

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS**

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



**GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER BUCAL Y SU
ACTITUD EN INTERNOS DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA, EN EL
AÑO 2019**

PRESENTADO POR LA:

Bach. Luz Mariela, YUPANQUI MARUJO

TESIS PARA OPTAR POR:

EL TÍTULO DE CIRUJANO- DENTISTA

ASESOR:

Ma. ELMO PALACIOS ALVA

Lima - Perú

2020

Dedico a Dios, por darme fuerza para continuar en este camino de obtener uno de mis anhelos.

A mis padres Fabio y Mercedes quienes con su amor, trabajo y mucho sacrificio de todos estos años, gracias a ustedes he logrado dar un paso más en este camino largo por recorrer.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por ser aquel ser omnipotente que siempre me cuida en mi camino por darme la salud que tengo.

A mis padres por su gran apoyo en mi carrera, han sabido llevarme por el camino del bien, me han enseñado a no rendirme, a dar todo de mí y que nada en esta vida es fácil que todo se consigue a base esfuerzo y sacrificio.

A mi asesor, el Dr. Elmo Palacios Alva, por los consejos y los conocimientos compartidos durante el trabajo de investigación.

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, por su colaboración para la realización de la presente investigación.

ÍNDICE

	Pág.
Caratula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Índice de Tablas	v
Índice de Figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Conocimiento	1
1.1.2 Actitud	4
1.1.3 Cáncer Oral	7
1.2 Investigaciones	39
1.3 Marco Conceptual	44

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema	48
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática.	48
2.1.2 Definición del Problema.	50
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	51
2.2.1 Finalidad.	51
2.2.2 Objetivo General y Específicos.	52
2.2.3 Delimitación del Estudio.	53
2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio.	54
2.3 Hipótesis y Variables	55

2.3.1	Hipótesis.	55
2.3.2	Variables e Indicadores.	55
CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO		
3.1	Población y Muestra	57
3.1.1	Población.	57
3.1.2	Muestra.	57
3.2	Diseño a utilizado en el Estudio	58
3.3	Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	58
3.3.1	Técnica de Recolección de Datos.	58
3.3.2	Instrumento de Recolección de Datos.	59
3.4	Procesamiento de Datos	64
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		
4.1	Presentación de los Resultados	65
4.2	Contrastación de Hipótesis	78
4.3	Discusión de los Resultados	80
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
5.1	Conclusiones	90
5.2	Recomendaciones	92
BIBLIOGRAFÍA		93
ANEXOS		98

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
N° 01 Distribución de participantes según edad	66
N° 02 Distribución de participantes según sexo	67
N° 03 Grado de conocimiento cáncer bucal y su actitud en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019	68
N° 04 Grado de conocimiento sobre cáncer bucal en función de los factores sociodemográficos (sexo y grupo etario) en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019	69
N° 05 Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre epidemiología en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019	71
N° 06 Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre etiopatogenia en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019	72
N° 07 Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre diagnóstico en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019	73
N° 08 Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre tratamiento y complicaciones en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019	74
N° 09 Relación entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal en los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019	75
N° 10 Relación entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p)	77

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
N° 01 Distribución de participantes según edad	66
N° 02 Distribución de participantes según sexo	67
N° 03 Grado de conocimiento cáncer bucal y su actitud en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019	68
N° 04 Grado de conocimiento sobre cáncer bucal en función de los factores sociodemográficos (sexo y grupo etario) en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019	70
N° 05 Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre epidemiología en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019	71
N° 06 Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre etiopatogenia en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019	72
N° 07 Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre diagnóstico en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019	73
N° 08 Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre tratamiento y complicaciones en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019	74
N° 09 Relación entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal en los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019	76

RESUMEN

El objetivo del estudio fue evaluar el grado de conocimiento cáncer bucal y su actitud en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019. Materiales y Métodos: Para el cumplimiento con el objetivo propuesto en la investigación, se utilizó una muestra constituida por 80 internos, tanto hombres como mujeres, que acudieron a las reuniones de intersección; se les entregó una encuesta a cada interno de la cual se logró evaluar el grado de conocimiento y la actitud de los internos; en el procesamiento de datos se utilizó programas estadísticos como Microsoft Excel 2013 y el SPSS versión 24.0. Se analizó mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson con un nivel de confianza del 95%. Resultados: En los resultados se observó que en la mayoría las personas con un nivel de conocimiento regular presentaron una actitud, muy de acuerdo representaron el 52.5% (N°=42). En la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se obtuvo un valor 1.042, el cual es menor al valor de la zona de aceptación que fue de 9.4877, siendo el nivel de significancia de 0.903, observando que no hay relación significancia porque ($P > 0.05$). Se concluye que no existe relación entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal en los internos de Estomatología.

Palabras claves:

Cáncer oral, Conocimiento, Actitud y Carcinoma.

ABSTRACT

The objective of the study was to evaluate the degree of oral cancer knowledge and its attitude in interns of the Faculty of Stomatology of the Inca Garcilaso de la Vega University, in the year 2019. Materials and Methods: For compliance with the objective proposed in the research, a sample consisting of 80 inmates, both men and women, who attended the intersection meetings was used; a survey was given to each inmate who was able to assess the degree of knowledge and the attitude of the inmates; In the data processing, statistical programs such as Microsoft Excel 2013 and SPSS version 24.0 were used. It was analyzed by Pearson's Chi-square test with a 95% confidence level. Results: In the results it was observed that in most people with a level of regular knowledge presented an attitude, they agreed 52.5% (N ° = 42). In the Pearson Chi-square test, a value of 1.042 was obtained, which is less than the value of the acceptance zone that was 9.4877, the significance level being 0.903, observing that there is no significance relationship because ($p > 0.05$). It is concluded that there is no relationship between the degree of knowledge and the attitude about oral cancer in stomatology interns.

Keywords

Oral cancer, Knowledge, Attitude and Carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad con registros altos en mortalidad y morbilidad, es detectado en periodos avanzados siendo la segunda razón de fallecimiento en nuestro país, cuando se detentan en fases iniciales, los cánceres orales obtienen un promedio de sobrevivencia del ochenta al noventa por ciento. Los cánceres son complicados de hallar, a causa de la carencia de responsabilidad pública en conjunto a la ausencia de un proyecto nacional para la localización del cáncer oral, con la ayuda de los profesionales médicos y odontólogos.

La investigación beneficia a ambas partes, al estudiante para enriquecer de sus conocimientos y darse cuenta de sus debilidades con respecto al conocimiento de cáncer bucal. El paciente obtendrá una mejor atención por parte del operador y así prevenir muchas enfermedades a nivel de la cavidad oral, principalmente las patologías en relación al cáncer bucal.

En esta época, el cáncer bucal como problema de salud pública en nuestro país, constituye una línea de base para las intervenciones orientadas a la prevención. La situación económica de las personas afecta al acceso a los servicios de salud. Las enfermedades no transmisibles, así como el cáncer hace que el presupuesto familiar se deba reducir para las necesidades primordiales tales como vivienda, educación y comida.

En el presente estudio se realizó un diagnóstico, de cómo es el grado de conocimiento y actitud en internos de Estomatología respecto al cáncer oral, de

acuerdo a los resultados, se formuló una estrategia orientada a mejorar la calidad de atención, buscando siempre una calidad técnica, científica y humanística.

El Primer Capítulo, en el marco teórico se presentó una fundamentación teórica que contiene bases teóricas, antecedentes internacionales e nacionales, y el marco conceptual.

En el Segundo Capítulo, el planteamiento del problema; además el objetivo general y específicos, relacionados al grado de conocimiento y actitud sobre el cáncer oral en internos de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

En el Tercer Capítulo, la metodología que se aplicó; es no experimental, de tipo descriptivo, el tipo de investigación es prospectivo, transversal y observacional. Se realizó la recolección de datos en la intercede que se realiza en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega; de acuerdo, a los criterios de exclusión e inclusión, se aplicó la técnica de un análisis secundario a través de un cuestionario y por lo tanto el instrumento que se empleo fue la ficha de recolección de datos.

En el Cuarto Capítulo, se realizó la presentación y análisis de resultados de las pruebas estadísticas que fueron expresados mediante tablas y figuras, elaborados con el programa Windows Microsoft Excel versión 2013. Así mismo, los datos recolectados fueron procesados con el programa estadísticos SPSS versión 24.0.

En el Quinto Capítulo, se describió las conclusiones conforme a los resultados conseguidos en relación a los objetivos planteados y las recomendaciones, que son las propuestas en concordancia con las conclusiones. El propósito del estudio fue determinar el grado de conocimiento y actitud de los internos de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Conocimiento

A. Generalidades

Existe una amplia y variada literatura referente al conocimiento a través de los años como clave para la organización. El conocimiento es un requerimiento útil para la vida diaria, ha ido tomando progresivamente un valor que implica su naturaleza y gestión. Esta adherido a una evidencia que consta en la creencia basada en la experiencia.¹

B. Definición

Conocimiento es recibir información sobre nuevas ideas, buscando conocimiento adicional para ganar entendimiento, es un paso importante para lograr el impacto social y una forma en que la sociedad puede hablar con la ciencia. La investigación en salud se lleva a cabo con la expectativa de que el conocimiento se fortalezca y se convierta en uno de los mejores métodos de salud en la población. Sin embargo, los hallazgos de la investigación a menudo se encuentran atrapados en la brecha de conocimientos que no se abordan de manera oportuna o no se aplican en absoluto.¹

El hecho de no poner los resultados de la investigación en acción, es un problema social importante y contribuye a fondos de investigación desperdiciados porque no se realizó todo el potencial de la investigación. La práctica basada en la evidencia, se ha denominado de diversas maneras como; difusión, utilización de la investigación, transferencia de conocimiento, implementación, traducción de conocimiento e intercambio de conocimiento. Respecto sobre la transferencia de conocimiento se basa en varios marcos teóricos que tienen como finalidad mostrar el proceso de transferencia de conocimiento y uso eventual del conocimiento. Se cree que aquellas políticas de salud que están informadas por evidencia de investigación científica son de alta calidad.¹

C. Tipos de conocimiento

- Conocimiento intuitivo

La vía sensitiva, nos otorga el conocimiento intuitivo logrando observar por medio de nuestros sentidos, todo lo que nos rodea. Solo bastaría recordar, no necesitaríamos pasar de nuevo al conocimiento intuitivo. Durante un largo periodo se consideró que era el más claro y seguro de los conocimientos que podía obtener el ser humano.²

- **Conocimiento empírico**

La experiencia del ser humano se desarrolla mediante una sistematización rigurosa que puede ser de manera natural en el empleo de la vida diaria y de reiteración por el conocimiento intuitivo. Se denomina conocimiento empírico a todos estos conjuntos de saberes obtenidos a través de los sentidos desde que nacemos.²

- **Conocimiento religioso**

Las explicaciones que vienen de un terreno metafísico y oculto, el hombre en un intento de comprender su naturaleza obtiene como resultado el conocimiento religioso. Con el paso del tiempo se dedujo que había un solo creador, pero en un primer momento se les atribuyeron poderes mágicos y posteriormente se consideró que la respuesta a las interrogantes se encontraba en los dioses o seres supremos. Por medio de revelaciones divinas, libros, objetos sagrados y sobretodo la fe se llega al conocimiento religioso.²

- **Conocimiento filosófico**

El ser humano tiene un nivel más difícil del pensamiento que es el conocimiento filosófico. Que pretende dar explicaciones de los temas que se observa usando argumentos racionales y el intelecto. En la búsqueda de la respuesta del porque se origina los fenómenos de manera sistemática y se convierte en un saber de tipo general, por lo cual se elabora conceptos y categorías. A diferencia del conocimiento religioso y empírico ²

- **Conocimiento Científico**

La investigación continua, de leyes que rigen los fenómenos naturales y principios se llama conocimiento científico. El propósito es la comprensión de la naturaleza humana y obtener los conocimientos mediante la elaboración de un ordenado método aplicando la lógica para alcanzar el mayor consenso. Existe una realidad externa sujeta al hombre que emplea un sistema de validación denominado método científico.²

1.1.2 Actitud

A. Generalidades

Las actitudes se pueden considerar como orientación psicológica manifestadas mediante la valoración realizadas sobre algo. Considerándose representaciones mentales de esas respuestas evaluadas, que puedan estar basadas en sentimientos o experiencia previa. Entre la actitud positiva hacia la ciencia y la actitud científica existe una clara desigualdad. La actitud positiva se encarga de ver todo lo relacionado con las creencias, valores, sentimientos y la ciencia como impacto en la sociedad.³

En general las actitudes suelen ser investigadas mediante cuestionarios, entrevistas y ensayos. Es decir, mediante declaraciones de las personas y observación de sus comportamientos. ³

B. Definición

La actitud es la conducta que se utiliza en el comportamiento de actuar o la forma de ser de la persona, encargándose de impulsar y orientar la acción hacia determinados propósitos y metas. Se basa en experiencias anteriores y ayudan a las personas a comprender su entorno. Desempeñando un papel central en la vida y constituyen una gran parte de nuestros pensamientos, emociones y procesos de comportamiento cotidianos. Tener una base de conocimientos establecida consiste en; información, experiencia afectiva y cognitiva relevante. Permite la formación de actitudes basadas tanto en la cognición y en el afecto.³

C. Componentes de la Actitud

La actitud se forma con tres componentes esenciales: conativo, cognitivo y afectivo:³

- El componente cognitivo

Se encuentra constituido por las cogniciones del sujeto, es decir por las percepciones y el conocimiento que ha ido adquiriendo por medio de sus experiencias.³

- El componente afectivo o evaluativo

Ha sido considerado siempre el componente fundamental debido a que aporta un cierto sentimiento al objeto. El componente afectivo es el que se asocia a los sentimientos de agrado y desagrado para formar la actitud.³

- **El componente conativo o conductual**

Es la forma de actuar por efecto de las experiencias o sentimientos anteriores.³

D. La Medición de las Actitudes

Existen numerosos métodos para medir la actitud y se logra destacar; las reacciones ante estímulos estructurados, la observación de conductas, los auto-informes. No obstante la medida dominante es el auto- informes y tiene las siguientes escalas: ³

- **La escala de Thurstone**

Ésta conformada por veinte afirmaciones que pretenden interpretar la dimensión actitudinal a intervalos iguales. ³

- **La escala de Guttman**

Son de utilidad limitada y uso, su formación es fácil. Se desea conseguir porcentaje de aprobación con un orden de respuestas de tipo A hasta E.³

- **La escala de Likert**

Propone que no haya un intervalo igual entre los niveles de respuesta, indica que los individuos manifiesten su grado de desacuerdo o acuerdo con una variedad de afirmaciones que comprende todo el aspecto de la actitud, con una escala de cinco puntos donde uno es total desacuerdo y

cinco total acuerdo. La puntuación total se forma con la sumatoria de cada afirmación .³

1.1.3 Cáncer Oral

A. Generalidades

Son más de cien tipos de cáncer, el lugar de su localización es muy importante porque de ahí toman el nombre dependiendo si se encuentra en una célula u órgano. La mortalidad y morbilidad son consecuencias más frecuentes en la actualidad del cáncer oral. Se considera que los fallecimientos por cáncer oral se encuentran alrededor del cuarenta y tres por ciento siendo las causas principales; dieta no saludable, ingesta del alcohol, consumo de tabaco, infecciones y poca actividad física. Los individuos con bajos ingresos y con falta de posibilidades, son los más propensos a los factores de riesgo. ⁴

El crecimiento de las lesiones tumorales malignas en el complejo bucal, crea una afectación psicológica, estética y funcional ya que una vez que los pacientes alcanzan estadios avanzados, al ser tratados provocan afectaciones funcionales y morfológicas, muchas veces irremediables a pesar del adelanto de técnicas quirúrgicas y métodos de tratamiento asociados. El tabaco y el alcohol son considerados los principales factores de riesgo para incrementar las posibilidades de cáncer oral. No podemos restarle importancia como problema de salud y en particular dentro del campo odontológico, dada su alta morbilidad y mortalidad, principalmente en la población de adultos mayores. ⁴

B. Definición

Cáncer es un palabra que se emplea para explicar cómo las células anormales se pueden dividir sin control y tienen la inteligencia suficiente para meterse a otros tejidos del cuerpo. Por medio del sistema sanguíneo y el sistema linfático, las células cancerosas logran diseminarse a otras partes del cuerpo humano. Las tres características esenciales de los tumores son; capacidad de sobrevivir incluso después de desaparecer la causa de origen, formar una masa anormal de células, poseer un crecimiento excesivo y sin control.⁴

C. Etiología

El cáncer oral es una enfermedad de origen multifactorial, los factores de riesgo varían y operan de manera diferente para distintos grupos de población. Sin embargo, los factores de riesgo establecidos son: el tabaco en sus numerosas formas, nuez de areca o nuez asiática de betel, el excesivo consumo de alcohol, infección con virus del papiloma humano y la presencia de trastornos orales potencialmente malignos, todo lo anterior tiene sus efectos frecuentemente en personas con dietas deficientes en vitaminas y minerales.⁵

D. Epidemiología

El cáncer es una preocupación de salud pública, debido a su frecuencia que va incrementando, ocasionando daños en hombres como en mujeres al provocar decesos y discapacidades.⁶

Los cánceres de cabeza y cuello son colectivamente el sexto cáncer más común en el mundo y causan más de 500,000 casos incidentes cada año. Los países en vías de desarrollo soportan una mayor carga de incidencia y mortalidad en comparación con los países desarrollados. En la mayoría de casos se podría detectar a tiempo o prevenirlos, llegando así a tratarlos tempranamente.⁶

E. Cáncer oral en el mundo

El carcinoma oral de células escamosas es el sexto cáncer más común para ambos sexos en todo el mundo, y la tasa de vida es de 5 años para esta enfermedad es aproximadamente del 50%. El cáncer oral, que comprende los cánceres de la lengua, los labios y el resto de la cavidad bucal, pero no los cánceres de las glándulas salivales principales, es responsable de las tasas de morbilidad y mortalidad importantes en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo. Sudeste Asiático, América del Sur y sobretodo en la India, existe una variabilidad geográfica en el cáncer oral que representa el 40% de todos los tumores malignos.⁷

A pesar del gran progreso realizado en el campo de la ciencia médica, todavía hay más de 32.6 millones de personas que viven con cáncer en todo

el mundo. Hubo 8.2 millones de decesos por cáncer en 2012 en todo el mundo, de las cuales 0.68 millones de personas murieron de cáncer en la India. El cáncer alguna vez se pensó que era una enfermedad prevalente en los países desarrollados, ahora se ha diseminado en todo el mundo; de hecho, las estadísticas recientes sobre el cáncer muestran que el 65% de todas las muertes relacionadas con el cáncer se notificaron en países en desarrollo. Si bien se estima que la incidencia de cáncer es de 14 millones de casos nuevos, solo el cáncer oral reclama alrededor de 300,000 muertes (2.1%) anualmente con una mortalidad de 1.8% en todo el mundo.⁷

F. Cáncer oral en el Perú

La gran exposición a los factores de riesgo eleva las tasas de los países en desarrollo a padecer cáncer oral. Más del 90% de cáncer de cabeza y cuello afecta a personas jóvenes y se encuentran en las células escamosas, este término se utiliza para especificar a las neoplasias que tienen su origen en las orofaringe, cavidad oral y mucosas de labio. En el Perú, en Lima metropolitana la incidencia del cáncer de la cavidad oral en las mujeres 0.54 por 100 000 habitantes al año y de hombres 0.41 por 100 000 habitantes por año.⁸

Perú es un país de ingresos medios que ha reportado tasas bajas de cáncer de cavidad oral y faringe en la región de América del Sur y en el mundo. Sin embargo, estas tasas de cáncer se derivan de datos agregados de países vecinos como Colombia, Ecuador y Brasil. Por lo que no se calculan directamente utilizando la información de registro del Perú.⁹

G. Factores de Riesgo

Un factor de riesgo puede ser una condición, agente, actividad que pueda incrementar la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad determinada. Aun cuando estos factores pueden incrementar el riesgo de un individuo, éstos no necesariamente ocasionan la enfermedad.¹⁰

- Tabaco

La mayoría de los estudios médicos han revelado que fumar mucho y la ingesta de alcohol son los principales causantes para sufrir cáncer oral. Así como la ingesta de tabaco sin humo, es una práctica común en el subcontinente indio, también se ha comprobado que es un importante factor de riesgo para el cáncer faríngeo y oral. El cáncer bucal y las lesiones premalignas van en aumento principalmente por un factor, el tabaco que en sus numerosas formas como; el tabaco de pipa, puros, cigarrillos y tabacos de mascar. Haciendo una estadística de ocho de cada diez pacientes con cáncer bucal son fumadores.¹¹

La Organización Mundial de la Salud clasifica los productos de tabaco en dos clases: los que se fuman (combustibles) y los que no (no combustibles, también llamados "sin humo"). Dentro de la categoría de combustibles se encuentran los cigarrillos convencionales y otros productos de tabaco ahumado, incluidos los cigarros, los tabacos de pipa, los tabacos de pipa de agua. La categoría de no combustibles incluye

varias formas de tabaco para mascar, tabaco húmedo, tabaco seco y los nuevos productos electrónicos de nicotina para el cigarrillo electrónico.¹²

El tabaco sin humo conocido como Toombak, que es popular en la comunidad sudanesa. Toombak está hecho de hojas finamente molidas de *Nicotiana rustica*, se mezcla con natrón o atron (bicarbonato de sodio) y agua. Es probable que se agregue Natron o atron a Toombak por su efecto alcalino y para una rápida absorción de la nicotina en el sistema nervioso central. Se encontró que los niveles de nitrosaminas específicas para el tabaco (TSNA) en Toombak sudanés eran inusualmente altos en comparación con los niveles informados en cualquier otro. Según la OMS, tanto los productos de tabaco combustibles como los no combustibles representan un riesgo para la salud del usuario, aunque los riesgos para la salud de los productos combustibles son generalmente mayores que los de los productos no combustibles porque el proceso de quema de tabaco genera sustancias tóxicas. Los cigarrillos convencionales están asociados con los niveles más altos de enfermedad porque sus diseños e ingredientes producen las exposiciones más altas a sustancias tóxicas. La absorción de nicotina en el pulmón es particularmente adictiva porque resulta que la dosis de nicotina llega muy rápido al cerebro que induce dependencia, estableciendo las características de autoadministración de humo repetitivas y persistente en la mayoría de los fumadores.¹²

- **Alcohol**

El riesgo a sufrir cáncer oral se incrementa al ingerir bebidas alcohólicas y de cada diez pacientes siete son bebedores empedernidos. El alcohol incrementa la absorción de la mucosa bucal y dejando ingresar a otros carcinógenos como el tabaco. Por sí mismo el etanol puro no es una sustancia carcinogénica, pero cuando se asocia a otros elementos carcinogénicos se obtiene una acción toxica del alcohol que perjudica al individuo teniendo un desencadenante desfavorable.¹³

El consumo de etanol, independientemente del tipo de bebida, contempla alrededor del 5% de todos los cánceres, principalmente del hígado, tracto gastrointestinal y digestivo superior, páncreas, mama y pulmón. En 2011, Europa occidental tenía el 30% de los cánceres de cavidad oral y faringe atribuibles al consumo de alcohol. El cáncer oral se ha asociado causalmente con la ingesta de etanol, especialmente cuando se consume por encima de los límites superiores recomendados de bebidas al día en varones es de 30 g de etanol por día y en mujeres de 15 g de etanol por día.¹⁴

- **Infecciones y Factores Inmunológicos**

Las infecciones virales, tienen la capacidad oncogénica de ciertos virus y se han generado hallazgos que sugieren que el genoma de los virus del papiloma humano (asociado principalmente con el carcinoma de la orofaringe), como causa de cáncer de la cavidad oral y de las amígdalas faríngeas. Los lugares más comunes donde encontramos carcinoma de

células escamosas de cabeza y cuello relacionados con el virus del papiloma humano son las amígdalas y la base de la lengua dentro de la orofaringe, con una tasa de prevalencia del 75%.¹⁵

- **Higiene dental y factores relacionados**

La higiene es muy importante, debido a que si hay una inadecuada higiene pueden tener mayor riesgo de cáncer a la cavidad oral. También los traumatismos podrían dar origen a lesiones que inviten al cáncer, cuando se genera de manera constante en un área determinada. Existe una asociación inversa entre la higiene bucal y la incidencia de cáncer oral.¹⁶

La higiene bucal deficiente y la irritación prolongada de prótesis afiladas se han visto por su posible papel en el desarrollo del cáncer oral. Se cree que la mala higiene oral y la sepsis dental promueven la acción carcinógena. La inadecuada limpieza dental o la irritación provocada por la fricción de prótesis dentales mal adaptadas con la mucosa, principalmente en los individuos que ingieren alcohol y productos obtenidos del tabaco, pueden incrementar el riesgo de padecer cáncer bucal.¹⁶

- **Factores nutricionales**

Las deficiencias dietéticas también son factores para desempeñar un papel en el desarrollo de cáncer oral. Sin embargo, se necesita más evidencia clínica y experimental. El síndrome de plummer vinson es una

alteración nutricional que tiene carencia de hierro y por lo tanto se vincula con el cáncer oral.¹⁶

Como medio preventivo para el desarrollo de cáncer oral encontramos el caroteno natural, selenio dietario, vitamina(A, B y E) e ingesta (frutas y verduras). La carencia de vitamina A, provoca hiperqueratinización de las membranas mucosas y la piel, se ha investigado que esta vitamina tiene un resultado preventivo contra el cáncer y precáncer oral.¹⁶

H. Clasificación de los Tumores Malignos de los Tejidos Blandos Orales

- Tumores Malignos Derivados del Epitelio

• Carcinoma oral de células escamosas o epidermoide

El carcinoma oral de células escamosas es el tumor maligno de origen epitelial, es el más común en la cavidad oral y se asume del 2% al 3% de todas las neoplasias y más del 90% de los cánceres orales.¹⁷

Se ha reportado que en el 95% de los casos que se manifiestan en personas mayores de cuarenta años y alcanza sus mayores índices en el grupo de sesenta años a más. El cáncer oral tiene una etiología multifactorial, siendo los factores de riesgo más importantes el consumo de tabaco y de alcohol, los cuales en conjunto aumentan el riesgo hasta en un 50%. El COCE puede aparecer en cualquier parte de la cavidad oral, la lengua es la principal afectada en boca, el cáncer puede alojarse en la superficie ventral y los bordes laterales de la lengua, también se puede afectar el piso de boca y con menos frecuencia el paladar duro, mucosa yugal y encía. La presentación

clínica es variable, en un inicio asintomática y precedida por cambios de color en la mucosa, siendo la eritroplasia, leucoplasia o la combinación de ambas las lesiones más importantes, también se pueden presentar como una masa exofítica de textura granular o verrugosa, una erosión y ulcera pequeña.¹⁷

El cáncer en estadios avanzados puede encontrarse como un tumor grande, obteniendo características como infiltrado de tejidos bucales, ulceraciones ausentes o presentes, bordes elevados y ulcera profunda con una superficie irregular. Tienen la facilidad de la diseminación hacia los ganglios linfáticos y metástasis. Un diagnóstico precoz es de suma importancia, ya que los estadios iniciales del cáncer bucal permiten un tratamiento menos agresivo y por lo tanto, disminuye la morbilidad.¹⁷

- **Carcinoma Verrucoso**

El carcinoma verrucoso oral es una variante rara, no metastásica y bien diferenciada del carcinoma oral de células escamosas. Aunque carcinoma verrucoso tiene un patrón de crecimiento local lento y continuo; los pacientes con carcinoma verrucoso tienen un pronóstico excelente. El carcinoma verrucoso se desarrolla ocasionalmente en la cavidad oral, aunque se puede encontrar en otros sitios anatómicos como el seno, la laringe, los senos paranasales, el esófago piriforme, la cavidad nasal, el conducto lagrimal, el conducto auditivo externo, la vagina, el recto, el pene, las plantas de los pies y la vejiga. Los sitios más comunes de afectación de la cavidad oral son; la mucosa bucal,

seguida de la cresta alveolar mandibular, encía y lengua. Estas lesiones en la cavidad oral suelen aparecer como una placa blanca gruesa, sin dolor, de base amplia, bien circunscrita, que se asemeja a una coliflor. Las lesiones pueden ser blancas, rosadas o eritematosas.¹⁸

La afectación de los ganglios linfáticos y la metástasis a distancia son raras en el carcinoma verrucoso. Esta afectación ocurre con más frecuencia en los hombres durante la sexta década. El diagnóstico histopatológico y clínico del carcinoma verrucoso oral puede ser difícil, por lo que la cooperación entre patólogos es muy estrecha y se requiere un cirujano para identificar la naturaleza de la lesión. La etiología del carcinoma verrucoso oral no es muy clara; los factores de riesgo incluyen fumar, masticar tabaco, consumir alcohol y una higiene bucal deficiente, pero se informa que entre el 15% y el 51% de los carcinomas verrucosos orales se presentan en individuos sin estos hábitos. Otros factores etiológicos incluyen la inmunosupresión, el virus del papiloma humano (VPH) y otros virus. El tratamiento sigue siendo controvertido, se ha utilizado cirugía, quimioterapia, radioterapia o una combinación de procedimientos en el tratamiento de carcinoma verrucoso.¹⁸

- **Carcinoma de Células Fusiformes**

El carcinoma de células escamosas es la neoplasia mucosa maligna más frecuente que afecta la región de la cabeza y el cuello. Ocasionalmente, se pueden encontrar variantes del carcinoma de

células escamosas, que incluyen tipos verrugosos, exofíticos o papilares, de células fusiformes (sarcomatoides), basaloides y adenoescamosos que constituyen un agregado del 10% al 15% de todos los carcinomas de células escamosas.¹⁹

El carcinoma de células fusiformes es una neoplasia maligna relativamente rara que afecta el tracto aerodigestivo superior y comprende hasta el 3% de carcinoma de células escamosas. El sitio de origen más frecuente en la región de la cabeza y el cuello es la laringe y la hipofaringe. El carcinoma de células fusiformes, también llamado tumor de carril, pseudosarcoma, carcinosarcoma, carcinoma sarcomatoide, tumor de colisión y carcinoma pleomórfico, es un tipo poco común de carcinoma de células escamosas poco diferenciada. Es un tumor bifásico con un carcinoma que tiene cambios epiteliales de superficie y una proliferación neoplásica subyacente en forma de huso. Ha habido confusión sobre la naturaleza básica del elemento sarcomatoide, es decir, si es de origen benigno o maligno y mesenquimal o epitelial. La naturaleza epitelial del componente sarcomatoide del carcinoma de células fusiformes se revela claramente mediante una combinación de tinción inmunohistoquímica para queratinas y demostración microscópica electrónica de filamentos similares a tonofilamentos. Sin embargo, la clasificación de la OMS de tumor ha colocado esta entidad bajo tumores epiteliales malignos de células escamosas.¹⁹

- **Melanoma**

El melanoma primario de la cavidad oral es una entidad rara y agresiva que se origina a partir de las modificaciones malignas de los melanocitos de la mucosa oral. El melanoma oral primario representa el 0,2–8% de todos los melanomas y el 0,5% de todas las neoplasias malignas de la cavidad oral. El rango de edad varía entre los 40 y los 60 años, generalmente se diagnostica en la quinta a la séptima década de la vida. La edad máxima para el diagnóstico de melanoma oral tiende a ser una o dos décadas más tarde que los melanomas cutáneos. En general, no existe predilección sexual, aunque algunos autores citan un ligero predominio masculino.²⁰

El melanoma oral más frecuente es el melanoma lentiginoso acral (también denominado melanoma lentiginoso de la mucosa).²⁰ Clásicamente el melanoma de la cavidad oral se presenta como una mácula asintomática de color marrón oscuro a negro; típicamente en la encía maxilar, mucosa alveolar y mucosa palatina. Estas lesiones a menudo tienen bordes asimétricos e irregulares y pueden mostrar ulceración o hemorragia. A medida que avanzan las lesiones, pueden aparecer más nodulares y exhibir erosión del hueso o de las estructuras circundantes. Las lesiones por satélite (lesiones que rodean el tumor inicial) también se han notificado en muchas lesiones orales primarias del melanoma.²⁰

Debido a que la mayoría de los melanomas orales son asintomáticos hasta etapas posteriores y tienen un pronóstico tan malo, el reconocimiento temprano es de suma importancia. Sin embargo, el melanoma frecuentemente imita a varias entidades, tanto clínica como histopatológicamente, lo que dificulta que el médico y el patólogo puedan realizar un diagnóstico definitivo rápidamente.²⁰

- **Carcinoma Mucoepidermoide**

El carcinoma mucoepidermoide es el tumor maligno más común de las glándulas salivales mayores y menores que representa aproximadamente el 30% de las neoplasias malignas de las glándulas salivales. Su comportamiento clínico es muy variable y abarca desde un crecimiento lento e indolente hasta localmente agresivo y altamente metastásico. Histológicamente, el carcinoma mucoepidermoide está compuesto por 3 tipos de células diferentes: células mucinosas, células intermedias y células epidermoides. Sus patrones de crecimiento van desde quísticos hasta sólidos e infiltrativos. Estos parámetros se han incorporado en varios sistemas de clasificación diferentes que se han correlacionado con el pronóstico y por lo tanto, desempeñan un papel importante en las decisiones de tratamiento.²¹ Sin embargo, se estima que varios casos de carcinoma mucoepidermoide con mal pronóstico tienen una malignidad de bajo grado en el examen histológico.²¹

- **Carcinoma Basocelular**

Los resultados de cáncer en la epidermis (piel) del labio es menor considerando que es el 1% a 2%. Prevalece en el labio inferior el carcinoma espinocelular y en el labio superior el carcinoma basocelular. Los factores de riesgo para su aparición son: fumar, alcoholismo, trabajar al aire libre y también se ha reportado la exposición a oncogenes virales.²²

El tumor empieza como una neoformación, de forma nodular que tiende a transformarse optando una forma ulcerada o vegetante; lo encontramos en la piel del labio y puede expandir hasta el borde bermellón. El tratamiento es quirúrgico con margen teniendo en cuenta las características del tumor y del paciente, podemos agregar radioterapia al tratamiento para un mejor pronóstico. Existen diferentes técnicas quirúrgicas para reconstruir el labio, la elección depende de; la existencia de metástasis, la extensión y la topografía. La incidencia de metástasis en el carcinoma basocelular es muy baja.²²

- **Tumores malignos derivados del tejido conectivo**

- **Fibrosarcoma**

Los sarcomas de tejidos blandos son raros en la región oral y maxilofacial y representan menos del 1% de los cánceres. En un momento, el fibrosarcoma fue el sarcoma de tejidos blandos más común. Con la introducción de la microscopía electrónica y la inmunohistoquímica, se hizo evidente que muchos fibrosarcomas

diagnosticados previamente eran otras lesiones malignas de células fusiformes. El fibrosarcoma se define como un tumor maligno de células fusiformes que muestra una espiga o un patrón fascicular entrelazado sin la expresión de otros marcadores de células del tejido conectivo.²³

El fibrosarcoma es una neoplasia maligna de origen fibroblástico. Se ha informado en asociación con varias afecciones, como la enfermedad de Paget y la displasia fibrosa. El fibrosarcoma del área de la cabeza y el cuello representa el 5% de todos los tumores malignos intraóseos. Puede ocurrir en cualquier lugar, pero afecta principalmente al hueso largo, y su aparición en la región craneofacial es de aproximadamente el 15%, siendo la mandíbula el sitio más común. Aunque el fibrosarcoma afecta con mayor frecuencia en la tercera y sexta décadas de la vida.²³

- **Fibrohistocitoma maligno**

El fibrohistiocitoma maligno fue descrito por O'Brien y Stout en 1964, desde entonces es reconocido como el sarcoma de tejidos blandos más frecuente en la edad adulta. Es una neoplasia determinada histopatológicamente por fibroblastos que tienen numerosos patrones de crecimiento y una proliferación mesénquimal de células histocitarias.²⁴

El fibrohistocitoma debe ser distinguido de otras neoplasias que también muestran un importante pleomorfismo como el carcinoma

pleomórfico, liposarcoma pleomorfo, leiomioma y rhabdomioma pleomórfico. Se ubica principalmente en la cavidad abdominal, retroperitoneo y extremidades, siendo su ubicación en cabeza y cuello tan solo el 1 al 7% de los casos. Hay pocos casos que se localizan en la orofaringe y muy raramente se localizan en los tejidos blandos de la cavidad oral.²⁴

- **Liposarcoma**

El liposarcoma aproximadamente representa el 20% de todas las neoplasias malignas de tejidos blandos, lo que representa el tipo más común de sarcoma en adultos. Los liposarcomas de cabeza y cuello son raros, ya que representan del 2 al 8% de todos los sarcomas en esta región. Los liposarcomas de cabeza y cuello entre los años 1911 y 2005, aproximadamente el 46% de los casos se localizaron en la mucosa oral, mientras que los liposarcomas de las glándulas oral y salival representaron solo el 0,3% de todos los liposarcomas.²⁵

- **Angiosarcoma**

El angiosarcoma es un tumor maligno mesenquimatoso que tiene una diferenciación en endotelio vascular, su lugar de ubicación más frecuente es en la piel y tejidos blandos pero también se puede presentar en cualquier lugar. La aparición de este tumor en la cavidad oral es extremadamente raro.²⁶

- **Neurosarcoma**

El neurosarcoma tiene un origen celular, que se obtiene por las células del neurilema o células de schwann, es el principal tumor maligno de origen nervioso. Tiene la característica de ser un tumor destructivo y agresivo. En la clínica observamos; crecimiento rápido, asociado a dolor, metástasis y aumento de volumen. Se presenta más en la tercera década de vida, en cualquier zona del cuerpo y rara vez en cabeza y cuello. Si fuera el caso de presentarse en la cavidad oral, lo encontramos comúnmente en la mandíbula comprometiendo al nervio alveolar inferior, canal mandibular y el nervio mentoniano.²⁷

- **Rabdomiosarcoma**

Los sarcomas de la región de cabeza y cuello se encuentran solo en el 1% de todas las neoplasias malignas de cabeza y cuello. Entre los sarcomas de tejidos blandos, el rabdomiosarcoma ocurre predominantemente en niños en un 60%, mientras que rara vez se encuentra en adultos 2% a 5%. El rabdomiosarcoma es una neoplasia maligna de células mesenquimatosas, que muestra diversos grados de estriado diferenciación de las células musculares. Los sitios comunes de aparición son la región de cabeza y cuello en un 35%, el tracto genitourinario 23%, el retroperitoneo y las extremidades 17%. Los rabdomiosarcomas de la cavidad bucal son extremadamente raros, ya que representan solo del 10% al 12% de todos los casos de cabeza y cuello. En la cavidad bucal, en su mayoría afecta a la lengua seguida de paladar blando, paladar duro y mucosa bucal, también puede afectar

la encía en casos muy raros. El rhabdomiosarcoma a menudo presenta dificultades para el diagnóstico, ya que presenta un espectro de apariencia histológica que incluye variantes embrionarias, de células fusiformes, alveolares y no diferenciadas.²⁸

- **Leiomiosarcomas**

Los leiomiosarcomas constituyen aproximadamente del 3% al 10% de todos los sarcomas en el área de la cabeza y el cuello. El leiomiosarcoma es un tumor maligno que ocurre con mayor frecuencia en la edad madura, especialmente en los años sesenta. Este tipo de malignidad es ligeramente más común en hombres que en mujeres. El grupo de los factores etiológicos son: enfermedad predisponente (linfedema crónico, enfermedades acompañadas de inmunosupresión, enfermedades virales), factores ambientales (radiación, trauma, cuerpo extraño, compuestos químicos: herbicidas, pesticidas) y trastornos genéticos (neurofibromatosis, síndrome de Gardner, síndrome de Li Fraumeni). Los leiomiosarcomas crecen lentamente en el período inicial y no tienen síntomas característicos. El leiomiosarcoma generalmente se manifiesta en la boca en forma de tumor significativamente maligno. Las ubicaciones descritas anteriormente estaban relacionadas con la lengua, la mandíbula, el paladar, las mejillas, los senos maxilares, la encía superior e inferior. Inicialmente afecta los tejidos blandos gingivales como una inflamación no ulcerada que puede ocurrir en el tejido bucal y lingual. Este tipo de tumor se caracteriza por una rápida

progresión de crecimiento y requiere tratamiento combinado: cirugía radical y luego radioterapia adyuvante.²⁹

- **Metástasis**

La metástasis a la cavidad oral es un evento raro y constituye el 1% de todas las neoplasias malignas de la cavidad oral. Las metástasis de la cavidad oral se observan principalmente en las mandíbulas en comparación con los tejidos blandos, particularmente en el área posterior de la mandíbula. Solo el 33% de las lesiones metastásicas orales se asientan en los tejidos blandos. Un sitio específico para metástasis es el sitio posterior a la extracción. Clínicamente, las metástasis gingivales tempranas son polipoides o exofíticas, están muy vascularizadas y se asemejan a lesiones hiperplásicas o reactivas, como granuloma piógeno, granuloma de células gigantes y fibroma periférico. En otras localizaciones, especialmente en la lengua, aparecen como submucosas masas. La metástasis a la cavidad oral es una de las complicaciones del cáncer sistémico y generalmente se desarrolla en la etapa final de una lesión por cáncer. Las metástasis en la cavidad oral son una causa cada vez más crítica de morbilidad y mortalidad en pacientes con cáncer.³⁰

El diagnóstico y tratamiento tempranos de la metástasis de la cavidad oral pueden prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida del paciente. Los dentistas desempeñan un papel crucial en el diagnóstico y manejo de los pacientes con cáncer, especialmente en aquellos pacientes

en los que la metástasis oral es el primer signo de cáncer no descubierto en otras partes del cuerpo.³⁰

- **Neoplasias del sistema inmune con afectación oral**

• **Linfoma No Hodgkin**

Las enfermedades malignas que afectan la cavidad oral, como los linfomas solo constituyen el 5%. Los linfoma no hodgkin son de rara aparición en cabeza y cuello, los lugares más comunes donde aparecen en la cavidad oral son; senos maxilares, seni etmoidal y cavidad nasal con un porcentaje de treinta y tres, con una sobrevida de cinco años.

La característica de los linfomas es que son agresivos, tienen mal pronóstico y corto plazo de tiempo constituyendo el 50% de casos de linfomas no hodgkin, depende además del subtipo histológico específico, del estadio en que se encuentra, la edad y el estado general del paciente.³¹

• **Plasmocitoma - mieloma múltiple**

El mieloma múltiple (MM), el plasmocitoma solitario óseo (intramedular) y el plasmocitoma extramedular son considerados neoplasias de células plasmáticas. Se caracteriza por la proliferación de linfocitos B, su etiología es desconocida pero han surgido factores de riesgo como; sobredosis de radiación ionizante, exposición a químicos, virus, condiciones sistémicas y factores genéticos .³²

Es frecuente en el género masculino y menor en mujeres afecta a los pacientes entre la edad 50 y 80 años. Sus características clínicas son; fiebre, polidipsia, dolor óseo, náusea, dolor de espalda, compresión vertebral, pérdida de peso, falla renal, parestesia de miembros inferiores. Características clínicas orales encontramos odontalgia, movilidad dental, dolor mandibular, ulceraciones y parestesia.³²

Un paciente que tiene mieloma múltiple debe hacerse exámenes para llegar a un diagnóstico correcto, entre ellos encontramos; urinarios, exámenes hematológicos y estudio radiográfico esquelético.

El tratamiento es variado se puede trasplantar médula ósea, quimioterapia, radioterapia y medidas de soporte como los corticosteroides.³²

I. Examen de la cavidad Oral

La anatomía de la cavidad oral permite una fácil visión directa de lesiones en ella. Si el cáncer es detectado entre los primeros cinco años, tiene una supervivencia del 50% dependiendo del estadio clínico. La principal medida diagnóstica de detección de cáncer oral es el autoexamen por el propio paciente y esto implica que debe tener ciertos conocimientos. El descubrimiento precoz del cáncer es un conjunto de pasos a considerar empezando por la observación de la cavidad oral, seguido de la palpación de las lesiones anormales y la región cervical, también observar la lengua si tiene alguna alteración al movimiento, traccionar todas sus caras tener en cuenta si hay masas a la palpación, también es importante su coloración y brillo. Clínicamente la lengua

puede presentar parches blancos (leucoplasia) con o sin fisuras y leucoplasias agrietadas. Cuando extraemos un diente y el alveolo no cicatriza satisfactoriamente en más de catorce días se sugiere tomar una muestra de la lesión.³³

El azul de toluidina al 1% es una importante ayuda diagnóstica, que es un colorante, con alta afinidad por ácidos nucleicos y que se encuentran directamente relacionados con la presencia de neoplasias malignas y lesiones displásicas. Después de realizar una revisión general del rostro del paciente la cual hacemos un informe detallado si encontramos alguna alteración, procedemos a examinar la cavidad oral en el orden establecido.³³

- **Labio**

Empezamos la revisión desde la piel hasta la mucosa del labio, de un extremo de la comisura al otro y la altura hasta el surco vestibular, el cual se examina simultáneamente con la encía vestibular hasta la región canina. La palpación bimanual nos ayuda a saber si hay algún cambio fuera de lo normal en la inserción de los frenillos, la consistencia de la encía, glándulas salivales accesorias y el labio.³⁴

- **Mucosa del carrillo**

Empezamos por el lado derecho, desde la comisura hasta el espacio retromolar, se inspecciona detalladamente; también el resto del surco vestibular y la encía labial. Debemos recordar las estructuras normales como las manchas melánicas de origen étnico, glándulas sebáceas

ectópicas, la línea alba, la terminación del conducto de la parótida y las otras estructuras habituales de la zona, la maniobra se repite en el lado izquierdo.³⁴

- **Paladar**

Se encuentra dividido en dos zonas; el paladar duro y paladar blando con la úvula. En el paladar encontramos; la desembocadura de los conductos de las glándulas mucosas accesorias, papila palatina, el rafe medio, el torus palatino y rugosidades palatina. Debemos examinar cada zona minuciosamente.³⁴

- **Lengua móvil**

En la lengua evaluamos el movimiento, que el paciente pueda desplazar con facilidad en varias direcciones, exploramos también la cara dorsal, borde y vértice de la lengua. Evaluamos la cara dorsal y los bordes de la lengua buscando induraciones o pequeños nódulos, para que se efectúe esta evaluación tomamos la lengua con una gasa desde el vértice e identificamos los surcos linguales, glositis romboidal media, las papilas; fungiformes, filiformes, caliciformes y foliáceas.³⁴

- **Suelo de la boca**

Revisar, el suelo de boca, la encía lingual y la cara ventral de la lengua con ayuda de un espejo bucal. Indicar al paciente que eleve su lengua hacia el paladar duro, para la palpación del piso de boca coloque el dedo índice debajo del mentón y el dedo de la otra mano palpa el piso anterior

de la boca de cada lado. Las formaciones anatómicas de estos sitios incluyen: frenillo lingual, torus mandibular, apófisis genis, línea oblicua interna, la salida de los conductos de las glándulas salivales sublinguales y submandibulares. En la cara ventral de la lengua podemos encontrar las glándulas salivales accesorias.³⁴

- **Raíz o base de la lengua y bucofaringe**

Inspeccionar la bucofaringe y la base de la lengua, ayudándose del espejo bucal estéril y mientras tira con una gasa del vértice lingual hacia delante y abajo, con el dedo índice palpe la base de la lengua y el resto de la bucofaringe con un movimiento en U. Debemos tener en cuenta las siguientes estructuras: vegetaciones linfoides de la base de la lengua, faríngeas, linguales y amígdalas palatinas.³⁴

- **Examen del cuello**

Hay alteraciones como; el aumento de volumen, pigmentaciones se detectan haciendo una buena inspección del cuello y la cara. Para la palpación comenzando por el lado izquierdo incline la cabeza del paciente hacia ese lado con ayuda de su mano izquierda, mientras que con la derecha se realiza la palpación, repita la maniobra en el lado derecho invirtiendo sus manos. Palpe cuidadosamente las zonas de las cadenas ganglionares submandibular, yugular internas, cervicales transversas y espinal accesoria y los grupos submentonianos, parotídeos. Realizar los procedimientos de higiene bucodental por parte del propio paciente es un poco complicado, para que lo logre correctamente y tenemos que aplicar

la misma técnica de motivación para que puedan hacer una correcta palpación y así el beneficio puede ser la vida del paciente.³⁴

En la época de los noventa ya había un convenio mundial por la generación de políticas públicas que guiaban al desarrollo de la esperanza de vida y una nueva perspectiva de salud. Así poder indicar un adecuado control del cáncer en relación con los factores de riesgo, por este motivo actualmente el cáncer no solo debe ser cuestión de intervenir la enfermedad, sino de controlar y tratar a tiempo.³⁴

J. Signos y Síntomas clínicos del cáncer en la cavidad bucal

Los signos y síntomas típicos del cáncer oral incluyen manchas blancas y rojas en el revestimiento de la mucosa oral, úlceras orales no curadas, hinchazón de la boca, aflojamiento de uno o más dientes sin una razón obvia, dolor y rigidez en la mandíbula, dificultad o dolor al tragar , dificultad para hablar, movilidad reducida de la lengua, entumecimiento de la lengua o dientes o labios, sangrado de origen desconocido, hinchazón del cuello, alteración de la oclusión dental, dolor de garganta, lengua dolorosa, voz ronca y dolor de cuello persistente.³⁵

K. Manifestaciones clínicas del cáncer oral

La manifestación clínica más común de cáncer oral es el carcinoma oral de células escamosas. Alrededor de un cincuenta por ciento de los carcinomas epidermoides se desarrollan sobre un epitelio previamente alterado. La capacidad de malignización de estos, estados llamados "potencialmente

cancerosos" es establecida por la presencia de displasia epitelial, se entiende que es una variación de una serie de fenómenos microscópicos que indican un desorden de la maduración epitelial y una alteración de la proliferación celular.³⁶

*En la biología del crecimiento tumoral se pueden distinguir cuatro fases bien definidas: ³⁶

- Alteración maligna de la célula diana: transformación.³⁶
- Crecimiento de las células transformadas.³⁶
- Invasión local.³⁶
- Metástasis.³⁶

La medida del tumor depende de las pérdidas y el cociente de producción, esto quiere decir que al aumentar las células existe también un aumento de sensibilidad a la quimioterapia. El desarrollo de las células alteradas se lleva a cabo gracias a los vasos sanguíneos, estos liberan células de factores de crecimiento, células liberadoras y ayudan a ser fuente de nutrición.

La infestación local depende del potencial maligno y de la agresividad del tumor. El cáncer aparece por alteración maligna de una sola célula y con el paso del tiempo se producirá "heterogeneidad tumoral" que hace referencia a la aparición de subclones con fenotipos diferentes de la célula primera creando una gran variedad de tipos celulares. La metástasis tumoral podría esquematizarse de la siguiente manera: ³⁶

- Invasión de la matriz extracelular.³⁶
- Circulación por el torrente sanguíneo.³⁶
- Depósitos secundarios en lugares alejados.³⁶

Podemos clasificar los carcinomas orales en tres grados: ³⁶

- **Bien diferenciados**

Histológicamente son semejantes al epitelio malpighiano del que derivan, tienen la capacidad de formar queratina, globos o pelar corneas bien diferenciados. La mitosis es moderada y hay escasas atipias celulares, frecuentemente aparece un infiltrado peritumoral.³⁶

- **Moderadamente diferenciado**

Hay poca queratinización celular, esto hace que deje de formar globos córneos y las células se queratinicen de forma aislada, se incrementa la mitosis y disminuye el infiltrado tumoral.³⁶

- **Mal diferenciados o indiferenciados**

La actividad queratoblástica desaparece, los clones celulares pierden su parecido con las células de las que derivan y se rompe la adhesión intercelular permitiendo la metástasis.³⁶

En la cavidad oral clínicamente se encuentra con frecuencia úlceras induradas que pueden ser dolorosas y con bordes evertidos. Son acompañadas de metástasis en estadios más avanzados, el carcinoma epidermoide puede presentarse bajo tres formas clínicas: ³⁶

- Morfología endofítica: conformando una úlcera irregular con fondo sucio y bordes evertidos.³⁶

- Morfología exofítica: es irregular e indurado a la palpación, de crecimiento tumoral vegetante.³⁶

Tipo mixto: es la combinación de la morfología endofítica y exofítica.³⁶

L. Diagnóstico de cáncer oral

El cáncer oral logra dañar a distintas zonas de la cavidad oral, se encuentran con frecuencia en el suelo de boca y borde lateral de la lengua, aunque también puede dañar a otras estructuras como labio inferior, mucosa yugal, paladar blanco y orofaringe. Se ha analizado que cuando el paciente ingiere alcohol o es fumador, las lesiones se ven sobretodo en la zona anterior de lengua, suelo de boca, alvéolos y mucosa oral. Por otra parte las lesiones por virus de papiloma humano se manifiestan más en las zonas posteriores de la cavidad oral como base de lengua, pilares amigdalinos, amígdalas y orofaringe.³⁷

Tenemos que tener en cuenta que el primer paso, es hacer una correcta historia clínica y así localizar factores de riesgo que puedan producir o desarrollar cáncer oral. El diagnóstico a tiempo se obtiene de la habilidad clínica o incluso del mismo paciente, si tiene una orientación para reconocer una lesión anormal mientras que se halle en un estadio iniciales. Los estadios iniciales pueden ser causar pequeños cambios o asintomáticos, por lo tanto se recomienda que los profesionales de la salud tengan una preparación adecuada para que sepan identificar las lesiones orales precancerosas. Los pacientes que no acuden con frecuencia al odontólogo

tienen más riesgo de diagnosticarles las lesiones en estadios muy avanzados.³⁷

M. Tratamiento del cáncer oral

Las alternativas de tratamiento para los carcinomas orales son variables y dependen de diversos factores como los deseos y la capacidad de tolerar el tratamiento del propio paciente, presencia o ausencia de metástasis, el estado de los ganglios linfáticos, el tamaño y localización del tumor inicial. En el tratamiento se intenta preservar la mayor estructura sana posible, tanto la radioterapia como la cirugía, siguen siendo el gold standard para el tratamiento de los tumores de labio y cavidad oral, va de la mano con la cirugía o combinado con quimioterapia.³⁷

La radioterapia tiene una dosificación que va a depender del tipo de tumor y de la ubicación, también de la forma que va a ser empleada si es única o en combinación con otras modalidades. Normalmente la dosis de radiación en un individuo con cáncer de cabeza y cuello llegan hasta cincuenta o setenta Gray, con una duración de cinco a siete semanas, una vez al día por cinco días a la semana. La radioterapia tiene complicaciones que afectan estructuras orales como; glándulas salivales, mucosa oral, dentición y hueso. Provocando al paciente consecuencias clínicas como xerostomía, mucositis, caries por radiación y osteorradionecrosis.³⁷

El tratamiento para el cáncer oral involucra principalmente la función del habla, cuanto más extenso es el tumor, más comprometido estará el habla.³⁷

Las lesiones premalignas por lo general son tratadas de acuerdo a sus estadios, la leucoplasia con una displacia de tipo leve se recomienda que si se elimina el factor de irritación se puede revertir, las leucoplasias con una displacia de tipo moderado o severo se recomienda que sean extirpadas siempre que sea posible. Además de la cirugía podemos tratar de eliminar estas lesiones con las terapias no invasivas, entre ellos encontramos los carotenoides y licopenos pero crea un aumento de resultados desfavorables tanto durante el tratamiento y también cuando dejamos de usar esta terapia.³⁷

Los diversos tratamientos traen consecuencias que afectan a la calidad de vida del paciente. La braquiterapia es un nuevo método terapéutico, poco lesivo y ofrece una menor radiación que la radioterapia externa. Consiste en que a través de unos adaptadores se encuentra en contacto con la masa tumoral por medio de tubos o agujas que no producen daño evitando que la radiación lastime a los tejidos sanos vecinos gracias a un protector de acrílico de 2 mm de plomo. Esta técnica no es para todos los casos por ejemplo si hay una gran pérdida de tejido o se encuentra afectado el hueso, esta técnica quirúrgica se encuentra totalmente contraindicada.³⁷

Con el uso de esta técnica hay que considerar que en algunos casos puede producir una pequeña mucositis en la zona donde aplicamos la radiación, pero este inconveniente suele desaparecer entre un mes o mes y medio.³⁷

N. Resumen de la estadística de Cáncer Bucal en ambos sexos del 2010 a 2012 en Lima Metropolitana.³⁸

CIE-10	Localización	Sexo femenino	Sexo masculino	Total de casos
C00	Labio	8	12	20
C01-02	Lengua	155	99	254
C03-06	Boca	149	141	290
C07-08	Glándula salivales	77	64	141

Casos nuevos de Cáncer Bucal registrados en el INEN, periodos 2000-2017 en ambos sexos.³⁸

Año	Cáncer bucal
2000	155
2001	167
2002	206
2003	189
2004	244
2005	230
2006	228
2007	248
2008	243
2009	223
2010	277
2011	285
2012	302
2013	279
2014	310
2015	303
2016	295
2017	318

1.2 Investigaciones

Fotedar V., Fotedar S., Gupta M., Manchanda K. y Sharma M. (2015); evaluaron el conocimiento, la actitud y las prácticas del cáncer oral entre los estudiantes de pregrado de medicina en Indira Gandhi Medical College, Shimla, India. Materiales y métodos: se realizó un estudio de cuestionario de corte transversal entre 186 estudiantes de pregrado de medicina entre el tercer y quinto año en Indira Gandhi Medical College, Shimla. El cuestionario constaba de 15 preguntas. Sobre conocimientos, actitudes y prácticas. Los datos se analizaron mediante un paquete estadístico para la versión 16 de las Ciencias Sociales. La prueba utilizada fue t-test, Chi-cuadrado y ANOVA. Resultados: La tasa de respuesta del estudio fue del 96,5%. El porcentaje medio de conocimiento de la muestra fue bueno. El porcentaje de conocimiento fue mayor en mujeres que en hombres. Un mayor porcentaje de estudiantes en el quinto año (pasantía) tenía un excelente conocimiento. El conocimiento y las prácticas sobre los factores de riesgo no fueron satisfactorios. Ciento veinticuatro (66.6%) de los estudiantes no estuvieron de acuerdo / totalmente en desacuerdo que su conocimiento sobre la prevención y detección del cáncer oral es adecuado en la actualidad. Ciento setenta y seis (94.6%) estuvieron de acuerdo / totalmente de acuerdo en que hay necesidad de capacitación, con información adicional con respecto al cáncer oral. Conclusión: se puede concluir que, aunque el conocimiento medio de la población era bueno, el conocimiento y las prácticas sobre los factores de riesgo debían reforzarse entre estos estudiantes para que pudieran ayudar a los pacientes a dejar el tabaco y el alcohol, así contribuir con la prevención de cánceres orales. ¹⁰

Fotedar S., Bhardwaj V., Manchanda K., Fotedar V. y Sood N. (2015); evaluaron el conocimiento, la actitud y las prácticas entre los estudiantes de pregrado de odontología sobre el cáncer oral. Materiales y métodos: Se realizó un estudio de cuestionario transversal entre estudiantes de pregrado de odontología entre el 3er y el 5to año en el H.P Government Dental College, Shimla. El cuestionario constaba de 15 preguntas, cinco de ellas sobre conocimientos, actitudes y prácticas. Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Inc., versión 16 para Windows, Chicago, IL, EE. UU.). Resultados: La tasa de respuesta del estudio fue del 90,6%. Hubo 23 (21.5%) hombres y 84 (78.5%) mujeres en el estudio. Predominó el sexo femenino (78,5%). El porcentaje de conocimiento promedio para toda la población es de 81.9% (excelente conocimiento). El tabaco y el alcohol fueron identificados correctamente por el 63,5% de los sujetos. El carcinoma de células escamosas fue descrito como el tipo más común de cáncer oral en 105 (98,3%) de los estudiantes. El 60.7% de los sujetos discrepó fuertemente de que su conocimiento sobre la prevención y detección del cáncer oral es actual y adecuado, y el 99% estuvo de acuerdo en que existe la necesidad de capacitación / información adicional sobre el cáncer oral. Alrededor del 92.5% de los estudiantes solían educar a sus pacientes sobre los efectos dañinos del tabaco y el alcohol. Conclusión: El estudio implica que el conocimiento, especialmente sobre los factores etiológicos del cáncer oral, debe reforzarse a lo largo de los cursos de pregrado en odontología para que puedan usar el mismo para educar y motivar a los pacientes, así puedan adaptar estilos de vida saludables. ¹¹

Izaguirre P. (2012); evaluó una muestra que fue compuesta por 150 alumnos de 3 universidades de Lima que se encontraban concluyendo su internado hospitalario correspondiente al año 2012. Para definir el nivel de conocimiento se efectuó una revisión bibliográfica y se confeccionó un cuestionario de 24 preguntas cerradas que fue validado mediante juicio de expertos y Alfa de Cronbach de 7,62. El instrumento evaluó el nivel de conocimiento en cinco secciones: epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer oral y los calificó de bueno, regular y bajo, según la escala establecida. El 44,7% de los alumnos que integran la investigación tenían un nivel regular de conocimientos sobre cáncer oral. En el nivel de conocimientos, bajo, se distribuyó el 39,3% de la población y en el nivel de conocimientos, bueno, se encontró el 16% de la población. Las secciones donde los participantes obtuvieron mayor puntaje fueron: etiología y diagnóstico, estas secciones comprendían preguntas factores de riesgo, signos, síntomas y localización del cáncer oral. En cambio las secciones sobre tratamiento y prevención del cáncer oral fueron donde se obtuvieron los menores puntajes. Este estudio identificó un vacío existente en el conocimiento sobre cáncer oral entre los estudiantes de odontología del último año de la carrera y subraya la necesidad de mejorar la educación sobre el cáncer oral para beneficio de la población que podrá ser atendida por los futuros profesionales.⁴

Pulgar L. (2016); determinó el nivel de conocimiento sobre el cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana. Materiales: La muestra estuvo conformada por 61 estudiantes del último ciclo

de Odontología de una universidad peruana, matriculados en el ciclo 2016-I, quienes firmaron voluntariamente un consentimiento informado para participar del estudio. Se elaboró una encuesta con 11 preguntas sobre conocimientos respecto al cáncer bucal, donde se evaluó la epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento, prevención y conocimientos generales. Resultados: Los participantes respondieron en su mayoría correctamente a las preguntas respecto a etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención, en la sección de conocimientos sobre epidemiología se encontró que la respuesta que predominó fue incorrecta. Respecto a los conocimientos generales sobre el cáncer bucal, el resultado que predominó fue regular. Conclusión: Este estudio demostró que hay deficiencia de conocimientos respecto al cáncer bucal, y se debe concientizar a los estudiantes a que le den mayor importancia al tema, es necesario reforzar los conocimientos de quienes serán futuros profesionales de la salud, y así ellos brinden mejor atención a sus pacientes.⁶

Porras M. (2016); determinó el nivel de conocimiento sobre cáncer oral en los estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología. Método: la muestra fue constituida por 102 estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología Abancay 2016. Para determinar el nivel de conocimiento se utilizó un cuestionario de 22 preguntas cerradas. El instrumento evaluó el nivel de conocimiento en cinco secciones: epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer oral y los califico de bajo, regular y alto, según la escala establecida. Resultados: Se obtuvo en esta investigación que el 40,2% de los estudiantes tienen nivel de conocimientos bajo; el 43,1% tuvo

nivel de conocimientos regular y el 16.7% tuvo nivel de conocimientos alto. Las secciones donde los estudiantes obtuvieron mayor puntaje fueron: diagnóstico y prevención, en cambio las secciones sobre epidemiología, etiología y tratamiento del cáncer oral fueron donde se obtuvieron los menores puntajes. Conclusiones: Este estudio identificó un vacío existente en el conocimiento sobre cáncer oral entre los estudiantes del séptimo a noveno semestre de la escuela profesional de estomatología y subraya la necesidad de mejorar la educación sobre el cáncer oral para beneficio de la población que podrá ser atendida por los futuros profesionales.⁷

Gutiérrez J. (2017); determinó el nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del cirujano dentista de la ciudad de Puno. Materiales y métodos: es un tipo de investigación cuantitativa, nivel descriptivo, diseño transversal, prospectivo, observacional; se realizó una minuciosa revisión bibliográfica y se elaboró un cuestionario con 25 preguntas cerradas, que fue validado mediante juicio de expertos y se hizo el análisis de fiabilidad mediante el Alfa de Crombach de 7,97. Este instrumento evaluó el nivel de conocimiento en cinco secciones: epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer en la cavidad bucal y los calificó como: eficiente, regular y deficiente, según la escala establecida. A una muestra determinada de 143 Cirujanos Dentistas habilitados según el COP y que cumplieron los criterios de inclusión y de exclusión. Resultados: De los Cirujanos Dentistas participantes El 36.4% tuvo nivel de conocimientos deficiente; el 45.5% tuvo nivel de conocimientos regular y el 18.2% de la población tuvo nivel de conocimientos eficiente. En el área de diagnóstico fue donde los participantes tuvieron un

puntaje deficiente en mayor porcentaje y en todas las demás áreas primó el nivel de conocimiento regular y mientras que el nivel de conocimiento eficiente se encontró en todas las áreas con mínimo porcentaje. Conclusiones: Este estudio reconoció un nivel de conocimiento de nivel regular sobre cáncer en la cavidad bucal, por parte de los Cirujanos Dentistas en la ciudad de Puno y ahí la necesidad de implementar mayor capacitación en el pregrado o postgrado con temas relacionados. ⁸

1.3 Marco Conceptual

- Actitud

Es la conducta usual que se produce en distintas circunstancias, tiene un empelo particular en el estudio del carácter, como información natural o adquirida.³

- Cáncer bucal

El cáncer es una enfermedad que sucede cuando se realiza una división descontrolada de células anómalas, la forma más frecuente de cáncer oral es el carcinoma de células escamosas, puede aparecer como una lesión inicial del mismo tejido de la cavidad oral o en un lugar distinto al de origen a eso se llama metastasis.⁵

- Carcinoma Epidermoide

El carcinoma epidermoide, es el más frecuente de la cavidad oral se encuentra recubierto por la mucosa del epitelio de células escamosas originando una

neoplasia maligna. También puede afectar zonas de la piel expuestas al sol, orejas, cuero cabelludo, genitales, ano y dorso de la mano. ⁶

- **Conocimiento**

Son elementos de verdades o hechos almacenados en el desarrollo del tiempo y podemos decir que es la suma de información de cualquier civilización y período.¹

- **Eritroplasia**

Es un daño que se ocasiona a la mucosa oral que aparecen con bordes irregulares, aterciopeladas y en forma de placas rojas. El tabaco y el alcohol pueden incrementar el riesgo de sufrir de eritroplasia.⁸

- **Factores de riesgo**

Es el aspecto del comportamiento personal, exposición ambiental y estilo de vida sobre la evidencia epidemiológica. Se asocia con alguna afectación relacionada con la salud que es considerada importante prevenir.⁴

- **Leucoplasia**

Es una lesión de la cavidad oral que presenta histológicamente algunas disqueratosis que pueden ser; hiperqueratosis, papilomatosis y acantosis que tienen una característica principal, generan placas blanquecinas no se desprenden al raspado y están en constante crecimiento. Es frecuente encontrar esta lesión en hombres que tiene entre 40 y 70 años de edad.¹⁰

- **Metástasis**

Es la diseminación del cáncer de una parte del cuerpo en donde se formó inicialmente a otra parte del cuerpo. Las células cancerosas viajan a través del sistema linfático o sanguíneo, separados del tumor inicial, para así poder formarse en otros tejidos y órganos nuevos tumores, a todo este procedimiento se le denomina metastasis.³⁰

- **Prevención**

Es la medida que se toman para disminuir las posibilidades de contraer una enfermedad. Por ejemplo, la prevención de cáncer incluye evitar los factores de riesgo como; falta de ejercicio, obesidad, tabaquismo y exposición a la radiación y aumentar los factores de protección como; mantener un peso normal, realizar actividad física en forma regular y seguir un régimen saludable de alimentación.³³

- **Quimioterapia**

Se encarga de impedir la proliferación de células cancerosas también las puede destruir, a través de los tratamientos con medicamentos. Dependiendo del estadio y tipo de cáncer que se encuentre se administrara en inyección, sobre la piel o por la cavidad oral. Puede acompañar a otros tratamientos como son la cirugía, radioterapia y terapia biológica.³⁴

- **Radioterapia**

La radiación ionizante es para tratar neoplasias malignas y algunos estados benignos. El empleo de radiación de alta energía deriva de los rayos gamma, protones, rayos x, neutrones. Que nos sirven para reducir el tamaño de los tumores y destruir células cancerosas. ³⁶

- **Universidad**

La universidad es una organización de adiestramiento con formación superior, constituida por facultades que a su vez otorga distintos grados académicos. Dentro de estas organizaciones se pueden incluir también centros de investigación.⁷

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

EL cáncer bucal se puede definir como una neoplasia maligna que se desarrolla en diferentes lugares de la cavidad bucal, invade y destruye tejidos para luego diseminarse. Se produce por agentes carcinogénicos tales como el tabaco, el alcohol, la dieta, inmunosupresión, factores dentales, infecciones, radiaciones, factores socioeconómicos y ocupacionales, genética, entre otros, causando daño irreversible. El carcinoma epidermoide es el tipo histológico predominante, las ubicaciones más frecuentes son la lengua en su borde lateral, el piso de boca y el triángulo retromolar.⁴

A nivel mundial, el cáncer bucal se está convirtiendo en una epidemia con una incidencia anual de 274,000 casos y 127, 500 muertes. Casi dos tercios de todas las muestras de cáncer bucal se presentan en países en desarrollo, donde se observa que en grandes variaciones geográficas estas pueden asociarse con influencias ambientales específicas, más que con factores étnicos de riesgo y genéticos. El cáncer es entonces un problema de salud pública a nivel global y afectando a las personas de diferentes edades y condiciones.⁴

A nivel sudamericano la mayor incidencia del padecimiento es reportada en San Paulo, Brasil. En el año 2012, se registraron 45500 casos nuevos y 21762

muerdes en América del Sur y América Central, variando las cifras entre países de manera considerable. En Chile, entre los años 2003–2007, la incidencia de cáncer oral y orofaríngeo fue de 3.2 casos nuevos por 100000 hombres y de 1.2 casos por 100000 mujeres.⁷

A nivel nacional el cáncer bucal como problema de salud pública en nuestro país constituye en una línea de base para las intervenciones orientadas a la prevención. La pobreza empeora el acceso de las personas con cáncer a los servicios de salud. El costo derivado de la enfermedad no transmisibles como el cáncer significa que los presupuestos familiares se deben reducir para las necesidades básicas tales como comida, vivienda y educación.⁸

A nivel de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega el conocimiento sobre cáncer bucal no tiene mucha atención por parte de los alumnos, que solo se enfocan en lesiones cariosas, problemas de encía y más tratamientos dentales. Si un paciente acude a la clínica estomatológica, el operador observa lo que tiene a nivel dentario, mas no en la mucosa, lengua, faringe y paladar, por lo que se necesita conocer más sobre medicina bucal, para que pueda mejorar su diagnóstico, beneficiando al paciente en el tratamiento.

Si la investigación no se realizara, los alumnos no tomarían conciencia de la magnitud del problema, si ellos no realizan un buen llenado de la historia clínica del paciente, observando todas las áreas de la cavidad bucal no podrían derivar correctamente a las diferentes especialidades sobre todo en el conocimiento

de las diversas patologías, para un mejor tratamiento integral del paciente y el aspecto preventivo del cáncer bucal.

La investigación es beneficiosa para ambas partes, para el estudiante ayudará a enriquecer sus conocimientos y a darse cuenta de sus debilidades con respecto a sus conocimientos de medicina bucal. El paciente tendrá una mejor atención por parte del operador y se prevendría muchas enfermedades a nivel de la cavidad oral, principalmente las patologías en relación al cáncer bucal.

2.1.2 Definición del Problema

2.1.2.1 Problema Principal

¿Cuál es el grado de conocimiento sobre el cáncer bucal y su actitud en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019?

2.1.2.2 Problemas Específicos

1. ¿Cuál es el grado de conocimiento sobre cáncer bucal en función de los factores sociodemográficos (sexo y grupo etario) en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019?
2. ¿Cuál es el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre epidemiología en los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019?

3. ¿Cuál es el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre etiopatogenia en los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019?
4. ¿Cuál es el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre diagnóstico en los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019?
5. ¿Cuál es el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre tratamiento y complicaciones en los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019?
6. ¿Cuál es la relación entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal en los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

La presente investigación tuvo por finalidad evaluar a los internos de Estomatología sobre el grado de conocimiento de cáncer bucal, además que actitud tomaron los internos frente a los pacientes con este tipo de problema de salud en boca y que practica tuvieron para poder hacer un diagnóstico adecuado. De acuerdo a los resultados se tomaron las acciones del caso y así contribuirá al beneficio del paciente, obteniendo una mejor atención por parte del operador y se prevendrían muchas enfermedades a nivel de la cavidad oral,

principalmente las patologías en relación al cáncer bucal, para así poder mejorar la salud bucal.

2.2.2 Objetivo General y Específicos

2.2.2.1 Objetivo General

Determinar el grado de conocimiento cáncer bucal y su actitud en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

1. Determinar el grado de conocimiento sobre cáncer bucal en función de los factores sociodemográficos (sexo y grupo etario) en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019.
2. Determinar el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre epidemiología en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019.
3. Determinar el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre etiopatogenia en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019.
4. Determinar el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre diagnóstico en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019.

5. Determinar el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre tratamiento y complicaciones en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019.

6. Determinar la relación entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal en los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019.

2.2.3 Delimitación del Estudio

2.2.3.1 La Delimitación Espacial

El presente estudio se llevó a cabo en las reuniones de intercedes que tienen los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, situada en Av. Bolívar 165, Pueblo Libre, Lima.

2.2.3.2 La Delimitación Temporal

La investigación fue desarrollada en el primer ciclo académico del año 2019.

2.2.3.3 La Delimitación Social

El propósito de la investigación fue evaluar a los internos de Estomatología sobre el grado de conocimiento de cáncer bucal, además que actitud tomaran los internos frente a los pacientes con este tipo de

problema en la cavidad oral y así obtener un diagnóstico adecuado que beneficiaría a los internos y como consecuencia los pacientes.

2.2.3.4 La Delimitación conceptual

El cáncer oral puede afectar a todas las estructuras de la cavidad bucal siendo la característica común una proliferación anormal y descontrolada del epitelio que recubre la mucosa oral, afectando principalmente con mayor frecuencia los labios o la lengua. El consumo de alcohol en exceso también incrementa el riesgo de cáncer oral.

2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio

El cáncer oral es un problema de salud pública a nivel mundial, esta enfermedad comienza con un estado en el que las células anormales se dividen sin control y tienen la capacidad de infiltrar otros tejidos, diseminándose por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático. Más del 90% de las neoplasias malignas de la cavidad oral corresponden al carcinoma espinocelular oral.

Es el sexto cáncer más común para ambos sexos en todo el mundo y la tasa de supervivencia es de cinco años. Alrededor de un 70% de los pacientes con cáncer espinocelular oral son diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad, cuando el paciente ya presenta dolor e impotencia funcional.

Por lo tanto el odontólogo tiene la oportunidad de ser el primero en observar algún signo de cáncer en boca y así hacer un correcto diagnóstico. La importancia del presente estudio es que los internos de estomatología tomen

conciencia sobre los conocimientos de medicina bucal y sobretodo en la práctica que sea un hábito el detectar alguna sintomatología en boca. En la actualidad el cáncer bucal es una de las causas más frecuentes de muerte en la población, por lo que es indispensable tener conocimiento de su diagnóstico.

El estudio, es un aporte importante para el profesional, debido a que tiene la oportunidad de detectar el cáncer en sus etapas iniciales mediante los signos y síntomas; de esta manera a la vez se evaluaría sus capacidades en el manejo de cáncer oral. También el paciente obtendrá con una mejor evaluación y derivación a su especialidad.

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Hipótesis

Existe influencia del grado de conocimiento de cáncer oral en la actitud de los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.3.2 Variables e Indicadores

En la presente investigación participaron las siguientes variables:

- **Variable Independiente**

Grado de conocimiento sobre cáncer bucal.

- **Variable Dependiente**

Actitud.

Los indicadores para la variable Independiente fueron las preguntas del cuestionario, que se establecieron de acuerdo a las dimensiones que se plantearon en el estudio.

Dimensiones	Preguntas
Epidemiología del cáncer oral	01 a 03
Etiopatogenia del cáncer oral	04 a 08
Diagnóstico del cáncer oral	09 a 17
Tratamiento y complicaciones del cáncer oral	18 a 20

Con respecto a la variable dependiente, se tomaron cinco preguntas referidas a la actitud de los internos con respecto al cáncer oral.

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.1 Población y Muestra

3.1.1 Población

La población estuvo constituida por los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega matriculados en el ciclo académico 2019 – I, en total 100 internos.

3.1.2 Muestra

La muestra estuvo constituida de forma no aleatoria por conveniencia, por 80 internos de la Facultad de Estomatología, matriculados en el ciclo 2019 –I, que cumplieron los criterios de selección.

- Criterios de Inclusión

Los participantes, para ser considerados en el estudio como unidades de muestreo, debieron cumplir con los siguientes criterios:

- Internos de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega que estuvieron matriculados, en el ciclo 2019 – I.
- Internos que aceptaron participar en el estudio.

- Criterios de Exclusión

Los participantes que presenten alguno de los criterios listados abajo, no pudieron ser considerados como unidades muestrales del estudio:

- Estudiantes del último año de la carrera profesional de Odontología sin inicio del internado hospitalario o rural.

- Estudiantes que se negaron a participar en la evaluación.

3.2 Diseño utilizado en el Estudio

3.2.1 Diseño

El presente estudio tuvo un diseño no experimental - descriptivo de las variables obtenidas en una muestra representativa de la población.

3.2.2 Tipo de Investigación

El estudio fue de tipo Observacional, Transversal, Prospectivo.

3.2.3 Enfoque

El enfoque de la investigación fue Cuantitativa y Cualitativa.

3.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

3.3.1 Técnica de Recolección de Datos

La presente investigación se presentó a la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, con la finalidad de que emitan la autorización respectiva y de tal manera se logró desarrollar el proyecto a utilizando de una ficha de observación Ad-hoc de recolección de datos.

Se presentó un documento a la autoridad correspondiente encargada de la Oficina de Internado de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, solicitando autorización para la ejecución del proyecto. Una vez emitida la autorización la recolección de datos, se llevó a cabo la

ejecución del estudio en las inter-sedes de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, situada en Av. Brasil 1007, Jesús María.

Para la recolección de los datos en el presente estudio se elaboró una ficha de Observación AD-DOC de acuerdo al criterio de inclusión e exclusión por la tesista.

En las reuniones de las inter-sedes se entrevistó a los internos y se realizó una explicación sobre el propósito y la importancia que tiene realizar la investigación, luego se respondió todas las interrogantes que los internos tenían por la tesista, luego se entregó el consentimiento informado, para que después de su lectura e interrogantes puedan con su firma autorizar su participación en el estudio. Luego se entregó el cuestionario referido al grado de conocimiento del cáncer bucal y su actitud en internos de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Al término del llenado se recogió los cuestionarios para su revisión y numeración correspondiente.

Se hace presente que el cuestionario no tuvo ningún dato que se pueda identificar al interno, cumpliendo con lo dispuesto por la CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas)

3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos

Para la ejecución del estudio se utilizó una ficha de Observación AD-DOC, elaborado por la tesista, se realizó la validación mediante juicio de expertos, con especialistas, profesionales de experiencia y con el grado académico de

Maestro y Doctor. Posterior a la recolección de datos se procedió a organizar las fichas de recolección y a enumerarlas para ser ingresadas a la base de datos, luego la referida ficha constó de tres partes:

I. Introducción

Donde se redactó el propósito del estudio y la forma de llenar la ficha.

II. Datos generales

Donde se colocó los datos como: edad y sexo.

III. Datos específicos

Donde se encontró un cuestionario de grado de conocimiento sobre cáncer bucal de acuerdo a las dimensiones planteadas en el estudio:

Epidemiología

1. ¿Cuál es el tipo de cáncer oral más frecuente en pacientes?
2. ¿A qué edad se presenta mayor número de casos de cáncer oral?
3. ¿En qué género se presenta el cáncer oral con más frecuencia?

Etiopatogenia

4. ¿Cuál considera el mayor factor de riesgo del cáncer oral?
5. ¿Cree Ud. Que los antecedentes familiares son un factor de riesgo para el cáncer oral?
6. ¿Cree Ud. que existe predisposición genética para el cáncer oral?
7. El virus que más se asocia al cáncer oral es:
8. ¿La exposición al sol es un factor de riesgo para el cáncer oral?

Diagnóstico

9. ¿Una lesión pre cancerosa puede ser reversible?
10. ¿Cuál de estas lesiones relacionadas al cáncer oral se presenta con mayor frecuencia?
11. ¿Cuál podría ser signo de advertencia de una lesión cancerígena?
12. ¿Una lesión cancerosa siempre es dolorosa?
13. ¿Una lesión cancerosa es proliferativa?
14. ¿Una lesión cancerosa siempre es ulcerada?
15. ¿Una lesión cancerosa es infiltrativa?
16. ¿Cree relevante interrogar por patologías persistentes?
17. ¿Cuál es la localización más frecuente de cáncer oral?

Tratamiento y complicaciones

18. ¿Cree que el tamaño del tumor importa en el pronóstico del cáncer oral?
19. ¿Cuál es el tratamiento más frecuente para el cáncer oral?
20. La complicación oral más frecuente del paciente en tratamiento con radioterapia de cáncer oral.

Se otorgó un punto por cada respuesta correcta, agrupando los resultados según el siguiente rango:

Nivel	Rango
Bajo	< = 10
Regular	>11-15
Alto	>16

Las preguntas fueron calificadas por secciones de la siguiente manera:

Grado de conocimiento sobre Epidemiología del Cáncer Oral	
Bajo	00 - 01 punto
Regular	02 puntos
Alto	03 puntos

Grado de conocimiento sobre Etiopatogenia del Cáncer Oral	
Bajo	00 - 02 puntos
Regular	03 puntos
Alto	04 - 05 puntos

Grado de conocimiento sobre Diagnóstico del Cáncer Oral	
Bajo	00 - 04 puntos
Regular	05 - 06 puntos
Alto	07 - 09 puntos

Grado de conocimiento sobre Tratamiento y Complicaciones del Cáncer Oral	
Bajo	00 - 01 punto
Regular	02 puntos
Alto	03 puntos

Luego se utilizó un cuestionario para la actitud que constá de las siguientes preguntas:

21. ¿Tiene conocimiento sobre la prevención y detección del cáncer oral es actual y adecuado?
22. ¿Se deben realizar exámenes anuales de cáncer oral para los de 40 años de edad y mayores?
23. ¿Los pacientes con sospecha de lesiones orales por cáncer deben ser referidos a un especialista?
24. ¿La detección temprana mejora las tasas de supervivencia a 5 años del cáncer oral?
25. ¿Considera que se necesita capacitación o información sobre el cáncer de boca?

En la prueba de Actitud se utilizó el Sistema Likert y se otorgó los siguientes valores.

Muy de acuerdo	5
De acuerdo	4
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3
En desacuerdo	2
Muy en desacuerdo	1

Luego se hizo una sumatoria que representó la actitud de los internos de la Facultad de Estomatología.

3.4 Procedimiento de Recolección de Datos

La recolección de datos se procedió a organizar fichas de recolección y enumerarlas para ser ingresados a la base de datos en Microsoft Excel en su versión de acceso, bajo las modificaciones planteadas por el investigador.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo en una laptop, de marca HP modelo HP 15 Notebook PC, memoria 4096 MB RAM con Sistema Operativo Windows 10. Se utilizó una estadística descriptiva para los objetivos planteados como sexo y edad. Luego se utilizó una estadística inferencial para procesar la obtención de datos el cual se muestra mediante tablas y figuras.

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados

El propósito del estudio fue determinar el grado de conocimiento cáncer bucal y su actitud en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019, la muestra estuvo constituida por 80 internos del ciclo 2019-I de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, la ejecución se realizó mediante una encuesta sobre conocimientos y actitud sobre el cáncer oral. Luego de obtener los resultados del estudio, se realizó el análisis de los datos, que se presentaran por medio de tablas y figuras.

Tabla N° 01
Distribución de participantes según edad

	Frecuencia	Porcentaje
De 24 a 25 años	38	47.5%
De 26 a 27 años	13	16.3%
De 28 a 29 años	8	10%
30 a más	21	26.3%

En la tabla N° 01; se observó que las personas de 24 a 25 años representaron el 47.5% (N°=38), las personas de 26 a 27 años representaron el 16.3% (N°=13), las de 28 a 29 años representaron el 10% (N°=8) y las de 30 a más años representaron el 26.3% (N°=21).

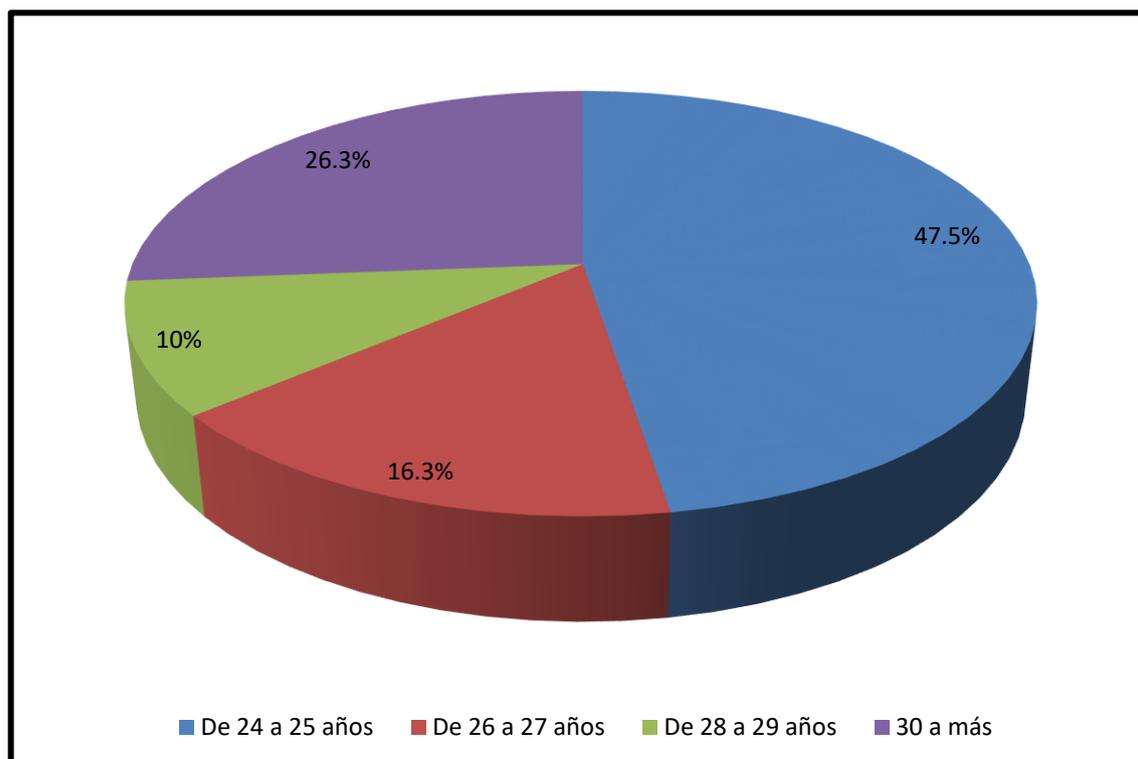


Figura N° 01
Distribución de participantes según edad

Tabla N° 02
Distribución de participantes según sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	28	35%
Femenino	52	65%

En la tabla N° 02; se observó que las personas de sexo masculino representaron el 35% (N°=28) y las personas de sexo femenino representaron el 65% (N°=52).

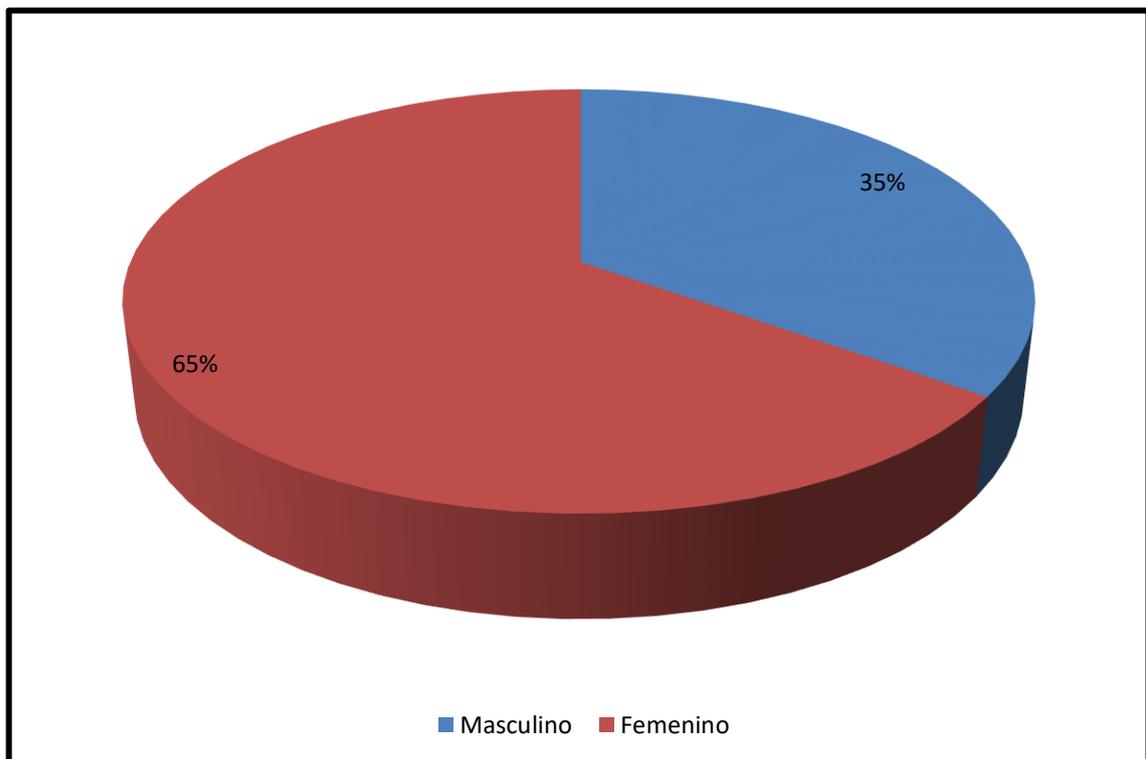


Figura N° 02
Distribución de participantes según sexo

Tabla N° 03
Grado de conocimiento cáncer bucal y su actitud en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019

		Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento	Bajo	9	11.3%
	Regular	54	67.5%
	Alto	17	21.3%
Actitud	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1	1.3%
	De acuerdo	18	22.5%
	Muy de acuerdo	61	76.3%

En la tabla N° 03; se observó que respecto al conocimiento, en mayoría presentaron un conocimiento regular en un 67.5% (N°=54), seguido de un conocimiento alto en un 21.3% (N°=17) y un conocimiento bajo en un 11.3% (N°=9).

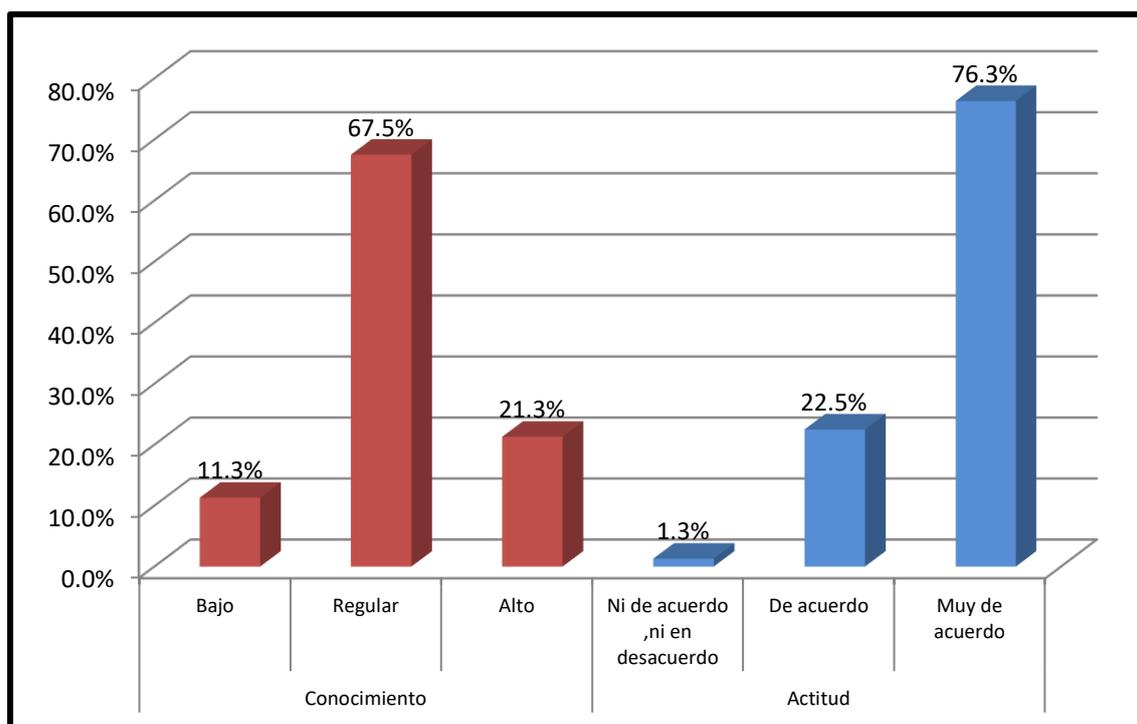


Figura N° 03
Grado de conocimiento cáncer bucal y su actitud en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019

Tabla N° 04
Grado de conocimiento sobre cáncer bucal en función de los factores sociodemográficos (sexo y grupo etario) en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019

		Frecuencia	Porcentaje
Masculino	Bajo	2	7.1%
	Regular	19	67.9%
	Alto	7	25%
Femenino	Bajo	7	13.5%
	Regular	35	67.3%
	Alto	10	19.2%
De 24 a 25 años	Bajo	2	5.3%
	Regular	24	63.2%
	Alto	12	31.6%
De 26 a 27 años	Bajo	3	23.1%
	Regular	8	61.5%
	Alto	2	15.4%
De 28 a 29 años	Bajo	1	12.5%
	Regular	7	87.5%
	Alto	0	0%
30 a más	Bajo	3	14.3%
	Regular	15	71.4%
	Alto	3	14.3%

En la tabla N° 04; se observó en referencia al sexo, en mayoría el sexo masculino presentaron un nivel regular en un 67.9% (N°=19), respecto al sexo femenino presentaron un nivel regular en un 67.3% (N°=35); respecto a los grupos etarios, en mayoría las personas de 24 a 25 años presentaron un nivel regular en un 63.2% (N°= 24), de 26 a 27 años presentaron un nivel regular en un 61.5% (N°= 8), de 28 a 29 años presentaron un nivel regular en un 87.5% (N°= 7) y de 30 a más años presentaron un nivel regular en un 71.4% (N°= 15).

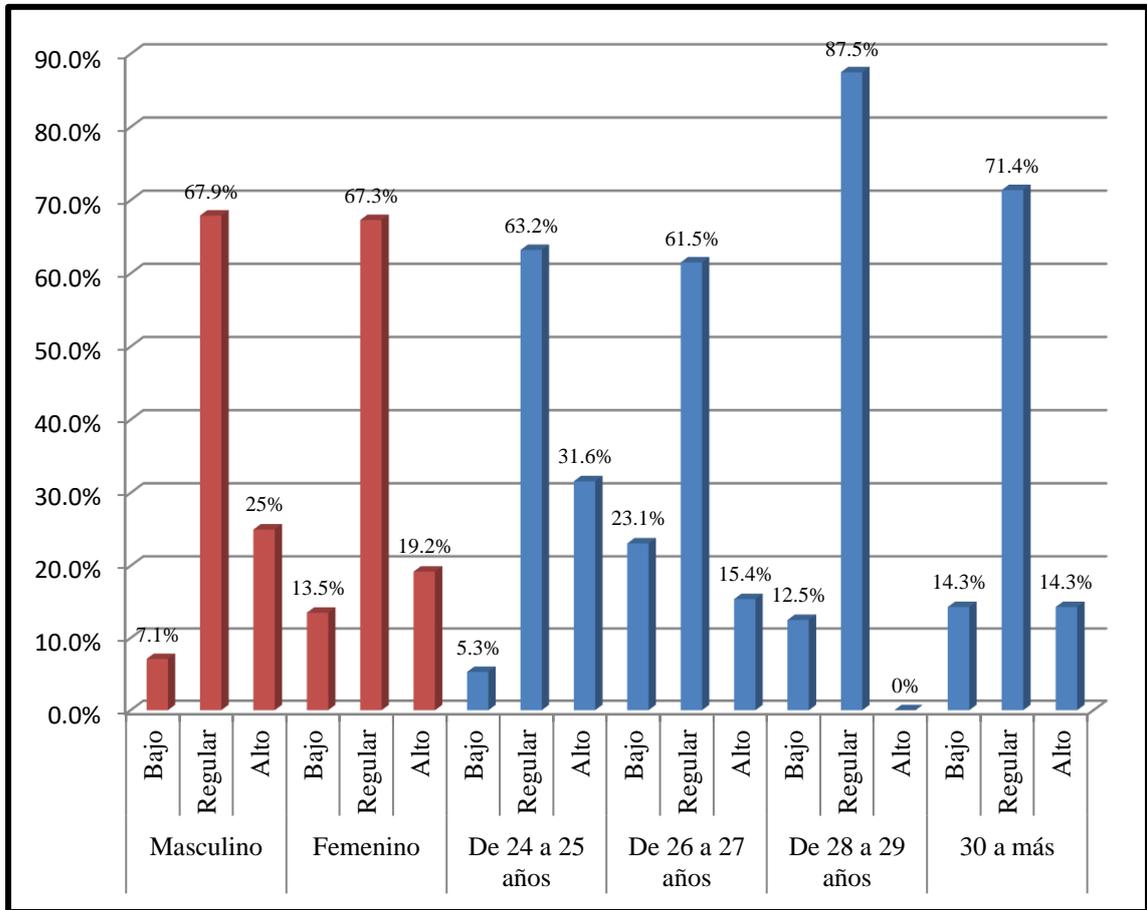


Figura N° 04

Grado de conocimiento sobre cáncer bucal en función de los factores sociodemográficos (sexo y grupo etario) en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019

Tabla N° 05

Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre epidemiología en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	30	37.5%
Regular	37	46.3%
Alto	13	16.3%

En la tabla N°05; se observó que en mayoría presentaron un nivel regular en un 46.3% (N°=37), seguido de un nivel bajo en un 37.5% (N°=30) y un nivel alto en un 16.3% (N°=13).

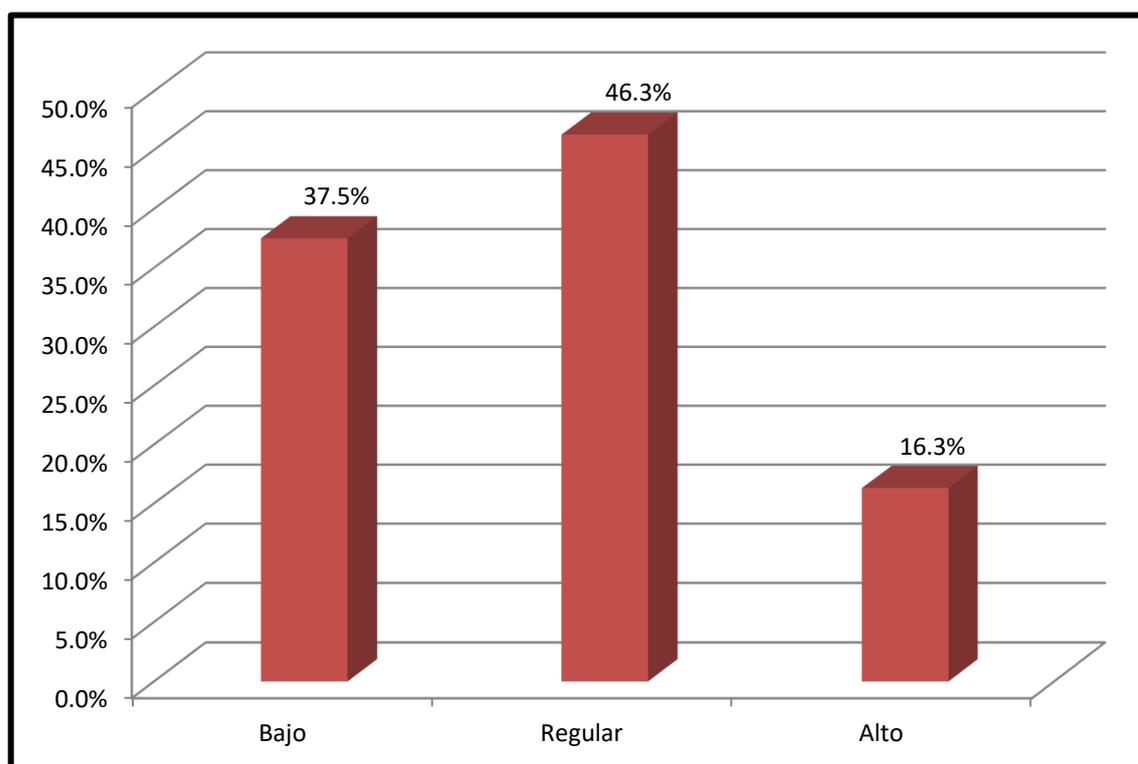


Figura N° 05

Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre epidemiología en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019

Tabla N° 06

Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre etiopatogenia en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	31	38.8%
Regular	43	53.8%
Alto	6	7.5%

En la tabla N° 06; se observa que en mayoría presentaron un nivel regular en un 53.8% (N°=43), seguido de un nivel bajo en un 38.8% (N°=31) y un nivel alto en un 7.5% (N°=6).

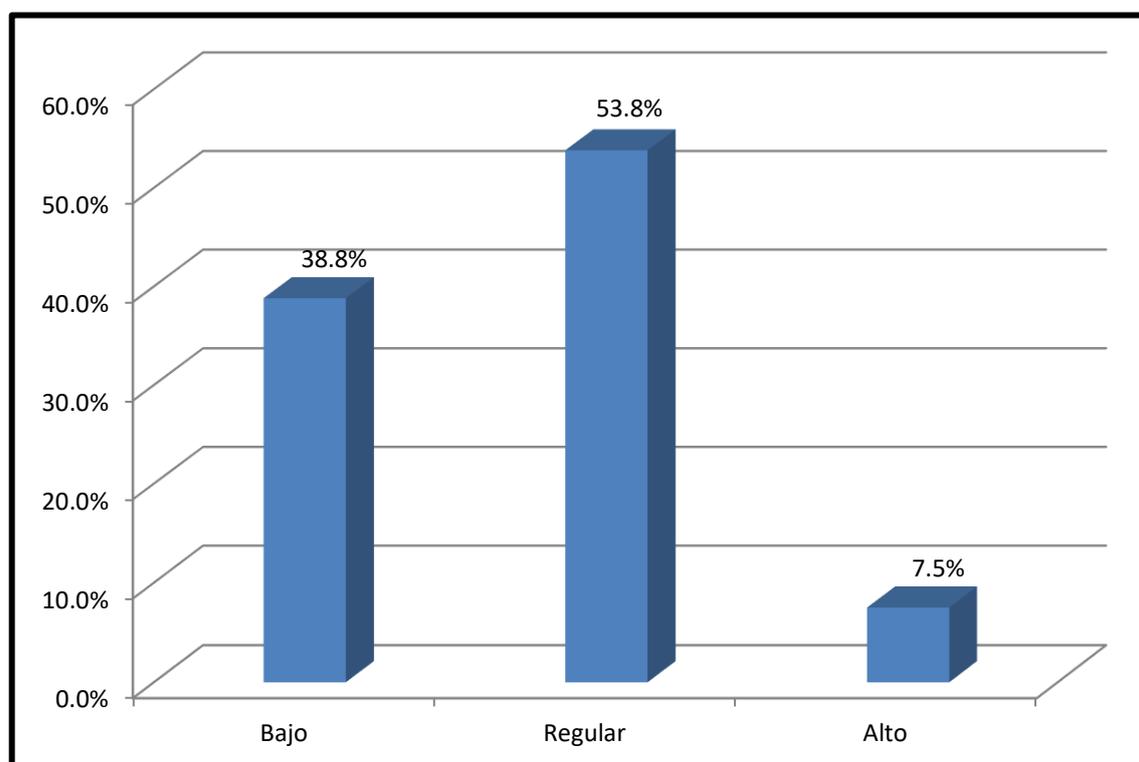


Figura N° 06

Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre etiopatogenia en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019

Tabla N° 07

Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre diagnóstico en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	28	35%
Regular	37	46.3%
Alto	15	18.8%

En la tabla N° 07; se observó que en mayoría presentaron un nivel regular en un 46.3% (N°= 37), seguido de un nivel bajo en un 35% (N°= 28) y un nivel alto en un 18.8% (N°= 15).

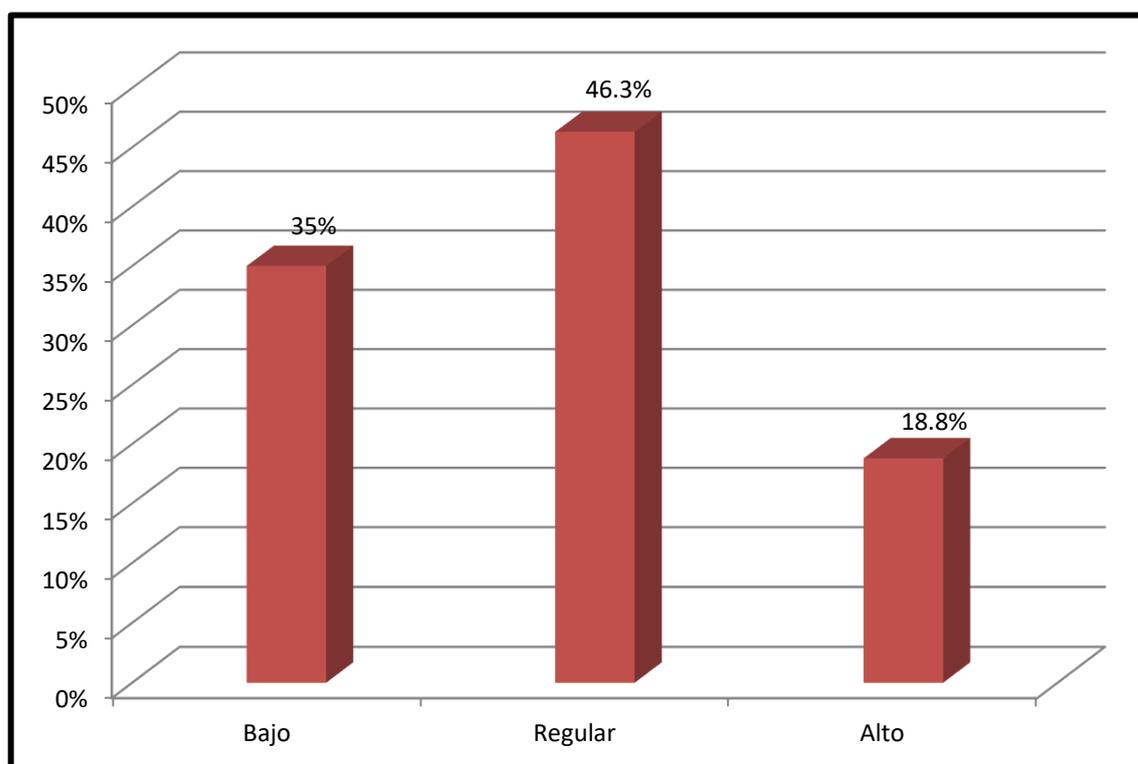


Figura N°07

Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre diagnóstico en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019

Tabla N° 08
Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre tratamiento y complicaciones
en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca
Garcilaso de la Vega, en el año 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	24	30%
Regular	41	51.3%
Alto	15	18.8%

En la tabla N° 08; se observó que en mayoría presentaron un nivel regular en un 51.3% (N°= 41), seguido de un nivel bajo en un 30% (N°= 24) y un nivel alto en un 18.8% (N°= 15).

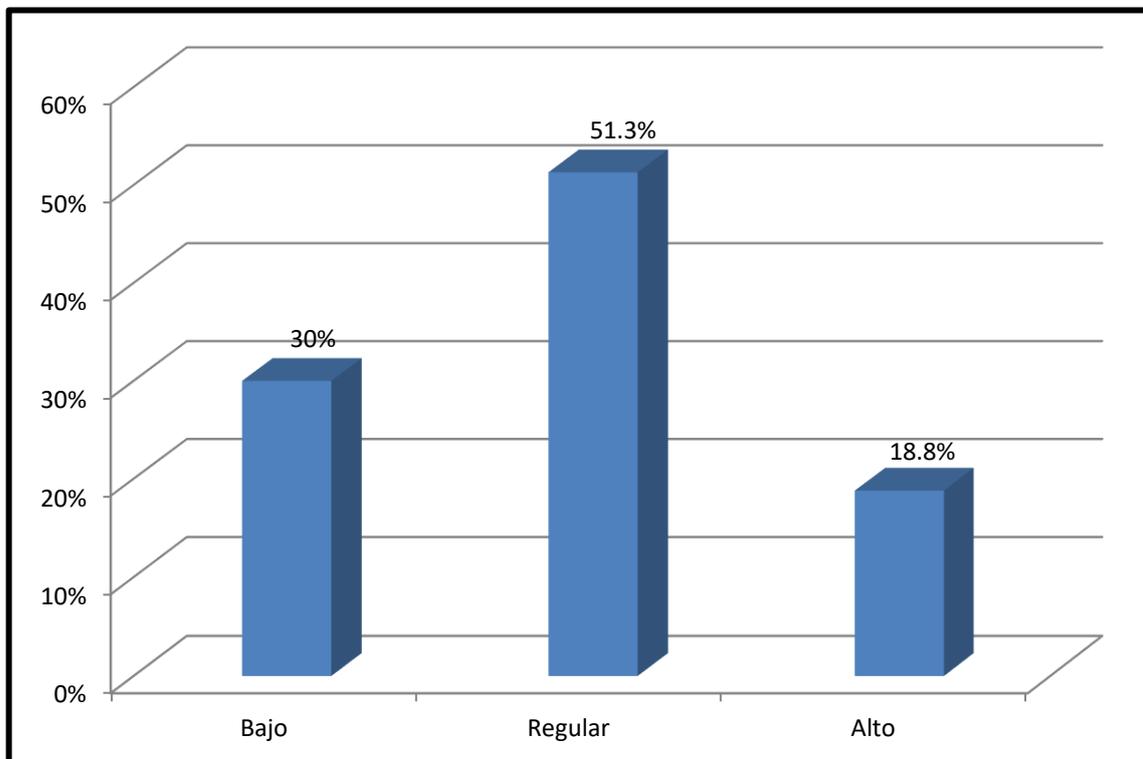


Figura N° 08
Grado de conocimiento de cáncer bucal sobre tratamiento y complicaciones
en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca
Garcilaso de la Vega, en el año 2019

Tabla N° 09
Relación entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal en los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019

		Actitud		
Conocimiento		Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Bajo	Recuento	0	2	7
	%	0%	2.5%	8.8%
Regular	Recuento	1	11	42
	%	1.3%	13.8%	52.5%
Alto	Recuento	0	5	12
	%	0%	6.3%	15%

En la tabla N° 09 ;se observó que en mayoría las personas con un nivel de conocimiento regular presentan una actitud de estar muy de acuerdo representaron el 52.5% (N°=42), seguida de las personas con un nivel de conocimiento alto y una actitud de estar muy de acuerdo representaron el 15% (N°=12), las personas con un nivel de conocimiento regular y una actitud de estar de acuerdo representaron el 13.8% (N°=11), las personas con un nivel de conocimiento bajo y una actitud de estar Muy de acuerdo representaron el 8.8% (N°=7).

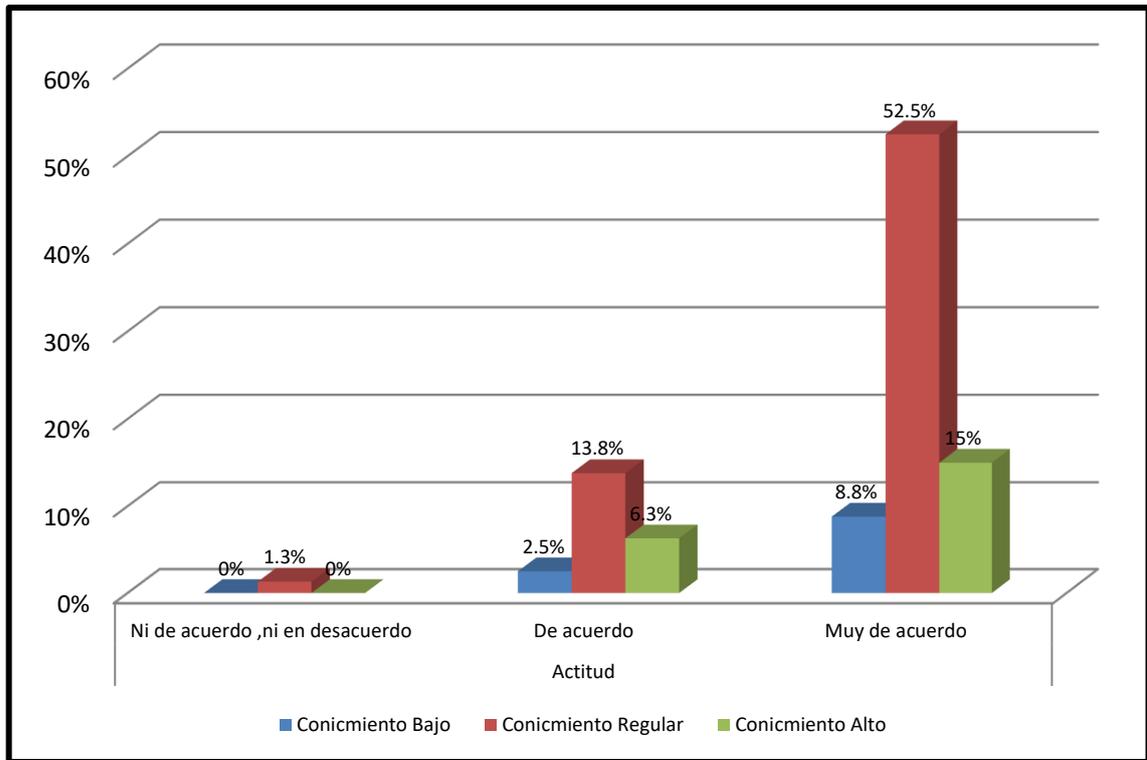


Tabla N° 09

Relación entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal en los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019

Tabla N° 10
Relación entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal;
mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p)

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	1.042	4	0.903

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la relación entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal, se observó que el valor de Chi-cuadrado de Pearson fue de 1.042 y el nivel de significancia es $p > 0.05$.

4.2 Contrastación de Hipótesis

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se deberá realizar el ritual de significancia estadística, para lo cual se seguirá una secuencia ordenada de pasos:

Formulación de Hipótesis Estadística:

H₀: No existe relación directa entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal en los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019.

H_a: Existe relación directa entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal en los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó la existencia de relación directa entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal.

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	1.042	4	0.903

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas es de 1.042 menor al chi cuadrado crítico de la tabla 9.4877, con 4 grado de libertad y el P-Valor = 0.903 ($p > 0.05$), se acepta la hipótesis nula es decir: **No existe relación directa entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal en los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019.**

4.3 Discusión de Resultados

En cuanto a determinar el grado de conocimiento cáncer bucal y su actitud en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019; en los resultados se observó que en mayoría en un número 54 con un porcentaje de 67.5%, los internos presentaron un conocimiento regular; seguido, en un número 61 con un porcentaje de 76.3% los internos presentaron una actitud de estar muy de acuerdo; también, en un número de 18 con un porcentaje de 22.5%, los internos presentaron una actitud de estar de acuerdo; luego, en un número de 17 con un porcentaje de 21.3%, los internos presentaron un conocimiento alto también, en un número de nueve con un porcentaje de 11.3%, los internos presentaron un conocimiento bajo; seguido, en un número de uno con un porcentaje 1.3%, los internos presentaron una actitud de estar ni de acuerdo ni en desacuerdo. En los resultados se observó que por amplia mayoría con un porcentaje de 67.5% los internos tienen un nivel de conocimiento regular y referente a la actitud en amplia mayoría presentaron en un 76.3% indicaron estar muy de acuerdo. Resultados preocupantes, porque en un tema tan importante como es el cáncer oral los internos en un porcentaje de 21.3% tienen conocimiento de alto. Se debería tomar las acciones necesarias para mejorar el nivel de conocimiento, aprovechando el alto porcentaje que tiene con respecto a su actitud.

Con respecto a determinar el grado de conocimiento sobre cáncer bucal en función de los factores sociodemográficos (sexo y grupo etario) en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en

el año 2019; en los resultados se observó en referencia al sexo, en mayoría en un número 19 con un porcentaje de 67.9%, presentaron un nivel regular el sexo masculino; también, en un número de 24 con un porcentaje de 67.3%, presentaron un nivel regular el sexo femenino; luego, en un número de diez con un porcentaje de 19.2%, presentaron un nivel alto el sexo femenino; seguido, en un número de siete con un porcentaje de 25%, presentaron un nivel alto el sexo masculino; asimismo, en un número de siete con un porcentaje de 13.5%, presentaron un nivel bajo el sexo femenino; finalmente, en un número dos con un porcentaje de 7.1%, presentaron un nivel bajo el sexo masculino; con respecto a los grupos etarios, en mayoría en un número 24 con un porcentaje de 63.2%, las personas de 24 a 25 años presentaron un nivel regular; luego, en un número 15 con un porcentaje de 71.4%, las personas de 30 años a más presentaron un nivel regular; también, en un número 12 con un porcentaje de 31.6%, las personas de 24 a 25 años presentaron un nivel alto, asimismo, en un número ocho con un porcentaje 61.5%, las personas de 26 a 27 años presentaron un nivel regular, seguido, en un número de siete con un porcentaje 87.5%, las personas de 28 a 29 años presentaron un nivel regular; luego, en un número tres con un porcentaje de 23.1%, las personas de 26 a 27 años presentaron un nivel bajo; asimismo, en un número tres con un porcentaje de 14.3%, las personas de 30 años a más presentaron un nivel bajo; seguido, en un número tres con un porcentaje de 14.3%, las personas de 30 años a más presentaron un nivel alto; también, en un número de dos con un porcentaje de 15.4%, las personas de 26 a 27 años presentaron un nivel alto; finalmente, en un número de dos con un porcentaje de 5.3%, las personas de 24 a 25 años presentaron un nivel bajo. En los resultados se apreció, que en similares

porcentajes tanto el sexo masculino (67.9%) como el sexo femenino (67.3%) tienen un nivel de conocimiento de regular, lo mismo que alto y bajo en porcentajes similares. Con respecto a los grupos etarios, en todos prevalece el conocimiento de regular, con porcentajes similares. De acuerdo a los resultados se debe mejorar la curricula de estudios o hacer capacitaciones a los alumnos y/o internos, de ambos sexos y en todas las edades.

Con respecto a determinar el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre epidemiología en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019, en los resultados se observó que en mayoría en un número de 37 con un porcentaje de 46.3%, presentaron un nivel regular; luego, en un número de 30 con un porcentaje de 37.5%, presentaron un nivel bajo; finalmente, en un número de 13 con un porcentaje de 16.3%, presentaron un nivel alto. En los resultados se observó la prevalencia del regular con un 46.3% y de malo en un 37.5%, con respecto a la epidemiología sobre el cáncer oral. Se tendría que insistir sobre el ítem de epidemiología para mejorar el conocimiento de una alta mayoría.

Con respecto a determinar el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre etiopatogenia en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019, en los resultados se observó que en mayoría en un número de 43 con un porcentaje de 53.8%, presentaron un nivel regular; luego, en un número de 31 con un porcentaje de 38.8%, presentaron un nivel bajo; finalmente, en un número de seis con un porcentaje de 7.5%, presentaron un nivel alto. En los resultados se apreció que por abrumadora

mayoría prevalece el conocimiento de regular (53.8%) y el de bajo (38.8%), respecto al conocimiento de etiopatogenia sobre el cáncer oral, siendo necesario insistir sobre este ítem, en el proceso enseñanza – aprendizaje.

Con respecto a determinar el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre diagnóstico en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019, en los resultados se observó que en mayoría en un número de 37 con un porcentaje de 46.3%, presentaron un nivel regular; luego, en un número de 28 con un porcentaje de 35.0%, presentaron un nivel bajo; finalmente, en un número de 15 con un porcentaje de 18.8%, presentaron un nivel alto. En los resultados se observó que al igual que en los anteriores ítems, prevalece el conocimiento de regular (46.3%) y de bajo (35%), por amplia mayoría. Debiendo también insistir, en la mejora a realizar del conocimiento de cáncer oral, en los alumnos y/o internos, para un mejor desenvolvimiento de su profesión.

Con respecto a determinar el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre tratamiento y complicaciones en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019, en los resultados se observó que en mayoría en un número de 41 con un porcentaje de 51.3%, presentaron un nivel regular; luego, en un número de 24 con un porcentaje de 30.0%, presentaron un nivel bajo; finalmente, en un número de 15 con un porcentaje de 18.8%, presentaron un nivel alto. En los resultados se apreció, sobre este ítem, que prevalece el conocimiento de regular (51.3%) y de bajo (30%), para ser reforzado en su preparación académica en el pregrado y/o

capacitaciones sobre el cáncer oral, que es vital para un mejor ejercicio profesional y en beneficio de los pacientes como de la sociedad.

Con respecto a determinar la relación entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal en los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019; en los resultados se observó que en mayoría en un número 42 con un porcentaje de 52.5%, las personas con un nivel de conocimiento regular presentaron una actitud de estar muy de acuerdo, luego, en un número de 12 con un porcentaje de 15.0%, las personas con un nivel de conocimiento alto presentaron una actitud de estar muy de acuerdo; seguido, en un número de 11 con un porcentaje de 13.8%, las personas con un nivel de conocimiento regular presentaron una actitud de estar de acuerdo; también, en un número de siete con un porcentaje de 8.8%, las personas con un nivel de conocimiento bajo presentaron una actitud de estar muy de acuerdo; asimismo, en un número cinco con un porcentaje de 6.3%, las personas con un nivel de conocimiento alto presentaron una actitud de estar de acuerdo; luego, en un número dos con un porcentaje de 2.5%, las personas con un nivel de conocimiento bajo presentaron una actitud de estar de acuerdo; finalmente, en un número uno con un porcentaje de 1.3%, las personas con un nivel de conociendo regular presentaron una actitud de estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo. En la prueba chi cuadrado se obtuvo un valor de 1.042, el cual es menor al valor de la zona de aceptación que fue de 9.4877, siendo el nivel de significancia de 0.903, observando que no hay relación significativa porque $p > 0.05$, en lo cual se indicó que no existe relación entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal. En los resultados se observó, por

la prueba de chi cuadrado, que no hay relación significativa porque $p > 0.05$, lo cual indico que no existe relación entre el grado de conocimiento y la actitud sobre el cáncer oral.

Con respecto a la investigación realizada por Izaguirre P., en el Perú, en el año 2012, titulada Nivel de conocimiento sobre el cáncer oral de estudiantes del último año de la carrera profesional de odontología de tres universidades de Lima. La muestra fue conformada por 150 estudiantes, de tres universidades de Lima, que estuvieron haciendo su internado. En la presente investigación se evaluó también el nivel de conocimiento sobre el cáncer oral, con una muestra de 80 internos de estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. En los resultados de Izaguirre P., tuvieron un nivel de conocimiento regular el 44.7%; un nivel de conocimiento bajo un 39.3% y un nivel de conocimiento bueno un 16% de la población. En la presente investigación en los resultados se obtuvieron en un 67.5% un conocimiento de regular, con un 21.3% presentaron un conocimiento de alto y finalmente un 11.3% presentaron un conocimiento bajo, como se observó resultados similares en ambas investigaciones. En la investigación de Izaguirre P., las secciones donde los participantes obtuvieron mayor puntaje fueron; etiología y diagnóstico, donde se obtuvieron menores puntajes fue tratamiento y prevención del cáncer oral. En la presente investigación en todas las dimensiones que se plantearon en el estudio presentaron un puntaje bajo. El estudio de Izaguirre P., identifico un vacío existente en el conocimiento sobre cáncer oral en los estudiantes de Odontología del último año de la carrera. En la presente investigación tampoco

se encontró un buen nivel de conocimiento de parte de los internos sobre el cáncer oral.

En la investigación realizada por Fotedar S. y cols, en la India, en el año 2015, titulada: Conocimiento, la actitud y las prácticas entre estudiantes de pregrado de odontología sobre el cáncer oral. Respecto a la muestra el estudio se realizó entre estudiantes de pregrado de odontología entre 3er y el 5to año en el H.P. Goverumen Dental College, Shinla. En el presente estudio se hizo con estudiantes de pregrado, que están realizando su internado en estomatología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. En lo resultados de Fotedar S. y cols, presentaron que tenían un conocimiento excelente el 81.9% de los estudiantes; el 60.7% de los encuestados discrepo fuertemente de que su conocimiento sobre prevención y detección de cáncer oral es actual y adecuado. En el presente estudio los internos presentaron un conocimiento de regular en un 67.5% y un 11.3% un conocimiento bajo y solo un 21.3% presentaron un conocimiento alto. En la investigación de Fotedar S. y cols, que el estudio sobre los factores etiológicos del cáncer oral, debe reforzarse a lo largo de los cursos de pregrado en odontología, para que puedan motivar y educar a los pacientes, así puedan adaptar estilos de vida saludables. En el presente estudio también se recomienda que en las asignaturas que tocan el tema de cáncer oral, se deba subrayar la necesidad de mejorar los conocimientos sobre el cáncer oral para beneficio de los pacientes.

En la investigación realizada por Pulgar L., en el Perú, en el año 2016, cuyo título el nivel de conocimiento sobre cáncer oral en los estudiantes del último

ciclo de una Universidad Peruana. La muestra estuvo conformada por 61 estudiantes del último ciclo de Odontología de una Universidad Peruana. En el presente estudio se tuvo una muestra de 80 internos de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Los participantes respondieron en su mayoría correctamente a las preguntas respecto a etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención, con respecto a epidemiología la respuesta que predominó fue la incorrecta; respecto a los conocimientos generales sobre el cáncer bucal, el resultado que predominó fue el de regular. En el presente estudio en todas las preguntas respecto a las dimensiones planteadas predomina el conocimiento también regular. Pulgar L., en su conclusión de su estudio demostró que hay diferencia de conocimientos respecto al cáncer bucal, y se debe concientizar a los estudiantes a que le den mayor importancia al tema. En el presente estudio se concluye que también hay deficiencia en el conocimiento sobre el cáncer oral y aprovechar la actitud que tienen en estar muy de acuerdo en elevar su nivel de conocimientos sobre el cáncer oral, que sería de beneficio, principalmente de pacientes.

En el estudio realizado por Gutiérrez J., en el Perú, en el año 2017, cuyo título fue: Nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del cirujano dentista de la Ciudad de Puno. La muestra estuvo constituida por 143 cirujanos dentistas habilitados según el Colegio Odontológico del Perú. En el presente estudio la muestra estuvo constituida por 80 internos de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. En la investigación de Gutiérrez J., se apreció que el 36.4% tuvieron un nivel de conocimiento deficiente; el 45.5% presentaron un nivel de conocimiento regular y el 18.2% presentaron un nivel

de conocimiento deficiente. Resultados muy similares a nuestro estudio, en que el 67.5% presentaron un nivel de conocimiento de regular, el 21.3% un conocimiento de alto, y finalmente un 11.3% presentaron un conocimiento bajo. En el estudio de Gutiérrez J., tuvo como conclusiones que identificó un nivel de conocimiento de regular sobre cáncer en la cavidad bucal por parte de los cirujanos dentistas en la ciudad de Puno y de allí la necesidad de implementar mayor capacitación en el pregrado o posgrado con temas relacionados al cáncer oral. En el presente estudio, tiene resultados similares, no solo con el estudio de Gutiérrez J., si no con otros estudios realizados en nuestro país, que el nivel de conocimientos es regular, diferente al estudio de Fotedar S., de India, que obtuvieron un resultado de excelente; siendo necesario, tomar las medidas pertinentes para elevar el conocimiento sobre el cáncer bucal en estudiantes de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

En la investigación realizada por Porras M., en el Perú, en el año 2016, tuvo como título nivel de conocimiento sobre cáncer oral en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Tecnológica de los Andes, Abancay 2015. La muestra estuvo constituida por 102 estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología, Abancay 2015. En la presente investigación la muestra estuvo constituida por 80 internos en Estomatología. En los resultados de la investigación realizada por Porras M., se obtuvo que el 40.2% de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento bajo; el 43.1% un conocimiento regular y el 16.7% un conocimiento alto. En nuestra investigación el 67.5% tuvieron un conocimiento regular; el 21.3% presentaron un conocimiento alto, y

finalmente un 11.3% tuvieron un conocimiento alto; como se puede apreciar los resultados de nuestra investigación y la de Porras M., difieren en sus porcentajes. Porras M., en sus conclusiones describe una falencia de los estudiantes sobre el conocimiento del cáncer oral, habiendo necesidad de mejorar su conocimiento sobre el tema. En la presente investigación se llega a concluir que los internos presentaron un conocimiento regular en un 67.5% y en un 76.3% los internos presentaron una actitud de estar muy de acuerdo, en elevar su nivel de conocimiento, para beneficio del operador y del paciente.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Con respecto a determinar el grado de conocimiento cáncer bucal y su actitud en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019, se concluye que el grado de conocimiento de los internos es de regular con un 67.5% y una actitud muy de acuerdo con 76.3%.
- En cuanto a determinar el grado de conocimiento sobre cáncer bucal en función de los factores sociodemográficos (sexo y grupo etario) en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019, se concluye que el grado de conocimiento de los internos es de regular, tanto como en el sexo masculino como en el femenino, con un promedio de 67% y en todos los grupos etarios el grado de conocimiento es de regular con un promedio de 70.9%.
- Referente a determinar el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre epidemiología en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019, se concluye que el grado de conocimiento de los internos es de regular con 46.3%.

- Tomando en cuenta determinar el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre etiopatogenia en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019, se concluye que el grado de conocimiento de los internos es de regular con 53.8%.
- Respecto a determinar el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre diagnóstico en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019, se concluye que el grado de conocimiento de los internos es de regular con 46.3%.
- En cuanto a determinar el grado de conocimiento de cáncer bucal sobre tratamiento y complicaciones en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019, se concluye que el grado de conocimiento de los internos es de regular 51.3%.
- Con respecto a determinar la relación entre el grado de conocimiento y la actitud sobre cáncer bucal en los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019, se concluye que el grado de conocimiento de los internos es de regular y una actitud muy de acuerdo en un 52.5% y no existe relación estadísticamente significativa por ser $p>0.05$.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda tomar en cuenta los resultados, para el mejoramiento de la curricula de estudios, preparación a los internos mediante cursos de educación continua y capacitaciones sobre el tema, se lograría mejorar el grado de conocimiento sobre cáncer oral de los internos, útil y necesario en el ejercicio de su profesión y de beneficio para los pacientes.
- Se recomienda tomar en cuenta los resultados, para que en la preparación que tengan los internos se incida en ambos sexos y en todos los grupos etarios, se lograría que tanto como el sexo masculino como el femenino y en todas las edades mejoren su grado de conocimiento sobre el cáncer oral.
- Se recomienda tomar en cuenta los resultados sobre epidemiología, etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento, y complicaciones; para que, en el reforzamiento que se hará a los alumnos de pregrado sobre el tema mejoren su grado de conocimiento, se lograría cumplir con la necesidad de mejorar la enseñanza-aprendizaje sobre el cáncer oral para beneficio de la población al ser atendida por los futuros odontólogos.
- Se recomienda tomar en cuenta los resultados, para que se logre hacer los reajustes necesarios elevando el grado de conocimiento sobre cáncer bucal de los internos considerando la actitud muy de acuerdo que tienen, se lograría mejores resultados en el proceso enseñanza- aprendizaje sobre el tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Graham I, Kothari A, Mc Cutcheon C. Moving knowledge in to action for more effective practice, programmes an policy: protocol for a research programme on integrated know ledge translation. *Implementacion Science* 2018; 13(22):1-13.
2. Abekah G, Issiaka S, Virgil L, Ermel J. A review of the proceces of knowledge transfer and use of evidence in reproductive and child health in Ghana. *Health Research policy and systems* 2018; 4(29):2-25.
3. Van R, Fischer A, Von H. Affect and cognition in attitude formation toward familiar and unfamiliar attitude objects. *Plos one* 2015; 10(10):1-13.
4. Izaguirre PM. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral de estudiantes del último año de la carrera profesional de odontología de tres universidades de Lima, en el año 2012 [tesis de titulación]. Lima (PER): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
5. Gupta B, Johnson N. Systematic review and meta-analysis of association of smokeless tobacco and of betel quid without tobacco with incidence of oral cancer in south Asia and the Pacific. *Plos one* 2014; 9(11):2-11.
6. Pulgar L. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en los estudiantes del último ciclo de odontología de una Universidad Peruana [tesis de titulación]. Lima (PER): Universidad San Martin de Porres; 2016.
7. Porrás MI. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en los estudiantes del séptimo o noveno semestre de la escuela profesional de Estomatología de la Universidad Tecnológica de los Andes Abancay-2015 [tesis de titulación] Apurímac (PER): Universidad Tecnológica de los Andes; 2016.

8. Gutiérrez JD. Nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno [tesis de titulación] Puno (PER): Universidad Nacional del Antiplano; 2017.
9. Walter L, Vidaurre T, Gilman R, Poquioma E, Olaechea C, Gravitt P, et al. Trends in head and neck cancers in Perú between 1987 and 2008: experience from a large public cancer hospital in Lima. *Head neck* 2014; 36:729-734.
10. Fotedar V, Fotedar S, Gupta M, Manchanda K, Sharma M. Oral cancer knowledge, attitudes and practices: a survey of undergraduate medical students in Himachal Pradesh, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2015; 9(8):5-7.
11. Fotedar S, Bhardwaj V, Manchanda K, Fotedar V, De Sorkar A, Sood N. Knowledge, attitude and practices about oral cancers among dental students in H.P Government dental college, Shimla- Himachal Pradesh. *South Asian J Cancer* 2015; 4 (2):65-67.
12. Kasza KA, Travers MB, Connor RJ, Compton WM, Kettermann A, Borek N. Cigarette smokers' use of unconventional tobacco products and associations with quitting activity: findings from the ITC-4U. S. cohort. *Nicotine y Tobacco Research* 2014; 16(6):672-681.
13. Hernani SO. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en odontólogos del Cercado de Arequipa [tesis de titulación]. Arequipa (PER): Universidad Católica de Santa María; 2015.
14. Varoni EM, Lodi G, Iriti M. Ethanol versus phytochemicals in wine: oral cancer risk in a light drinking perspective. *International Journal of Molecular Sciences* 2015; 16:17030-17041.
15. Rivera C. Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol* 2015; 8(9):11884-11892.

16. Rann H, Sarkar J, Kuman H, Konwar R, Mohammad S. Oral cáncer: risk factores and molecular pathogenesis. *J. Maxillofac. Oral Surg* 2011; 10(2):132-137.
17. Boza Y V. Carcinoma oral de células escamosas: reporte de caso y revisión de literatura. *International Journal of Dental Sciences* 2016; 18:61-67.
18. Alan H, Agacayak S, Kavak G, Ozcan A. Verrucous carcinoma and squamous cell papilloma of the oral cavity: report of two cases and review of literature. *Eur J Dent.* 2015; 9(3):453-456.
19. Gupta S, Gupta S, Singh K. Leukoplakia of buccal mucosa with transformation into spindle cell carcinoma: a rare case report. *Journal of Oral an Maxillofacial Pathalogy* 2017; 21(1):119-123.
20. Smith M, Bhattachary I, Cohen D, Islam N, Fitzpatrick S, Montague L, et al. Melanoma of the oral cavity: an analysis of 46 new cases with emphasis on clinical and histopathologic characteristics. *Head and Neck Pathology* 2016; 10:298-305.
21. Nagamine K, Kitamura T, Matsuda A, Ohiro Y, Tei K, Hida K, et al. Expression of parathyroid hormone – related protein confers malignant potential to mucoepidermoid carcinoma. *Oncology Reports* 2013, 29:214-2118.
22. Juárez M, Reyes G, Hajar T, Martínez E, Gutiérrez D, Fonte V. Carcinoma basocelular en el borde bermellón del labio superior. *Dermatol Rev Mexico* 2013; 51(1):45-48.
23. Yuwanati M, Tupkari J. Frobrosarcoma of mandible: a case report. *Case Report in Dentistry* 2011; 4:1-4.
24. García L, Acero J, Fernandez A, Ochandiano S, Atalaya L, Navarro C. Hiatiocitoma fibroso maligno de orofaringe. Resección y reconstrucción con colgajo fasciocutáneo radial. *Rev. Esp Cir Oral y Maxilofac* 2008; 30(2):94-96.

25. Piperi E, Tosios K, Nikitakis N, Kyriakopoulos V, Tzerbos F, Koutlas I, et al. Well-differentiated liposarcoma atypical lipomatous tumor of the oral cavity: Report of three cases and review of the literature. 2012; 6:354-363.
26. Terada T. Angiosarcoma of the oral cavity. Head and Neck Pathol 2011; 5:67-70.
27. Schilling A, Celis C, Hidalgo A, Cantin M. Schwannoma maligno en la mandíbula: reporte de un caso. Rev. Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello 2009; 69: 265-270.
28. Joy T, Vishnu J, Hanchate A, Siwach P. Oral rhabdomyosarcoma in an adult male: a rare case report. Journal of oral and maxillofacial pathology 2018; 22(2):285.
29. Lewandowski B, Brodowaki R, Pakla P, Stopyra W, Gawron I. Leiomyosarcoma in the mandible. Medicine. 2016; 95(27):1-3.
30. Irani S. Metastasis to the oral soft tissues: a review of 412 cases. Journal of International Society of preventive Community Dentistry 2016; 6(5):393-401.
31. Casariego Z, Micinquevich S, Laufer N, Ricar J. Linfoma no hodgkin oral relacionado al sida (LNHORS): actualización y presentación de un caso clínico 2006; 22(6):307-311.
32. Núñez J, Cenoz E, Prado N. Mieloma múltiple IgA con manifestación craneofacial. Revista ADM 2010; 67(1):26-29.
33. Araya C. Diagnóstico precoz y prevención en cáncer de la cavidad oral. Revista médica clínica las condes 2018; 29(14):411-418.
34. Alvarado M, Restrepo M. Cáncer bucal aproximaciones teóricas. Dom Cien 2016; 2:167-185.
35. Mohammed T, Awad k, Abdelrawf S, Mohamed A, AbdIrhaman M. Oral cancer awareness among dental patients in omdurman, sudan: a cross sectional study. BMC oral health 2017; 17(69):3-9.

- 36.** García V, Bascones A. Cáncer oral: puesta al día. *Odontoestomatol* 2009; 25(5):239-248.
- 37.** Antón M, Somacarrera M. Cáncer Oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura *Odontoestomatol* 2015; 31(4):247-259.
- 38.** Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010-2012, volumen 5. Lima 2016.

ANEXOS

ANEXO N° 01
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN AD-HOC DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER BUCAL Y SU ACTITUD EN
INTERNOS DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD
INCA GARCILASO DE LA VEGA, EN EL AÑO 2019”

INSTRUCCIONES

- Antes de iniciar con el cuestionario, procure encontrarse en un estado de equilibrio emocional y somático.
- Si se siente cansado, estresado o enfermo, suspenda el cuestionario.
- Se solicita su llenado de forma objetiva y sincera.
- Registre los datos sin borrones ni enmendaduras.
- Los resultados son anónimos.
- Marque la respuesta que considere correcta de la siguiente forma: ☒ ○

I. DATOS GENERALES

EDAD:

SEXO: Masculino

Femenino

II. CONOCIMIENTOS SOBRE CÁNCER ORAL

1. ¿Cuál es el tipo de cáncer oral más frecuente en pacientes?

- a) Células basales
- b) Epidermoide
- c) Carcinoma Epidermoide

2. ¿A qué edad se presenta mayor número de casos de Cáncer Oral?

- a) 85 – 80
- b) 65 – 60
- c) 55 – 50

3. ¿En que genero se presenta el Cáncer Oral con más frecuencia?

- a) Hombres
- b) Mujeres
- c) Por igual

4. ¿Cuál considera el mayor factor de riesgo del Cáncer Oral?

- a) Hábito de fumar
- b) Trauma físico por elementos irritantes
- c) Consumo paralelo de tabaco y alcohol

5. Cree Ud. ¿Que los antecedentes familiares son un factor de riesgo para el Cáncer Oral?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

6. Cree Ud. ¿Que existe predisposición genética para el Cáncer Oral?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

7. El virus que más se asocia al cáncer oral es:

- a) Virus de Eipsten Barr
- b) Herpes Tipo I
- c) Papiloma Virus

8. ¿La exposición al sol es un factor de riesgo para el Cáncer Oral?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

9. ¿Una lesión pre cancerosa puede ser reversible?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
10. ¿Cuál de estas lesiones relacionadas al Cáncer Oral se presenta con mayor frecuencia?
- a) Leucoplasia
 - b) Eritroplasia
 - c) Ninguno
11. ¿Cuál podría ser signo de advertencia de una lesión cancerígena?
- a) Granulo de Fordyce
 - b) Pigmentaciones melánicas en mucosa
 - c) Ulceras crónicas
12. ¿Una lesión cancerosa siempre es dolorosa?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
13. ¿Una lesión cancerosa es proliferativa?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
14. ¿Una lesión cancerosa siempre es ulcerada?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
15. ¿Una lesión cancerosa es infiltrativa?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe

16. ¿Cree relevante interrogar por patologías persistentes?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
17. ¿Cuál es la localización más frecuente de cáncer oral?
- a) Piso de boca
 - b) Área retromolar
 - c) Lengua
18. ¿Cree que el tamaño del tumor importa en el pronóstico del Cáncer Oral?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
19. ¿Cuál es el tratamiento más frecuente para el cáncer oral?
- a) Quimioterapia
 - b) Cirugía y radioterapia
 - c) Cirugía y quimioterapia
20. La complicación oral más frecuente del paciente en tratamiento con radioterapia de Cáncer Oral es:
- a) Mucositis
 - b) Infecciones orales
 - c) Hemorragia oral

III. PREGUNTAS SOBRE LA ACTITUD HACIA EL CÁNCER ORAL

21. Tiene conocimiento sobre la prevención y detección del cáncer oral es actual y adecuado.
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo

- 22.** Se deben realizar exámenes anuales de cáncer oral para los de 40 años de edad y mayores.
- a)** Muy de acuerdo
 - b)** De acuerdo
 - c)** Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d)** En desacuerdo
 - e)** Muy en desacuerdo
- 23.** Los pacientes con sospecha de lesiones orales por cáncer deben ser referidos a un especialista.
- a)** Muy de acuerdo
 - b)** De acuerdo
 - c)** Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d)** En desacuerdo
 - e)** Muy en desacuerdo
- 24.** La detección temprana mejora las tasas de supervivencia a 5 años del cáncer oral.
- a)** Muy de acuerdo
 - b)** De acuerdo
 - c)** Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d)** En desacuerdo
 - e)** Muy en desacuerdo
- 25.** ¿Considera que se necesita capacitación o información sobre el cáncer de boca?
- a)** Muy de acuerdo
 - b)** De acuerdo
 - c)** Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d)** En desacuerdo
 - e)** Muy en desacuerdo

ANEXO N°02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr. (a, ita):

Soy la Bachiller Luz Mariela, YUPANQUI MARUJO de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, responsable del trabajo de investigación titulado: “Grado de Conocimiento sobre el Cáncer Bucal y su Actitud en Internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Año 2019”.

La presente es para invitarle a participar en el estudio el cual tiene como objetivo determinar el grado de conocimiento cáncer bucal y su actitud en internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019. Para poder participar del estudio, usted tendrá que llenar un cuestionario de manera anónima, el cual le demandará un tiempo promedio de 10 minutos.

La información que Ud., brinde al estudio será de uso exclusivo del investigador y se mantendrá su debida confidencialidad.

Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier etapa sin que este afecte de alguna manera. Por participar del estudio Ud., no recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación.

Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse al siguiente teléfono móvil 953340246.

Yo, _____ dejo constancia que se me ha explicado en que consiste el estudio titulado “Grado de Conocimiento sobre el Cáncer Bucal y su Actitud en Internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Año 2019. Realizado por la Bach. Luz Mariela, YUPANQUI MARUJO.

He tenido tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara.

Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejarán confidencialmente y en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

Nombre y apellido del participante

Firma del participante

Fecha:

DNI N°

ANEXO N°03

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

(Juicio de Expertos)

Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: *Dr. CABALLERO COENETO Hugo*
1.2 Cargo e institución donde labora : *ODONTÓLOGO FORENSE. HIGU- UNMSM*
1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación : *Fiche de Observación ADHOC*
1.4 Autor del instrumento : *Bachiller Mariela Tupanqui Marujo.*

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITETIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					✓
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					✓
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
4. Organización	Presentación ordenada.					✓
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos.					✓
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					✓
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos					✓
8. Analisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores/ medidas.					✓
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					✓
10. Aplicacion	Existencia de condiciones para aplicarse.					✓

III. CALIFICACION GLOBAL: Marcar con una aspa

Aprobado	Desaprobado	Observado
✓		

Lugar y fecha: *11 de abril de 2019*

Mariela Tupanqui Marujo
DOCTOR EN EDUCACION
Firma del experto Informante

DNI. No. *09457351* Teléfono: *999605700*

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

(Juicio de Expertos)

Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Mg. CD. SOTOMAYOR WOLLOTT, PEGGY
 1.2 Cargo e institución donde labora: DECENTE FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: FICHA DE OBSERVACIÓN ADHOC
 1.4 Autor del instrumento: BACHILLER MARIELA YUPANQUI MARUJO.

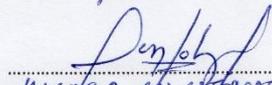
II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITETIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					✓
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					✓
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
4. Organización	Presentación ordenada.					✓
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos.					✓
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					✓
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos					✓
8. Analisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores/ medidas.					✓
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					✓
10. Aplicacion	Existencia de condiciones para aplicarse.					✓

III. CALIFICACION GLOBAL: Marcar con una aspa

Aprobado	Desaprobado	Observado
✓		

Lugar y fecha: 11 de abril del 2019


MAGISTER EN ESTOMATOLOGIA
 Firma del experto Informante

DNI. No. 10703121 Teléfono: 957618446

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

(Juicio de Expertos)

Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: PALADIOS ALVARO ECHO SIGIFREDO
 1.2 Cargo e institución donde labora: DOCENTE UFGV - UNMSM
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de obs.
 1.4 Autor del instrumento: Bachiller Mariela Yupanqui Marujo.

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITETIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X	
4. Organización	Presentación ordenada.					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos.					X
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.				X	
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos				X	
8. Analisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores/ medidas.					X
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

III. CALIFICACION GLOBAL: Marcar con una aspa

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: 10 de Abril de 2019



Firma del experto Informante

DNI. No... 86628162 ... Teléfono: 998060333

Fiabilidad del instrumento sobre nivel de conocimiento

El método de consistencia interna el cual se basa en el alfa de Cronbach nos permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida mediante un conjunto de ítems los cuales miden el mismo constructo o dimensión teórica. Para el presente estudio se empleó este método en un cuestionario de 20 ítems, consiguiendo.

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0.803	20

Al realizar el procedimiento, se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach igual a 0.803, con lo cual se indica una alta consistencia interna de los ítems del instrumento. Se concluye que la fiabilidad del instrumento es ALTA.

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Pregunta N°1	13.1	12.989	0.907	0.757
Pregunta N°2	12.8	14.844	0.520	0.787
Pregunta N°3	12.9	14.1	0.655	0.777
Pregunta N°4	13	16.444	0.000	0.819
Pregunta N°5	13.1	12.989	0.907	0.757
Pregunta N° 6	12.8	14.844	0.520	0.787
Pregunta N° 7	12.9	14.1	0.655	0.777
Pregunta N° 8	13	16.4444	0.000	0.819
Pregunta N° 9	12.6	16.7111	0	0.806
Pregunta N° 10	12.6	16.7111	0	0.806
Pregunta N° 11	12.8	17.0667	-0.153	0.822
Pregunta N° 12	12.8	14.8444	0.520	0.787
Pregunta N° 13	12.8	14.8444	0.520	0.787
Pregunta N° 14	12.8	17.5111	-0.277	0.828
Pregunta N° 15	13.1	12.9889	0.907	0.757
Pregunta N° 16	12.6	16.7111	0	0.806
Pregunta N° 17	13.2	13.9556	0.6451	0.777
Pregunta N° 18	13.1	15.6556	0.1865	0.808
Pregunta N° 19	13.3	15.3444	0.2995	0.800

Pregunta N° 20	13.1	15.6556	0.1865	0.808
-----------------------	------	---------	--------	-------

Fiabilidad del instrumento sobre nivel de actitud

El método de consistencia interna el cual se basa en el alfa de Cronbach nos permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida mediante un conjunto de ítems los cuales miden el mismo constructo o dimensión teórica. Para el presente estudio se empleó este método en un cuestionario de 5 ítems, consiguiendo.

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0.937	5

Al realizar el procedimiento, se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach igual a 0.937, con lo cual se indica una alta consistencia interna de los ítems del instrumento. Se concluye que la fiabilidad del instrumento es ALTA.

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Pregunta N°1	15.8	2.4	1	0.889
Pregunta N°2	15.8	2.4	1	0.889
Pregunta N°3	15.8	2.4	1	0.889
Pregunta N°4	15.8	2.4	1	0.889
Pregunta N°5	14.4	4.3	0	1.000