

**Conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer oral en estudiantes de Odontología de la
Universidad Santo Tomás**

**Laura Vanesa Zuluaga Salazar, Valentina Peñaloza Parra Wendy Lorena Lozano Odeh,
y Zareth Silvana Gualdron Colmenares**

Trabajo de grado para optar al título de Odontólogo

Director

Gloria Cristina Aranzazu Moya

Esp. Patología Oral y Magíster en Epidemiología Clínica

Codirector

Claudia Alejandra Orgullosa Bautista

Magíster en Epidemiología

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ciencias de la Salud

Facultad de Odontología

2023

Contenido

Conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer oral en estudiantes de Odontología de la Universidad Santo Tomás.....	10
1. Introducción.....	10
1.1 Planteamiento del problema.....	11
1.2 Justificación	14
2. Marco teórico.....	17
2.1 Definición de cáncer bucal	17
2.1.1 Factores de riesgo.....	19
2.1.2 Signos y síntomas.....	20
2.2 Tipos de cáncer oral.....	21
2.2.1 Histopatología de los tipos de cáncer bucal	23
2.3 Prevención de cáncer bucal.....	25
2.3.1 Examen bucal	25
2.4 Conocimientos, actitudes y prácticas del cáncer oral en odontólogos.....	26
2.4.1 Relación del conocimiento con el cáncer oral.....	26
2.5 Conocimientos, actitudes y prácticas.....	28
2.5.1 Conocimientos.....	28
2.5.2 Actitudes	29
2.5.3 Prácticas	29
3. Objetivos.....	30
3.1 Objetivo general.....	30
3.2 Objetivos específicos	30

4. Materiales y métodos.....	30
4.1 Tipo de estudio.....	30
4.2 Selección y descripción de los estudios.....	31
4.2.1 Población.....	31
4.2.2 Muestra y muestreo	31
4.3 Criterios de Selección	31
4.3.1 Criterios de inclusión	31
4.3.2 Criterios de exclusión.....	31
4.4 Variables	32
4.5 Instrumento	32
4.6 Procedimiento	32
4.7 Prueba piloto	33
4.8 Plan de análisis Estadístico	34
4.9 Consideraciones éticas	34
5. Resultados.....	35
5.1 Caracterización de la población a estudio.....	35
5.2 Puntaje de los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer oral en la población a estudio.	36
5.3 Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas del cáncer oral y las variables sociodemográficas	47
6. Discusión	48
6.1 Conclusiones.....	52
6.2 Recomendaciones	53

Referencias	54
-------------------	----

Apéndices	62
-----------------	----

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Clasificación de los signos y síntomas con base en diversos estudios académicos publicados al respecto.</i>	20
Tabla 2. <i>Variables sociodemográficas de la población en odontología</i>	36
Tabla 3. <i>Medidas de resumen y tendencia central de los puntajes de conocimientos, actitudes y prácticas.</i>	37
Tabla 4. <i>Descripción de respuestas a las preguntas de conocimiento en cáncer oral.</i>	39
Tabla 5. <i>Descripción de respuestas a las preguntas de factores de riesgo en cáncer oral.</i>	41
Tabla 6. <i>Descripción de respuestas a las preguntas de actitudes en cáncer oral</i>	42
Tabla 7. <i>Descripción de respuestas a las preguntas de prácticas en cáncer oral.</i>	45
Tabla 8. <i>Puntajes de conocimientos, actitudes y prácticas según variables sociodemográficas.</i>	47

Lista de figuras

Figura 1. <i>Carcinoma de células escamosas ubicado en mucosa yugal izquierda.</i>	23
Figura 2. <i>Carcinoma verrugoso en la boca.</i>	24
Figura 3. <i>Linfoma.</i>	24

Lista de apéndices

Apéndice A. <i>Cuadro de operacionalización de las variables.</i>	11
Apéndice B. <i>Instrumento.</i>	24
Apéndice C. <i>Plan de análisis estadístico al análisis univariado y bivariado.</i>	25
Apéndice D. <i>Consentimiento informado.</i>	27

Resumen

Introducción: El cáncer oral es una condición que requiere ser identificada y tratada oportunamente, por lo que se espera que los estudiantes de odontología manejen el conocimiento suficiente para desarrollar prácticas pertinentes para aumentar las expectativas de vida de quienes lo padecen. **Objetivo:** Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer oral de los estudiantes de odontología Universidad Santo Tomás, en el 2023. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal, en 162 estudiantes de odontología de sexto a decimo semestre, se aplicó un cuestionario validado via Google Forms con 52 preguntas. Se realizó un análisis univariado para las características sociodemográficas a través de frecuencias absolutas y porcentajes, para el cálculo del puntaje de conocimientos, actitudes y prácticas fue por medio de medidas de tendencia central y de dispersión. Un análisis bivariado con la aplicación de diferencias de medias con pruebas de U de Mann-Whitney, ANOVA y Kruskal Wallis. La participación fue voluntaria y se aplicó un consentimiento informado digital. **Resultados:** Los participantes en su mayoría fueron mujeres en un 81,89% (104), con edades de 19 a 22 años un 49,61% (63), de estrato 3 en un 33,86% (43) y de sexto semestre en un 31,50% (40). El puntaje de conocimientos promedio fue 7 de 15 que corresponde a un 46,6% del total posible, en cuanto a actitudes el puntaje promedio fue 15 de 34 que corresponde a un 44,1% del total posible y se destaca prácticas, donde obtuvieron 35 de 50 puntos que refleja un 70% del total posible. Por otro lado, el semestre con mayor puntaje en el dominio de conocimientos y actitudes fue noveno, presentándose así una asociación estadísticamente significativa y en prácticas resaltó séptimo semestre. **Conclusiones:** Se reflexiona la necesidad de implementar actividades de educación continua, ya que el área con mejor desempeño fue prácticas, pero las áreas de conocimientos y actitudes fueron bajas.

Palabras clave: conocimientos, actitudes y práctica en salud, neoplasias de la boca, estudiantes de odontología, patología, atención odontológica

Abstract

Introduction: Oral cancer is a condition that requires timely identification and treatment , so dental students are expected to manage enough knowledge to develop relevant practices to increase the life expectancy of those suffering from it. **Objective:** To evaluate the knowledge, attitudes and practices in oral cancer of dental students at Santo Tomás University in 2023. **Materials and methods:** An observational, cross-sectional analytical study of 162 dental students in the sixth to sixteenth semester applied a questionnaire validated via Google Forms with 52 questions. A univariate analysis was performed for the sociodemographic characteristics through absolute frequencies and percentages, to calculate the score of knowledge, attitudes and practices was by means of measures of central tendency and dispersion. A bivariate analysis with the application of mean differences with whitney mann U tests, Anova and Kruskall Wallis. Participation was voluntary and digital informed knowledge was applied. **Results:** The majority of participants were women in 81.89% (104), with ages 19 to 22 49.61% (63), stratum 3 in 33.86% (43) and sixth semester in 31.50% (40). The average knowledge score was 7 of 15 that corresponds to 46.6% of the total possible, in terms of attitudes the average score was 15 of 34 which corresponds to 44.1% of the total possible and highlights practices, where they scored 35 out of 50 points reflecting 70% of the total possible. On the other hand, the semester with the highest score in the domain of knowledge and attitudes was ninth, presenting a statistically significant association and in practices highlighted seventh semester. **Conclusions:** The need to implement continuing education activities was reflected, since the area with the best performance was practical, but the areas of knowledge and attitudes were low.

Keywords: knowledge, attitudes and practice in health, neoplasms of the mouth, dental students, pathology, dental care

Conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer oral en estudiantes de Odontología de la Universidad Santo Tomás

1. Introducción

La OMS define el término cáncer como un grupo variable de enfermedades que pueden alterar cualquier parte del cuerpo. El cáncer conlleva un gran problema de salud en cuanto a nivel mundial y es una de las causas más frecuentes e importantes de mortalidad. Las células cancerosas incrementan rápidamente donde comienza extendiéndose más allá de los límites normales e invade partes contiguas del cuerpo propagándose a otros órganos (Mateo-Sidrón y Somacarrera, 2015).

Colombia presenta cifras diversas sobre los tipos de cáncer, tienen rangos de diferencia altamente significativos en su incidencia. Por su parte, el cáncer oral presenta un porcentaje de incidencia bajo en el país, a pesar de ello, es uno de los más agresivos y con más impacto en la recuperación del paciente bajando su calidad de vida tanto como funcional, físico y social. Además, dicha patología se detecta en estado avanzado, cuando el tratamiento requerido es más invasivo y las secuelas son mayores (Mateo-Sidrón y Somacarrera, 2015).

Igualmente, el cáncer oral es un grave problema que está en progresivo aumento en casi todo el mundo. Presenta una mayor frecuencia en pacientes de 50 años en adelante y en la mayoría de países es más común en hombres que en mujeres, es una enfermedad multifactorial donde el tabaco, el alcohol y las infecciones virales como el (VPH), tienen un rol importante en la aparición de esta patología. (Manuel et ál., 2015). La exposición de la población de Colombia a estos factores puede ser alto por lo que incrementa su riesgo, sin embargo, las estrategias de detección temprana en cáncer oral en el país, no presentan la misma importancia que las estrategias de detección para otras patologías oncológicas. Debido a esto, es imprescindible analizar las implicaciones de la

detección temprana del cáncer oral y expresar sugerencias que se permitan llevar a cabo en la práctica diaria de la consulta odontológica (Amaranta, et ál., 2018).

Por otro lado, según el estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada denominado Conocimientos y actitudes sobre el cáncer oral entre los estudiantes de odontología, se realizó un estudio transversal a estudiantes de cuarto y quinto año (de carrera), el 79,3% refirió que examinaba periódicamente la mucosa bucal de sus pacientes. Casi la totalidad de la muestra (95,9%) dijo que aconsejaría a sus pacientes sobre los factores de riesgo de cáncer oral cuando se graduaran. El tabaco seguido del alcohol fue el principal factor de riesgo de cáncer bucal identificado (94,2 y 72,7%, respectivamente) y al 96,7% de la muestra le gustaría recibir más información sobre este tema (Frola y Barrios, 2017).

De acuerdo a lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer oral, que poseen los estudiantes y establecer si estan en capacidad de realizar un diagnóstico temprano y tener manejo clínico apropiado y remisión oportuna para manejo del cáncer.

1.1 Planteamiento del problema

El cáncer oral se encuentra en la parte superior del tracto aero-digestivo. Abarca cáncer de labio, mucosa labial y bucal, dos tercios anteriores de la lengua, almohadilla retromolar, base de la boca, encía y paladar duro. Hace semejanza a todos los tumores malignos, inclusive carcinomas que se manifiestan en el epitelio y sarcomas que aparecen en las regiones submucosas, como los tejidos no epiteliales (Federation, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) alude que el cáncer oral es un tipo de cáncer de cabeza y cuello, el cual está en 6to lugar entre los cánceres a nivel mundial (Organización Mundial de Salud, 2022).

Igualmente, es importante destacar que estos carcinomas se originan no solo de la mucosa oral, sino también de las glándulas salivales y pueden ser tumores metastásicos de otros órganos epiteliales. El linfoma maligno, tumores malignos relacionados con los nervios, aparecen de regiones submucosas, las cuales también se consideran cáncer oral. El carcinoma oral de células escamosas es multiseccional porque involucra una secuencia de alteraciones que son discretas, irreversibles y complementarias en los genes que ayudan a controlar el crecimiento, la muerte y la diferenciación celular (Federation, 2018).

Del mismo modo, este tipo de cáncer es generalmente indoloro, pero se puede diagnosticar a través de un cambio de color rojizo o rojo-blanquecino en la mucosa, manifestación de una zona indurada, hemorragias sin alguna causa aparente, presencia de una zona ulcerada crónica y existencia de una masa sobre elevada (verrugosa o ulcerada) (García y Martínez, 2009). Por consiguiente, en salud pública es importante el diagnóstico precoz y de educación a los diferentes grupos humanos acerca de los factores etiológicos que aparecen en informes mundiales y nacionales, donde se evidencia que el cáncer oral es uno de los diez cánceres más comunes en el mundo, con tres cuartas partes de los casos en países en vía de desarrollo (López et al., 2015).

Por otra parte, en Asia, el cáncer oral constituye el 40% de todos los cánceres, en los países industrializados establece acerca del 1% al 4% del total en varones y, alrededor de la mitad son mujeres (López et al., 2015). Otro estudio que se realizó en los Estados Unidos deduce que el 6% de todos los cánceres son orales y el 30% en cabeza y cuello, donde varios de ellos se originan de la cavidad oral (Nath y Pogrel, 2005).

Igualmente, en Colombia en el Instituto Nacional de Cancerología expone anualmente entre 100 y 120 nuevos casos sobre cáncer oral, de los cuales el 50% se encuentran en la lengua, donde es 3 veces más frecuente en hombres que en mujeres y en un rango de edad de 50 y 70 años con el 74%; mostrando como presunción, que los factores de riesgo más mencionados son el tabaco, alcohol, genética, nutrición, virus, radiaciones y riesgos ocupacionales, los cuales tienen un efecto acumulativo en el tiempo, dando así una consistencia en el hallazgo epidemiológico de mayor incidencia en adultos mayores (Buelvas, et ál., 2010). Además, según el estudio de “Incidencia de cáncer en el área metropolitana de Bucaramanga, 2000-2004”, en esta zona geográfica se evidenció una suma de 144 cánceres invasivos de la cavidad oral y faringe, lo cual figura el 0.23% de todos los tumores de dicha población. A la vez, el 57.0% (82 casos) competen a hombres y el 43.0% (62 casos) a mujeres. Además, en hombres dichos tumores corresponden al 3.3% de los casos, y en mujeres a; 1.8% (Pérez, et ál., 2018).

Seguido a eso, según en el estudio, ciento noventa y un dentistas generales participaron en una encuesta donde se identificó su presunto conocimiento acerca del manejo dental en pacientes con cáncer bucal tratados con radioterapia. A pesar de que la mayoría de los dentistas generales se identificó deficiencias en su conocimiento, el 93% respondió estar interesados en asistir a cursos para reforzar sus conocimientos sobre el tema, para así mejorar su desempeño en el campo (Frydrych, et ál., 2012).

Por lo tanto, es importante el estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas en el personal de la salud y en particular profesionales de odontología, puesto que, de acuerdo con los resultados del estudio, indicaron que la etiología del cáncer oral se considera multifactorial y epigenética de un 93,9%, lo cual tuvo una respuesta favorable, luego el consumo de tabaco y alcohol como el factor de riesgo con mayor probabilidad de causar cáncer oral de un 78,3%. Por

otro parte, el 64,7% de los integrantes no identificaron la eritroplasia con más alto potencial de desarrollarse a un estado maligno; en cambio, se registró que el 56,4% de los integrantes no identificaron los bordes laterales de la lengua como una zona de ubicación frecuente para el cáncer oral.

Por lo anteriormente explicado, se resalta la importancia del presente estudio que tiene como objetivo, la identificación de estos saberes en esta temática que involucra carga de morbilidad en la población. Por lo tanto, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el conocimiento, las actitudes y prácticas sobre el cáncer oral en los estudiantes de odontología de la Universidad Santo Tomás?

1.2 Justificación

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer oral incluye los cánceres de labio, partes de la boca y la orofaringe. La incidencia mundial de los cánceres de labio y de la cavidad bucal se considera en 4 casos por 100.000 personas (Organización Mundial de Salud, 2022). Es una patología multifactorial, en la cual el tabaco y el alcohol desempeñan un papel muy importante, pero se puede prevenir evitando los factores de riesgo referentes, así como asistir a revisiones anuales al odontólogo (Warnakulasuriya, 2009).

Además, el carcinoma de células escamosas o epidermoide es el tipo de cáncer más evidenciado en la cavidad oral, que establece, aproximadamente, el 5% de todas las neoplasias (Gomes et al., 2002). Por otro lado, la manifestación clínica más común de un cáncer oral es un área roja, aunque también se pueden presentar pequeñas ulceraciones o zonas granulares (González, 2001).

Igualmente, el carcinoma oral representa la sexta causa de muerte por cáncer. A pesar de los avances registrados en las últimas décadas, la tasa de supervivencia a los 5 años no ha variado de manera importante y se mantiene cercano al 50% debido principalmente al diagnóstico tardío en alto porcentaje de casos (López et al., 2019). Lo cual demanda establecer tratamientos quirúrgicos, radioterapia y quimioterapia. La radioterapia se muestra como una elección significativa en la terapéutica de los tumores bucales, logrando, ser implementada sola o en combinación con la cirugía y quimioterapias (Gomes, et ál., 2002).

En consecuencia, este tema de investigación se ha convertido de vital importancia, ya que actualmente no se cuenta con una forma para la detección temprana rutinaria para los tipos de cáncer que existen de orofaringe y de cavidad oral; sin embargo, muchos pre-cánceres y cánceres en estas áreas se pueden descubrir en etapas tempranas mientras se realizan los exámenes de control de rutina que realiza un odontólogo (Mateo-Sidrón y Somacarrera, 2015).

Así mismo, los exámenes anuales por odontólogos deberían estar enfocados especialmente en pacientes con una edad de 60 años que presenten factores de riesgo como lesiones orales pre-malignas o que consuman alcohol o tabaco. Sin embargo, el examen minucioso está indicado para todos los pacientes de cualquier edad, teniendo en cuenta que del 15% al 20% de los casos de cáncer bucal son hallados en población con baja adherencia al examen bucal periódico. Esto advierte que hay otros factores de riesgo involucrados en la etiología del cáncer como: masticar tabaco, masticar trozos de betel y exposición a radiación solar (Bravo et al., 2014).

Por consiguiente, en el mundo se evidencian anualmente alrededor de 300.000 casos nuevos de cáncer oral, de los cuales tres cuartas partes se encuentran en países en vías de desarrollo, la mayoría se observa en estados avanzados al momento del diagnóstico, por lo cual, el diagnóstico temprano de una lesión, combinado con un tratamiento adecuado, podría ser la forma

más efectiva para lograr mejorar el control del cáncer. De ahí destacamos la importancia del odontólogo, en quien se deposita la gran responsabilidad en el manejo del cáncer oral, desde el diagnóstico que se dé hasta la rehabilitación (Casariego, 2008).

Según los resultados del estudio “Conocimientos acerca de cáncer oral en odontólogos de la región de los Ríos, Chile”, se promedió un 77% de aprobación entre los participantes. Los odontólogos de hasta 5 años de experiencia mostraron un promedio de 75,91% y los demás de 6 años lograron un 78,52%. En cuanto a cursos de actualización, los odontólogos que han participado en ellos promediaron un 75,79% de aprobación y aquellos que nunca han participado en un curso promediaron 78,96% (Vargas, et ál., 2017). Se demostró que el 58 % de los participantes identificaron el carcinoma espinocelular como la manera más común de cáncer oral. El 63,9 % reconoció a la leucoplasia y la eritroplasia como las dos lesiones cancerosas más comunes, por otra parte, sólo el 41,2 % de éstos conocía que la eritroplasia tiene un mayor efecto negativo que la leucoplasia. El 57,1 % identificó la ulceración como una de las primeras manifestaciones con más frecuencia de cáncer oral y sólo el 43,4 % reconoció los lugares con más alta frecuencia en los que se desplegó. El 60,5 % de los que participaron sabían que el cáncer oral se diagnostica con mayor regularidad en estadio avanzado y el 49,3 % que es diagnosticado con más frecuencia es entre los 40 y 59 años (Stillfried, et ál., 2016).

De acuerdo con la información anteriormente expuesta, es importante que la presente investigación tenga como objetivo, identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer oral en estudiante de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás.

Bajo esa consideración, con los resultados obtenidos se reconocerá en primer lugar la importancia del odontólogo como miembro asistencial quien debe estar preparado para un tratamiento integral brindando una atención especializada a cada paciente el cual vaya más allá de

la periodoncia, implantología y estética dental; en segundo lugar los resultados estarán al alcance de la comunidad académica quien puede usar el presente documento como referente de consulta; en tercer lugar, a partir de los resultados obtenidos y las discusiones planteadas se permitirán ofrecer campañas de prevención del cáncer oral, a nivel de familia y sociedad mejoraría el nivel de vida en la medida en la que se prevenga y se trate oportunamente esta enfermedad, ya que estos pacientes influyen en su núcleo familiar y en la sociedad, el hecho de detectar el cáncer a través de un diagnóstico oportuno va a ser un incentivo para que la población recurra al odontólogo, no solo con un fin curativo si no que lo vea desde un punto de vista preventivo.

Según estudios realizados en Colombia se evidencia un aumento de la incidencia de cáncer oral y en las tasas de mortalidad en el país, esto indica que debemos mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en los profesionales y estudiantes de pregrado de odontología que son quienes en el futuro detectarán diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos en cáncer oral.

Finalmente, teniendo en cuenta la importancia de los métodos preventivos y de la detección temprana de los procesos patológicos, se resalta la repercusión que tiene el profesional encargado de la salud bucal en el examen exhaustivo y toma de decisiones sustentadas en criterios científicos.

2. Marco teórico

2.1 Definición de cáncer bucal

El cáncer bucal es un subconjunto de tumores de la cabeza y el cuello, que surgen en la cavidad bucal (labios, dientes, encías, lengua, mucosa bucal y paladar blando y duro) y de la faringe (orofaringe, nasofaringe y laringofaringe). Es más frecuente en hombres que en las mujeres y el riesgo aumentan con la edad. Mackenzie sugirió que el aumento del número de jóvenes con

cáncer oral puede ser el resultado de un aumento en la exposición a causantes como fumar, la ingesta de alcohol, la presencia del VPH (Virus Papiloma Humano), falta de dieta de frutas y verduras (Warnakulasuriya, 2009).

Por lo tanto, en cuanto al concepto de cáncer bucal u oral se encontró que es “un cáncer de la parte superior del tracto aerodigestivo. Incluye cáncer de labio, mucosa labial y bucal, dos tercios anteriores de la lengua, almohadilla retromolar, base de la boca, encía y paladar duro”(Federation, 2018).

Integrando lo anterior, hay que resaltar lo que planteó García en 2009 quienes consideraron que “es una enfermedad, debilitante, incapacitante, de carácter multifactorial, considerada catastrófica” la cual perjudica a un gran grupo de personas en el mundo, por su naturaleza destructiva, es capaz de producir consecuencias anatómicas y fisiológicas en quienes lo padecen. Además, hay que tener en cuenta que con relación a este diagnóstico no hay síntomas definidos para esta patología. No obstante, en algunos casos existen lesiones precancerosas como la eritroplasia y la leucoplasia (García y Martínez, 2009).

Así mismo, el cáncer es una enfermedad celular, característico de organismos multicelulares. A causa de afectar los mecanismos reguladores de la división celular en un tejido u órgano, causando un daño en el ADN celular, que supera los dispositivos favorecedores. (Chimenos, 2007). Según lo referido por CEPAL los cuales han analizado su epidemiología han determinado según publicación del 2021 que existen diversos factores de riesgo los cuales inciden y que en va en aumento los casos indicados por lo que realizó un estudio entre población menor y mayor de 40 años con el fin de establecer sus diferencias (Boza y Dds, 2017).

2.1.1 Factores de riesgo

El cáncer es una enfermedad multifactorial provocada por variaciones en los genes a través de distintos mecanismos que incluyen también factores no genéticos (Martínez et al., 2019). El cual presenta una tasa alta de morbilidad y mortalidad, la cual se asocia a varios factores de riesgo, debido a que los pacientes se diagnostican en los estadios avanzados cuando la posibilidad de recuperación es muy baja, por lo que se obstaculiza el tratamiento y pronóstico de los pacientes (Cruz et al., 2016).

Es importante reconocer cuales son los fundamentales factores de riesgo involucrados a esta enfermedad, algunos de los factores como (Amaranta, et ál., 2018):

- Genéticos derivados de mutaciones de secuencias en el ADN: Científicamente está demostrado la influencia directa de los oncogenes y los genes supresores tumorales (López et ál., 2019).
- Tabaquismo y consumo de sustancias alcohólicas: El impacto nocivo del tabaco masticado y fumado sobre la mucosa bucal es debido a que posee unas 300 sustancias cancerígenas que se transforman en metabolitos activos con capacidad de actuar recíprocamente con el ADN por la acción de enzimas oxidativas. Por su parte, el alcohol: juega un papel importante como factor químico irritativo local, causando que disminuya el índice inmunitario, favorece la absorción de otros tipos sustancias cancerígenas por su efecto agresivo sobre la mucosa bucal y su oxidación a acetaldehído, un cancerígeno que se interpone con la síntesis y reparación del ADN (Botero et al., 2017).
- Dietéticos: Está demostrado científicamente que las deficiencias nutricionales, principalmente de las vitaminas A, C, E y minerales como zinc, calcio, selenio y magnesio, ayudan en la aparición del cáncer de la cavidad bucal. El estado nutricional más

importante relacionada al cáncer bucal es por la anemia ferropénica (Lluch et al., 2009)(Botero et al., 2017).

- Ambientales: A consecuencia de las radiaciones ionizantes de fuentes naturales o terapéuticas o accidentes nucleares (Botero et al., 2017).
- Infecciones: bacterianas como el *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas gingivalis* y virales como el VPH: Está científicamente demostrado la participación de las bacterias en la carcinogénesis bucal a través de inflamación crónica, por cruce directo o indirecto con el ciclo celular donde los virus son responsables de desarrollar entre el 10 y el 15 % de los cánceres humanos (Botero et al., 2017).
- TCMB: El trauma crónico de la mucosa bucal es el resultado de la acción mecánica repetitiva ejercida por un agente intraoral injuriante y es producido por retenedores sueltos, restauraciones defectuosas, bordes filosos en dientes, dentaduras desajustadas o tejido no apropiado para recibirlas, ha sido implicado en la etiología del carcinoma de células escamosas de la cavidad bucal (Madeline y Rica, 2015).

2.1.2 Signos y síntomas

Es importante comenzar estableciendo las diferencias entre signo y síntoma ya que son términos distintos debido a que el primero aborda lo que otra persona puede percibir mientras que el segundo se refiere a lo que se siente el paciente.

Ahora bien, en la siguiente tabla se encuentran discriminados:

Tabla 1. *Clasificación de los signos y síntomas con base en diversos estudios académicos publicados al respecto*

SIGNOS	SÍNTOMAS
Úlcera en la boca que no se cura	Dolor en la boca que persiste
Bulto o engrosamiento en la mejilla	Dolor de garganta o la sensación de que hay algo atascado en la garganta que no desaparece

Área blanca o roja sobre las encías, lengua, amígdalas o el revestimiento de la boca	Dificultad para masticar, tragar, mover la lengua o la mandíbula.
Bulto o masa en el cuello	Entumecimiento de la lengua u otra área de la boca
Cambios en la voz	Dientes flojos.
Pérdida de peso.	Dolor de oído.
Mal aliento.	Irritación que no desaparece.
Llagas que no cicatrizan.	Dificultades para hablar.

Nota: Esta tabla nos muestra los signos y síntomas específicos para un diagnóstico oportuno del cáncer oral (García, et ál., 2010).

2.2 Tipos de cáncer oral

El carcinoma de células escamosas de cavidad oral (CCECO) es una neoplasia proveniente de los tejidos epiteliales. Se inicia como una displasia epitelial, la cual prolifera adquiriendo características malignas, destruyendo el tejido conjuntivo subyacente, presenta características clínicas 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 (Warnakulasuriya, et ál., 2007). También se puede presentar como una erosión, una úlcera pequeña o una masa exofítica de textura granular o verrugosa. En estadios avanzados puede presentarse como un tumor grande con o sin ulceraciones, úlcera profunda con una superficie vegetante irregular, bordes elevados y un infiltrado duro de los tejidos bucales; propenso a la rápida diseminación hacia los ganglios linfáticos y a la metástasis. (Jainkittivong, et ál., 2009).

Haciendo referencia a la evolución se encuentra que, debido a su complejidad, para el tratamiento de esta, se debe tomar en cuenta si se encuentra en un estadio temprano o avanzado (según la estadificación T (tumor) N (metástasis a ganglios linfáticos), M (metástasis a distancia), la localización la cavidad bucal (labio, proceso alveolar y trigono retromolar, piso de boca, lengua, paladar duro, mucosa bucal) (Mehrotra y Yadav, 2006). Existen varias formas de dar con un diagnóstico oportuno frente a este tipo de cáncer oral como son antecedentes médicos y examen médico, examen completo de la cabeza y el cuello, panendoscopia y biopsia por incisión.

El carcinoma verrucoso (CV) es una variante del carcinoma de células escamosas (CCE) bien diferenciado, que se caracteriza por ser exofítico con múltiples prominencias y profundas hendiduras. (Rosa LN, 2003). Presenta características clínicas tal como su localización más frecuente es la región vestibular de la maxila, mucosa yugal, paladar duro y blando, lengua y labio. La lesión puede llegar a presentarse como una placa espesa, difusa, bien demarcada e indolora, con proyecciones superficiales papilares o verruciformes de crecimiento lento.(Rosa LN, 2003).Haciendo referencia al diagnóstico se realiza a partir de los hallazgos clínicos e histopatológicos. Es muy importante que el cirujano y el histopatólogo mantengan una comunicación muy estrecha porque usualmente el cirujano tiende a sobrestimar el potencial maligno de esta lesión, mientras que el patólogo frecuentemente subestima su rasgo neoplásico (TINOCO, 1998).

Los linfomas son neoplasias de las células linfoides que morfológicamente se subdividen en: Linfoma no Hodgkin (LNH) y linfoma de Hodgkin (LH). Afectan normalmente los ganglios de la región cervical, mediastino, axila y paraaórticos (Frumkin, 2003). Su presentación, en la mayoría de los casos, se acompaña de compresión de estructuras mediastínicas (tos irritativa, disnea, disfagia, disfonía), de rápida progresión, es muy frecuente el síndrome de vena cava superior. Referente a las características clínicas las lesiones comienzan en el interior del hueso (procesos alveolares), invaden los espacios medulares, crecen rápidamente con una media de 4 semanas y llegan a producir deformación facial generalmente sin ulceración de la piel. Según la localización de estos tumores podemos observar que la tumoración afecta a uno o varios cuadrantes de la boca (Rasper y Kesari, 2008).

Si exploramos los tejidos blandos observaremos petequias en el paladar y una encía engrosada, roja, seca, brillante y dolorosa a la palpación. El desplazamiento y la movilidad de los

dientes son los signos más comunes entre los tejidos duros, siendo los premolares y los molares los dientes más afectados. La versión vestibulo-lingual y la extrusión son los desplazamientos dentarios más habituales. (Ardekian et al., 1999). En general presenta una evolución aguda o subaguda. La afectación del estado general se establece en un periodo corto, presentándose fiebre, astenia, dolor abdominal y cuadros obstructivos intestinales. En la mitad de los casos la primera manifestación clínica es una inflamación en el maxilar (superior y/o inferior) que se confunde con un absceso que no remite con antibióticos (Hämmerl, et ál., n.d.).

2.2.1 Histopatología de los tipos de cáncer bucal

El carcinoma oral de células escamosas (COCE) es una de las neoplasias más comunes con origen epitelial en la cavidad oral, afecta en la mayor parte a hombres mayores de 40 años de edad. Los sitios de ubicación más habituales son el piso de la boca y lengua. La causa es multifactorial siendo el tabaco y el alcohol los factores de riesgo más relevantes (Figura 1) (Boza y Dds, 2017).

Figura 1. *Carcinoma de células escamosas ubicado en mucosa yugal izquierda.*



Tomado de (García y Bascones, 2009).

El carcinoma verrugoso es una versión del carcinoma de células escamosas (CCE) bien específico, que se distingue por ser exofítico con múltiples prominencias y profundas hendiduras.

La cavidad oral es el lugar más imperativo de esta patología en cuanto la cabeza y cuello, ya que representa el 75% de los casos (Figura 2) (Adorno, et ál., 2010).

Figura 2. *Carcinoma verrugoso en la boca.*



Tomado de (Armas, et ál., 2013).

Por otra parte, los linfomas de la cavidad bucal figuran el 4% de los cánceres bucales. En el área de cabeza y cuello, dichos linfomas se evidencian dentro de los nódulos linfáticos regionales y dentro de los sitios linfoides extra nodulares en zonas que se comprenden a manera de tejido linfoides relacionado a intestino o mucosa. En la cavidad bucal, el tejido linfoides figura de modo primordial el anillo de Waldeyer (Figura 3) (Adorno et al., 2010).

Figura 3. *Linfoma*



Tomado de (Corti, et ál., 2015).

2.3 Prevención de cáncer bucal.

Además de minimizar los riesgos como el cigarrillo, se recomienda la revisión odontológica mínimo 2 veces al año (García, et ál., 2005).

2.3.1 Examen bucal

Hay que tener en cuenta el aspecto físico que se debe realizar en la cavidad oral, al respecto en el artículo titulado “Examen físico de la cavidad oral” se establecieron los siguientes procedimientos: 1) Ubicación adecuada del paciente (posición semisentado con cabeza apoyada); 2) Tener todo el instrumental (buena fuente de luz directa o indirecta, espejo dental, un bajalengua y guantes); 3) Realización de palpación indagando zonas prominentes, deprimidas o con cambios en la textura de la piel del labio; 4) Exposición de la mucosa para la palpación; 5) Inspección brevemente pidiéndole al paciente que abra la boca mientras prolonga el cuello; 6) Por medio de un bajalengua deprimir la lengua para realizar una correcta inspección; 7) Realizar un examen del paladar blando, orofaringe y amígdalas deprimiendo la lengua con un espejo de boca; 8) Finalmente hacer una inspección del piso de la boca, visualización de las carúnculas, palpación de dientes y encías (Berner, et ál., 2016).

2.4 Conocimientos, actitudes y prácticas del cáncer oral en odontólogos

Una investigación académica realizada por Botero y colaboradores la cual fue publicada por la Universidad de Antioquia concluyó que:

(...) indistintamente de que las personas se encuentren enlazadas a un programa de salud oral, el conocimiento de autoexploración y signos de alarma de cáncer de boca no se evidencia incrementado, lo cual indica la falta de más participación de los odontólogos en cuanto la prevención y hallazgo temprano del cáncer oral (Cruz et ál., 2016).

Por su parte, una publicación de Medisur concluyó que “el conocimiento de los estudiantes sobre el cáncer oral es deficitario, por lo que es trascendente realizar intervenciones futuras para un mejor abordaje del tema” (García, et ál., 2010).

2.4.1 Relación del conocimiento con el cáncer oral

- Izaguirre (2012): Mediante un estudio descriptivo y transversal del nivel de conocimiento sobre cáncer oral de los estudiantes de odontología de último semestre que se realizó en tres universidades de la ciudad de Lima, Perú durante el año 2012. Los resultados fueron recolectados en base a un cuestionario de 24 preguntas realizadas y revisadas por expertos para su validación, teniendo en cuenta su revisión bibliográfica previa, también, los resultados obtenidos en la muestra estratificada de 150 estudiantes internos y de último año fue decepcionante. Casi la mitad (44.7%) presento nivel regular, el 39.3% nivel bajo, y tan solo el 16% restante, un nivel bueno. Identificando así los vacíos académicos de esta población a punto de recibir su título universitario, y a su vez, la imperativa necesidad de

mejorar la calidad educativa en las instituciones con el fin de entregar a la sociedad profesionales íntegros y capaces de prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades con tanta mortalidad como esta (Izaguirre, 2012).

- Botero y Cols. (2016): Realizaron un estudio con enfoque cuantitativo y descriptivo; este se realizó durante el segundo semestre del 2016, y se eligieron 200 usuarios, los cuales se encontraban en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, se aplicó en estudiantes que cumplieran los siguientes requisitos: ser mayor de edad, pertenecer y encontrarse en las instalaciones de la facultad de odontología, aceptar participar en la investigación por medio del consentimiento informado. El estudio tuvo enfoque por las variables sociodemográficas como fue la edad, sexo, municipio de residencia y estrato socioeconómico. Para el análisis de resultados de datos se utilizó software Microsoft Office Excel y el software estadístico ibm spss v.20, como resultado se encontró que la edad promedio fue de 51,1 años en un rango entre 18 y 92 años. Se encontró que el 92,5% de las personas que participaron realiza las prácticas básicas de higiene oral, el 58,5% reporto tener el hábito de fumar y el 22,2% reportan desconocer la presencia de cáncer bucal, el 74% de las personas que participaron expresan tener conocimiento de la presencia de cáncer en boca (Botero, et ál., 2017).
- Ordóñez Daza y Chamorro Giraldo (2020): Efectuaron un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal para evaluar el cual es el conocimiento sobre cáncer oral y de qué manera se le da manejo odontológico del paciente oncológico por parte de los estudiantes de pregrado, de los últimos años de medicina y odontología. Los autores enviaron un instrumento de recolección de datos la cual fue una encuesta con 19 preguntas cerradas, de opción múltiple y única respuesta. La muestra fue de 360 participantes. Con referente al

nivel de conocimiento de los participantes se evidenciaron los siguientes resultados para cada grupo en cada categoría: en la categoría I los estudiantes de medicina tuvieron un promedio de 6,2/10 y en cuanto a los estudiantes de odontología 5,3/10 y odontólogos egresados una media de 6,6/10. Lo anterior permitió evidenciar que existe un nivel más alto de conocimiento de los temas evaluados en los estudiantes de medicina vs. estudiantes de odontología en las dos categorías (Daza, et ál., 2020).

2.5 Conocimientos, actitudes y prácticas

Con la intención de acercarse a la realidad cotidiana, se han utilizado cuestionarios para medir conocimientos, actitudes y prácticas. Los cuestionarios CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas) pueden ser útiles para valorar el estado actual de una temática particular, pero además permiten evaluar las temáticas cuando se han implementado estrategias que pretenden modificar comportamientos y conocimientos.

Esta estrategia CAP permite evaluar el componente cognitivo que reúne además del conocimiento, las experiencias y los estereotipos, evalúa también aspectos afectivos como emociones, valores, satisfacciones, aversiones y por último aspectos del comportamiento que incluye habilidades motoras, psíquicas, verbales y sociales (Médicins, 2011).

2.5.1 Conocimientos

El conocimiento del profesional de la salud es muy valioso para el manejo de la prevención, diagnóstico y tratamiento en la salud oral del niño.

Los profesionales e instituciones de salud deben establecer relaciones profesionales enmarcadas en la confianza entre los padres o cuidadores, esto promueve buenas actitudes y adecuadas prácticas con respecto a la salud oral del menor (Gómez y Camacho, 2018).

En cuanto al conocimiento de médicos generales y pediatras, el posicionamiento inadecuado de los dientes, la mala higiene bucal, el consumo de teteros y azúcares son factores de riesgo para que los niños presenten caries dental (Peralta y Díaz, 2018).

2.5.2 Actitudes

La actitud es definida como la predisposición para garantizar de una manera sensata, propicia o adversa respecto a un objeto o lineamiento. Respecto a este concepto se busca identificar la respuesta de médicos generales y médicos pediatras (Peralta y Díaz, 2018).

2.5.3 Prácticas

El término prácticas, se define como todo acto que se realiza con la aplicación de los conocimientos. Este término también se refiere al uso de costumbres que se observa en cualquier persona, estos hacen parte de nuestro diario vivir en diferentes aspectos de nuestra vida (Gómez y Camacho, 2018).

Prácticas es definido también como el ejercicio que se realiza de acuerdo con ciertas reglas. Este concepto es muy amplio por lo tanto se conoce como una manera de transformar la realidad, por eso es muy importante tener conocimiento y habilidad o experiencia en lo que se va a realizar para que dicha práctica tenga un fin óptimo.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer oral de los estudiantes de Odontología de la Universidad Santo Tomás, 2023.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los estudiantes de odontología de la Universidad Santo Tomás.
- Determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas del cáncer oral en la población de estudio.
- Establecer la asociación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes con las variables sociodemográficas.

4. Materiales y métodos

4.1 Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio que se encuentra dentro de la categoría observacional descriptivo de corte transversal, en el que se realizó una encuesta a los estudiantes de odontología de la Universidad Santo Tomás que cursen de sexto a décimo semestre para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer oral a través de una sola medición en un momento determinado (Salinero, 2004).

4.2 Selección y descripción de los estudios

4.2.1 Población

La población de estudio fueron 335 estudiantes de la facultad de odontología de sexto a décimo semestre de la universidad de Santo Tomás de Bucaramanga.

4.2.2 Muestra y muestreo

El tipo de muestreo que se aplicó en este estudio fue un muestreo voluntario, debido a que se calculó un tamaño de muestra de 335 estudiantes, sin embargo, en el proceso de recolección de los 335 solamente 162 estudiantes contestaron el cuestionario, por lo tanto, no se logró la muestra especificada, en este sentido, se realizó entonces un cálculo del poder según la muestra recolectada que nos dice que el poder fue de 0,70, es decir, el 70% y este cálculo tiene un valor $p=0,01$.

4.3 Criterios de Selección

4.3.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes que se encontraran en semestres de sexto a décimo de la facultad de odontología.
- Estudiantes que aprobaron la asignatura de patología oral.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Estudiantes que no firmaron el consentimiento informado y, por tanto, no quisieron participar en el estudio.

- Los 33 estudiantes que participaron en el ensayo clínico financiado por Colgate en el 2022.

4.4 Variables

En este trabajo se consideró un grupo de variables sociodemográficas (Edad, sexo, semestre y estrato socioeconómico) un grupo de conocimientos (18 ítems), un grupo de actitudes (17 ítems) y finalmente un grupo de prácticas (17 ítems) (ver Apéndice A).

4.5 Instrumento

El instrumento contiene 18 preguntas de conocimientos 13-15 no suman, puntaje máximo 15 puntos, 17 preguntas de actitudes, puntaje máximo 34 puntos y 17 preguntas de prácticas con puntaje máximo de 50 puntos. Adicionalmente se integraron 5 variables sociodemográficas. El cuestionario fue diseñado por Aranzazu-Moya y colaboradores. Se obtuvo una consistencia interna de 0,872. Para la dimensión de conocimientos 0,69, para actitudes 0,82 y para prácticas 0,84. Así mismo, el instrumento recibió una validación facial y de contenido por 10 jueces (ver Apéndice B).

4.6 Procedimiento

Inicialmente, se consultó con la secretaria de facultad de Odontología el número de estudiantes matriculados en la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga en los semestres sexto, séptimo, octavo, noveno y décimo; para realizar el cálculo de tamaño de muestra y así tener claridad del número de participantes incluidos en el proyecto. Se ingresó a las aulas de clase con previa autorización del docente, posterior a ello se contactó a los estudiantes y se les explicó el

propósito de la investigación, después, se aplicó el formulario (CAP en cáncer oral) de manera presencial creado en la plataforma Google Forms, que es un formulario virtual el cual incluyó el consentimiento informado seguido de las preguntas sociodemográficas, continuando con las de conocimientos, luego las de actitudes y finalmente las de prácticas.

Este proceso se inició en octubre del 2022 teniendo en cuenta las aulas y horarios de manera que se pudo abordar a todos los participantes.

Este cuestionario fue autodiligenciable, con un tiempo promedio de 15 minutos, donde los investigadores permanecieron en el aula para resolver dudas de los participantes.

La información obtenida del cuestionario se digitó en una base de datos de Excel por duplicado, posteriormente los datos fueron validados para su análisis en el software STATA14.

4.7 Prueba piloto

La prueba piloto se realizó con el 10% de la muestra, la cual corresponde a 33 estudiantes. La aplicación de la prueba piloto se realizó con el consentimiento informado impreso y con la ayuda de un formulario de Google, el cual permite diligenciar y tener acceso a la información en tiempo real, para poder realizar el control y seguimiento.

Al realizar la prueba piloto se sugirió modificar el consentimiento informado impreso a virtual agregándolo junto al formulario de Google para mayor agilidad y contribuir al medio ambiente.

Tener en cuenta que ningún participante presentó queja o duda en la comprensión de preguntas.

4.8 Plan de análisis Estadístico

Para el análisis estadístico univariado se trataron las variables cualitativas con valores absolutos y porcentajes. Por otro lado, las variables cuantitativas fueron analizadas a través de promedios y desviación estándar o medianas y rangos intercuartílicos, según la distribución de normalidad de las variables por la prueba Shapiro Wilk.

Para el análisis bivariado se empleó el puntaje alcanzado en cada dimensión del cuestionario (conocimientos, actitudes y prácticas), para analizar su relación con las variables sociodemográficas como edad, sexo, semestre y estrato socioeconómico, las estadísticas utilizadas para evaluar la variable sexo a nivel de valor P en conocimientos y actitudes fueron diferencia de medidas, haciendo referencia a nivel del rango intercuartílico se utilizó el análisis U de Mann Whitney.

La variable de semestre y estrato socioeconómico a nivel de valor P en conocimientos y actitudes se utilizó la estadística de evaluación Anova y a nivel del rango intercuartílico se utilizó Kruskall Wallis.

Se consideró una significancia estadística para aquellos valores $P \leq 0,05$. Ver Apéndice B. Plan de análisis estadístico.

4.9 Consideraciones éticas

El presente proyecto de investigación se realizó con base a la Resolución 08430 de 1993 mediante la cual se dictan las normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud. Esta investigación cumplió con todos los principios éticos establecidos que garantizan el respeto a la dignidad y protección a los derechos y bienestar a los individuos principalmente. Según el artículo 11 de la resolución 08430 de 1993 de Colombia, previamente referida este trabajo

clasificó como una investigación sin riesgo, dado que en la realización de este estudio se emplea un registro de pruebas de conocimientos a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto. La investigación fue sometida al comité de ética de la Universidad Santo Tomás.

En esta investigación primaron los principios de autonomía a través de los cuales el individuo participante tomó la decisión personal de aceptar o rechazar su inclusión en el estudio teniendo en cuenta que este proyecto investigativo es cobijado bajo la Ley 1581 de 2012 que alude a la protección de los datos personales en la cual no surge ningún vínculo con el que se permita la transferencia de información a terceros, está permanecerá en manos de los investigadores quienes realizarán el tratamiento de datos pertinentes con el fin de complementar el objeto a investigar, proporcionando intereses particulares que en la comunidad universitaria se pueden establecer en pro del beneficio de los estudiantes respecto al conocimiento, actitudes y prácticas del cáncer oral. Adicionalmente quienes participaron en este proyecto investigativo recibieron una remuneración alimenticia y no fueron excluidos por ningún aspecto relacionado con la condición social, económica, raza, etnia o género (ver Apéndice E).

5. Resultados

5.1 Caracterización de la población a estudio

De acuerdo con la encuesta virtual realizada por la plataforma Google Forms, se tuvo un marco muestral de 162 personas de sexto a décimo semestre de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomas de Bucaramanga, teniendo en cuenta que la muestra inicial era de 355 estudiantes se obtuvo un porcentaje de respuesta del 45,63%.

En la encuesta se determinó los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer oral, presentándose mayor frecuencia de participantes del sexo femenino en un 81,89% (104), con una edad promedio entre 18 a 22 años 49,61% (63), además los participantes presentaron en su mayoría un estrato socioeconómico de tres en un 33,86% (43) y el semestre en el cual se obtuvo gran participación fue de sexto semestre 31,50% (40) (Tabla 2).

Tabla 2. *Variables sociodemográficas de la población en odontología*

Variables	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Mujeres	104	81,89
Hombres	23	18,11
Edad		
19/22 años	63	49,61
23/26 años	25	19,69
27/30 años	39	30,71
Estrato socioeconómico		
Estrato 1	33	25,98
Estrato 2	38	29,92
Estrato 3	43	33,86
Estrato 4	11	8,66
Estrato 5	1	0,79
Estrato 6	1	0,79
Semestre académico		
6° semestre	40	31,50
7° semestre	18	14,17
8° semestre	37	29,13
9° semestre	4	3,15
10° semestre	28	22,05

5.2 Puntaje de los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer oral en la población a estudio.

Para lograr el análisis de los resultados de conocimiento, actitudes y prácticas en cáncer oral, se asignó una puntuación para cada ítem. El puntaje máximo para conocimientos es de 15, en actitudes el puntaje máximo es de 34 y en prácticas el puntaje máximo es de 50, los cuales hacen referencia al 100% del puntaje posible. El promedio obtenido en conocimientos fue de 6,98 con

DE de 1,73 y las actitudes y prácticas obtuvieron un promedio de puntaje de 15,2 y 35,7 respectivamente. (Tabla 3).

Tabla 3. *Medidas de resumen y tendencia central de los puntajes de conocimientos, actitudes y prácticas*

	M(DE)	m(RIQ)
Conocimientos	6,98(1,73)	7(6-8)
Actitudes	15,22(7,17)	16(9-20)
Prácticas	35,73(7,83)	38(31-41)

Nota: M promedio, DE desviación estándar, m Mediana, RIQ rango intercuartílico.

En esta descripción de conocimientos se evidencia que el mayor porcentaje de estudiantes marcaron que la localización más común del cáncer de boca es la lengua con un 67,28% (109), siendo esta la respuesta correcta, así mismo, para la pregunta “la localización más frecuente de los carcinomas escamocelulares de cabeza y cuello diferente a la boca es”, la respuesta más frecuente fue orofaringe 67,28% (109), sin embargo, la respuesta apropiada es “Laringe” que obtuvo una frecuencia de respuesta de 19%. Respecto a la pregunta “el diagnóstico histológico más común de cáncer de boca y cuello es” el carcinoma escamo celular obtuvo una frecuencia de respuesta de 42,59% (69), siendo esta la respuesta correcta. Por otro lado, la pregunta “el cáncer oral se presenta con mayor frecuencia en el rango de edad”, la respuesta más frecuente fue “de 40 a 60 años” con 61,11 % (99), siendo la respuesta correcta.

En la pregunta “los nódulos linfáticos metastásicos en cuello son”, la respuesta fijos, dolorosos y blandos fue más frecuente con 42,59% (69), sin embargo, la respuesta apropiada es “Fijos, duros y no dolorosos a la palpación” que obtuvo un 41,9% de frecuencia de respuesta. Así mismo, la pregunta “durante el examen clínico estomatológico, se prioriza el método de palpación bidigital”, la respuesta “a nivel de la lengua” obtuvo la frecuencia de respuesta más alta con 46,9% (76), siendo esta la respuesta correcta.

Por otro lado, la pregunta “los principales factores de riesgo son”, la respuesta “el tabaco y alcohol” obtuvo la mayor frecuencia de respuesta con 81,48% (132), siendo la respuesta adecuada.

Respecto a la pregunta “el cáncer de cabeza y cuello más frecuente en Colombia se localiza en”, la respuesta “labios y boca” fue la más frecuente con 43,83% (71), sin embargo, la respuesta correcta es “Laringe” que solo obtuvo un 12,9% de respuestas. En la pregunta “El sexo más frecuentemente afectado es”, el sexo masculino obtuvo un 64,14% (112), siendo esta la respuesta adecuada. Para la pregunta “según la OMS el desorden oral potencialmente maligno más frecuente es”, la respuesta más frecuente y además correcta fue la leucoplasia 66,67% (108).

Para la pregunta “la lesión de leucoplasia con mayor riesgo de transformación maligna es”, obtuvo una mayor frecuencia de respuesta “la leucoplasia homogénea” con 40,12% (65), sin embargo, la respuesta correcta es leucoplasia no homogénea, cuya frecuencia de respuesta fue baja con 22,8%.

Para la pregunta “entre las acciones más efectivas que debe realizar el odontólogo para prevenir el cáncer oral esta”, la respuesta más frecuente fue “enseñar el auto examen al paciente” con 35,80% (58), siendo esta la respuesta más apropiada.

Respecto a la pregunta “la técnica Gold Estándar para el diagnóstico del cáncer oral es”, la respuesta más frecuente y además correcta fue “la biopsia y estudio histopatológico” con 93,21% (151). Finalmente, la pregunta “las lesiones iniciales sospechosas de malignidad en cavidad oral puede ser”, la opción “pequeñas manchas rojas y/o blancas en su mayoría dolorosas” obtuvo una mayor frecuencia de respuesta con 53,09% (86), sin embargo, la respuesta correcta es “pequeñas manchas rojas y/o blancas en su mayoría indoloras” que obtuvo 42,5% de respuestas.

Por último, a la pregunta “las lesiones avanzadas pueden ser”, la respuesta “ulceradas o elevadas, dolorosas y duras” obtuvo la mayor frecuencia de respuesta con 54,94% (89), siendo esta la opción más apropiada. (Tabla 4).

Tabla 4. Descripción de respuestas a las preguntas de conocimiento en cáncer oral.

Preguntas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
La localización más común del cáncer de boca es:		
Lengua	109	67,28
Piso de boca	28	17,28
Paladar	25	15,43
La localización más frecuente de los carcinomas escamocelulares de cabeza y cuello diferente a la boca es:		
Orofaringe	96	59,26
Nasofaringe	35	21,60
Laringe	31	19,14
El diagnóstico histológico más común de cáncer en cabeza y cuello es:		
Adenocarcinoma	43	26,54
Sarcoma	50	30,86
Carcinoma escamocelular	69	42,59
El cáncer oral se presenta con mayor frecuencia en el rango de edad:		
De 20-30 años	8	4,94
De 30 a 40 años	55	33,95
De 40 a 60 años	99	61,11
En cáncer oral, los nódulos linfáticos metastásicos en cuello son:		
Fijos, duros y no dolorosos a la palpación	68	41,98
Fijos, duros y blandos	25	15,43
Fijos, dolorosos y blandos	69	42,59
Durante el examen clínico estomatológico, se prioriza el método de palpación bidigital a nivel de:		
Surco vestibular	30	18,52
Lengua	76	46,91
Piso de boca	56	34,57
Los principales factores de riesgo relacionados con cáncer oral son:		
Virus de Papiloma Humano	22	13,58
Tabaco y alcohol	21	81,48
Químicos y metales pesados	70	43,21
El cáncer de cabeza y cuello más frecuente en Colombia se localiza en		
Labios y boca	71	43,83
Laringe	21	12,96
Orofaringe	70	43,21

Preguntas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
El sexo más frecuentemente afectado por el cáncer oral es:		
Mujeres	50	30,86
Hombres	112	69,14
Según la OMS el desorden oral potencialmente maligno más frecuente es:		
Leucoplasia	108	66,67
Eritroplasia	33	20,37
Liquen plano	21	12,96
La lesión leucoplásica con mayor riesgo de transformación maligna es:		
Cualquier tipo de lesión Leucoplasia	60	37,04
Homogénea	65	40,12
Leucoplasia No Homogénea	37	22,84
Entre las acciones más costo efectivas que debe realizar el odontólogo para prevenir el cáncer oral están:		
Enseñar autoexamen a sus pacientes	58	35,80
Consulta regular con el odontólogo	48	29,63
Consejería de estilos de vida saludable en población de riesgo	56	34,57
¿Cuál de las siguientes técnicas es el Gold Estándar para el diagnóstico del cáncer oral?		
Biopsia y estudio histopatológico	151	93,21
Azul de toluidina	9	5,56
Lampara de fluorescencia	2	1,23
Las lesiones iniciales sospechosas de malignidad en cavidad oral pueden ser		
Pequeñas manchas rojas y/o blancas en su mayoría dolorosas.	86	53,09
Pequeñas manchas rojas y/o blancas en su mayoría Indoloras.	69	42,59
Lesiones blancas removibles al frotis	7	4,32
Las lesiones avanzadas de cáncer oral pueden ser		
Ulceradas o elevadas, dolorosas y duras	89	54,94
Ulceradas, blandas, dolorosas.		
Elevadas, blandas y móviles	20	12,35
	53	32,72

Respecto a los factores de riesgo relacionados con cáncer oral, los evaluados expresan que el tabaco, el alcohol, el VPH (Virus de Papiloma Humano), presencia de desórdenes potencialmente malignos e historia previa de cáncer escamo celular, son factores de riesgo para desarrollar carcinoma escamo celular, también que la leucoplasia y las lesiones de fumador invertido pueden transformarse en cáncer. A su vez, que la úlcera persistente por dos semanas, la masa y los nódulos linfáticos agrandados son manifestaciones clínicas del cáncer oral. Así mismo,

no se identifica los factores como el bajo consumo de frutas y vegetales, reacción injertos vs huésped y lesión roja como relacionados con el desarrollo de la enfermedad.

Tabla 5. Descripción de respuestas a las preguntas de factores de riesgo en cáncer oral.

Preguntas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
¿Cuáles de los siguientes son factores de riesgo para desarrollar carcinoma escamo celular? Puede seleccionar varias opciones		
Tabaco	158	97,53
Alcohol	140	86,42
VPH (Virus de Papiloma Humano)	129	79,63
Exposición al sol	103	63,58
Inmunosupresión	118	72,84
Bajo consumo de frutas y vegetales	70	43,21
Hábito de masticar sustancias (tabaco, hojas de coca o chimó)	145	89,51
Edad avanzada	116	71,60
Presencia de desórdenes potencialmente malignos	144	88,89
Historia previa de cáncer escamocelular	147	90,74
Trauma Crónico	104	64,20
¿Cuál de las siguientes lesiones puede transformarse en cáncer? Puede seleccionar varias opciones.		
Leucoplasia	156	96,30
Eritroplasia	100	61,73
Lesiones de fumador invertido	131	80,86
Lupus eritematoso oral	96	59,26
Disqueratosis congénita	81	50,00
Reacción de injerto vs huésped	57	31,19
Lesiones liquenoides	113	69,75
Liquen plano	118	72,84
Candidiasis crónica	115	70,99
Queilitis actínica	94	58,02
Fibrosis submucosa oral	117	72,22
¿Cuál de las siguientes lesiones puede transformarse en cáncer? Puede seleccionar varias opciones.		
Úlcera persistente por más de dos semanas	133	82,10
Lesión roja	99	61,11
Lesión blanca	119	73,46
Masa	137	84,57
Nódulos linfáticos agrandados	145	89,51
Dificultad o dolor para deglutir	122	75,31
Movilidad limitada de la lengua	127	78,40

En esta descripción de actitudes se evidencia un mayor porcentaje de estudiantes que estuvieron parcialmente de acuerdo en las actitudes: Recibir educación en cáncer oral con un 46,30% (75), calidad de educación adecuada en cáncer oral con un 46,30% (75), conocimiento actualizado en cáncer oral con un 50,00% (81), estar capacitado para persuadir sobre dejar de fumar o usar tabaco con un 49,38% (80), estar capacitado para persuadir sobre dejar el alcohol con un 41,98% (68), capacitado en proporcionar educación en vacunación contra VPH con un 45,68% (74), capacitado para realizar palpación de nódulos linfáticos de cuello con un 45,68% (74), capacitado en realizar exámenes para la detección temprana y diagnóstico de cáncer oral con un 51,23% (83), los odontólogos pueden realizar un examen para detectar cáncer oral con un 43,21% (70), sentirse capacitado y seguro para enseñar a los pacientes a auto examinarse con un 48,77% (79), sentirse capacitado y seguro para identificar lesiones sospechosas o malignas con un 59,26% (96), sentirse capacitado y seguro para realizar una biopsia con un 48,15% (78), sentirse capacitado y seguro para identificar lesiones de cáncer oral con un 58,02% (94), sentirse capacitado y seguro para informar a los pacientes sobre lesiones sospechosas de cáncer oral con un 61,11% (99), sentirse capacitado y seguro para informar a los pacientes acerca de los factores de riesgo que favorecen la aparición del cáncer oral con un 54,94% (89).

Por otro lado, se pudo observar que algunos estudiantes estuvieron de acuerdo en las actitudes de: Realizar un examen anual de tamizaje para cáncer en pacientes mayores de 40 años con un 45,06% (73), realizar detección temprana de cáncer oral incrementa las tasas de supervivencia a cinco años con un 45,06% (73) (Tabla 6).

Tabla 6. Descripción de respuestas a las preguntas de actitudes en cáncer oral

Preguntas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
¿He recibido una educación adecuada en cáncer oral?		
En desacuerdo	66	40,74

Preguntas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Parcialmente de acuerdo	75	46,30
De acuerdo	21	12,96
¿La calidad de mi educación acerca del examen clínico para cáncer oral es adecuada?		
En desacuerdo	65	40,12
Parcialmente de acuerdo	75	46,30
De acuerdo	22	13,58
¿Mi conocimiento del cáncer oral es actualizado?		
En desacuerdo	68	41,98
Parcialmente de acuerdo	81	50,00
De acuerdo	13	8,02
¿Es necesario realizar un examen anual de tamizaje para cáncer en pacientes mayores de 40 años?		
En desacuerdo	36	22,22
Parcialmente de acuerdo	53	32,72
De acuerdo	73	45,06
¿La detección temprana de cáncer oral incrementa las tasas de sobrevida a cinco años?		
En desacuerdo	35	21,60
Parcialmente de acuerdo	54	33,33
De acuerdo	73	45,06
¿Estoy capacitado en proporcionar educación para dejar el hábito de fumar o usar tabaco?		
En desacuerdo	38	23,46
Parcialmente de acuerdo	80	49,38
De acuerdo	44	27,16
¿Estoy capacitado en proporcionar educación para dejar el alcohol?		
En desacuerdo	47	29,01
Parcialmente de acuerdo	68	41,98
De acuerdo	47	29,01
¿Estoy bien capacitado en proporcionar educación en vacunación contra VPH (Virus de Papiloma Humano)?		
En desacuerdo	50	30,86
Parcialmente de acuerdo	74	45,68
De acuerdo	38	23,46
¿Estoy capacitado para realizar palpación de nódulos linfáticos de cuello?		
En desacuerdo	48	29,63
Parcialmente de acuerdo	74	45,68
De acuerdo	40	24,69
¿Estoy bien capacitado en realizar exámenes exhaustivos para la detección temprana y diagnóstico de cáncer oral?		
En desacuerdo	57	35,19
Parcialmente de acuerdo	83	51,23
De acuerdo	22	13,58
¿Los odontólogos pueden realizar de forma competente un examen para detectar cáncer oral?		
En desacuerdo	32	19,75
Parcialmente de acuerdo	70	43,21
De acuerdo	60	37,04
¿Me siento capacitado y seguro para enseñar a mis pacientes a autoexaminarse?		
En desacuerdo	51	31,48
Parcialmente de acuerdo	79	48,77
De acuerdo	32	19,75
¿Me siento capacitado y seguro para identificar lesiones sospechosas o potencialmente malignas?		
En desacuerdo	39	24,07
Parcialmente de acuerdo	96	59,26
De acuerdo	27	16,67
¿Me siento capacitado y seguro para realizar una biopsia?		

En desacuerdo	65	40,12
Parcialmente de acuerdo	78	48,15
De acuerdo	19	11,73
¿Me siento capacitado y seguro para identificar lesiones de cáncer oral?		
En desacuerdo	45	27,78
Parcialmente de acuerdo	94	58,02
De acuerdo	23	14,20
¿Me siento capacitado y seguro para informar a mis pacientes acerca de las lesiones sospechosas de cáncer oral?		
En desacuerdo	36	22,22
Parcialmente de acuerdo	99	61,11
De acuerdo	27	16,67
¿Me siento capacitado y seguro para informar a mis pacientes acerca de los factores de riesgo que favorecen la aparición del cáncer oral?		
En desacuerdo	34	20,99
Parcialmente de acuerdo	89	54,94
De acuerdo	39	24,07

En esta descripción de prácticas en cáncer oral se evidencia que el mayor porcentaje del número de biopsias de lesiones sospechosas de cáncer oral que han realizado en el último año es de Ninguna con un 86,42% (140), El número de pacientes que han remitido a especialista en el último año es de Ninguna con un 77,16% (125), El especialista al que han remitido a los pacientes con lesiones sospechosas de malignidad es estomatología o patología oral con un 76,54% (124). E igualmente se puede evidenciar un mayor porcentaje de estudiantes que sostuvieron que siempre revisan e indagan los factores de riesgo con solo un 33,33% (54), necesitan y les interesan tener educación para la detección con un 70,99% (115) y si realizan inspección visual de mucosa durante el examen rutinario un 62,96% (102).

Además, ante la pregunta de si realizan palpación de la mucosa oral durante el examen rutinario un 61,11% (99), examinan los bordes laterales, dorso de la lengua y estructuras de la cavidad oral con un 52,47% (85), si examinan orofaringe y amígdalas con un 53,08% (86), realiza la palpación de los nudos linfáticos de cabeza y cuello con un 45,68% (74), le pregunta a sus pacientes si tiene el hábito de fumar o vapear con un 70,37% (114), le pregunta a sus pacientes acerca del tabaco o de otras sustancias masticadas o inhaladas con un 61,73% (100), le pregunta

a sus pacientes acerca de la cantidad de alcohol que consume con un 60,49 % (98), le aconsejaría a sus pacientes dejar de fumar y el consumo moderado de alcohol con un 59,88% (97), le pregunta a sus pacientes acerca de antecedentes de VIP (virus de papiloma humano) con un 55,56% (90). No siendo menos importante preguntan a los pacientes por antecedentes neoplásicos con un 59,96% (96), e igualmente familiares con un 59,88% (97) (Tabla 7).

Tabla 7. Descripción de respuestas a las preguntas de prácticas en cáncer oral

Preguntas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
¿El número de biopsias de lesiones sospechosas de cáncer oral que usted ha realizado en el último año es?		
Ninguna	140	86,42
Entre 1 y 10	22	13,58
Más de 10	0	0
¿El número de pacientes con lesiones sospechosas que ha remitido a un especialista en el último año es?		
Ninguna	125	77,16
Menos de 10	34	20,99
10 o más	3	1,85
¿El especialista al que remite los pacientes con lesiones sospechosas de malignidad es?		
Estomatología o patología oral	124	76,54
Cirugía de cabeza y cuello	16	9,88
Cirugía oral y/o maxilofacial	8	4,94
Otro profesional	4	2,47
No remite o refiere a sus pacientes	10	6,17
¿Revisa e indaga los factores de riesgo para cáncer oral en sus pacientes?		
Siempre	54	33,33
Algunas veces	71	43,83
Rara vez	16	9,88
Nunca	21	12,96
¿Necesito y me interesa tener educación adecuada en detección de cáncer oral?		
Siempre	115	70,99
Algunas veces	32	19,75
Rara vez	8	4,94
Nunca	7	4,32
¿Realizo inspección visual de la mucosa oral durante el examen de rutina?		
Siempre	102	62,96
Algunas veces	43	26,54
Rara vez	10	6,17
Nunca	7	4,32
¿Realizo palpación de la mucosa oral durante el examen de rutina?		
Siempre	99	61,11
Algunas veces	45	27,78

Preguntas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Rara vez	13	8,02
Nunca	5	3,09
¿Examina los bordes laterales posteriores y dorso de la lengua, piso de boca y área retromolar?		
Siempre	85	52,47
Algunas veces	54	33,33
Rara vez	16	9,88
Nunca	7	4,32
¿Examina la orofaringe y las amígdalas?		
Siempre	86	53,09
Algunas veces	49	30,25
Rara vez	19	11,73
Nunca	8	4,94
¿Realiza la palpación de los nódulos linfáticos de la cabeza y el cuello?1		
Siempre	74	45,68
Algunas veces	55	33,95
Rara vez	24	14,81
Nunca	9	5,56
Preguntas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
¿Pregunta a sus pacientes acerca del hábito de fumar y/o vapear, ya sea en el pasado o en la actualidad. (tipo, cantidad y frecuencia)?		
Siempre	114	70,37
Algunas veces	36	22,22
Rara vez	9	5,56
Nunca	3	1,85
¿Pregunta a sus pacientes acerca del uso de tabaco o de otras sustancias masticadas o inhaladas?		
Siempre	100	61,73
Algunas veces	43	26,54
Rara vez	13	8,02
Nunca	6	3,70
¿Pregunta a sus pacientes acerca del consumo de alcohol, anterior o actual, tipo y cantidad?		
Siempre	98	60,49
Algunas veces	44	27,16
Rara vez	15	9,26
Nunca	5	3,09
¿Usted da consejería para dejar de fumar y para el consumo moderado de alcohol a sus pacientes?		
Siempre	97	59,88
Algunas veces	43	26,54
Rara vez	11	6,79
Nunca	11	6,79
¿Pregunta a sus pacientes acerca de antecedentes de infección por VPH (virus de papiloma humano)?		
Siempre	90	55,56
Algunas veces	49	30,25
Rara vez	15	9,26
Nunca	8	4,94
¿Pregunta a los pacientes por antecedentes de neoplasias o de otros cánceres?		
Siempre	96	59,26
Algunas veces	44	27,16
Rara vez	14	8,64
Nunca	8	4,94
¿Pregunta a los pacientes por antecedentes de neoplasias en familiares?		
Siempre	97	59,88
Algunas veces	43	26,54

Rara vez	14	8,64
Nunca	8	4,94

5.3 Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas del cáncer oral y las variables sociodemográficas

De acuerdo con el análisis bivariado, únicamente se reportó asociación estadísticamente significativa entre las variables dependientes de conocimientos, actitudes y prácticas en el cáncer oral con la variable sociodemográfica de semestre debido a que presentó un valor P de 0,035, evidenciando un aumento del puntaje de conocimiento al aumentar el semestre; sin embargo, se pudo encontrar con respecto al nivel de conocimiento, que el sexo femenino presentó un puntaje mayor de 7,10 (SD 1,69), también al tener un estrato socioeconómico de seis con un 8,2 (SD 2,04) y los estudiantes de noveno semestre con un 7,43 (SD1,59) presentaron mejor puntaje al conocer sobre el cáncer oral.

Se pudo encontrar con respecto al nivel de actitudes que el sexo masculino presentó un puntaje mayor de 15,6 (SD 7,89), también al tener un estrato socioeconómico de cinco con un 18,43 (SD 6,79) y los estudiantes de noveno semestre con un 16,62 (SD7,02) presentaron mejor puntaje al conocer sobre el cáncer oral.

Se pudo encontrar con respecto al nivel de prácticas que el sexo femenino presentó un puntaje mayor de 35,74 (SD7,19), también al tener un estrato socioeconómico de uno con un 37,33 (SD 6,42) y los estudiantes de séptimo semestre con un 39 (SD 5,14) presentaron mejor puntaje de prácticas frente al cáncer oral (Tabla 8).

Tabla 8. Puntajes de conocimientos, actitudes y prácticas según variables sociodemográficas.

Conocimiento Puntaje máximo 15	Actitudes Puntaje máximo 34	Prácticas Puntaje máximo 50 M(SD)	m(RIQ)
-----------------------------------	--------------------------------	---	--------

Femenino	7,10(1,69)	14,9(6,73)	35,74(7,19)	38(32-41)
Masculino	6,78(1,68)	15,6(7,89)	35,72(8,86)	39(31-42)
Valor p	0,252*	0,598*		0,447+
Sexto	6,38(1,87)	12,4(7,81)	38,20(4,56)	38(36-42)
Séptimo	6,86(1,92)	16,6(5,81)	39(5,14)	41(38-41)
Octavo	7,12(1,62)	15,75(6,93)	34(8,75)	36(29-41)
Noveno	7,43(1,59)	16,62(7,02)	35,43(8,53)	36(31-43)
Decimo	5(-)	7(-)	39(-)	39(39-39)
Valor P	0,042**	0,095**		0,035++
Estrato1	6,33(1,52)	8,33(5,77)	37,33(6,42)	40(30-42)
Estrato2	7,33(2,05)	13,16(7,63)	33,91(12,21)	38(28-42)
Estrato3	6,5(1,93)	13,97(7,32)	35,95(6,95)	38(33-41,5)
Estrato4	7,01(1,54)	15,70(7,03)	35,89(7,54)	38(32-41)
Estrato5	7,56(1,63)	18,43(6,79)	36,75(6,71)	38(32,5-43,5)
Estrato6	8,2(2,04)	15,6(6,39)	31,4(12,17)	36(21-41)
Valor P	0,137**	0,125**		0,977++

Nota: pruebas estadísticas utilizadas. *Diferencia de medias, +U de mann whitney, ** Anova, ++ Kruskal Wallis.

6. Discusión

La OMS define el término cáncer como un grupo variable de enfermedades que pueden alterar cualquier parte del cuerpo. El cáncer es un problema de salud a nivel mundial y es una de las causas más frecuentes e importantes de mortalidad. Así mismo, alude que el cáncer oral de cabeza y cuello está en sexto lugar entre los cánceres a nivel mundial (Organización mundial de salud, 2022).

La cavidad bucal, por sus características propias, al estar cubierta en su totalidad por epitelio escamoso estratificado, está expuesta a tumores malignos del tipo carcinoma que pueden ser agresivos, teniendo un impacto en la recuperación del paciente y reduciendo su calidad de vida tanto funcional, físico como psicológico, resultado de que el carcinoma de cavidad oral se detecta en estado avanzado, cuando el tratamiento requerido es más invasivo y las secuelas son mayores (Mateo-Sidrón Antón & Somacarrera Pérez, 2015), por lo tanto, si no se realiza un diagnóstico y tratamiento oportuno, este puede incluso llevarlo a la muerte y por esto, se considera relevante evaluar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los odontólogos en formación para identificar los aspectos que deben ser potenciados en el proceso

formativo para lograr la promoción de la salud bucal y la prevención de la enfermedad, así como, el diagnóstico temprano y el manejo oportuno de las lesiones sospechosas o malignas y el aumento de la expectativa de vida de quien sufre esta condición (Meza García, 2019).

Por lo anterior, el propósito de este estudio fue evaluar los conocimientos actitudes y prácticas en cáncer oral de los estudiantes de Odontología de sexto a décimo semestre de la Universidad Santo Tomás.

En esta investigación, los estudiantes tienen un nivel de conocimiento bajo de 7, ya que el dominio de conocimientos tiene un puntaje máximo de 15. Estos resultados son consistentes con estudios realizados en estudiantes en otros países como Irán donde se obtuvo el 43,3 % de conocimiento regular (Honarmand et al., 2014). Sin embargo, es necesario resaltar que la incidencia de la enfermedad es más alta en esos países que en Colombia, por lo que el conocimiento se esperaría más alto.

Así mismo, estudios realizados en Latinoamérica, específicamente en Ecuador, también reportan conocimientos deficientes sobre cáncer oral en estudiantes de Medicina y Odontología (Ñacato Llamuca y Guzmán Carrasco, 2023). Del mismo modo, cuando se evaluó conocimientos respecto al manejo de pacientes en tratamiento de cáncer, se ha evidenciado deficiencia en los conocimientos de los estudiantes (Frydrych, et ál., 2012).

Según el instituto nacional de cancerología los factores de riesgo más mencionados son el tabaco, alcohol, genética, nutrición, virus, radiaciones y riesgos ocupacionales (Buelvas et al., 2010); en este sentido, los participantes en este estudio identifican los principales factores de riesgo relacionados como el tabaco, alcohol, VPH, exposición al sol, inmunosupresión y edad avanzada, pero no se identifican con alta frecuencia factores como la dieta.

Con respecto a las actitudes, los resultados deficientes de este trabajo respecto a la educación recibida en cáncer oral, el conocimiento sobre el examen clínico y la capacitación para realizar exámenes exhaustivos para la detección temprana, son semejantes al estudio realizado en el 2021 en Arabia Saudita en la Universidad de Jazan, donde se identificaron 83,6 % de actitudes desfavorables con respecto a la prevención del cáncer oral (Shubayr et al., 2021). En este sentido, estudios en Latinoamérica (Brasil) evidencian que el 77% de alumnos de odontología mencionaron tener poca confianza para realizar procedimientos de diagnóstico sobre el cáncer oral (Gomes, et ál., 2015).

Respecto a las prácticas, los estudiantes alcanzaron un promedio bueno, cercano al 70% del total posible, similar al estudio realizado en Argentina, que demuestra que casi la mitad de los profesionales realizan una adecuada anamnesis sobre los factores de riesgo relacionados con cáncer oral a sus pacientes. Evidenciando que el único factor de riesgo que la mayoría de los odontólogos preguntan durante el diligenciamiento de la historia clínica, es el consumo de tabaco (71,1 %) y alcohol (63,2 %) (Molina, et ál., 2022).

Finalmente es importante resaltar la necesidad de realizar educación continuada que mejore los conocimientos, actitudes y prácticas, que permitan aportar al aumento de la expectativa de vida de los pacientes que tienen cáncer oral y su diagnóstico oportuno.

En el dominio de conocimientos los estudiantes deben reconocer que la laringe es la localización más frecuente de carcinomas escamocelulares de cabeza y cuello seguido de la boca y no la orofaringe como el 67,28% seleccionó, de la misma manera, se debe distinguir que la laringe es donde se localiza el cáncer de cabeza y cuello más frecuente en Colombia y no en labios y boca que obtuvo un 43,83% de respuesta.

Por otro lado, se observó que los estudiantes no tienen claro que los nódulos linfáticos metastásicos en cuello son fijos, duros y no dolorosos a la palpación y no fijos, dolorosos y blandos como el 42,59% respondió, también, es preciso conocer que la lesión de leucoplasia con mayor riesgo de transformación maligna es la leucoplasia no homogénea y no leucoplasia homogénea que alcanzó un 40,12%.

Finalmente, falta conocimiento en que las lesiones iniciales sospechosas de malignidad en cavidad oral pueden ser pequeñas manchas rojas y/o blancas en su mayoría indoloras y no pequeñas manchas rojas y/o blancas en su mayoría dolorosas que logró un 53,09%.

En el dominio de actitudes se evidencia que es requerido brindar información semestre a semestre acerca del cáncer oral para reforzar y actualizar aspectos de este ya que solo el 8,02% de estudiantes están de acuerdo en tener conocimiento del cáncer oral actualizado, por otro lado, solo el 11,73% está de acuerdo en sentirse capacitado y seguro para realizar una biopsia.

Por otro lado, en el dominio de prácticas se observa que el 12,96% de estudiantes nunca revisan e indagan los factores de riesgo para cáncer oral en sus pacientes, el 4,32% no está interesado en tener educación adecuada en detección de cáncer oral, el 4,32% nunca realiza inspección visual de la mucosa durante el examen de rutina, el 5,56% nunca realiza palpación de los nódulos linfáticos de la cabeza y cuello, el 6,79% nunca dan consejos para dejar de fumar y el consumo moderado del alcohol, conociendo esto, es importante resaltar que es una responsabilidad del odontólogo ya que es esta la profesión que debe estar interesada y preparada en conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer oral para realizar un diagnóstico oportuno.

En cuanto a las limitaciones de la investigación, se presentó sesgo en alcanzar el tamaño de muestra propuesta, adicionalmente se evidenció que únicamente 2 estudiantes de décimo semestre respondieron el formulario, lo cual limita el alcance y validez de los resultados de este

estudio, por lo tanto, un mayor tamaño de población podría haber permitido dar más poder para las medidas de asociación.

Sin embargo, dentro de las fortalezas del estudio, se evidencia en los encuestados su nivel de destreza en cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer oral, obteniendo una línea de información base que permite diseñar estrategias con énfasis en algunos aspectos, permitiendo así una mayor concientización de los profesionales, alentándolos a capacitarse y prepararse mejor para que dentro de la atención primaria se realice un diagnóstico precoz y con ello un tratamiento oportuno en la población.

6.1 Conclusiones

En el presente estudio obtenemos que la mayor cantidad de muestra obtenida fue del sexo femenino con edades entre los 18 a 22 años, de sexto semestre y estrato 3.

La mayoría de los estudiantes de odontología reconocen que el consumo de tabaco y de alcohol son los factores de riesgo más importantes, que el diagnóstico histológico más común de cáncer de cabeza y cuello es el carcinoma escamocelular y que el desorden oral potencialmente maligno más frecuente es la leucoplasia

Se evidenció que el dominio que tuvo peor desempeño fue el de actitudes, donde los estudiantes encuestados reconocen que la educación recibida en cáncer oral, el conocimiento sobre el examen clínico y la capacitación para realizar exámenes exhaustivos para la detección temprana no es el óptimo para realizar un diagnóstico temprano.

En el análisis bivariado se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en el dominio de conocimientos y actitudes por semestre, donde se identificó un mayor puntaje de

conocimiento en noveno semestre, además se observó una tendencia de aumentar el conocimiento a medida que aumentaba el semestre.

Se puede decir que, con respecto a los resultados del estudio, debe existir mayor refuerzo en los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de esta patología ya que de esta manera podrán adquirir las capacidades adecuadas para dar un manejo oportuno en la consulta odontológica.

6.2 Recomendaciones

Establecer estrategias de educación continuada, ya sea por medio de conferencias o medios virtuales cursos, MOOC o haciendo entrega de material didáctico y educativo, que permitan reforzar la información acerca de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer oral en estudiantes de odontología de la Universidad Santo Tomás.

Incluir formulación de estrategias académicas comunicativas para incrementar el nivel de atención y de información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer oral y sus factores de riesgo.

Proponer estudios cuasi experimentales que permitan evaluar la efectividad de las estrategias diseñadas.

Buscar convenios con centros especializados en Cáncer oral para realizar y conocer mejor las lesiones y sus manejos.

Plantear protocolos o estrategias de atención que orienten al profesional en el diagnóstico temprano de Cáncer oral.

Referencias

- Adorno Farias D, Maturana Ramírez A, Farias Vergara M, Franco Martínez ME, Iriarte Hernández M, Sáez Salgado R, Cortés Araya J, y Ortega Pinto AV. (2010). Carcinoma Verrucoso Oral: Reporte de un Caso Clínico y Revisión de 20 Casos del Instituto de Referencia en Patología Oral. *Chile Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*, Vol.3 No.3. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000300006.
- Amaranta, L., Dimaté, B., Viviana, P., y Sepúlveda, H. (2018). *Detección temprana del cáncer oral en Colombia e implicaciones para el sistema de salud*. [Trabajo de grado, Especialista en Administración en Salud Pública]. Universidad Nacional de Colombia. Repositorio Institucional Universidad Nacional de Colombia. <https://medicina.bogota.unal.edu.co/component/phocadownload/category/65-repositorio-estudiantes?download=1216:2017-2018-bernal-dimate-hernandez-sepulveda>.
- Ardekian, L., Rachmiel, A., Rosen, D., Abu-El-Naaj, I., Peled, M., y Laufer, D. (1999). Burkitt's lymphoma of the oral cavity in Israel. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 27(5), 294–297. <https://doi.org/10.1054/jcms.1999.0074>.
- Armas Edgar, Flete Alba, y Villarroel-Dorrego Mariana. (2013). Carcinoma verrucoso. *Piel-latinoamericana*. <https://piel-l.org/blog/33682>.
- Berner, J. E., Will, P., Loubies, R., y Vidal, P. (2016). Physical examination of the oral cavity. *Med Cutan Iber Lat Am*, 44(3), 167–170. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2016/mc163c.pdf>.
- Botero, D., Gallego, K., Gutiérrez, A. M., Quintero, M., Ramirez, M., y Posada-López, A. (2017). Cáncer bucal: conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios de la facultad de

- odontología de la Universidad de Antioquia, 2016. *Revista Nacional de Odontología*, 2018;13(26):1-11. Doi: <https://doi.org/10.16925/od.v13i26.2044>.
- Boza, Y. V, y Dds, O. (2017). Carcinoma oral de células escamosas diagnosticado precozmente: Reporte de caso y revisión de literatura Oral. *Odovtos-Int. J. Dental Sc*, No. 19(1), 43–50. <https://doi.org/10.15517/ijds.v0i0.28074>.
- Bravo, L. E., Ordóñez, D., Oral, C., Aragón, N., Luz, García, S., Collazos, P., Luis y Bravo, E. (2014). Cáncer oral en Santiago de Cali, Colombia: análisis poblacional de la tendencia de incidencia y mortalidad. *Salud Pública de México*, 56(5), 465-472. https://www.researchgate.net/publication/271227399_Cancer_oral_en_Santiago_de_Cali_Colombia_analisis_poblacional_de_la_tendencia_de_incidencia_y_mortalidad.
- Buelvas, A. R., Zambrano, D. O., y Martínez, C. E. (2010). Análisis descriptivo del cáncer oral en el municipio de pasto. *Centro de estudios en salud*, Vol. 1 n° 12 - 2010 (Pags. 20-26). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072010000100003.
- Casariego, Z. J. (2008). La participación del odontólogo en el control del cáncer oral: Manejo en la prevención, tratamiento y rehabilitación. Revisión. *Av. Odontoestomatol*, vol.25 no.5. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000500004.
- Chimenos Küstner E. (2007). Aspectos prácticos en la prevención del cáncer oral. *Avances en odontoestomatología*, 61–67. <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v24n1/original5.pdf>.
- Corti, M., Florencia Villafane, M., Valerga, M., Sforza, R., Bistmans, A., & Narbaitz, M. (2015). Linfoma de Burkitt primario de la cavidad oral en una paciente con sida: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, vol.37, n.1, pp.44-47. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582015000100008.

- Daza, D. E. O., Giraldo, A. F. C., Muñoz, J. A. C., y Sarria, M. A. P. (2020). Evaluación del conocimiento del cáncer oral y manejo odontológico del paciente oncológico en Cali, Colombia. *Acta Odontológica Colombiana*, 10(1), 47–59. <https://doi.org/10.15446/aoc.v10n1.82933>.
- Frola, M. I., y Barrios, R. (2017). Knowledge and Attitudes About Oral Cancer Among Dental Students After Bologna Plan Implementation. *Journal of Cancer Education*, 32(3), 634–639. <https://doi.org/10.1007/s13187-016-0990-9>.
- Frumkin, H. (2003). Agent Orange and cancer: an overview for clinicians. *Cancer Journal for Clinicians*, 53(4), 245–255. <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/canjclin.53.4.245>.
- Frydrych, A., Slack-Smith, L., Park, J., y Smith, A. (2012). Expertise Regarding Dental Management of Oral Cancer Patients Receiving Radiation Therapy Among Western Australian Dentists. *The Open Dentistry Journal*, 6(1), 197. <https://doi.org/10.2174/1874210601206010197>.
- García, G., Ma, G.M., y Martínez, B. (2005). Bases moleculares del cáncer oral. *Avances en odontoestomatología*, Vol. 21 - Núm. 6. <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v21n6/original1.pdf>.
- García-García, V., y Bascones Martínez, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. *Avances en odontoestomatología*, Vol. 25 - Núm. 5. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000500002.
- Gomes, C. F., Küstner, E., López, J., Finestres, Z. F., y Guix, M. B. (2002). Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral. *Med Oral*, 2003; 8:178-87. http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv8_i3_p178.pdf.

- Gómez, A. S., (2018). *Traducción y adaptación de un cuestionario de caps para médicos sobre prevención de enfermedades orales*. [trabajo de grado, odontología]. Universidad Santo Tomás Bucaramanga. Repositorio Institucional Universidad Santo Tomás. <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/12815/2018sergiogomez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- González Moles, M. A. (2001). Precáncer y cáncer oral. *Revista Dialnet*, p. 220-275. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=55180>.
- Hämmerl, L., Colombet, M., Rochford, R., Ogowang, D. M., y Parkin, D. M. The burden of Burkitt lymphoma in África. *Part of springer Nature*. <https://doi.org/10.1186/s13027-019-0236-7>.
- Honarmand, M., Hajihosseini, A., y Akbari, F. (2014). Oral cancer knowledge of senior dental students in Zahedan, South-East of Iran. *KoreaScience*, 15(7), 3017–3020. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.7.3017>.
- Izaguirre Pérez, P. M. (2012). *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*. [Trabajo de grado, Cirujano Dentista, Odontología]. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Repositorio Institucional Universidad Nacional mayor de San Marcos. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2812/Izaguirre_pp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Jainkittivong, A., Swasdison, S., Thangpitsityotin, M., y Langlais, R. P. (2009). Oral Squamous Cell Carcinoma: A Clinicopathological Study of 342 Thai Cases. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 10(5). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19838608/>.

- López Jornet, P., Seoane Lestón, J. M., y García-Caballero, L. (2019). *Cáncer Oral para dentistas* (1ª. Ed.). https://consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-del-consejo/publicaciones-del-consejo/libros-del-consejo/item/download/1584_203e92e4ef3ebc736c9fa7e2f601e755.html.
- López Martínez, L. M., y Mayorga Herrera, V. A. (2019). Factores De Riesgo Asociados Al Cáncer Oral: Revisión Bibliométrica [Trabajo de grado, Odontología]. Universidad Santo Tomás Bucaramanga. Repositorio Institucional Universidad Santo Tomás. <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/18645/2019LopezLaura.pdf?sequence=10&isAllowed=y>.
- López-López, J., Omaña-Cepeda, C., & Jané-Salas, E. (2015). Precáncer oral y cáncer. *Medicina Clínica*, 145(9), 404–408. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775314008690?via%3Dihub>.
- Mateo-Sidrón Antón, M. C., y Somacarrera Pérez, M. L. (2015). Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. *Avances En Odontoestomatología*, 31(4), 247–259. <https://doi.org/10.4321/S0213-12852015000400002>.
- Médecins du Monde. (2011, April 6). The kap Survey Model (Knowledge, Attitudes, and Practices). *Revista Issu*. https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/mdm_guide_kap_survey_2011.
- Mehrotra, R., y Yadav, S. (2006). Oral squamous cell carcinoma: Etiology, pathogenesis and prognostic value of genomic alterations. *Indian Journal of Cancer*, 43(2), 60. <https://doi.org/10.4103/0019-509X.25886>.
- Miguel Cruz, A. P., Peña Niño, A., Batista Marrero, K., y Miguel-Soca, E. P. (2016). Factores de riesgo de cáncer bucal. *Rev Cubana Estomatol*, Vol.53 No.3.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s003475072016000300006&script=sci_arttext&tlng=p
t.

Molina Ávila, I., Martín Pimentel Solá, J., Rocha-Buelvas, A., y Alberto Hidalgo Patiño, C. (2022). Cáncer Oral: Conocimiento, Actitudes y Prácticas de los Odontólogos de la Provincia de Salta, Argentina, 2018. *International journal of odontostomatology*, 16(2), 249-257. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2022000200249>.

Nachón García, M., García-Rivera, M. E., Nachón-García, Hernández-Parra, T. G., y Hernández-Lira, G. (2010). Tabaquismo y cáncer bucal: una revisión teórica. *Rev Med Uv*. 2010;10(1):30-37. <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2010/muv101f.pdf>.

Nath, A., y Pogrel, M. A. (2005). Preoperative autologous blood donation for oral and maxillofacial surgery: an analysis of 913 patients. *British dental journal volumen*, 199(3), 46–50. https://www.researchgate.net/publication/7992223_Preoperative_autologous_blood_donation_for_oral_and_maxillofacial_surgery_An_analysis_of_913_patients.

Organización mundial de salud. (2022). *Cáncer*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.

Peralta, D. J., y Diaz, G. O. (2018). *Aplicación del cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas médicas en cuanto a la prevención de enfermedades orales a médicos generales y pediatras del área metropolitana de Bucaramanga* [trabajo de grado, Odontología]. Universidad Santo Tomás Bucaramanga. Repositorio Institucional Universidad Santo Tomás.

<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/17511/2019DiazGeisson.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.

Pérez, C. J. U., Gómez, S. E. S., y Sánchez, C. M. H. (2018). Cancer incidence and mortality in Bucaramanga, Colombia. 2008-2012. *Colombia Medica*, 49(1), 73–80.
<https://doi.org/10.25100/cm.v49i1.3632>.

Rasper, M., y Kesari, S. (2008). Burkitt Lymphoma Presenting as a Rapidly Evolving Cavernous Sinus Syndrome. *Archives of Neurology*, 65(12), 1668–1668.
<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/1107485>.

Rosa, L. N., Gedoz, L., Hildebrand, L.C., Carvalho, A., y Chevarría, M.G. (2003). Carcinoma verrugoso en paciente joven. *Avances en Odontoestomatología*, 19(3), 119-122.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021312852003000300002&lng=es&tlng=es.

Stillfried, A., Rocha, A., Colella, G., y Escobar E. (2016). Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile. *International Journal of Odontostomatology*, 10(3), 521–529.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2016000300021.

Tinoco, J. T. (1998). Carcinoma Verrugoso de Ackerman. *Acta Odontológica Venezolana*.
<https://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/art-12/>.

Vargas, B., Carrasco, M., Rios, P., y Rosas, C. (2017). Evaluación del conocimiento del cáncer oral en dentistas en la Región de Los Ríos, Chile, en 2017. *J Oral Res*, 8(4):290-296.
https://revistas.udec.cl/index.php/journal_of_oral_research/article/view/1858/2375.

- Warnakulasuriya, S. (2009). Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*, 45(4–5), 309–316.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1368837508001838?via%3Dihub>.
- Warnakulasuriya, S., Johnson, N. W., y Van Der Waal, I. (2007). Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 36(10), 575–580. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17944749/>.

Apéndices

Apéndice A. Cuadrado de operacionalización de las variables.

Variables	Definición Conceptual	Definición Operativa	Naturaleza	Escala De Medición	Valor Que Asume
Edad	Espacio de años que han corrido de un tiempo a otro	Según años cumplidos al momento de resolver el cuestionario	Cuantitativa discreta	Razón	Años cumplidos
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas	Según sexo determinado al momento del nacimiento	Cualitativa dicotómica	Nominal	Femenino o masculino
Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo	Lugar donde ha vivido el estudiante los últimos 10 años	Cualitativa dicotómica	Nominal	Rural o urbano
Semestre	Espacio de seis meses.	Según nivel que cursa el estudiante en el momento de resolver el cuestionario	Cualitativa	Ordinal	Sexto, séptimo, octavo, noveno y décimo
Estrato Socioeconómico	Capa o nivel de una sociedad	Según recibo de servicios públicos	Cualitativa	Ordinal	Estrato 1 ,2 ,3 ,4 ,5 y 6
Conocimientos	Entendimiento, inteligencia, razón natura	Según los puntos que el estudiante alcanza en el cuestionario	Cuantitativa discreta	continua	Puntuación de 0 a 15
Actitudes	Manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar.	Según los puntos que el estudiante alcanza en el cuestionario	Cuantitativa discreta	continua	Puntuación de 0 a 34
Prácticas	Habilidad o experiencia que se consigue o se adquiere con la realización continuada de una actividad.	Según los puntos que el estudiante alcanza en el cuestionario	Cuantitativa discreta	continua	Puntuación de 0 a 50

C1. La localización más común del cáncer de boca es			Cualitativa	Nominal	Lengua, piso de boca y paladar.
C2. La localización más frecuente de los carcinomas escamocelulares de cabeza y cuello diferente a la boca es			Cualitativa	Nominal	Orofaringe, nasofaringe y laringe.
C3. El diagnóstico histológico más común de cáncer en cabeza y cuello es			Cualitativa	Nominal	Adenocarcinoma, sarcoma y carcinoma escamocelular.
C4. El cáncer oral se presenta con mayor frecuencia en el rango de edad			Cualitativa	Nominal	De 20-30 años De 30-40 años De 40-60 años
C5. En cáncer oral, los nódulos linfáticos metastásicos en cuello son			Cualitativa	Nominal	Fijos, duros y no dolorosos a la palpación. Móviles, blandos y dolorosos a la palpación. Fijos, dolorosos y blandos
C6. Durante el examen clínico estomatológico, se prioriza el método de palpación bidigital a nivel de			Cualitativa	Nominal	Surco vestibular, lengua y piso de boca.
C7. Los principales factores de riesgo relacionados con cáncer oral son			Cualitativa	Nominal	Tabaco y alcohol, virus de papiloma humano, químicos y metales pesados
C8. El cáncer de cabeza y cuello más frecuente en Colombia se localiza en			Cualitativa	Nominal	Orofaringe, labios-boca, laringe
C9. El sexo más frecuentemente afectado por el cáncer oral es			Cualitativa	Nominal	Hombres, Mujeres
C10. Según la OMS el desorden oral potencialmente maligno más frecuente es			Cualitativa	Nominal	Leucoplasia, eritroplasia, liquen plano
C11. La Lesión leucoplásica con mayor riesgo de transformación maligna es			Cualitativa	Nominal	Leucoplasia homogénea, leucoplasia no homogénea, cualquier tipo de

					lesión leucoplásica
C12. Entre las acciones más costo efectivas que debe realizar el odontólogo para prevenir el cáncer oral están:			Cualitativa	Nominal	Consejería de estilos de vida saludable en población de riesgo, consulta regular con el odontólogo, enseñar autoexamen a sus pacientes
C13. ¿Cuáles de los siguientes son factores de riesgo para desarrollar carcinoma escamo celular? Puede seleccionar varias opciones.			Cualitativa	Nominal	Tabaco, alcohol, HPV, exposición al sol, inmunosupresión, bajo consumo de frutas y vegetales, habito de mascar sustancias (tabaco, hoja de cocas ó chimó), edad avanzada, presencia de desórdenes potencialmente malignos, historia previa de cáncer escamocelular
C14. ¿Cuál de las siguientes lesiones puede transformarse en cáncer? Puede seleccionar varias opciones.			Cualitativa	Nominal	Leucoplasia, eritroplasia, lesiones de fumador invertido, lupus eritematoso oral, disqueratosis congénita, reacción de injerto vs huésped, lesiones liquenoide, liquen plano, candidiasis crónica, queilitis actínica, fibrosis submucosa oral
C15. ¿Cuáles de las siguientes lesiones son manifestaciones clínicas del cáncer oral? Puede seleccionar varias opciones.			Cualitativa	Nominal	Úlcera por más de dos semanas: Lesión roja, Blanca, Masa, Nódulos Linfáticos agrandados, dificultad o dolor para deglutir, movilidad

					limitada de la lengua
C16. ¿Cuál de las siguientes técnicas es el Gold Estándar para el diagnóstico del cáncer oral?			Cualitativa	Nominal	Biopsia y estudio histopatológico, Azul de toluidina y lámpara de fluorescencia
C17. Las lesiones iniciales sospechosas de malignidad en cavidad oral pueden ser			Cualitativa	Nominal	Pequeñas manchas blancas y/o rojas dolorosas, pequeñas manchas rojas y/o blancas indoloras, lesiones blancas removibles al frotis
C18. Las lesiones avanzadas de cáncer oral pueden ser			Cualitativa	Nominal	Ulceradas o elevadas, dolorosas y duras. Ulceradas, blandas, dolorosas. Elevadas, blandas y móviles
ACTITUDES					
A1. He recibido una educación adecuada en cáncer oral			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).
A2. La calidad de mi educación acerca del examen clínico para cáncer oral es adecuada			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).
A3. Mi conocimiento del cáncer oral es actualizado			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).
A4. Es necesario realizar un examen anual de tamizaje para cáncer en pacientes mayores de 40 años			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).
A5. La detección temprana de cáncer oral incrementa las tasas de sobrevida a cinco años.			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).
A6. Estoy capacitado en proporcionar educación para dejar el			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).

hábito de fumar o usar tabaco					
A7. Estoy capacitado en proporcionar educación para dejar el alcohol			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).
A8. Estoy bien capacitado en proporcionar educación en vacunación contra VPH (Virus de Papiloma Humano)			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).
A9. Estoy capacitado para realizar palpación de nódulos linfáticos de cuello			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).
A10. Estoy bien Capacitado en realizar exámenes exhaustivos para la detección temprana y diagnóstico de cáncer oral			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).
A11. Los odontólogos pueden realizar de forma competente un examen para detectar cáncer oral.			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).
A12. Me siento capacitado y seguro para enseñar a mis pacientes a auto examinarse			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).
A13. Me siento capacitado y seguro para identificar lesiones sospechosas o potencialmente malignas			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).
A14. Me siento capacitado y seguro para realizar una biopsia			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).
A15. Me siento capacitado y seguro para identificar lesiones de cáncer oral			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).
A16. Me siento capacitado y seguro para informar a mis pacientes acerca de las lesiones sospechosas de cáncer oral			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).

A17. Me siento capacitado y seguro para informar a mis pacientes acerca de los factores de riesgo que favorecen la aparición del cáncer oral			Cualitativa	Ordinal	En desacuerdo (0), parcialmente de acuerdo (1), De acuerdo (2).
PRÁCTICAS					
P1. El número de biopsias de lesiones sospechosas de cáncer oral que usted ha realizado en el último año es			Cualitativa	Ordinal	Punto máximo: <1-10(1). >=10.(3) Ninguna: (0)
P2. El número de pacientes con lesiones sospechosas que ha remitido a un especialista en el último año es			Cualitativa	Ordinal	Punto máximo: <1-10(1). 50: >=10.(3) Ninguna: (0)
P3. El especialista al que remite los pacientes con lesiones sospechosas de malignidad es			Cualitativa	Nominal	Estomatológica o patología oral +2. Cirugía de cabeza y cuello +2. Cirugía oral y/o maxilofacial +2. Otro profesional +2. No remite a sus pacientes (0).
P4. Revisa e indaga los factores de riesgo para cáncer oral en sus pacientes			Cualitativa	Ordinal	Siempre (3), Algunas veces (2), rara vez (1), Nunca (0).
P5. Necesito y me interesa tener educación adecuada en detección de cáncer oral			Cualitativa	Ordinal	Siempre (3), Algunas veces (2), rara vez (1), Nunca (0).
P6. Realizo inspección visual de la mucosa oral durante el examen de rutina			Cualitativa	Ordinal	Siempre (3), Algunas veces (2), rara vez (1), Nunca (0).
P7. Realizo palpación de la mucosa oral durante el examen de rutina			Cualitativa	Ordinal	Siempre (3), Algunas veces (2), rara vez (1), Nunca (0).
P8. Examina los bordes laterales posteriores y dorso de la lengua, piso de boca y área retromolar			Cualitativa	Ordinal	Siempre (3), Algunas veces (2), rara vez (1), Nunca (0).
P9. Examina la orofaringe y las amígdalas			Cualitativa	Ordinal	Siempre (3), Algunas veces

					(2), rara vez (1), Nunca (0).
P10. Realiza la palpación de los nódulos linfáticos de la cabeza y el cuello			Cualitativa	Ordinal	Siempre (3), Algunas veces (2), rara vez (1), Nunca (0).
P11. Pregunta a sus pacientes acerca del hábito de fumar y/o vapear, ya sea en el pasado o en la actualidad. (tipo, cantidad y frecuencia)			Cualitativa	Ordinal	Siempre (3), Algunas veces (2), rara vez (1), Nunca (0).
P12. Pregunta a sus pacientes acerca del uso de tabaco o de otras sustancias masticadas o inhaladas.			Cualitativa	Ordinal	Siempre (3), Algunas veces (2), rara vez (1), Nunca (0).
P13. Pregunta a sus pacientes acerca del consumo de alcohol, anterior o actual, tipo y cantidad			Cualitativa	Ordinal	Siempre (3), Algunas veces (2), rara vez (1), Nunca (0).
P14. Usted da consejería para dejar de fumar y para el consumo moderado de alcohol a sus pacientes			Cualitativa	Ordinal	Siempre (3), Algunas veces (2), rara vez (1), Nunca (0).
P15. Pregunta a sus pacientes acerca de antecedentes de infección por VPH (virus de papiloma humano)			Cualitativa	Ordinal	Siempre (3), Algunas veces (2), rara vez (1), Nunca (0).
P16. Pregunta a los pacientes por antecedentes de neoplasias o de otros cánceres			Cualitativa	Ordinal	Siempre (3), Algunas veces (2), rara vez (1), Nunca (0).
P17. Pregunta a los pacientes por antecedentes de neoplasias en familiares			Cualitativa	Ordinal	Siempre (3), Algunas veces (2), rara vez (1), Nunca (0).

Apéndice B. Instrumento.

	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN CÁNCER ORAL EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FECHA:	
INFORMACIÓN PERSONAL	
NOMBRE:	CÓDIGO ESTUDIANTIL:
SEXO: FEMENINO ☐	MASCULINO ☐
EDAD:	SEMESTRE:
ESTRATO:	PROCEDENCIA:
CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN CÁNCER ORAL	

<i>PREGUNTAS</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
CONOCIMIENTOS			
C1. La localización más común del cáncer de boca es	Lengua	Piso de la boca	Paladar
C2. La localización más frecuente de los carcinomas escamo celulares de cabeza y cuello diferente a la boca es	Orofaringe	Nasofaringe	Laringe
C3. El diagnóstico histológico más común de cáncer en cabeza y cuello es	Adenocarcinoma	sarcoma	carcinoma escamocelular
C4. El cáncer oral se presenta con mayor frecuencia en el rango de edad	De 20-30 años	De 30-40 años	De 40-60 años
C5. En cáncer oral, los nódulos linfáticos metastásicos en cuello son	Fijos, duros y no dolorosos a la palpación	Móviles, blandos y dolorosos a la palpación	Fijos, dolorosos y blandos
C6. Durante el examen clínico estomatológico, se prioriza el método de palpación bidigital a nivel de	Surco vestibular	lengua	Piso de boca.
C7. Los principales factores de riesgo relacionados con cáncer oral son	Tabaco y alcohol	virus de papiloma humano	químicos y metales pesados
C8. El cáncer de cabeza y cuello más frecuente en Colombia se localiza en	Orofaringe	labios-boca	laringe
C9. El sexo más frecuentemente afectado por el cáncer oral es	Hombres	Mujeres	
C10. Según la OMS el desorden oral potencialmente maligno más frecuente es	Leucoplasia	Eritroplasia	Liquen plano

C11. La Lesión leucoplasia con mayor riesgo de transformación maligna es			Leucoplasia homogénea	leucoplasia no homogénea	Cualquier tipo de lesión leucoplásica
C12. Entre las acciones más costo efectivas que debe realizar el odontólogo para prevenir el cáncer oral están:			Consejería de estilos de vida saludable en población de riesgo	Consulta regular con el odontólogo	enseñar autoexamen a sus pacientes
C13. ¿Cuáles de los siguientes son factores de riesgo para desarrollar carcinoma escamo celular? Puede seleccionar varias opciones.	Tabaco	Si	No		
	alcohol	Si	No		
	HPV	Si	No		
	Exposición al sol	Si	No		
	inmunosupresión	Si	No		
	Bajo consumo de frutas y vegetales	Si	No		
	habito de mascar	Si	No		
	sustancias (tabaco, hoja de cocas o chimó)	Si	No		
	edad avanzada	Si	No		
	presencia de desórdenes potencialmente malignos	Si	No		
	historia previa de cáncer escamocelular	Si	No		
	Trauma crónico	Si	No		
C14. ¿Cuál de las siguientes lesiones puede transformarse en cáncer?	Leucoplasia	Si	No		
	eritroplasia	Si	No		

Puede seleccionar varias opciones.	lesiones de fumador invertido	Si	No		
	lupus eritematoso oral	Si	No		
	disqueratosis congénita	Si	No		
	reacción de injerto vs huésped	Si	No		
	lesiones liquenoides	Si	No		
	liquen plano	Si	No		
	candidiasis crónica	Si	No		
	queilitis actínica	Si	No		
	fibrosis submucosa oral	Si	No		
C15. ¿Cuáles de las siguientes lesiones son manifestaciones clínicas del cáncer oral? Puede seleccionar varias opciones.	Úlcera por más de dos semanas: Lesión roja	Si	No		
	Lesión Blanca	Si	No		
	Nódulos Linfáticos agrandados	Si	No		
	dificultad o dolor para deglutir	Si	No		
	movilidad limitada de la lengua	Si	No		
C16. ¿Cuál de las siguientes técnicas es el Gold Estándar para el diagnóstico del cáncer oral?			Biopsia y estudio histopatológico	Azul de toluidina	lámpara de fluorescencia
C17. Las lesiones iniciales sospechosas de malignidad en cavidad oral pueden ser			Pequeñas manchas blancas y/o rojas dolorosas	Pequeñas Manchas rojas y/o blancas Indoloras	Lesiones blancas removibles al frotis
C18. Las lesiones avanzadas de cáncer oral pueden ser			Úlceradas o elevadas, dolorosas y duras	Úlceradas, blandas, dolorosas.	Elevadas, blandas y móviles
Puntaje total de conocimientos					
ACTITUDES			0	1	2

A1. He recibido una educación adecuada en cáncer oral	En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
A2. La calidad de mi educación acerca del examen clínico para cáncer oral es adecuada	En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
A3. Mi conocimiento del cáncer oral es actualizado	En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
A4. Es necesario realizar un examen anual de tamizaje para cáncer en pacientes mayores de 40 años	En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
A5. La detección temprana de cáncer oral incrementa las tasas de supervivencia a cinco años.	En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
A6. Estoy capacitado en proporcionar educación para dejar el hábito de fumar o usar tabaco	En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
A7. Estoy capacitado en proporcionar educación para dejar el alcohol	En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
A8. Estoy bien capacitado en proporcionar educación en vacunación contra VPH (Virus de Papiloma Humano)	En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
A9. Estoy capacitado para realizar palpación de nódulos linfáticos de cuello	En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
A10. Estoy bien capacitado en realizar exámenes exhaustivos para la detección temprana y diagnóstico de cáncer oral	En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
A11. Los odontólogos pueden realizar de forma competente un examen para detectar cáncer oral.	En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
A12. Me siento capacitado y seguro para enseñar a mis pacientes a auto examinarse	En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
A13. Me siento capacitado y seguro para identificar lesiones sospechosas o potencialmente malignas	En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
A14. Me siento capacitado y seguro para realizar una biopsia	En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)

A15. Me siento capacitado y seguro para identificar lesiones de cáncer oral			En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
A16. Me siento capacitado y seguro para informar a mis pacientes acerca de las lesiones sospechosas de cáncer oral			En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
A17. Me siento capacitado y seguro para informar a mis pacientes acerca de los factores de riesgo que favorecen la aparición del cáncer oral			En desacuerdo (0)	Parcialmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)
Puntaje total de actitudes					
PRÁCTICAS					
P1. El número de biopsias de lesiones sospechosas de cáncer oral que usted ha realizado en el último año es			<1-10 (1)	>=10. (3)	Ninguna (0)
P2. El número de pacientes con lesiones sospechosas que ha remitido a un especialista en el último año es			<10 (1)	>=10. (3)	Ninguna (0)
P3. El especialista al que remite los pacientes con lesiones sospechosas de malignidad es	Estomatología o patología oral. +2	Cirugía de cabeza y cuello +2	Cirugía oral y/o maxilofacial +2		No remite a sus pacientes (0)
P4. Revisa e indaga los factores de riesgo para cáncer oral en sus pacientes		Siempre (3)	Algunas veces (2)	Rara vez (1)	Nunca (0)
P5. Necesito y me interesa tener educación adecuada en detección de cáncer oral		Siempre (3)	Algunas veces (2)	Rara vez (1)	Nunca (0)
P6. Realizo inspección visual de la mucosa oral durante el examen de rutina		Siempre (3)	Algunas veces (2)	Rara vez (1)	Nunca (0)
P7. Realizo palpación de la mucosa oral durante el examen de rutina		Siempre (3)	Algunas veces (2)	Rara vez (1)	Nunca (0)
P8. Examina los bordes laterales posteriores y dorso de la lengua, piso de boca y área retromolar		Siempre (3)	Algunas veces (2)	Rara vez (1)	Nunca (0)
P9. Examina la orofaringe y las amígdalas		Siempre (3)	Algunas veces (2)	Rara vez (1)	Nunca (0)
P10. Realiza la palpación de los nódulos linfáticos de la cabeza y el cuello		Siempre (3)	Algunas veces (2)	Rara vez (1)	Nunca (0)
P11. Pregunta a sus pacientes acerca del hábito de fumar y/o vapear, ya sea en el pasado o en la actualidad. (tipo, cantidad y frecuencia)		Siempre (3)	Algunas veces (2)	Rara vez (1)	Nunca (0)
P12. Pregunta a sus pacientes acerca del uso de tabaco o de otras sustancias masticadas o inhaladas.		Siempre (3)	Algunas veces (2)	Rara vez (1)	Nunca (0)
P13. Pregunta a sus pacientes acerca del consumo de alcohol, anterior o actual, tipo y cantidad		Siempre (3)	Algunas veces (2)	Rara vez (1)	Nunca (0)
P14. Usted da consejería para dejar de fumar y para el consumo moderado de alcohol a sus pacientes		Siempre (3)	Algunas veces (2)	Rara vez (1)	Nunca (0)
P15. Pregunta a sus pacientes acerca de antecedentes de infección por VPH (virus de papiloma humano)		Siempre (3)	Algunas veces (2)	Rara vez (1)	Nunca (0)

P16. Pregunta a los pacientes por antecedentes de neoplasias o de otros cánceres	Siempre (3)	Algunas veces (2)	Rara vez (1)	Nunca (0)
P17. Pregunta a los pacientes por antecedentes de neoplasias en familiares	Siempre (3)	Algunas veces (2)	Rara vez (1)	Nunca (0)
Puntaje total de prácticas				

Codificación: (1) Correcta; (0) Incorrecta

Apéndice C. *Plan de análisis estadístico del análisis univariado y bivariado.*

Análisis Univariado				
Objetivo	Variable A Tratar	Naturaleza	Prueba Estadística	Comandos
Describir las características sociodemográficas de los estudiantes de odontología de la Universidad Santo Tomás	Edad	Cuantitativa	Media o Mediana con relación estándar y rango intercuartílico	Sum edad detail
	Sexo	Cualitativa	Frecuencia absoluta y porcentaje	Tab género
	Nivel Socioeconómico	Cualitativa	Frecuencia absoluta y porcentaje	Tab nivelsoc
	Nivel Educativo	Cualitativa	Frecuencia absoluta y porcentaje	Tab niveledu
Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer oral de los estudiantes de Odontología de la Universidad Santo Tomás, 2022	Conocimientos	Cuantitativa	Media o Mediana con relación estándar y rango intercuartílico	Sum detail
	Actitudes	Cuantitativa	Media o Mediana con relación estándar y rango intercuartílico	Sum detail
	Prácticas	Cuantitativa	Media o Mediana con relación estándar y rango intercuartílico	Sum detail
Determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas del cáncer oral en la población de estudio.	Conocimientos C1-C18	Cualitativa	Número y porcentaje En cada pregunta de conocimientos	tab variable
	Actitudes A1-A17	Cuantitativa	Número y porcentaje En cada pregunta de actitudes	tab variable
	Practicas P1-P17	Cuantitativa	Número y porcentaje En cada pregunta de prácticas	tab variable

Análisis Bivariado					
Objetivo	Variable A Tratar		Naturaleza	Prueba Estadística	Comandos
Establecer la asociación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes con las variables sociodemográficas.	Variable 1	Variable 2	Cualitativa	Frecuencia absoluta y porcentaje	Normalidad Anova / kruskal wallis
	conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes	Nivel Educativo			
	Variable 1	Variable 2	Cualitativa	Frecuencia absoluta y porcentaje	Normalidad Diferencia de medias / u de Mann Whitney
	conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes	Nivel Socioeconómico			
	Variable 1	Variable 2	Cuantitativa	Media o Mediana con relación estándar y rango intercuartílico	Normalidad Anova/ u de Mann Whitney
	conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes	Edad			
	Variable 1	Variable 2	Cualitativa	Frecuencia absoluta y porcentaje	Normalidad Diferencia de medias / u de Mann Whitney
	conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes	Sexo			

Apéndice D. Consentimiento informado.

	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN CÁNCER ORAL	Página 1 de 4
	EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS	Versión: 01
	TRABAJO DE INVESTIGACIÓN – FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS - SECCIONAL FLORIDABLANCA	Fecha: 16/10/2022

Código del Participante:**CONSENTIMIENTO INFORMADO INDIVIDUAL****1. Introducción**

Los investigadores Zareth Silvana Gualdron Colmenares, Wendy Lorena Lozano Odeh, Valentina Peñaloza Parra y Laura Vanesa Zuluaga Salazar del trabajo de grado para optar por el título de odontólogo de la Universidad Santo Tomás, nos encontramos desarrollando un proyecto de investigación titulado conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer oral en estudiantes de Odontología de la Universidad Santo Tomás. Esta investigación se enmarca en los principios éticos establecidos en la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia, “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, nos permitimos informarle los objetivos y justificación de esta investigación, de manera que usted pueda tomar una decisión libre y autónoma de participar o no de la misma. Estamos dispuestos a resolver cualquier duda o pregunta que usted tenga con el fin de garantizar su total comprensión.

Teniendo en cuenta que usted cumple con los siguientes criterios para poder participar en este estudio como son:

- Estudiante de la facultad de odontología

2. Objetivos del estudio

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer oral de los estudiantes de Odontología de la Universidad Santo Tomás, 2022.

3. Justificación

El presente proyecto es de gran importancia, debido a que se reconocerá en primer lugar la importancia del odontólogo como miembro asistencial quien debe estar preparado para un tratamiento integral brindando una atención especializada a cada paciente el cual vaya más allá de la periodoncia, implantología y estética dental; en segundo lugar los resultados estarán al alcance de la comunidad académica quien puede usar el presente documento como referente de consulta; en tercer lugar, a partir de los resultados obtenidos y las discusiones planteadas se permitirán ofrecer campañas de prevención del cáncer oral, a nivel de familia y sociedad mejoraría el nivel de vida en la medida en la que se prevenga y se trate oportunamente esta enfermedad ya que estos pacientes influyen en su núcleo familiar y en la sociedad,

4. Procedimientos de estudio

Se envió a decanatura nuestra solicitud de permiso para la realización de nuestra prueba piloto, una vez fue aprobada la solicitud, se inició la realización de dicha prueba, seguido a eso, se le entregó a los estudiantes un incentivo, el cual fue un dulce por su colaboración en nuestra prueba piloto.

5. Confidencialidad

Es importante que usted conozca que se tomarán todas las medidas necesarias para proteger su privacidad como participante del estudio y para el registro de la información a través de la recolección de los datos, incluida la encuesta creada para determinar conocimientos, actitudes, prácticas en estudiantes de odontología de la universidad Santo Tomas de Bucaramanga, En caso

de que usted acepte recibir información sobre el resultado del estudio, cuando la investigación finalice, se informará de los resultados mediante el correo personal.

6. Riesgos y beneficios

Según la resolución 8430 de 1993 de Colombia previamente referida, este trabajo se clasificó como una investigación de ningún riesgo ya que no se modificaran datos y serán de total confidencialidad. La investigación será sometida al comité de ética de la Universidad Santo Tomás.

7. Costos y compensación

Los costos que pueda generar este trabajo correrán por cuenta de los investigadores, además, usted no recibirá ningún pago por participar en la investigación.

8. Derecho a rehusar o abandonar el estudio

La participación en este estudio es voluntaria y luego de iniciar y aceptar participar, puede negarse a contestar alguna pregunta o a continuar en el programa en cualquier momento que lo decida. Puede retirarse en cualquier etapa de la investigación, ninguna persona se enfadará o molestará con usted.

9. Preguntas

Puede realizar cualquier tipo de pregunta ahora o en cualquier momento del estudio.

10. Declaración del participante

Al firmar este documento, usted está aceptando que ha entendido la información que se le ha dado y desea participar en este estudio y por tanto está de acuerdo con:

- ✓ Contestar de manera consciente y veraz la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer oral en estudiantes de Odontología de la Universidad Santo Tomás. Así como la información relacionada con las características sociodemográficas como edad, sexo y nivel socioeconómico.

- ✓ Autorizar el uso de los resultados de la encuesta conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer oral en estudiantes de Odontología de la Universidad Santo Tomás. obtenidos durante el proceso con fines de investigación, educación o publicación en revistas científicas y/o de información general, teniendo en claro que **su nombre no será revelado durante este proceso y usted es libre de desistir de la investigación cuando lo desee.**

Aceptación para participar. La firma o huella es el respaldo de su autorización para participar en el presente estudio.

El responsable de obtener el consentimiento informado debe firmar y consignar sus datos de identificación personal, lugar y fecha de obtención del consentimiento.

¿Autoriza usted su participación voluntaria en este proyecto? Sí ☐ No ☐

Si usted ha aceptado participar, por favor escriba su nombre y firma en el espacio siguiente:

Nombre y apellidos completos de la participante:

Documento de identidad: _____

Firma: _____

Fecha __ / __ / ____

11. Declaración del investigador

Certifico que yo como investigador he explicado a la persona sobre esta investigación y que la persona entendió la naturaleza y el propósito del estudio, así como los posibles riesgos y beneficios asociados con su participación en el mismo. Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas.

Firma de los investigadores

Si tiene preguntas acerca de esta investigación puede contactar al investigador principal **Gloria Cristina Aranzazu Moya** al correo electrónico gloria.aranzazu@ustabuca.edu.co

Puede comunicarse también con los demás investigadores:

Valentina Peñaloza Parra estudiante de odontología, Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, correo electrónico: valentina.penaloza@ustabuca.edu.co

Wendy Lorena Lozano Odeh estudiante de odontología, Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, correo electrónico: wendylorena.lozano@ustabuca.edu.co

Zareth Silvana Gualdrón Colmenares estudiante de odontología, Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, correo electrónico: zarethsilvana.gualdron@ustabuca.edu.co

Laura Vanesa Zuluaga Salazar estudiante de odontología, Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, correo electrónico: lauravanesa.zuluaga@ustabuca.edu.co