>
 18. Valentín GF, Rodríguez GGM, Conde SHF, Vila MD. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. *Rev MédElectrón* [Internet]. 2018; 39(2). Available from: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/202/3347>.
 19. Beacher NG, Sweeney MP. The dental management of a mouth cancer patient. *Br Dent J* [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 24];225(9):855–64. Available from: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2018.932>
 20. Herrera-Ccoicca MC, Petkova-Gueorguieva M, Chumpitaz-Cerrate1 V, Chávez Rimache LK. Conocimientos sobre cáncer bucal en pacientes odontológicos de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 25];57(1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072020000100006&script=sci_arttext&tlng=en
 21. Abati S, Bramati C, Bondi S, Lissoni A, Trimarchi M. Oral cancer and precancer: A narrative review on the relevance of early diagnosis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 24];17(24):9160. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/24/9160>
 22. Galeano MFA, Toledo NLJ. Importancia del odontólogo dentro del plantel multidisciplinario de oncología. *Mem Inst Investig Cienc Salud* [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 24];15(3). Available from: <http://archivo.bc.una.py/index.php/RIIC/article/view/1274>
 23. Liu Y, Yang M, Luo J, Zhou H. Radiotherapy targeting cancer stem cells “awakens” them to induce tumour relapse and metastasis in oral cancer. *Int J Oral Sci* [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 25];12(1):19. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41368-020-00087-0>
 24. Arévalo Nueva L de la C, Alarcón Zamora D, Gutiérrez Núñez R, García Arévalo LM, Gutiérrez Alarcón BM. Cuerno Cutáneo vs Carcinoma epidermoide. Presentación de caso. *Multimed* [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 25];23(3):552–61. Available from:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000300552

25. Sasahira T, Kirita T. Hallmarks of cancer-related newly prognostic factors of oral squamous cell carcinoma. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 18];19(8):2413. Available from: <https://www.mdpi.com/1422-0067/19/8/2413>
26. Roi A, Roi CI, Andreescu NI, Riviş M, Badea ID, Meszaros N, et al. Oral cancer histopathological subtypes in association with risk factors: a 5-year retrospective study. *Rom J Morphol Embryol* [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 24];61(4):1213–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.47162/RJME.61.4.22>
27. Chaturvedi P, Singh A, Chien C-Y, Warnakulasuriya S. Tobacco related oral cancer. *BMJ* [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 24];365: l2142. Available from: <https://www.bmj.com/content/365/bmj.l2142.abstract>
28. Boguñá N, Capdevila L, Jané-Salas E. El virus del papiloma humano y su relación con la patología de la cavidad oral. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2019;153(4):157–64. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775319302350>
29. Wong T, Wiesenfeld D. Oral cancer. *Aust Dent J* [Internet]. 2018;63 Suppl 1:S91–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/adj.12594>
30. Joo Y-H, Cho J-K, Koo BS, Kwon M, Kwon SK, Kwon SY, et al. Guidelines for the surgical management of oral cancer: Korean Society of Thyroid-Head and Neck Surgery. *Clin Exp Otorhinolaryngol* [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 17];12(2):107–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.21053/ceo.2018.01816>
31. Lin A. Radiation therapy for oral cavity and oropharyngeal cancers. *Dent Clin North Am* [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 22];62(1):99–109. Available from: [https://www.dental.theclinics.com/article/S0011-8532\(17\)30094-0/fulltext](https://www.dental.theclinics.com/article/S0011-8532(17)30094-0/fulltext)
32. Nápoles-González I de J, Santana-Álvarez J, Álvarez-Rivero A, Puerto-Pérez TV. Radioterapia en cáncer de la región maxilofacial. *Arch méd Camagüey* [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 20];26. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552022000100034&script=sci_arttext&tlng=
33. Pulgar. L, Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en estudiantes de odontología de una Universidad privada (tesis de pregrado). Universidad de San Martín de Porres, Chiclayo. 2016
34. Hernández R, Fernández C y Baptista L. Metodología de la investigación. Vol. 4. México: McGraw-Hill Interamericana, 2018.
35. Cieza J. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología de dos Universidades de la ciudad de Chiclayo – Lambayeque- Perú 2017
36. Mendoza A, Nivel de conocimientos sobre cáncer oral en internos de estomatología de la Universidad Señor de Sipán periodo 2020 – 2022
37. Dumitrescu AL, Ibric S, Ibric-Cioranu V. Assessing oral cancer knowledge in Romanian undergraduate dental students. *J Cancer Educ*. 2014; 29(3): 506-13. doi: 10.1007/s13187-014-0659-1
38. Bardach AE, Caporale JE, Alcaraz A, Augustovski F, HuayanayFalconí L, Loza-Munarriz C, et al. Burden of smoking-related disease and potential impact of cigarette price increase in Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016; 33(4): 651-61. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2548

39. Bhagavathula AS, Bin Zakaria N, Jamshed SQ. Knowledge of future dental practitioners towards oral cancer: exploratory findings from a public university in Malaysia. *Int J Dent*. 2015; 2015. doi: 10.1155/2015/218065
40. Joseph BK, Sundaram DB, Ellepola ANB. Assessing oral cancer knowledge among undergraduate dental students in Kuwait university. *J Cancer Educ*. 2015; 30(3): 415-20. doi: 10.1007/s13187-014-0734-7
41. Khan N, Bavle RM, Makarla S, Amulya SR, Konda P, Sudhakara M. "SKILL TO KILL" - Oral cancer and potentially premalignant oral epithelial lesions (PPOELs): A survey approach. *Emerging of a new system and professionals. J Oral Maxillofac Pathol*. 2019; 23(2): 248-56. doi: 10.4103/jomfp.JOMFP_107_19
42. Cannick GF, Horowitz AM, Drury TF, Reed SG, Day TA. Assessing oral cancer knowledge among dental students in South Carolina. *J Am Dent Assoc*. 2005; 136(3): 373-8. doi: 10.14219/jada.archive.2005.0180
43. Holmstrup P. Oral erythroplakia-What is it? *Oral Dis*. 2018; 24(1-2):138-143. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29480616/> 65. Gupta S, Jawanda
44. MK. Oral submucous fibrosis: An overview of a challenging entity. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2021; 87(6):768-777. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33969655/>
45. Débora S. Fabio O. Conhecimento e atitudes de acadêmicos de Odontologia sobre Câncer Bucal. *Arch Health In v e s t*. 2016;5(2):90-97 [Internet]. DOI: <https://doi.org/10.21270/archi.v5i2.1308> Disponible en: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1308/pdf>
46. Riveiro S. Yara J. Neil F. et al. Estudo comparativo do conhecimento sobre câncer bucal entre acadêmicos de odontologia. *Einstein*. 2016;14(3):338- 345 [Internet]. DOI:10.1590/S1679-45082016A03729. Disponible en:<https://journal.einstein.br/pt-br/article/estudo-comparativo-do-conhecimento9>.
47. Bakr M, Skermanb E, Khanc U, Georged R. Cáncer oral: una evaluación del conocimiento y la conciencia en estudiantes de odontología de pregrado y el público en general. *Salud bucal y odontología preventiva*.2016;14(5):403- 411 [Internet].DOI: <https://dx.doi.org/10.15446/aoc.v10n1.82933> Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/304582626_Oral_Cancer_An_Eva
48. Abati S, Bramati C, Bondi S, Lissoni A, Trimarchi M. Oral cancer and precancer: A narrative review on the relevance of early diagnosis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [cited 2023 Sep 23];17(24):9160. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/24/9160>
49. Chattopadhyay I, Verma M, Panda M. Role of oral microbiome signatures in diagnosis and prognosis of oral cancer. *Technol Cancer Res Treat* [Internet]. 2019;18:1533033819867354. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1533033819867354>
50. Liu Y, Yang M, Luo J, Zhou H. Radiotherapy targeting cancer stem cells "awakens" them to induce tumour relapse and metastasis in oral cancer. *Int J Oral Sci* [Internet]. 2020 [cited 2023 Sep 23];12(1):19. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41368-020-00087-0>
51. Sasahira T, Kirita T. Hallmarks of cancer-related newly prognostic factors of oral squamous cell carcinoma. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2018 [cited 2023 Sep 23];19(8):2413. Available from: <https://www.mdpi.com/1422-0067/19/8/2413>

52. Tomo S, Neto SC, Collado FU, Sundefeld MLMM, Bernabé DG, Biasoli ÉR, et al. Head and neck squamous cell carcinoma in young patients: a 26-year clinicopathologic retrospective study in a Brazilian specialized center. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2020; 25(3): e416-24. DOI: 10.4317/medoral.23461
53. Lezcano D. Nivel de conocimiento de los estudiantes de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo acerca del cáncer oral, Moche-2019 [tesis para optar el grado de bachiller en estomatología]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2019. 2019;

ANEXOS

ANEXO N°01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Hipótesis	Objetivo General	Objetivo Especifico	Tipo de Investigación	Diseño de Investigación
<p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, 2023?</p>	<p>El nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, es regular.</p>	<p>Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, 2023</p>	<p>Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, según género.</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, según edad.</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, según año de estudio</p>	<p>Básico</p>	<p>Observacional, descriptivo de corte transversal, prospectivo.</p>

ANEXO N°02: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO	VALORES FINALES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CANCER BUCAL	El estado de conocimiento sobre el cáncer oral puede alcanzarse mediante la experiencia personal, la observación o el estudio. Puede medirse utilizando escalas.	Características adquiridas por medio de revisión de la literatura de los alumnos de Estomatología para la identificación de la enfermedad.	Epidemiología	Tipo de cáncer más frecuente	1-2	Cuestionario: Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana ³³	Malo (≤ 4)=1 Regular ($>4-7$)=2 Bueno (≥ 8)=3	Cualitativa	Nominal
				Edad en que se presenta mayor número de casos clínicos					
			Etiología	Factor de riesgo de menor trascendencia	3-4				
				Condición más comúnmente asociada a cáncer bucal					
			Diagnóstico	Lesión inicial	5-9				
				Tipo de lesión clínica con la que se presenta comúnmente el cáncer bucal					
				Características clínicas más frecuente					
				Área más común donde se presentan las lesiones del cáncer bucal					
	Ganglio linfático más característico con metástasis cervical del cáncer bucal								
Tratamiento	Tratamiento más frecuente	10							
Prevención	Mejor prueba para detectar precozmente	11							
COVARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO	VALORES FINALES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Género	Características fenotípicas que distingue hombres y mujeres	Característica física de un individuo en la ejecución del estudio	-	Masculino Femenino	-	Cuestionario	Masculino=1 Femenino=2	Cualitativa	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Años cumplidos	-	>18-29] >30-59]	-	Cuestionario	18 años a más	Cuantitativa	De intervalo
Año de estudio	Año en curso de sus estudios profesionales	Año de su última matrícula	-	Octavo Noveno Décimo	-	Cuestionario	Octavo=1 Noveno=2 Décimo=3	Cualitativa	Ordinal

ANEXO N°03: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, 2023

Este cuestionario tiene como objetivo recoger información sobre el "Nivel de conocimientos sobre el cáncer oral en los estudiantes de Odontología de los ciclos Octavo, Noveno y Décimo de la Universidad Señor de Sipán".

Consta de 11 preguntas. Por favor, concéntrate y proporcione respuestas sinceras. Tu respuesta es anónima y sólo interesan los datos que aportes de manera sincera.

*El cuestionario fue creado por Lotty Gabriela Pulgar Mosquera en su tesis titulada "Nivel de conocimientos sobre cáncer bucal en estudiantes de Odontología de último ciclo de una universidad peruana"³³

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Iniciales o seudónimo del nombre del alumno:

Edad:

Género:

Ciclo académico:

1. ¿Cuál es el tipo de cáncer bucal más frecuente?
 - a) Ameloblastoma
 - b) Carcinoma oral de células escamosas
 - c) Linfoma
 - d) Liquen plano

2. ¿Cuál es la edad en que se presenta mayor número de casos de cáncer bucal?
 - a) Menor de 18 años
 - b) De 18 a 30 años
 - c) De 31 a 40 años
 - d) Encima de los 40 años

3. ¿Cuál no es un factor de riesgo para el cáncer bucal?
 - a) Consumo paralelo de tabaco y alcohol
 - b) Virus de la inmunodeficiencia humana
 - c) Gránulos de Fordyce
 - d) Exposición al sol

4. ¿Cuál de las siguientes condiciones es la más comúnmente asociada al cáncer bucal?
 - a) Leucoplasia
 - b) El pénfigo vulgar
 - c) Estomatitis subprotética
 - d) Lengua geográfica

5. ¿Cómo se presenta la lesión temprana del cáncer bucal?
 - a) Asintomática
 - b) Sintomática

6. ¿Cuál es el tipo de lesión clínica con la que se presenta comúnmente el cáncer bucal?
 - a) Úlcera
 - b) Placa
 - c) Nódulo
 - d) Mácula

7. ¿Qué características clínicas se pueden observar con mayor frecuencia en el cáncer bucal?
 - a) Lesiones con dolor y ulceradas
 - b) Lesiones indoloras de bordes rígidos
 - c) Lesiones fétidas y purulentas
 - d) Lesiones con dolor y bordes rígidos

8. ¿Cuál es el área más frecuente donde se presentan las lesiones del cáncer bucal?
 - a) Labios
 - b) Lengua
 - c) Carrillos
 - d) Paladar

9. ¿Cómo se presenta a la palpación el ganglio linfático más característicos con metástasis cervical del cáncer bucal?
 - a) Duro, doloroso, con movilidad
 - b) Duro, indoloro, sin movilidad
 - c) Suave, doloroso, con movilidad
 - d) Suave, indoloro, sin movilidad

10. ¿Cuál es el tratamiento más frecuente para el cáncer bucal?
 - a) Cirugía radical y parcial
 - b) Cirugía Simple
 - c) Cirugía radical y Radioterapia
 - d) Cirugía parcial y Quimioterapia

11. ¿Cuál es la mejor prueba para detectar precozmente el cáncer bucal?
 - a) Papanicolaou
 - b) Espujo
 - c) Examen clínico bucal
 - d) Examen radiográfico

ANEXO N° 04 AUTORIZACIÓN PARA EL RECOJO DE INFORMACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA EL RECOJO DE INFORMACIÓN

Chiclayo, 09 de Noviembre del 2023

Quien suscribe:

Dra. Paola Beatriz La Serna Solari

Directora de la Escuela Profesional de Estomatología - Universidad Señor de Sipán SAC

AUTORIZA: Permiso para recojo de información pertinente en función del proyecto de investigación, denominado: Relación del nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y promedio ponderado en alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, 2023

Por el presente, el que suscribe, Dra. Paola La Serna Solari, Directora de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán S.A.C. R.U.C N° 20479748102. AUTORIZO al estudiante: Miguel Alfonso Ramírez Sagastegui, identificado con DNI N° 48338808, y autor del trabajo de investigación denominado "Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán", al uso de dicha información que conforma el expediente técnico así como hojas de memorias, datos relacionados de los alumnos de Estomatología para efectos exclusivamente académicos de la elaboración de tesis de enunciada líneas arriba de quien solicita se garantice la absoluta confidencialidad de la información solicitada.

Atentamente.



Dra. Paola Beatriz La Serna Solari

Directora de la Escuela Profesional de Estomatología

ANEXO N°05: IMAGEN DE EJECUCIÓN DE INVESTIGACIÓN



Imagen N°01: Previa autorización de Dirección de la Escuela Profesional de Estomatología se ingresa a las aulas de Octavo, Noveno y Décimo ciclo de Estomatología para la aplicación del cuestionario.



Imagen N°02: Aplicación del cuestionario en alumnos del Octavo ciclo, con una duración de 20 minutos.



Imagen N°03: Se entrega consentimiento informado a todos los alumnos, del Octavo, noveno y décimo ciclo. Se recalca el llenado completo del cuestionario, y sin enmendaduras.



Imagen N°04: Se respetó los principios bioéticos de la investigación: Justicia, Beneficencia y No Maleficencia – Alumnos del décimo ciclo.

ANEXO N°06: CONSENTIMIENTO INFORMADO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, 2023

Estimado participante, la presente investigación es realizada por el Bachiller Miguel Alfonso Ramírez Sagastegui, con DNI 48338808, para la obtención del Grado académico de Cirujano Dentista, con el Objetivo de objetivo Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el promedio ponderado en los alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, 2023. La participación del estudio es estrictamente voluntaria, confidencial y anónima. Se le pedirá responder un cuestionario con un tiempo de 20 minutos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señalo mediante este documento estar informado (a) acerca de los objetivos de la presente investigación, por el cual acepto participar voluntariamente. Declaro responder con veracidad a las preguntas formuladas. Así mismo, el investigador se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos. Por lo anterior doy mi consentimiento firmando el presente documento.

Firma o Huella del participante

Nombre del participante:

Fecha:

ANEXO N° 07: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR ESTADÍSTICO



1. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

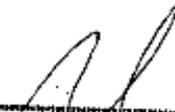
1.1. Instrumento de Validación No Experimental por Juicio de expertos

1. NOMBRE DEL JUEZ		<i>Jic. Arturo Montenegro Comacho</i>
2.	PROFESIÓN	<i>Estadístico - Investigador</i>
	ESPECIALIDAD	<i>Doctor - Estadístico</i>
	GRADO ACADÉMICO	<i>Doctor</i>
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	<i>20 años</i>
	CARGO	<i>DTC - USS</i>
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:		
Relación del nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y promedio ponderado en alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, 2023		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Miguel Alfonso Ramírez Sagastegui
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Entrevista () Cuestionario (X) Lista de Cotejo () Encuesta ()	
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO	GENERAL Medir la realación del nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y promedio ponderado.	
	ESPECÍFICOS Desarrollar un instrumento de medición valido y fiable.	
El presente instrumento ha sido tomado del autor Pulgar Mosquera Loty Gabriela, en su tesis titulada "Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana" A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en "A" si está de ACUERDO o en "D" si está en DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.		
No	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	Referencia
01	¿Cuál es el tipo de cáncer bucal más frecuente? a) Ameloblastoma b) Carcinoma oral de células escamosas c) Linfoma d) Liquen plano	A (X) D () SUGERENCIAS: Hema Shree, K., Ramani, P., Sherlin, H. et al. La saliva como herramienta diagnóstica en el carcinoma oral de células escamosas: una revisión sistemática con metaanálisis. Pathol. Oncol. Res. 25, 447–453 (2019). https://doi.org/10.1007/s12253-019-00588-2

02	<p>¿Cuál es la edad en que se presenta mayor número de casos de cáncer bucal?</p> <p>a) Menor de 18 años b) De 18 a 30 años c) De 31 a 40 años d) Encima de los 40 años</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Horiz. sanitario vol.21 no.1 Villahermosa ene./abr. 2022 Epub 26-Mayo-2023 https://doi.org/10.19138/hs.a21n1.4604</p>
03	<p>¿Cuál no es un factor de riesgo para el cáncer bucal?</p> <p>a) Consumo paralelo de tabaco y alcohol b) Virus de la inmunodeficiencia humana c) Gránulos de Fordyce d) Exposición al sol</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Valentin González Federico, Rodríguez González Gloria María, Conde Suárez Heberto Fidencio, Vila Morales Dadonim. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2017 Abr [citado 2023-Oct 10]; 39(2): 245-258. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200010&lng=es</p>
04	<p>¿Cuál de las siguientes condiciones es la más comúnmente asociada al cáncer bucal?</p> <p>a) Leucoplasia b) El pénfigo vulgar c) Estomatitis subprotética d) Lengua geográfica</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Piñeros, M. & Torres, A. Tamizaje de lesiones precancerosas y de cáncer oral, en pacientes que asisten al servicio de odontología de Salud Total, utilizando la lámpara de fluorescencia. [Internet]. 2018. [citado: 2023, octubre] Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.12495/2982</p>
05.	<p>¿Cómo se presenta la lesión temprana del cáncer bucal?</p> <p>a) Asintomática b) Sintomática</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 (https://gco.iarc.fr/today, consultado en febrero de 2021).</p>

06	<p>¿Cuál es el tipo de lesión clínica con la que se presenta comúnmente el cáncer bucal?</p> <p>a) Úlcera b) Placa c) Nódulo d) Mácula</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Idaco-Sarvide, F. et al. (2018). Mortality from Cancer in Mexico: 2017 Update. Gaceta Mexicana de Oncología, 17(1), 28-34.</p>
07	<p>¿Qué características clínicas se pueden observar con mayor frecuencia en el cáncer bucal?</p> <p>a) Lesiones con dolor y ulceradas b) Lesiones indoloras de bordes rígidos c) Lesiones fétidas y purulentas d) Lesiones con dolor y bordes rígidos</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Asensi Anta E, Sardañés Martínez S, Izquierdo Gómez K, Jané Salas E, Estrugo Debasa A, López López J. Factores asociados a la malignización del liquen plano oral. Revisión de la literatura. Av Odontostomatol [Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Oct 11]; 35(3): 131-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852019000300005&lng=es. Epub 18-Mayo-2020. https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852019000300005.</p>
08	<p>¿Cuál es el área más frecuente donde se presentan las lesiones del cáncer bucal?</p> <p>a) Labios b) Lengua c) Carrillos d) Paladar</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Tovio Martínez, Elien Gisek, Carmona Lorduy, Martha Cecilia, Díaz-Caballero, Antonio José, Harris Ricardo, Jonathan, Lanfranchi Tizeira, Héctor E... Expresiones clínicas de los trastornos potencialmente malignos en la cavidad oral. Revisión integrativa de la literatura. Universitas Odontológica, 37(78), Enero-Junio 2018.</p>
09	<p>¿Cómo se presenta a la palpación el ganglio linfático más característicos con metástasis cervical del cáncer bucal?</p> <p>a) Duro, doloroso, con movilidad b) Duro, indoloro, sin movilidad c) Suave, doloroso, con movilidad d) Suave, indoloro, sin movilidad</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>MORENO, Martha Esperanza García, et al. Carcinoma oral de células escamosas, gravedad del diagnóstico tardío: reporte de caso y revisión de la literatura. CIENCIA ergo-sum, 2021, vol.28, no 3.</p>

10	<p>¿Cuál es el tratamiento más frecuente para el cáncer bucal?</p> <p>a) Cirugía b) Quimioterapia c) Cirugía y radioterapia d) Cirugía y quimioterapia</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Furtado LSFA, Sales JLAM, Fontes NM, Batista MIHM, Carvalho AAT, Paulino MR. Cáncer bucal, desórdenes potencialmente malignos y prevención: una revisión integrativa. REFACS [Internet]. 2019 [citado en insertar día, mes y año de acceso]; 7(4):479-490. Disponible en: insertar link de acceso. DOI: insertar link del DOI.</p>
11	<p>¿Cuál es la mejor prueba para detectar precozmente el cáncer bucal?</p> <p>a) Papanicolaou b) Esputo c) Examen clínico bucal d) Examen radiográfico</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>ARAYA, Cristóbal. Diagnóstico precoz y prevención en cáncer de cavidad oral. <i>Revista médica clínica las condes</i>, 2018, vol. 29, no 4, p. 411-418.</p>
PROMEDIO OBTENIDO:		A (X) D ()	
6. COMENTARIOS GENERALES			
7. OBSERVACIONES			
<p><i>Apto para aplicar.</i></p>			


 Luis Arturo Montenegro Ceballos
 LIC. ESTADÍSTICA
 MAG. INVESTIGACIÓN
 DR. EDUCACIÓN
 CEGEPE 262

**Juez
Experto**

ANEXO N°08: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR ESPECIALISTA



1. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1.1. Instrumento de Validación No Experimental por Juicio de expertos

1. NOMBRE DEL JUEZ		OSKAR EDUARDO PRADA VIDARTE
2.	PROFESIÓN	CIRUJANO DENTISTA
	ESPECIALIDAD	CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL
	GRADO ACADÉMICO	MAESTRO EN ESTOMATOLOGÍA
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	10
	CARGO	CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL DEL CENTRO CRANEOFACIAL DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE "LAS MERCEDES" - CHICLAYO
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Relación del nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y promedio ponderado en alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, 2023.		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Miguel Alfonso Ramírez Sagastegui
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Entrevista () Cuestionario (X) Lista de Cotejo () Encuesta ()	
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO	GENERAL Medir la relación del nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y promedio ponderado.	
	ESPECÍFICOS Desarrollar un instrumento de medición válido y fiable.	
El presente instrumento ha sido tomado del autor Pulgar Mosquera Lotty Gabriela, en su tesis titulada "Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana" A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en "A" si está de ACUERDO o en "D" si está en DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.		
No	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	Referencia
01	¿Cuál es el tipo de cáncer bucal más frecuente? a) Ameloblastoma b) Carcinoma oral de células escamosas c) Linfoma d) Liquen plano	A (x) D () SUGERENCIAS: Hema Shree, K., Ramani, P., Sherlin, H. et al. La saliva como herramienta diagnóstica en el carcinoma oral de células escamosas: una revisión sistemática con metaanálisis. Pathol. Oncol. Res. 25, 447–453 (2019). https://doi.org/10.1007/s12253-019-00588-2

02	<p>¿Cuál es la edad en que se presenta mayor número de casos de cáncer bucal?</p> <p>a) Menor de 18 años b) De 18 a 30 años c) De 31 a 40 años d) Encima de los 40 años</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Horiz. sanitario vol.21 no.1 Villahermosa ene./abr. 2022 Epub 26-Mayo-2023 https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4604</p>
03	<p>¿Cuál no es un factor de riesgo para el cáncer bucal?</p> <p>a) Consumo paralelo de tabaco y alcohol b) Virus de la inmunodeficiencia humana c) Gránulos de Fordyce d) Exposición al sol</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Valentín González Federico, Rodríguez González Gloria María, Conde Suárez Heberto Fidencio, Vila Morales Dadonim. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2017 Abr [citado 2023 Oct 10]; 39(2): 245-258. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200010&lng=es</p>
04	<p>¿Cuál de las siguientes condiciones es la más comúnmente asociada al cáncer bucal?</p> <p>a) Leucoplasia b) El pénfigo vulgar c) Estomatitis subprotética d) Lengua geográfica</p>	<p>A (x) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Piñeros, M. & Torres, A. Tamizaje de lesiones precancerosas y de cáncer oral, en pacientes que asisten al servicio de odontología de Salud Total, utilizando la lámpara de fluorescencia. [Internet]. 2018. [citado: 2023, octubre] Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.12495/2982</p>
05.	<p>¿Cómo se presenta la lesión temprana del cáncer bucal?</p> <p>a) Asintomática b) Sintomática</p>	<p>A (x) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 https://gco.iarc.fr/today, consultado en febrero de 2021).</p>

06	<p>¿Cuál es el tipo de lesión clínica con la que se presenta comúnmente el cáncer bucal?</p> <p>a) Úlcera b) Placa c) Nódulo d) Mácula</p>	<p>A (x) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Idaco-Sarvide, F. et al. (2018). Mortality from Cancer in Mexico: 2017 Update. Gaceta Mexicana de Oncología, 17(1), 28-34.</p>
07	<p>¿Qué características clínicas se pueden observar con mayor frecuencia en el cáncer bucal?</p> <p>a) Lesiones con dolor y ulceradas b) Lesiones indoloras de bordes rígidos c) Lesiones fétidas y purulentas d) Lesiones con dolor y bordes rígidos</p>	<p>A (x) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Asensi Anta E, Sardañés Martínez S, Izquierdo Gómez K, Jané Salas E, Estrugo Debesa A, López López J. Factores asociados a la malignización del liquen plano oral. Revisión de la literatura. Av Odontostomatol [Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Oct 11]; 35(3): 131-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852019000300005&lng=es. Epub 18-Mayo-2020. https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852019000300005.</p>
08	<p>¿Cuál es el área más frecuente donde se presentan las lesiones del cáncer bucal?</p> <p>a) Labios b) Lengua c) Carrillos d) Paladar</p>	<p>A (x) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Tovío Martínez, Eileen Gisek, Carmona Lorduy, Martha Cecilia, Díaz-Caballero, Antonio José, Harris Ricardo, Jonathan, Lanfranchi Tizeira, Héctor E.. Expresiones clínicas de los trastornos potencialmente malignos en la cavidad oral. Revisión integrativa de la literatura. Universitas Odontológica, 37(78), Enero-Junio 2018.</p>
09	<p>¿Cómo se presenta a la palpación el ganglio linfático más característicos con metástasis cervical del cáncer bucal?</p> <p>a) Duro, doloroso, con movilidad b) Duro, indoloro, sin movilidad c) Suave, doloroso, con movilidad d) Suave, indoloro, sin movilidad</p>	<p>A (x) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>MORENO, Martha Esperanza García, et al. Carcinoma oral de células escamosas, gravedad del diagnóstico tardío: reporte de caso y revisión de la literatura. CIENCIA ergo-sum, 2021, vol.28, no 3.</p>

10	¿Cuál es el tratamiento más frecuente para el cáncer bucal? a) Cirugía b) Quimioterapia c) Cirugía y radioterapia d) Cirugía y quimioterapia	A (x) D () SUGERENCIAS:	Furtado LSFA, Sales JLAM, Fontes NM, Batista MIHM, Carvalho AAT, Paulino MR. Cáncer bucal, desórdenes potencialmente malignos y prevención: una revisión integrativa. REFACS [Internet]. 2019 [citado en insertar día, mes y año de acceso]; 7(4):479-490. Disponible en: insertar link de acceso. DOI: insertar link del DOI.
11	¿Cuál es la mejor prueba para detectar precozmente el cáncer bucal? a) Papanicolaou b) Esputo c) Examen clínico bucal d) Examen radiográfico	A (x) D () SUGERENCIAS:	ARAYA, Cristóbal. Diagnóstico precoz y prevención en cáncer de cavidad oral. <i>Revista médica clínica las condes</i> , 2018, vol. 29, no 4, p. 411-418.
PROMEDIO OBTENIDO:		A (11/11) D (0/11)	
6. COMENTARIOS GENERALES			
7. OBSERVACIONES			




 Colegio Profesional de Cirujanos Dentistas de Chile
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 30149

**Juez
Experto**

ANEXO N° 07: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR METODÓLOGA



1. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1.1. Instrumento de Validación No Experimental por Juicio de expertos

1. NOMBRE DEL JUEZ	MG. ROCIO DEL PILAR BOCANEGRA ARISTA	
2.	PROFESIÓN	CIRUJANO DENTISTA
	ESPECIALIDAD	PERIDONCIA E IMPLANTOLOGÍA
	GRADO ACADÉMICO	MAESTRÍA
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	17
	CARGO	DOCENTE TALLER DE TESIS
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Relación del nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y promedio ponderado en alumnos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, 2023		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Miguel Alfonzo Ramírez Sagastegui
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Entrevista () Cuestionario (X) Lista de Cotejo () Encuesta ()	
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO	GENERAL Medir la relación del nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y promedio ponderado.	
	ESPECÍFICOS Desarrollar un instrumento de medición valido y fiable.	
El presente instrumento ha sido tomado del autor Pulgar Mosquera Lotty Gabriela, en su tesis titulada "Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana" A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en "A" si está de ACUERDO o en "D" si está en DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.		
No	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	Referencia
01	¿Cuál es el tipo de cáncer bucal más frecuente? a) Ameloblastoma b) Carcinoma oral de células escamosas c) Linfoma d) Liqueo plano	A (X) D () SUGERENCIAS: Hema Shree, K., Ramani, P., Sherin, H. et al. La saliva como herramienta diagnóstica en el carcinoma oral de células escamosas: una revisión sistemática con metaanálisis. Pathol. Oncol. Res. 25, 447–453 (2019). https://doi.org/10.1007/s12253-019-00588-2

02	<p>¿Cuál es la edad en que se presenta mayor número de casos de cáncer bucal?</p> <p>a) Menor de 18 años b) De 18 a 30 años c) De 31 a 40 años d) Encima de los 40 años</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Honz. sanitario vol.21 no.1 Villahermosa ene./abr. 2022 Epub 26-Mayo-2023 https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4604</p>
03	<p>¿Cuál no es un factor de riesgo para el cáncer bucal?</p> <p>a) Consumo paralelo de tabaco y alcohol b) Virus de la inmunodeficiencia humana c) Gránulos de Fordyce d) Exposición al sol</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Valentín González Federico, Rodríguez González Gloria María, Conde Suárez Heberto Fidencio, Vila Morales Dadonim. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2017 Abr [citado 2023 Oct 10]; 39(2): 245-258. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200010&lng=es</p>
04	<p>¿Cuál de las siguientes condiciones es la más comúnmente asociada al cáncer bucal?</p> <p>a) Leucoplasia b) El pénfigo vulgar c) Estomatitis subprotética d) Lengua geográfica</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Piñeros, M. & Torres, A. Tamizaje de lesiones precancerosas y de cáncer oral, en pacientes que asisten al servicio de odontología de Salud Total, utilizando la lámpara de fluorescencia. [Internet]. 2018. [citado: 2023, octubre] Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.12495/2982</p>
05.	<p>¿Cómo se presenta la lesión temprana del cáncer bucal?</p> <p>a) Asintomática b) Sintomática</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 (https://gco.iarc.fr/today, consultado en febrero de 2021).</p>

06	<p>¿Cuál es el tipo de lesión clínica con la que se presenta comúnmente el cáncer bucal?</p> <p>a) Úlcera b) Placa c) Nódulo d) Mácula</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>daco-Sarvide, F. et al. (2018). Mortality from Cancer in Mexico: 2017 Update. Gaceta Mexicana de Oncología, 17(1), 28-34.</p>
07	<p>¿Qué características clínicas se pueden observar con mayor frecuencia en el cáncer bucal?</p> <p>a) Lesiones con dolor y ulceradas b) Lesiones indoloras de bordes rígidos c) Lesiones fétidas y purulentas d) Lesiones con dolor y bordes rígidos</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Asensi Anta E, Sardañés Martínez S, Izquierdo Gómez K, Jané Salas E, Estrugo Debesa A, López López J. Factores asociados a la malignización del liquen plano oral. Revisión de la literatura. Av Odontostomatol [Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Oct 11]; 35(3): 131-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852019000300005&lng=es. Epub 18-Mayo-2020. https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852019000300005.</p>
08	<p>¿Cuál es el área más frecuente donde se presentan las lesiones del cáncer bucal?</p> <p>a) Labios b) Lengua c) Carrillos d) Paladar</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>Tovio Martínez, Eilien Gisek, Carmona Lorduy, Martha Cecilia, Díaz-Caballero, Antonio José, Harris Ricardo, Jonathan, Lanfranchi Tizeira, Héctor E.. Expresiones clínicas de los trastornos potencialmente malignos en la cavidad oral. Revisión integrativa de la literatura. Universitas Odontológica, 37(78), Enero-Junio 2018.</p>
09	<p>¿Cómo se presenta a la palpación el ganglio linfático más característicos con metástasis cervical del cáncer bucal?</p> <p>a) Duro, doloroso, con movilidad b) Duro, indoloro, sin movilidad c) Suave, doloroso, con movilidad d) Suave, indoloro, sin movilidad</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>	<p>MORENO, Martha Esperanza Garcia, et al. Carcinoma oral de células escamosas, gravedad del diagnóstico tardío: reporte de caso y revisión de la literatura. CIENCIA ergo – sum, 2021, vol.28, no 3.</p>

10	¿Cuál es el tratamiento más frecuente para el cáncer bucal? a) Cirugía b) Quimioterapia c) Cirugía y radioterapia d) Cirugía y quimioterapia	A (X) D () SUGERENCIAS:	Furtado LSFA, Sales JLAM, Fontes NM, Batista MIHM, Carvalho AAT, Paulino MR. Cáncer bucal, desórdenes potencialmente malignos y prevención: una revisión integrativa. REFACS [Internet]. 2019 [citado en insertar día, mes y año de acceso]; 7(4):479-490. Disponible en: insertar link de acceso. DOI: insertar link del DOI.
11	¿Cuál es la mejor prueba para detectar precozmente el cáncer bucal? a) Papanicolaou b) Esputo c) Examen clínico bucal d) Examen radiográfico	A (X) D () SUGERENCIAS:	ARAYA, Cristóbal. Diagnóstico precoz y prevención en cáncer de cavidad oral. <i>Revista médica clínica las condes</i> , 2018, vol. 29, no 4, p. 411-418.
PROMEDIO OBTENIDO:		A (X) D ()	
6. COMENTARIOS GENERALES			
7. OBSERVACIONES NINGUNA			



Mg. Esp. Rocio Bocanegra Arista
Periodoncia e Implantología
C.O.P. 18007 - R.N.I.E. 2612

**Juez
Experto**