



**Universidad
Norbert Wiener**

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

Escuela de Posgrado

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE
CONOCIMIENTOS DEL CÁNCER ORAL EN PACIENTES DEL
CONSULTORIO DENTAL “DIENTECITO” DEL DISTRITO DE
PUENTE PIEDRA, LIMA 2021

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO DE
GESTIÓN EN SALUD

Presentado por:

AUTORES: ALVA ASENCIOS, FIDDLER CIRILO.

Código ORCID: 0000-0002-7177-2994

ISMINIO VALVERDE, ANGEL CUSTODIO

Código ORCID: 0000-0002-5661-0575

LIMA – PERÚ

2021

Tesis

Efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021

Línea de investigación

Salud, Enfermedad y Ambiente

Control y prevención de enfermedades infecciosas

Asesor

Dr. Mendoza Arana, Pedro Jesús

Código ORCID: 0000-0002-2750-1804

Dedicatoria

Fiddler Alva A.

A mi querido padre Cirilo Alva Espinoza, QEPD, con la esperanza de volvernos a encontrar en la eternidad. A mi añorada madre Dominga Asencios Benites que aún me acompaña y es mi soporte. A ambos por inculcarme por la senda del bien, por sus afectos y cariño en el proceso de mi vida.

Angel Isminio V.

A mis adorables: Zulamith y Shevael, y a la cómplice de mis sueños, Nelly.

Agradecimiento

Fiddler Alva A.

A mis hermanas/os y demás familiares, en especial a mi hermana Magdalena Alva Asencios por sus consejos y apoyo para seguir adelante en mi etapa profesional, infinitas gracias.

Nuestro agradecimiento a los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, sin su participación no hubiera sido posible. Así mismo a los representantes y colaboradoras del consultorio dental “Dientecito”, por las facilidades durante la ejecución de la investigación. A nuestro asesor de tesis el Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana, por dejar huella de su experiencia y por las sugerencias brindadas en la consecución del trabajo de investigación.

Angel Isminio V.

A mis maestros, todos aquellos que permitieron ver desde sus hombros el más allá, a los que me impulsaron a no detenerme, sino sólo para dar un suspiro y avanzar un poquito más y más...

Jurado

Presidente:

Dr. MAGUIÑA PALMA, MISAEL ERIKSON

Secretario:

Dr. LOAYZA ALARICO, MANUEL

Vocal:

Mg. BEGAZO CORNEJO, OMAR ALONSO

Índice general

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Índice general	vi
Índice de tablas	viii
Resumen	xii
Abstract.....	xiii
Introducción.....	xiv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos de la investigación.....	4
1.3.1. Objetivo general.....	4
1,3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	5
1.4. 1 Teórica	5
1.4. 1 Metodológica	6
1.4. 1 Práctica	7
1.5. Limitaciones de la investigación.....	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Antecedentes de la investigación.....	9
2.2. Base teórica.....	15
2.3. Formulación de hipótesis	44
2.3.1 Hipótesis general	44
2.3.2 Hipótesis específicos	44
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	46
3.1. Método de la investigación	46
3.2. Enfoque de la investigación	46
3.3. Tipo de investigación.....	46
3.4. Diseño de la investigación	47
3.5. Población, muestra y muestreo	48
3.6. Variables y operacionalización.....	50
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	52

3.7.1 Técnica.....	52
3.7.2 Descripción de instrumentos.....	52
3.7.3 Validación.....	54
3.7.4. Confiabilidad	55
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	59
3.9. Aspectos éticos	60
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	61
4.1. Resultados	61
4.1.1. Análisis descriptivos de los resultados	61
4.1.2. Resultados inferenciales de prueba de hipótesis.....	68
4.1. 3. Discusión de resultados	77
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	85
5.1. Conclusiones.....	85
5.2. Recomendaciones	86
REFERENCIAS	88
ANEXO	102

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1: Aspecto sociodemográfico de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra	61
Tabla 2: Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en el pretest y postest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.	62
Tabla 3: Nivel de conocimiento sobre generalidades del cáncer oral en el pretest y postest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.....	63
Tabla 4: Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral en el pretest y postest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.....	64
Tabla 5: Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas del cáncer oral en el pretest y postest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.	65
Tabla 6: Nivel de conocimiento sobre repercusiones del cáncer oral en el pretest y postest según del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”. .	66
Tabla 7: Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer oral en el pretest y postest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.	67
Tabla 8: Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de la variable conocimiento del cáncer oral y sus dimensiones en el pretest y postest del grupo control y experimental	68

Tabla 9: Prueba de Wilcoxon en el pretest y postest del grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”	69
Tabla 10: Prueba U de Mann Whitney en el postest del grupo control y grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”	69
Tabla 11: Prueba de Wilcoxon en el pretest y postest del grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de las generalidades del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”	70
Tabla 12: Prueba U de Mann Whitney en el postest del grupo control y grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de las generalidades del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”	71
Tabla 13: Prueba de Wilcoxon en el pretest y postest del grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de los factores de riesgo del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”	72
Tabla 14: Prueba U de Mann Whitney en el postest del grupo control y grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de los factores de riesgo del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”	72

Tabla 15: Prueba de Wilcoxon en el pretest y postest del grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de los signos y síntomas del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”	73
Tabla 16: Prueba U de Mann Whitney en el postest del grupo control y grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de los signos y síntomas del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”	73
Tabla 17: Prueba de Wilcoxon en el pretest y postest del grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de las repercusiones del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”	75
Tabla 18: Prueba U de Mann Whitney en el postest del grupo control y grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de las repercusiones del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”	75
Tabla 19: Prueba de Wilcoxon en el pretest y postest del grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de prevención del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”	76
Tabla 20: Prueba U de Mann Whitney en el postest del grupo control y grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de prevención del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”	76

Índice de gráficos

	Pág.
Gráfico 1: Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en el pretest y postest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”	62
Gráfico 2: Nivel de conocimiento sobre generalidades del cáncer oral en el pretest y postest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.	63
Gráfico 3: Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral en el pretest y postest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” ..	64
Gráfico 4: Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas del cáncer oral en el pretest y postest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”...	65
Gráfico 5: Nivel de conocimiento sobre repercusiones del cáncer oral. en el pretest y postest según del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”...	66
Gráfico 6: Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer oral en el pretest y postest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”	67

Resumen

El objetivo del estudio fue en determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021. Investigación cuantitativa de diseño cuasi-experimental y longitudinal. 80 pacientes fueron la muestra, divididos 40 en el grupo control y 40 en el grupo experimental, en los que se aplicó el pretest y posttest del cuestionario sobre cáncer oral. La contrastación de las hipótesis se efectuó con las pruebas no paramétricas de U de Mann Whitney, y el Test de Wilcoxon. Los resultados reflejaron que, efectuada la intervención educativa sobre el cáncer oral en el grupo experimental, el nivel de conocimiento malo del 92.5% en el pretest, mejoró a bueno en el 65% y regular en el 35% de los pacientes. En las dimensiones del cáncer oral, el conocimiento igual mejoró: En generalidades, de malo en el 67.5% a regular en el 85% y un 15% bueno; en factores de riesgo, de malo en el 90% a bueno en el 75% y regular en el 20%; sobre signos y síntomas, de malo en el 82.5% a bueno en el 65% y regular en el 30%; sobre las repercusiones, de malo en el 90% a bueno en el 47.5% y regular en el 35%; y sobre prevención del cáncer oral, de malo en el 92.5% a bueno en el 85% y regular en el 15% de los pacientes. A la prueba de hipótesis, la aplicación de la intervención educativa fue efectiva significativamente en mejorar el conocimiento del paciente sobre las generalidades, factores de riesgo, signos y síntomas, repercusiones y sobre prevención del cáncer oral ($\text{sig} < 0.05$). Se concluye, que la aplicación de la intervención educativa sobre el cáncer oral fue efectiva significativamente en mejorar el conocimiento de los pacientes ($\text{sig} < 0.05$).

Palabras clave: Neoplasias, neoplasias de la boca, conocimiento, educación.

Abstract

The objective of the study was to determine the effectiveness of an educational intervention on knowledge of oral cancer in patients of the "Dientecito" dental office in the Puente Piedra district, Lima 2021. Quantitative research of quasi-experimental and longitudinal design. 80 patients were the sample, divided into 40 in the control group and 40 in the experimental group, in which the pretest and posttest of the oral cancer questionnaire were applied. The contrast of the hypotheses was carried out with the non-parametric tests of U of Mann Whitney, and the Wilcoxon Test. The results showed that, once the educational intervention on oral cancer was carried out in the experimental group, the level of poor knowledge of 92.5% in the pretest improved to good in 65% and fair in 35% of the patients. In the dimensions of oral cancer, knowledge still improved: In general, from bad in 67.5% to regular in 85% and 15% good; in risk factors, from bad in 90% to good in 75% and regular in 20%; about signs and symptoms, from bad in 82.5% to good in 65% and regular in 30%; about the repercussions, from bad in 90% to good in 47.5% and regular in 35%; and on prevention of oral cancer, from bad in 92.5% to good in 85% and fair in 15% of patients. To test the hypothesis, the application of the educational intervention was significantly effective in improving the patient's knowledge about generalities, risk factors, signs and symptoms, repercussions, and prevention of oral cancer (sig <0.05). It is concluded that the application of the educational intervention on oral cancer was significantly effective in improving the knowledge of patients (sig <0.05).

Keywords: Neoplasms, mouth neoplasms, knowledge, education.

Introducción

Como cáncer se conoce a un grupo de enfermedades (más de 100) que son distintas, pero con características en común, que afectan a cualquier parte del cuerpo y que directa o indirectamente es la causa de mortalidad de la población afectada. Siendo entonces un problema de salud para la humanidad, y epidemiológicamente convirtiéndose en uno de los problemas mayores en la salud pública mundial (4). Uno de los tipos de cáncer inmiscuidos, son los carcinomas de cabeza y cuello, de estas siendo las más comunes las que se encuentran en la cavidad oral (6), que son considerados entre las neoplasias malignas como la séptima más común, (2) y que son de origen multifactorial entre las que se encuentran por el consumo del tabaco y el alcohol (2,6,18).

En los pacientes que acuden a consulta o tratamiento, así como en la población en general, es importante que sepan reconocer los síntomas y los factores de riesgo inmiscuidos en el cáncer, que es posible con un adecuado conocimiento sobre dicha problemática. Los profesionales de la salud, entre ellos los odontólogos tiene un rol importante en fomentar el conocimiento sobre el cáncer, siendo una de las herramientas la aplicación de programas de intervención educativa sobre promoción, prevención, detección precoz y tratamiento (17).

El informe final desarrollado en el presente trabajo de investigación, está conformado su estructura por capítulos, que vienen a ser 5 y que son las siguientes.

Se ha abordado en lo que respecta al capítulo I el problema, el acápite que concierne al planteamiento del problema, en relación sobre el cáncer oral y la intervención educativa. Otro de los aspectos tomados en cuenta en este apartado es la formulación del problema de manera general (en el que se planteó sobre la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental

“Dientecito” del distrito de Puente Piedra), y las formulaciones específicas. Como también se desarrolló en el estudio acerca de los objetivos generales y específicos, las justificaciones (teórico, metodológico y práctico) que es otro de los puntos importantes que se expone sobre los aportes del presente trabajo, y finalmente sobre las limitaciones encontradas en el estudio.

Respecto al capítulo II, que hace referencia al marco teórico. Se da a conocer primeramente sobre los antecedentes utilizados para el presente reporte, en el que reportan dichos antecedentes sobre conocimientos del cáncer oral por parte de los pacientes y sobre el efecto de una intervención educativa, que enriquecen dichos reportes al momento de las discusiones, al ser contrastados con los resultados encontrados en esta investigación. Se halla dentro de este capítulo también lo que viene a ser la base teórica, que contiene un conjunto de nociones y conceptos reportados por la literatura, que abordan sobre el cáncer; específicamente del cáncer oral, sus generalidades, la epidemiología, los factores etiológicos inmiscuidos, la clasificación del cáncer oral según su localización, la importancia del diagnóstico precoz, los signos y síntomas, las repercusiones, y la importancia de efectuar las intervenciones educativas en miras de fomentar conocimiento sobre el cáncer oral. Finalmente se encuentran en esta parte del acápite referente a las hipótesis.

En el capítulo III, que viene a ser en lo referente a la metodología, se aborda sobre el tipo y diseño de investigación del estudio, que por cierto pertenece al enfoque cuantitativo por su naturaleza investigativa y, por su diseño abordado a un estudio cuasi-experimental. El capítulo III igualmente abarca respecto a la población y muestra cómo fue constituido, como también sobre el tipo de muestreo utilizado, en relación a las dos variables que conforman la investigación y su respectiva operacionalización. También se abordó en lo concerniente al acápite técnicas e instrumentos de recolección empleados,

sobre el procesamiento y análisis de datos (en el que se realizó la prueba de normalidad con la finalidad de emplear la prueba estadística acorde al caso), y como parte final de este capítulo los aspectos éticos considerados.

En el capítulo IV, del presente trabajo se presenta de manera secuencial los resultados hallados, analizando y respondiendo los objetivos de manera descriptiva e inferencial como son las pruebas de hipótesis, que enriquecieron para la discusión de los resultados al contrastar con los antecedentes que lo conforman. Por último, se aborda el capítulo V, en el que se plasma las conclusiones al que se llegaron y las recomendaciones efectuadas.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El término cáncer se utiliza para referirse de un grupo de más de 100 enfermedades distintas con características en común, por compartir histopatológicamente por encima de 1000 variedades (1, 2), y que afectan a cualquier parte del cuerpo (3). Por lo que su diagnóstico como su tratamiento es importante que efectúen, porque directa o indirectamente pueden ser la causa de mortalidad al no realizarlas (1).

Epidemiológicamente el cáncer para el mundo, es uno de los problemas mayores en la salud pública, y siendo la más diagnosticada la neoplasia maligna (4). La tasa de incidencia del cáncer está en aumento cada vez más en mujeres debido a problemas ginecológicos, pero el hombre es el que presenta la mayor frecuencia entre las edades de 25 a 50 años en los distintos tipos de cáncer (5).

Uno de los tipos de cáncer son los carcinomas, que están asociadas a la alta morbilidad y mortalidad, como son los de cabeza y cuello, de estas siendo las más comunes las que se encuentran en la cavidad oral (6), considerados entre las neoplasias malignas como la séptima más común (2).

El cáncer oral es una neoplasia maligna de comportamiento agresivo, que comprende entre el 4% al 5% de todos los tumores en el ser humano, y que es de etiología multifactorial como por la susceptibilidad genética como factor endógeno crítico y los exógenos afines al estilo de vida (6, 7). Las áreas que afecta el cáncer oral es la mucosa oral, los labios, la lengua, así como también la encía, el paladar y como el piso de la boca (8).

En el cáncer oral, el tabaquismo, así como el alcoholismo son los factores de riesgo extrínsecos predisponentes, con un historial de consumo en el 85 y 80% de los pacientes respectivamente (9-11). Reportes plantean que los fumadores y los alcohólicos poseen 3 veces más posibilidades de sufrir cáncer oral en comparación a los que no presentan adicción (11), y al combinar dos o más factores se acrecienta aún más (10, 12). También influyen la sepsis bucal, las prótesis dentales desajustadas, exponerse a la radiación solar excesivamente, el virus papiloma humano, oncogenes, vejez, la alimentación, y cierto tipo de anemia (7,10,12).

La prevalencia del cáncer oral al considerar el género, es más común en los hombres a partir de los 50 años de edad en adelante en diversos países, pero variando según su localización (3). Informes del 2018 sobre nuevos casos de cáncer oral en el mundo mencionan que existió 354.864, siendo 246.420 en hombres y 108.444 en mujeres; y en los casos de fallecidos que fueron 177.384 individuos en total, de estos 119.693 fueron hombres y 57.691 mujeres (8).

En la región de Latinoamérica la tasa estandarizada de cáncer oral es de 8.7% por mortalidad según la edad, solo superada por el cáncer de pulmón (8). También las incidencias son las más altas, en Argentina, el sur de Brasil y así como en Uruguay, presentándose estos casos un 30% en los capitales (13).

En el Perú, la tasa de mortalidad por cáncer es de 122,9 defunciones por cada 100 000 habitantes en el 2016, como indica en su programa presupuestal 0024 el Ministerio de salud (MINSA) sobre prevención y control del cáncer (14). El estadio más avanzado de cáncer es detectado en el 85% de los casos, convirtiéndose en la segunda causa de muerte (15), solo superadas por las originadas por enfermedades infecciosas y parasitarias (14). Considerando por su alta frecuencia de presentación, el cáncer oral o de boca está dentro de las 10 neoplasias malignas (16). Siendo la tasa de mortalidad en el 2016 de 1.8

por cada 100.000 habitantes, como consecuencia de los cánceres de labio, cavidad bucal y la de faringe (14).

Cuando el cáncer oral se logra diagnosticar en la fase temprana de desarrollo, la tasa de supervivencia es del 80 al 90%, sin embargo, mayormente se diagnostican en la etapa tardía con una tasa de mortalidad aproximada del 43% que es muy alta (13). Es importante por ello, que los pacientes y la población en general sepan reconocer los síntomas y los factores de riesgo, que es posible con un adecuado conocimiento sobre dicha problemática por parte de los pacientes y la población; y los odontólogos tiene un rol importante en incrementar el conocimiento deficiente sobre el cáncer oral, con la aplicación de programas de intervención educativa sobre la prevención, detección precoz y tratamiento (17).

Por ende, la investigación tiene por propósito determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en los pacientes del consultorio dental “Dientecito”. Debido que diversos estudios reportados dan a conocer el bajo o regular conocimiento que presentan los pacientes o la población en general frente al cáncer oral (17).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de las generalidades del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021?
2. ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de los factores de riesgo del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021?
3. ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de los signos y síntomas del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021?
4. ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de las repercusiones del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021?
5. ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de prevención del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de las generalidades del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021.
2. Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de los factores de riesgo del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021.
3. Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de los signos y síntomas del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021.
4. Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de las repercusiones del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021.
5. Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de prevención del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La presente investigación en lo teórico es relevante, porque permite conocer el conocimiento sobre el cáncer oral que presentan los pacientes. Su conocimiento evaluado, da a entender sus perspectivas sobre ella y como su formación adquirida durante su etapa de vida se pone a manifiesto sobre el cáncer oral. Igualmente se justifica por cuanto se

brinda conocimiento y reflexión a los pacientes orientado en las generalidades, la epidemiología, los factores de riesgo, los signos y síntomas, las repercusiones que genera, la prevención y sobre el tratamiento del cáncer oral, con fines que estén informados y pendientes en la prevención de su familia y el suyo propio ante esta problemática de salud pública.

También en lo teórico se aporta a los profesionales de salud, del ámbito de gestión y a los odontólogos, brindando conocimientos sobre la importancia de la aplicación de programas de intervención educativa sobre el cáncer oral en la población o en los pacientes. Además, por contribuir a que tengan una mejor perspectiva y actitud frente a dicho problema de salud al momento de la prestación del servicio al paciente. Así mismo, fue importante ejecutar esta investigación, porque los resultados encontrados, permiten ser un referente teórico de futuras investigaciones pre y posgrado, contribuyendo con información útil en relación al cáncer oral, y un marco teórico sobre su epidemiología, como también acerca de la etiopatogenia, así como sobre los factores de riesgo, diagnóstico, sobre lo que viene a ser los signos y síntomas inmiscuidos, las repercusiones, y en lo que respecta al tratamiento y prevención.

1.4. 1 Metodológica

Metodológicamente el estudio es de diseño cuasi-experimental, en el que se desarrolló un plan de trabajo para la efectividad de la intervención educativa. Por cuanto para la aplicación del cuestionario sobre conocimiento del cáncer oral, con el empleo de la técnica de encuesta como método de recolección de información en los pacientes que asisten al consultorio dental “Dientecito”. Los resultados brindan, datos con información actualizados acerca del conocimiento del cáncer oral que poseen los pacientes. El aporte es también, por cuanto dicho instrumento se pondrá en práctica su confiabilidad en un

estudio cuasi-experimental de intervención educativa, debido que solo ha sido utilizado en estudios de un solo test, y no en un pretest y posttest como en el que se ha abordado. De manera que su aporte es fundamental para su contrastación con estudios posteriores que se desarrollen.

1.4. 1 Práctica

En el aspecto práctico se justifica por su aporte en la promoción y prevención del cáncer oral en la salud pública, al llevar a cabo una intervención educativa, que permite al paciente el diagnóstico temprano, a partir del efecto de la aplicación de la intervención, mejorando el conocimiento. Bajo dicha perspectiva el paciente tendrá nociones para afrontar y sabrá a dónde acudir en vías de solucionar el problema de salud.

Igualmente, el aporte desde del tema abordado, es a los profesionales de la salud, principalmente a los odontólogos para que efectúen el diagnóstico oportuno, la prevención, disminuir la progresión de la enfermedad, su tratamiento, o en todo caso proceder su derivación al departamento médico especializado para el diagnóstico definitivo y tratamiento.

Así mismo, este estudio contribuye en la gestión de la salud, a partir de la intervención educativa efectuados en los pacientes, generando ahorro en los costos de atención y tratamiento al estado y/o al paciente mismo al no comprometer su salud a la enfermedad. Porque al disponer cada día de más a pacientes o de la población en general con un conocimiento amplio sobre el cáncer oral y sus repercusiones, maximiza su conocimiento en realizar su chequeo y diagnóstico oportuno, en miras de prevenir la enfermedad. Por ende, permite menor carga de pacientes con dicha problemática en los consultorios de los diversos establecimientos de salud, generando ahorro de recursos, las que pueden ser destinados a otras prioridades que susciten (como es el caso de la

pandemia por el Covid-19) para la atención de la salud de la población, Contribuyendo entonces en la eficiencia de la administración pública o privada.

Por último, el aporte práctico a partir los resultados encontrados en esta investigación de intervención educativa en los pacientes sobre cáncer oral, permite a las instituciones involucradas en salud como el Ministerio de Salud y los consultorios odontológicos, planifiquen en efectuar igualmente intervenciones educativas sobre el cáncer, mediante, charlas, video, boletines informativos y mediante otros mecanismos que les permita llegar a cada uno de los pacientes durante la atención de consulta, con la finalidad de mejorar el conocimiento y sus perspectivas de los pacientes.

1.5. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones con las cuales se tuvieron que sortear al efectuar la investigación, fue por el tema de salud pública que aún agobia a nuestra población peruana por el COVID-19. Dicha problemática influyó directa o indirectamente en el retraso de la de la realización de las encuestas, así como en llevar a cabo la intervención educativa sobre el cáncer oral en los pacientes. Esto debido a que se tuvo que programar en grupos reducidos a los pacientes participantes en el estudio, las que no permitieron en contar con una mayor numero de muestra. Pero, se consiguió sobresalir gracias a la organización y acatamiento minucioso de los planes previstos y respetando lo planteado en el cronograma de trabajo. Así como cumpliendo las disposiciones sanitarias de salud, dispuestas por el gobierno.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

González, et al., (2021). En Venezuela, tuvieron como objetivo “elevar el nivel de conocimientos de los pacientes de 60 años y más en la prevención, promoción del cáncer bucal”. Corresponde el estudio al tipo observacional y longitudinal. La muestra que conformaron la investigación fue de 230 pacientes, en el que aplicaron de intervención educativa. Los resultados reflejaron que el conocimiento inadecuado antes de la intervención educativa fue en el 65,2 % de los pacientes. También mencionan, que solo un 34,8 % de los pacientes presentaban un adecuado nivel de conocimientos al inicio, posterior a la intervención aumentó en un 67,4% el adecuado conocimiento en prevención, como en la promoción. Concluyeron que fue eficaz la interceptación educativa efectuada, por cuanto más de la mitad de los pacientes con conocimiento inadecuado tuvieron luego un incremento en sus conocimientos sobre prevención, promoción del cáncer bucal (18).

Herrera, et al., (2020). En Perú, tuvieron como objetivo en la investigación “determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en pacientes adultos que acudieron a la Facultad de Odontología de la UNMSM el año 2017”. El estudio corresponde al tipo observacional, transversal y de nivel descriptivo. La muestra lo conformó 223 pacientes, quienes fueron evaluados con un cuestionario de 11 preguntas sobre el cáncer bucal. Los resultados fueron: El nivel de conocimiento fue bajo en el 56,5 % de los pacientes, regular en el 40,4 %, y solo un 3,1 % un conocimiento alto. Respecto a las generalidades del cáncer bucal reportan un conocimiento bajo en el 44,4%, sobre los factores de riesgo

tuvieron igualmente un conocimiento bajo el 74,9%. El conocimiento sobre los signos y síntomas fue también bajo en el 59,6%, así como en el 57,8 % sobre las repercusiones del cáncer bucal, finalmente el conocimiento fue bajo en el 44,4 % de los pacientes en lo que respecta a la prevención. Concluyeron en base a la consideración de sus resultados que el nivel de conocimiento por lo general fue predominantemente bajo sobre el cáncer bucal en la población estudiada (17).

Renda, *et al.*, (2020). En Cuba, tuvieron como objetivo en su investigación “determinar las modificaciones en el nivel de conocimientos sobre tabaquismo y su relación con la cavidad bucal, con la aplicación de una intervención educativa”. Corresponde el estudio al tipo longitudinal, de diseño cuasi-experimental, conformado por 55 sujetos voluntarios del Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”, como muestra, en el que realizaron la intervención educativa dirigido a adultos fumadores. Los resultados encontrados denotaron que el nivel de conocimiento sobre tabaquismo en relación con el cáncer oral fue suficiente en el 92,72 % de los participantes antes de la intervención, y aumentó a 96,36 % posterior a la aplicación de la intervención educativa. Concluyeron que la intervención educativa efectuada fue efectiva en incrementar el nivel de conocimiento sobre tabaquismo en relación con el cáncer oral (19).

Zaldivar, (2020). En Cuba, tuvo como objetivo en su investigación “elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer bucal, mediante un programa de intervención educativa en la población de Lindero, Fray Benito, Rafael Freyre, entre julio 2019 a mayo 2020”. Estudio que corresponde a un diseño cuasi-experimental, de tipo longitudinal bajo el enfoque cuantitativo. En el cual participaron 80 pacientes como muestra, en el que aplicaron un cuestionario para medir el nivel de conocimiento. Los

resultados que reporto el estudio indican sobre el cáncer oral, que en los factores de riesgo el conocimiento inicialmente fue inadecuado en el 62.5%, elevándose luego de la intervención educativa aun nivel de conocimiento adecuado en el 85% de los pacientes. El programa educativo por lo tanto logró disminuir la exposición al riesgo. Concluyendo finalmente que la aplicación del programa educativo logró mejorar el nivel de conocimiento inadecuado a adecuado sobre los factores de riesgo del cáncer bucal en los pacientes (20).

Khani y Afzali. (2019). En Irán, tuvieron como objetivo en la investigación “evaluar el efecto de una intervención educativa basada en el modelo PRECEDE sobre la prevención del cáncer oral en usuarios de narguile del centro de salud de Fasa”. Estudio de diseño cuasi-experimental de tipo longitudinal de intervención educativa. Lo constituyó a la muestra 360 sujetos, divididos en dos grupos control y experimental de 180 participantes cada grupo. Los resultados hallados denotan, que antes de la intervención educativa no existió diferencias significativas en el conocimiento sobre prevención, así como en la actitud frente al cáncer oral. Pero el grupo experimental tuvo mejora significativa en el conocimiento y la actitud, meses después de la intervención en comparación del grupo de control. Concluyeron que el estudio efectuado presentó efectividad al aplicar la intervención educativa del modelo PRECEDE en el conocimiento y en la adopción de conductas de prevención frente al cáncer oral (21).

Ramos y Calero. (2019). En Cuba, tuvieron como objetivo en la investigación “modificar conocimientos sobre cáncer bucal mediante la aplicación de una intervención educativa en los trabajadores de la fábrica de tabaco de Zaza del Medio”. Es un estudio de tipo longitudinal de diseño cuasi-experimental. La investigación para dicho efecto lo

constituyo 30 trabajadores como muestra. Los resultados hallados mostraron que un 46.7% de los trabajadores presentaron un nivel de conocimiento malo sobre el cáncer bucal y solo un 13.3% como bueno antes de la intervención educativa. Después de la intervención educativa el nivel de conocimiento se modificó sobre el cáncer bucal, siendo excelente en el 66.7% y bueno en el 30% de los trabajadores. La efectividad de la intervención educativa en modificar el conocimiento sobre el cáncer bucal fue en el 96.7% de los participantes. Llegaron a la conclusión a partir de los resultados, que la intervención educativa efectuada mejoró los conocimientos de los trabajadores tabaqueros sobre el cáncer bucal (22).

Aguilera, *et al.*, (2018). En Cuba, tuvieron como objetivo en su investigación “evaluar la efectividad de la intervención educativa en la modificación del nivel de conocimientos sobre la prevención del cáncer bucal en el colectivo de trabajadores del Centro Escolar Camilo Cienfuegos Gorriarán”. Estudio que corresponde al diseño cuasi-experimental de intervención educativa de tipo longitudinal. La muestra lo constituyó 38 individuos del municipio de Gibara entre febrero del 2016 a febrero del 2017, en el que aplicaron un cuestionario de pre test y post test. Los resultados reflejaron un nivel de conocimiento inadecuado en el 92,10% de los trabajadores sobre los factores de riesgo del cáncer bucal, y que se elevó posterior a la intervención a un 100% el conocimiento adecuado. Sobre los síntomas asociados, el nivel de conocimiento fue inadecuado en el 86,8%, y se elevó a un conocimiento adecuado en el 94,7%. Igualmente, el 65,8% que tenían un conocimiento inadecuado sobre acciones de prevención se modificó aun conocimiento adecuado en un 100% después de la intervención educativa. Concluyeron que es un método efectivo la intervención educativa en mejorar el conocimiento acerca del cáncer bucal así como sobre los factores de riesgo (23).

Reyes y Díaz. (2018). En Cuba, tuvieron como objetivo en la investigación “evaluar los beneficios de un programa educativo sobre el hábito de fumar, en la población del consultorio médico de la familia 28-01, perteneciente al policlínico Guillermo Tejas Silva”. La investigación corresponde a tipo de estudio longitudinal de diseño cuasi-experimental. La muestra lo conformaron 40 pacientes de 35 a 59 años de edad, las que fueron evaluados con un cuestionario en dos momentos antes y después sobre el tabaquismo como agente de riesgo inmiscuido en el cáncer bucal. Los resultados reflejaron al inicio de la intervención los pacientes fumadores tuvieron un nivel de información malo el 52,5% sobre el riesgo del hábito de fumar sobre la cavidad bucal, luego de la intervención del programa educativo aumentó a buen nivel de información en el 75 % de los pacientes. Concluyeron que el programa educativo reflejo ser efectivo en beneficiar el aumento del nivel de información sobre el tabaquismo y sobre su rol como agente de riesgo en el cáncer bucal (24).

Singh K, et al., (2017). En India, tuvieron como objetivo en la investigación “evaluar el efecto de la educación sanitaria en la concientización sobre el cáncer bucal y el autoexamen”. El estudio corresponde a un ensayo cuasi-experimental, de tipo longitudinal y observacional. La investigación estuvo constituida por una muestra de 85 participantes de la colonia urbana de Chandigarh, en el que aplicaron la educación sanitaria. Los resultados encontrados denotaron que, al puntuar la concientización sobre el cáncer bucal y luego de la educación sanitaria, la concientización aumentó significativamente según las puntuaciones de 5.3 a 6.7 ($P < 0.05$). Concluyeron que la educación sanitaria fue efectivo en aumentar la concientización sobre el cáncer oral, así como sobre los factores de riesgo (25).

Rogert, et al., (2017). En Cuba, tuvieron como objetivo en la investigación “elevar el nivel de conocimientos en pacientes de 35-60 años de edad expuestos a factores de riesgo de lesiones premalignas de la cavidad bucal, en el consultorio médico de la familia (CMF) No. 26, Roberto Reyes, Bayamo”. Estudio de tipo longitudinal y de diseño cuasi-experimental. La muestra lo constituyó 80 pacientes del consultorio médico Roberto Reyes, Bayamo, de la provincia Granma, durante los meses de enero a marzo del 2016. Los resultados de la evaluación sobre factores de riesgo en lo concerniente a lesiones premalignas y que tienen que ver con la cavidad bucal fue en el 61.25 % un nivel de conocimiento malo antes de la intervención educativa en los pacientes, y después de la intervención logró aumentar a un nivel de conocimiento bueno en el 81.25 %, existiendo diferencias significativas entre el pre test y pos test a la prueba de la Prueba MacNemar. Concluyeron en base a sus resultados obtenidos, que la intervención educativa, es un instrumento práctico y útil en elevar el nivel de conocimiento significativamente ($p < 0.05$) en la población frente a los factores de riesgo de lesiones premalignas de la cavidad bucal (26).

Rodríguez, et al., (2017). En Cuba, tuvieron como objetivo en la investigación “evaluar el nivel de conocimiento de la población objeto de estudio sobre los factores de riesgo del cáncer bucal, los factores protectores para prevenir el cáncer bucal y los signos bucales de alarma relacionados con el cáncer bucal”. Es un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño experimental de intervención educativa, y de tipo longitudinal. La muestra de la investigación lo constituyó 450 pacientes de 35 años de edad a más, pacientes del “Hospital General Docente Julio Aristegui Villamil”. Los resultados encontrados de la estrategia educativa sobre conocimiento del cáncer bucal, el conocimiento inicial fue insatisfactorio en un 84,4% de los pacientes y luego de la intervención educativa el

conocimiento se elevó resultando ser satisfactorio en el 94,2%. En lo concerniente a factores de riesgo que están inmiscuidos en el cáncer bucal, entre las que se puede citar el tabaquismo, alcoholismo, prótesis desajustadas, higiene, exposición al sol, el nivel de conocimiento inicial según los investigadores fue mejorado a consecuencia de la intervención educativa, apreciándose porcentajes aceptables por encima del 80% respectivamente. En lo referente a los signos de alarma relacionados al cáncer bucal como las manchas rojas y blancas, úlceras, abultamiento y lesiones duras el nivel de conocimiento inicial fue mejorado con cifras altas por encima del 92% respectivamente en los pobladores. Concluyeron que el nivel de conocimiento inicial sobre cáncer bucal fue insatisfactorio en la mayoría, y luego de efectuado la intervención educativa el conocimiento fue satisfactorio en casi todos los pacientes, resultando la intervención educativa efectivo en la educación respecto al cáncer oral (27).

2.2. Base teórica

2.2.1. Cáncer

Se conoce como cáncer a la fase maligna de la neoplasia (28), que engloba a un conjunto de más de 100 enfermedades distintas (1,2), que afectan cualquier parte del cuerpo (3), e histopatológicamente por ser más de 1000 variedades con características en común (1,3). Siendo la ciencia que se encarga del estudio del cáncer sus repercusiones, su tratamiento, prevención, asistencia y la investigación es la oncología médica. (29)

Los datos epidemiológicos del cáncer, hacen que para el mundo sea uno de los problemas mayores en la salud pública, y la más diagnosticada es la neoplasia maligna (4). La tasa de incidencia del cáncer está en aumento más en mujeres debido a problemas

ginecológicos, pero el hombre es el que presenta la mayor frecuencia entre las edades de 25 a 50 años en los distintos tipos de cáncer (5).

En el 2012, la enfermedad a nivel mundial representó 14.1 millones de nuevos casos y existiendo un total de 8.2 millones de muertes, y que son evitables el 30 % de las cuales (2). En el Perú, la tasa de mortalidad como consecuencia del cáncer fue de 122,9 defunciones por cada 100 000 habitantes en el 2016 (14). El estadio más avanzado de cáncer es detectado en el 85% de los casos, convirtiéndose en la segunda causa de muerte (15), solo superadas por las originadas por enfermedades infecciosas y parasitarias (14).

La descontrolada multiplicación o el comportamiento anormal de las células neoplásicas en el ser humano, es el mecanismo por el cual se produce el crecimiento desordenado del cáncer en cualquier lugar del cuerpo, sobrepasando los mecanismos de control fisiológico (30). Al inicio es reversible en muchos casos, pero si no es tratado a tiempo se vuelve irreversible, convirtiéndose en una neoplasia maligna que se propaga a los tejidos vecinos del cuerpo dañándolos y alterando su fisiología (31).

La proliferación y crecimiento celular anormal es uno de los comportamientos de las células cancerosas en los tejidos (32). El crecimiento anormal, a la vez desordenado y al superar a las células normales, hacen que sea el factor que permite la proliferación a las distintas partes del cuerpo, que viene a ser la metástasis, producto de las complicaciones la que convierte como una de las primeras causas de mortalidad en el individuo (22,33). Que hace necesario, que su diagnóstico como su tratamiento sea importante efectuar (1).

2.2.2. Cáncer oral

2.2.2.1. Generalidades

Uno de los tipos de cáncer son los carcinomas, que están asociadas a la alta morbilidad y mortalidad, como son los de cabeza y cuello, de estas las más comunes las que se encuentran en la cavidad oral (6), considerados entre las neoplasias malignas como la séptima más común.² Siendo el carcinoma de células escamosas o epidermoide la lesión neoplásica maligna que se presenta con mayor frecuencia y es de origen epitelial (34, 35).

El cáncer oral son aquellas neoplasias benignas y/o malignas, que se desarrollan desde de la mucosa oral y puede asentarse en el labio, la lengua, el piso de la boca, así como en el paladar duro y blando, las glándulas salivales, sobre los revestimientos interiores de la mejilla y las encías (1, 36).

Como neoplasia maligna tiene un comportamiento agresivo, que comprende entre el 4% al 5% de todos los tumores en el ser humano de etiología multifactorial, en la que la susceptibilidad genética como factor endógeno crítico, y los exógenos afines al estilo de vida (6, 7).

Como patología el cáncer oral, origina en el individuo problemas psicosociales y económicas, más aún cuando a acuden a consulta en estado avanzado, la que demanda tratamientos de alto costo, que impide además reintegrarse a las labores en un corto plazo, y generando también problemas de adaptación social (2).

2.2.2.2. Epidemiología del cáncer oral

El cáncer de cabeza y cuello ocupa el sexto lugar de los cánceres de mayor frecuencia en el mundo, y el 3% se ubican en la cavidad oral (1). Cuando ocurre el

diagnóstico tardío la mortalidad es cercana al 50 %, que hace que sea la más alta a pesar de la incidencia de otros tipos de cáncer (37).

El cáncer oral ocupa el sexto lugar de incidencia, representando el 2 % de todos los cánceres en el mundo (38). En las neoplasias de la cavidad oral, el 95% son carcinomas epidermoides o escamosas, que están compuestas por células escamosas planas que constituyen habitualmente el revestimiento de la cavidad oral (39, 40).

La prevalencia del cáncer oral al considerar el género, es más común en los hombres y a partir de los 50 años de edad en adelante en diversos países, pero variando según su localización (3).

El cáncer oral a nivel mundial en el 2012 fue alrededor de 300 000 casos, que representa el 2.1% de todos los casos nuevos, que generó 145 000 muertes, de estos el 77% fueron en los países en vías de desarrollo (41). Informes en el 2018 sobre nuevos casos de cáncer oral en el mundo, mencionan que existió 354.864 casos, siendo 246.420 en hombres y 108.444 en mujeres, los casos de fallecidos por ejemplo fueron de 177.384 individuos en total, de estos últimos 119.693 individuos hombres y 57.691 en mujeres (8).

En Estados Unidos las personas sufren tres de cada 100 de cáncer orofaríngeo y en el caso de Argentina las personas presentan neoplasias orales entre tres y cinco de cada 100 (42). La mayor incidencia por cada 1000 habitantes fue en Asia 169 (56.1%), en lo que respecta a Latinoamérica y el Caribe fue de 21 (7.0%) y la menor incidencia en Oceanía con solo 4 (1.3%) (43). También las incidencias son las más altas en el sur de Brasil y así como en Uruguay, presentándose estos casos un 30% en los capitales (13).

En el Perú el cáncer oral, se halla entre las 10 neoplasias malignas de mayor frecuencia (16), siendo el sexo femenino el que presenta mayor prevalencia (33). Sin embargo, otros reportes indican es mayor la prevalencia en hombres (37). Como causa de

muerta en la población peruana, el cáncer oral representa como la segunda causa. (41) Siendo la tasa de mortalidad en el 2016 de 1.8 por cada 100 000 habitantes, como consecuencia de los cánceres de labio, cavidad bucal y la de faringe (14). Que es debido al diagnóstico en la etapa avanzada, siendo el estimado del 75% (41).

En lo que respecta a la edad inmiscuida, que es entre el 90% y 95% de los cánceres orales, estas se logran diagnosticar en aquellas personas mayores de 40 años (1,37), pero también se evidencia que y más del 50% están involucrados en aquellos individuos que sobrepasan los 65 años (1). Pero países como Dinamarca y Escocia fueron los primeros en informar sobre un incremento en las tasas de incidencia y mortalidad en jóvenes adultos (44).

Las enfermedades como la leucoplasia y eritroplasia son las lesiones orales premalignas o precancerosas con mayor frecuencia en el mundo y son las más predisponentes en desarrollar el cáncer oral, con un 60% de probabilidad cuando existe la combinación de ambas enfermedades (12).

2.2.2.3. Factores etiológicos

Si bien el cáncer oral presenta una etiología no definida, sin embargo, existen múltiples factores como agentes carcinogénicos (1), entre las que se hallan por el consumo de tabaco y por la ingesta del por parte del individuo del alcohol entre los factores más predisponentes (12, 40, 42).

El tabaco y el alcohol representan la mayor amenaza para la salud y al combinarse aumenta el riesgo de sufrir cáncer oral, y si son adictos tienen 38 veces más riesgo aún que los que no tienen este mal hábito (42).

Otros factores de riesgo que se hallan asociados es la exposición excesiva a la radiación solar, el consumo de carnes roja y frituras en exceso con un bajo consumo de

frutas y vegetales, la acción de virus asociado con el VIH y oncogenes (1,44) Los dientes con bordes filosos, las prótesis dentales desajustadas, cierto tipo de anemia (1,7,10,12), y la sepsis bucal no son factores determinantes, aunque en algunos estudios indican dicha relación (1).

a. Tabaco

Después del alcohol, el tabaco es la droga más utilizada en el mundo (45) y es el principal factor de riesgo en producir la muerte en el 22% de la población con cáncer en el mundo (46).

El tabaquismo como enfermedad crónica, se le atribuye por favorecer en el origen de los problemas bucales, como son los procesos premalignos y malignos como el carcinoma epidermoide (11). Convirtiéndose en un problema de salud de la población por la relación existente con el cáncer (47). En la salud pública, su repercusión genera muertes prematuras, invalidez y deterioro en la población en su calidad de vida (11).

Como factor de riesgo se constituye entonces el tabaco, como uno de dichos factores para todo tipo de cáncer, y en la cavidad oral es aún más determinante por la alta vascularización existente (38). Sumado a ello el humo del tabaco que genera sustancias carcinógenas que provoca cambios en la lengua, mucosa oral y la zona aerodigestivo superior. (48)

El tabaco contiene aproximadamente 300 sustancias cancerígenas que son dañinas para la mucosa oral, (18,38) tales como el formaldehído, arsénico, acetaldehído, cloruro de vinilo, metanol, cadmio, cumeno, monóxido de carbono, el amonio, óxido de etileno, butano, policíclicos, cianuro de hidrógeno, entre otros (18,38,49). Si bien la nicotina su cancerogenicidad no es tan asociada, pero sí es la causa para que el fumador se vuelva

adicto, esta adicción se debe porque produce sensación de placer por la rapidez con la que llega al cerebro (11).

Si bien el riesgo de cáncer oral disminuye en aquellos ex fumadores, sin embargo, aún presentan relación dosis-efecto, esto debido al prolongado tiempo del hábito de fumar y porque recién se equipará al riesgo de un no fumador después de los diez años de haber dejado de fumar (50).

Las repercusiones del tabaco en la cavidad oral son en predisponer la enfermedad periodontal, en ocasionar problemas de coagulación sanguínea y en el retraso de la cicatrización de los tejidos y en producir pigmentaciones de la mucosa (11). Otro de los efectos perjudiciales del consumo del tabaco en el aspecto no oncológico, en ser la causa de muerte prematura, enfermedades cardiovasculares, bronquiales y en afectar al hombre también en su salud sexual. (51,52).

a. Alcohol

El consumo de alcohol es uno de los factores para el desarrollo de algún tipo de cáncer, como las que se encuentran en la región de cabeza y cuello. Entre las que está el cáncer de la cavidad oral, el esófago, mama, hígado, colorrectal, entre otros. (14,46) Siendo finalmente cerca del 4% del total de cáncer a nivel mundial relacionadas por el consumo a las bebidas alcohólicas. (53)

El porcentaje de consumo de alcohol en personas con hábito de consumo con edades de 15 años y en los de más de edad, pasó de 5,4% en el 2014 a 4,6% en el año 2016, y siendo los hombres con el mayor trastorno de consumo. (14)

Hay que tener en cuenta que el consumo del alcohol está relacionado directamente por la cantidad, la frecuencia y/o el tiempo de consumo, pero no por el tipo o variedad de la bebida alcohólica (46). Para otras investigaciones el rol independiente aún no está

esclarecido en el desarrollo del cáncer oral. (41) Sin embargo, en la actualidad, “el Programa Nacional de Toxicología del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos incluye en la lista el consumo de bebidas alcohólicas como conocido carcinógeno humano” (49).

A nivel de la cavidad oral el alcohol empeora o produce irritación, ulcera, sequedad; así mismo afecta la laringe y el esófago. Por ello la ingesta de folato es necesario e importante, pero uno de los efectos del hábito de beber alcohol es en disminuir la absorción del folato, que con lleva a tener mayor riesgo de sufrir de cáncer de mama y colorectal (46).

b. Alcohol y tabaco

En el cáncer oral, el tabaquismo, así como el alcoholismo como los factores de riesgo extrínsecos predisponentes, con un historial de consumo de 85 y 80% de los pacientes respectivamente (9-11). Reportes plantean por ello, que los fumadores y los alcohólicos poseen tres veces más posibilidades de sufrir cáncer oral en comparación a los que no presentan adicción alguna (11).

La combinación de consumo del tabaco y alcohol aumenta más los riesgos de desarrollar ciertos cánceres (10,12,46,54). Estos incluyen cánceres de la cavidad oral, faringe, laringe, esófago, gástrico y de pulmón (46,54). Las probabilidades se incrementan aún más, si a temprana edad se inicia el consumo de estas bebidas, (55) y al combinar los dos factores mencionados añaden aún más factores, por consiguiente, se acrecienta el riesgo de contraer el cáncer (10,12).

Si tenemos en consideración a un no fumador, frente al riesgo de un fumador de padecer un cáncer de cavidad oral es 6 veces superior (46) y además si el individuo es un

bebedor alcohólico, el sinergismo de esta asociación se incrementa en el riesgo en un 50% de padecer cáncer oral (44,54).

c. Dieta

La alimentación aconsejable en la dieta diaria debe de ser equilibrada a base de fibra, derivados lácteos bajo en IGF-I y aminos heterocíclicas, para prevenir el desarrollo de cáncer (56). Otros de los alimentos importantes son los vegetales frescos y frutas como la sandía, manzana, uva y ciruela, (56, 57). Como vegetales el ajo, zanahoria, tomate, brócoli, frijol y cebolla (56). La nutrición con contenido de macronutrientes. Son los que tienen la capacidad de evitar la iniciación, así como la progresión del cáncer; en consecuencia, tienen la capacidad de disminuir el riesgo de padecer (57).

Sin embargo, existen alimentos que al ser consumidos en exceso se relacionan con el inicio del cáncer. Entre las principales etiologías del cáncer está el consumo de los alimentos con alto valor de grasas saturadas (28), el exceso de sal y azúcar, los alimentos ahumados, las que son preparadas a altas temperaturas de cocción como las carnes rojas, el bajo consumo de verduras y frutas (asociado al cáncer del estómago, colon y recto) (14).

d. Deficiencias nutricionales

Las deficiencias nutricionales por disfagia ferropénica, es la condición que guarda asociación con el cáncer oral en pacientes sin hábito de fumar y beber alcohol (44). La presencia de atrofia de la mucosa producto de la deficiencia nutricional por hierro y micronutrientes facilita la actividad mitótica y la carcinogénesis oral (38).

La deficiencia de las vitaminas A y E, están igualmente asociados a la carcinogénesis oral en el paciente. Por la deficiencia de la vitamina E, el crecimiento de

las células cancerígenas no podrá ser inhibidas, tampoco podrán controlar la alteración y la diferenciación celular por la carencia de la vitamina A (38). Además de dichas vitaminas, en lo que respecta a la vitamina C, está se encuentra involucrado tanto en hombres como en animales en la patogénesis del cáncer oral (48).

e. Virus del papiloma humano (VPH)

El VPH presenta una doble cadena de ADN e infectan a nivel del epitelio plano estratificado, que dan origen a las lesiones epiteliales, verruga vulgar e hiperplasia epitelial focal (41). Los subtipos 16 y 18 del VPH son los de alto riesgo, las que están asociados al carcinoma escamocelular en la cavidad oral, que representa el 48% de los casos, y lamentablemente la mayoría es detectada en estadios tardíos (III-IV) (8).

f. Genética

En el cáncer, la carcinogénesis es la que permite el desarrollo, mediante el mecanismo de cambios y modificaciones en el material genético, siendo el mecanismo básico la sobreexpresión de los oncogenes, a la vez el silenciamiento de los genes supresores tumorales. (58)

La susceptibilidad genética aún no ha sido definida para contraer el cáncer oral, como si lo ha sido por otros tumores en las demás zonas del cuerpo (11). Sin embargo, existe la asociación en los casos de los síndromes en predisponer y en el aumento de mutaciones del ADN, en la dificultad de metabolizar los carcinógenos y la dificultad de reparar el ADN (12). En el cáncer de la cavidad oral otros de los genes identificados son los TP53 y p143. (58) El gen p53 se le considera como el modulador principal en la respuesta celular (59). La huella del ADN en las diversas patologías cancerígenas es

importante efectuar la secuenciación del exoma, ante la diversidad genética subclonal en el tumor primario, y ante el éxito o fracaso de la terapia (60).

g. Factores dentales

Los dientes con bordes filosos, el trauma crónico producido por las prótesis dentales desajustadas o en mal estado, (1,41) y la sepsis bucal no son factores determinantes en la aparición del cáncer oral, aunque algunos estudios indican lo contrario manifestando dicha relación (1). Otro de los factores dentales son las obturaciones defectuosas y raigones, que todos ellos son lesivos para la mucosa oral (18).

2.2.2.4. Clasificación Según su localización del cáncer oral

El Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de Norteamérica, clasifica al cáncer oral por su localización, considerando entonces las estructuras anatómicas como: Dos tercios de la zona anterior de la lengua, labio, otras de las estructuras a considerar es la mucosa bucal, piso de la boca, trigono retromolar, paladar duro, encía superior y encía inferior (3,61,62). Que son todas aquellas originadas desde de la mucosa bucal u oral (12).

a. Labios y comisura labial

“La apariencia clínica del cáncer de labio depende de la duración de la lesión y la naturaleza del crecimiento, el tumor usualmente comienza en el borde del bermellón del labio hasta un lado de la línea media” (11).

b. Suelo bucal y lengua

El cáncer de lengua es la más frecuente según la localización del cáncer oral, (3) que se produce por la degeneración a nivel de la lengua de las células escamosas y siendo

uno de los tumores malignos que se presenta con mayor severidad, representando el 95% de los tipos de cánceres de células escamosas, el 5 % viene a ser el carcinoma verrucoso y los tumores de las glándulas salivales (63).

La mayoría de las neoplasias se localizan con más frecuencia en el área más inferior, específicamente en los bordes laterales de la lengua (3,11). Otras de las zonas que las neoplasias se localizan, es la zona contigua del suelo de boca y en el reborde marginal en sus aspectos linguales (11,64).

Cuando se trata de pacientes fumadores o alcohólicos, las lesiones se suelen observar en la zona anterior de lengua, así como también en el suelo de boca, en la mucosa oral y alveolar (3).

c. Carcinoma del paladar blando y duro

En el paladar blando, los carcinomas representan entre el 5-15% de los tumores de la orofaringe, siendo sin embargo mayormente P16 negativos (65). En el paladar duro su aparición es menos frecuente, que suele observarse de color rojo o blanco, en forma de placa o como queratósicas ulceradas, que por lo general son asintomáticas (41).

d. Carcinoma de mucosa yugal y encías

Clínicamente en el área afectada se logra en observar como úlcera o por la presencia de tumoración, siendo sus características el sangrado, así como endurecimiento y dolor localizado (41).

2.2.2.5. Clasificación de los tumores malignos de los tejidos blandos orales

En función como se derivan del tejido afectado, se encuentran los tumores malignos que derivan del epitelio, así como también los tumores malignos que derivan

del tejido conectivo, las metástasis que ocurren en las partes blandas de la cavidad bucal, y finalmente las neoplasias del sistema inmune las que se encuentran relacionado a la afectación oral (1).

a) Tumores malignos derivados del epitelio

- **Carcinoma oral de células escamosas (COCE) o epidermoide**

El carcinoma de células escamosas, es la lesión neoplásica maligna que se presenta con mayor frecuencia y es de origen epitelial, (34,35) que representa un poco más del 90% de cáncer oral (38,40). Este tipo de carcinoma afecta la piel, la mucosa oral, el revestimiento de los órganos huecos del cuerpo, encía, paladar, los pasajes de los tractos respiratorio (zonas de la laringe, hipofaringe y tráquea) y digestivo (38).

La etiología es multifactorial (60), que están relacionadas por exposición al consumo del tabaco y/o alcohol (12,34), irritantes mecánicos, sífilis, infecciones por el VPH, y por factores hereditarios (34).

En etapas tempranas o moderadas del COCE, el tratamiento es quirúrgicamente y por radioterapia, en los casos de estado avanzado la atención es multidisciplinarios en no-quirúrgicos con fines de controlar la enfermedad, prolongar la supervivencia y con la finalidad de mejorar o mantener la calidad de vida (60).

- **Carcinoma verrucoso**

El carcinoma verrucoso, también nombrado como hiperplasia verrugosa o conocido también como leucoplaquia verrugosa proliferativa, es un tipo de

carcinoma de células escamosas, y que puede llegar hasta un 5% su representatividad en el cáncer oral (40).

El carcinoma verrucoso es un trastorno proliferativo de la mucosa, por su localización se ubica en el maxilar inferior (66), que afecta a adultos mayores principalmente y a aquellos consumidores de tabaco (mayormente en masticadores) (40). En este tipo de carcinoma su invasión no es profunda, es decir raramente metastiza, pero presenta amplia queratinización y en el tejido conectivo adyacente intenso infiltrado inflamatorio (40,66).

- **Melanoma oral (MO)**

Es una neoplasia maligna de origen basal de los melanocitos de la epidermis, que es una entidad de crecimiento descontrolado y que ocurre en la mucosa entre el 1% al 2% de los MO (66). Los melanomas que se presentan en la cavidad oral mayormente son neoplasias metastásicas, por lo general es más frecuente en hombres a diferencia de las mujeres, y que se manifiesta durante la cuarta y sexta etapa de vida (40).

El pronóstico en los pacientes que padecen la enfermedad, la sobrevivencia es de 3 y 5 años, pero no supera el 43% en casos de diagnóstico temprano, si bien el tratamiento quirúrgico de cirugía resectiva mejora el pronóstico sumado a la radioterapia y quimioterapia, a diferencia en aquellos pacientes que se encuentren con la enfermedad en los estados II y III del MO (67).

- **Carcinoma basocelular (CBC)**

El CBC como cánceres cutáneos no melanoma, representa entre el 70 y un 80% en individuos de piel blanca y cada vez se presenta en población de edad

joven (68). El CBC son tumores epiteliales malignos variante del cáncer de la piel, por su localización cutánea es la más frecuente y es de origen a partir de la capa basal (69).

Al considerar la localización, involucra los tejidos faciales, y de manera excepcional produce metástasis, es de crecimiento lento, pero en el aspecto psicológico afecta la autoestima del paciente, debido a la ocurrencia de la enfermedad en áreas muy visibles del cuerpo (68).

b) Tumores malignos derivados del tejido conectivo

- **Fibrosarcoma**

Deriva a partir de los fibroblastos, siendo además más común en hombres a diferencia que en las mujeres, la edad de la manifestación es más frecuente durante la tercera y quinta década de vida (66). Es una neoplasia maligna de células mesenquimatosas de los sarcomas primarios y donde los fibrosarcomas representan el 36% (70).

Los signos comunes es la motilidad de un diente carente de patología, y los problemas se desarrollan a nivel del periostio, periodonto, o en zonas irradiadas durante el tratamiento (66).

- **Fibrohistiocitoma maligno**

Es un tumor de tejidos blandos, que deriva a partir de los fibroblastos e histiocitos malignos, es un tipo de tumor que se encuentra como consecuencia a la exposición a radioterapia, y es frecuente encontrar en adultos (71).

- **Rabdomiosarcomas**

Rabdomiosarcomas derivan de las células del músculo estriado, se presenta tanto en niños y en los adolescentes con mayor frecuencia. La lengua es el lugar principal de manifestación, otra de las características es lo asintomático, el aumento rápido del volumen y en lo que respecta a la metástasis es por vía sanguínea (66).

c) Metástasis implicadas en partes blandas respecto a la cavidad oral

Encontrar este tipo de problema en la mucosa oral es poco frecuente, debido que solo 1% metastatizan de las neoplasias existentes en mucosa oral (1). Por el contrario, un 90% es en los huesos de los maxilares, y finalmente un 10% en las partes blandas (72).

d) Neoplasias del sistema inmune implicadas en la afectación oral

- **Mieloma Múltiple (MM)**

Los MM, se originan de las células plasmáticas, y viene a ser una proliferación neoplásica monoclonal de las células plasmáticas en la médula ósea (73,74). El MM generan en el paciente múltiples lesiones osteolíticas a nivel de vertebras, costillas en mayor frecuencia (75), fracturas patológicas, y la sintomatología dolorosa e inflamatoria es una de las formas para llegar al diagnóstico (73).

La incidencia del MM es de 3 a 15 casos por año en cada 100.000 habitantes (74). Estadísticamente, representa el 1 % de los cánceres y viene a ser un 10 % de las enfermedades hematológicas malignas, que incide en mayor frecuencia en adultos mayor a los 50 años (75).

En cuanto a las repercusiones de interés odontológico, su ocurrencia es secundaria a la infiltración de células plasmáticas (74), se puede observar en imágenes radiográficas de la mandíbula como una imagen radiolúcida multilobulada (73), en el cráneo (75), en la mucosa bucal y gingival (74).

2.2.2.6. Lesiones en la cavidad oral potencialmente malignas

La OMS clasificaba anteriormente como lesiones precancerosas y condiciones precancerosas. Lesiones precancerosas al tipo de lesiones de los tejidos que son morfológicamente alterados, y que es probable el desarrollo de un cáncer, a diferencia de los tejidos adyacentes con apariencia normal (44). Condiciones precancerosas se refiere al estado generalizado que se asocia significativamente a un riesgo eminente de desarrollar el cáncer (44).

La denominación anterior fue cambiada en su criterio el año 2007 por Warnakurasuriya et al, que describieron una serie de lesiones al que denominaron como alteraciones o lesiones potencialmente malignas, basándose en consideraciones de estudios longitudinales de ciertas alteraciones que presentan los pacientes y por proporciones “de cambios morfológicos, citológicos, cromosómicos, genómicos y moleculares que se ven en el cáncer invasivo” (76).

La OMS considera en esta nueva definición alteraciones o lesiones potencialmente malignas, cuando los tejidos morfológicamente alterados que tienen la más alta probabilidad que ocurra el cáncer (77).

a) Leucoplasia

La leucoplasia bucal tiene la tendencia a transformarse a maligno (39), lesión que se caracteriza por el color que predomina en la mucosa bucal, siendo el blanco (39, 78), y que no tiene la tendencia a desaparecer al frotarla (39).

Microscópicamente en la leucoplasia se observa la aparición del proceso de queratinización, ulceraciones en el epitelio, como también cambios celulares en el tejido conjuntivo subyacente y su malignización asociada a la presencia de la displasia (39). Se manifiesta la leucoplasia en la lengua y en el bermellón del labio, como también en la mucosa yugal y en la mucosa alveolar mandibular (79).

Una de las variantes de la leucoplasia que se caracteriza por su agresividad, se trata de la leucoplasia proliferativa multifocal (LPM), y que es la de mayor transformación maligna, que puede convertirse en carcinomas de células escamosas o en carcinomas verrugosos (78).

b) Eritroplasia

La eritroplasia oral es una lesión de la mucosa bucal muy poco común (79). Por su origen etiológico implica al tabaco y el alcohol, por su característica clínica en presentar el color eritematoso y aterciopelada (80), y por ser una lesión con riesgo a malignizarse (79). La prevalencia de la eritroplasia oral es solo del 0.02% al 0.83% y las áreas que más logra afectar es la mucosa bucal, la palatina y la mucosa yugal (79). Para su diagnóstico es preciso efectuar el estudio histológico, así como lo es para la leucoplasia (80).

c) Displasia epitelial

La displasia de la mucosa oral es una alteración de las células adultas en su morfología, los cambios característicos existentes son proliferativos irregulares, atípicos por responder a la inflamación o irritación crónica y por su capacidad de malignizarse (81). En la displasia epitelial existe un desorden en la maduración epitelial y la alteración en la proliferación celular, acompañada de alteraciones en su

tamaño y formas. En cuanto a su presencia en el liquen plano por parte de la displasia epitelial es variable (82).

d) Liquen plano

El liquen plano como enfermedad cutánea, inflamatoria y crónica es muy frecuente en la cavidad oral, siendo las localizaciones de mayor afección la lengua, mucosa oral, encías y labios (79). Para el diagnóstico de la enfermedad por Liquen, definitivamente se recurre a la utilización de la biopsia (41). La etiología del liquen plano es desconocida, y su incidencia es mayor en individuos entre las edades de 30-50 años y siendo más frecuente entre el 60% - 70% de las mujeres (80). En la población general lo padecen entre el 0,5 y el 2 % aproximadamente (82).

En la cavidad oral presenta una variedad clínica de manifestaciones, como eritema, erosiones, así como ampollas que por lo general son dolorosas (41). Se caracteriza por presentar lesiones simétricas de color blanco y bilaterales, que son similares a estrías o líneas (79).

e) Fibrosis submucosa oral (FSO)

La FSO es una condición potencialmente maligna del tracto digestivo superior de la mucosa, que presenta un riesgo por su progresión lenta y/o alto (79). Es una enfermedad potencialmente maligna de etiología desconocida (41). Sin embargo, se le asocia al consumo o contacto prolongado del tabaco, así como al betel, chicle, pimienta picante, entre otros (77).

La FSO se sitúa en los labios, la mucosa yugal, así como en el paladar blando (77). Se caracteriza por formar bandas fibrosas en la mucosa oral, que también puede extenderse de manera ocasional hasta la faringe como hasta el primer tercio del

esófago (79). La lesión eritematosa que es observada en la mucosa, pueden hallarse en conjunto con las vesículas o petequias, que tienen aspecto pálido y atrófico con “apariencia de piedra de mármol” (77). Por la presencia de inflamación y fibrosis, genera rigidez marcada influyendo en los labios y en la apertura bucal (41).

f) Queilitis actínica

La Queilitis actínica es potencialmente maligna, por ser una lesión inflamatoria crónica que ocurre a nivel de los labios (77,79). La lesión se debe por la exposición a la radiación ultravioleta de manera prolongada, así como por una mala higiene, el hábito al alcohol y/o tabaco, traumatismos, y por cáncer o enfermedad sistémica (77).

Prevalece la enfermedad a partir de la cuarta década de vida, siendo mayormente en los hombres de raza blanca, con potencialidad de malignidad que está entre 11-36%, y su localización en el 95% de los casos es el labio inferior (79). Clínicamente son fisuradas, secas y descamativas las zonas afectadas, pudiendo ocurrir ampollas, así como vesículas con presencia de dolor, picazón y sangrado (77,79). Por la progresión a carcinoma que presenta, la biopsia es el medio para el diagnóstico definitivo (41).

g) Lupus eritematoso discoide

En el lupus, el signo clínico característico es en ser una lesión eritematosa, escamoso y atrófica en forma de placa (77). Se trata de una enfermedad autoinmune, pero que del todo aún no esclarecida en su patogenia y su causa (83).

A nivel de la cavidad oral se suele observar clínicamente parecido a como se manifiesta el liquen plano oral, así como la fibrosis submucosa (41). También se manifiesta en la zona cutánea, en el rostro que es lo más común (83), en el tórax, el

cuero cabelludo, en todo caso en cualquier parte del cuerpo, siendo la incidencia más en mujeres que en hombres y en la raza negra (77). Entre otras de las lesiones potencialmente malignas se encuentran la disqueratosis congénita, la epidermolisis bullosa (76), estomatitis nicotínica y candidiasis hiperplásica crónica (77).

2.2.2.7. Diagnóstico del cáncer oral

Al ser desconocido los diversos factores que influyen en el inicio del cáncer, es fundamental efectuar el diagnóstico precoz, antes de que se desarrolle el problema cancerígeno, para así evitar su progresión (84), y con la finalidad de mejorar la supervivencia y su pronóstico en el paciente (1). Por lo tanto, el diagnóstico oportuno es esencial antes que se produzca la manifestación de los síntomas en estadios muy avanzados (85).

En lo que respecta al diagnóstico, puede ser de manera clínica e histopatológico, este último siendo un método muy efectivo. En lo que respecta al examen clínico de la mucosa oral puede ser visualmente o por medio de la palpación (1). Es importante entonces al evaluar al paciente, considerar las localizaciones debido a la frecuencia con que se presenta el cáncer oral, como la parte anterior de la lengua en sus dos tercios (3,61), en las áreas del labio, la mucosa bucal, así como al nivel piso de la boca, triángulo retromolar, paladar duro, encía superior y encía inferior (3,61,62), y estructuras como la orofaringe (3).

El diagnóstico definitivo mediante el estudio anatomopatológico es una herramienta indispensable (1), por lo que la realización de la biopsia es necesario (41). La biopsia como método de utilidad contrastada, es la obtención de un tejido como muestra para su diagnóstico (76). En la biopsia como procedimiento quirúrgico se encuentran: La biopsia incisional, que radica en la eliminación representativa de un

fragmento de la lesión en sospecha, la biopsia escisional que es la remoción de la lesión en sospecha de manera completa con márgenes de seguridad, y la biopsia por aspiración que es una técnica mínimamente invasiva pero confiable (41).

Como utilidad complementaria para el diagnóstico comprende la “citología exfoliativa, colorantes vitales, técnicas ópticas, alteraciones cromosómicas, marcadores moleculares y biomarcadores salivales” (76). Pero genéticamente aún no se ha encontrado para los casos del cáncer oral en su diagnóstico con un marcador fiable; sin embargo, existen los marcadores CK13, CK19 y SCCA mRNA, siendo el más fiable por lo menos el SCC mRNA (3).

2.2.2.8. Signos y síntomas a partir del cáncer oral

Los síntomas que se manifiestan en el cáncer oral y que abarca también las áreas de la faringe son: Dolor como una de las manifestaciones al momento de masticar, deglutir o al introducir el alimento en boca, así como también se encuentran los dolores en el área cervical del cuerpo (16). Otro de los síntomas que se presentan es la sensación de globo, alteración de la secreción salival, quemazón lingual, se ven alteradas las papilas gustativas y el lenguaje, así como la presencia de tumefacciones a nivel de los ganglios linfáticos y a nivel de la cabeza como en el cuello, entre otros. (16, 86).

Entre los más comunes signos que se manifiesta en el cáncer oral están: Ulceración o lesión de forma erosionada caracterizado por la pérdida del epitelio, debido a la ruptura de la lámina basal, la presencia de eritema determinado por la delgadez del epitelio con enrojecimiento producto de la inflamación de la dermis (16, 85, 86). En lo que respecta a la fijación ocurre al crecer las células neoplásicas, las que pueden llegar a invadir las zonas profundas ya sea del músculo o en consecuencia el hueso; otro de los signos es por la cronicidad, que se logra diferenciar porque las lesiones no consiguen cicatrizar de

manera espontánea o no son reversibles y que permanecen por más de 14 días sin desaparecer (16, 85, 86).

Como síntomas inmiscuidos se encuentran las adenopatías que comprometen a los ganglios que puede estar durante el estado evolutivo de la neoplasia (16). En la metástasis una de las características es el gran tamaño y en ser duros los ganglios linfáticos, que determina por su signo clínico que presenta en ocasionar un mal pronóstico (16). Donde las lesiones cancerígenas transfieren células tumorales extendiéndose más allá de los límites de los ganglios linfáticos, y a otros órganos o regiones (16, 87), siendo por consiguiente la causa principal de muerte (87).

2.2.2.9. Tratamiento del cáncer oral y sus repercusiones o efectos adversos

a. Tratamiento

Son diversos los tratamientos existentes frente el cáncer oral, y que dependen de diversos factores como son: Por su localización, el tamaño del tumor, como se encuentran los ganglios linfáticos y considerar igualmente la existencia o no de metástasis a distancia (3). Esto hace que el tratamiento sea bajo un enfoque multidisciplinario frente el cáncer, debido a que el tratamiento aun es complejo ejecutarlo (88).

Durante el tratamiento quirúrgico es importante preservar la estructura sana lo máximo posible, por ello es indispensable la evaluación del tipo de tratamiento a emplear, iniciando por lo general con la radioterapia como coadyuvante al tratamiento quirúrgico (3), o de manera combinada las anteriores descritas con la quimioterapia (3,35,89). Pero cuando se trata de una anomalía pequeña la escisión sola es el tratamiento y la radiación en caso de recurrencia de la enfermedad (72).

La cirugía durante la escisión del carcinoma, debe de tener por objetivo en conseguir que el margen de seguridad de tejido normal sea de 2 cm (44). Por cuanto una eliminación insuficiente en la resección de las células tumorales, el resultado será mayor riesgo de que ocurra recurrencias ya sea locales y/o regionales, afectando también la disminución de la tasa de supervivencia a largo plazo (90).

El tratamiento con radioterapia y quimioterapia mejoran en controlar la región afectada, así como en aumentar la supervivencia del paciente (3). En la radioterapia consiste en utilizar los rayos de alta energía, con la finalidad de dañar las células cancerosas evitando la propagación del tumor (89). Por lo general la dosis de radioterapia llegan hasta 50-70 Gy (Gray = unidad de radiación), que depende del tipo y la localización del tumor, y el periodo de tratamiento puede llegar una vez por día hasta siete por semanas (3). El tratamiento con radiación de altas dosis, es con la finalidad de destruir las células cancerosas y reducir el tumor (91).

El fundamento de la quimioterapia está basado en la administración de medicamentos que ingresan al torrente sanguíneo, con la finalidad que llegue al cáncer para evitar la propagación a otros órganos más allá de la cabeza y cuello, (44) e impedir a las células tumorales su replicación (89). Para lo cual la suministración es por vía intravenosa o vía oral del medicamento, como coadyuvante de la enfermedad (44). Los antineoplásicos cicloindependientes actúan en células en división y en reposo en una sola fase determinada del ciclo celular, y los ciclodependientes intervienen en las diversas fases del ciclo celular sobre la célula (88).

b. Repercusiones o efectos adversos

Los efectos adversos que pueden ocurrir a partir de la terapéutica, pueden ser funcionales, estéticos o en los órganos (41). Uno de los efectos es a partir de la cirugía de

los tejidos afectados por su margen de seguridad de exéresis que requiere, que pueden generar deformidades, fibrosis y cicatrices (41,88), que repercuten en el aspecto de estética facial del individuo, más aún si se trata por procedimientos de maxilectomía o mandibulectomía (88). Las complicaciones sin embargo pueden ser minimizados, mediante las diversas técnicas quirúrgicas reconstructivas y de rehabilitación protésica (41).

Las complicaciones como resultado del tratamiento por la radioterapia y la quimioterapia pueden ser directa o secundaria al tratamiento, siendo el efecto de forma aguda o crónicas (41,92). La alteración en boca rompe el equilibrio saludable de bacterias, el cambio en los tejidos de la boca y de las glándulas salivales, que conducen finalmente en generar llagas e infecciones en la cavidad oral, que se deben por la lenta formación de células nuevas por efecto del tratamiento (92).

Los casos adversos por la radioterapia es la presencia de mucositis como reacción inflamatoria aguda y secundaria que dificulta la alimentación y hablar (88,90). Igualmente, otros casos adversos es la hipoplasia, la osteorradionecrosis que es la afección más seria y dolorosa en el lugar de la radiación (41,88), alteración del gusto de manera parcial o total por la afectación a las papilas del gusto por la radiación, otro de los problemas que genera es la xerostomía por la pérdida o reducción del flujo salival, y trismos que ocurre por fibrosis de los músculos masticatorios que dificulta el abrir y cerrar la cavidad bucal (88). También se encuentra la caries por radiación, que se manifiesta secundaria a la hiposalivación, apareciendo en zonas inusuales como en la parte vestibular del diente incisivo inferior (90).

Las complicaciones como efecto secundario de la quimioterapia dependen de la dosis recibida, los ciclos y vías de administración (41,88). Que pueden generar la lesión de los tejidos orales, la interferencia de la curación normal, y la deficiencia inmunitaria

(88). Entre las complicaciones están la mucositis oral que es difícil de prevenir y tratar, presentándose en forma de eritema, atrofia, sangrado, ardor y dolor (90). Otras de las complicaciones son las infecciones oportunistas como la candidiasis, neurotoxicidad, disgeusia, tendencia al sangrado y la osteorradionecrosis (88). En una terapia continua “afecta a las células de la médula ósea induciendo la mielosupresión, leucopenia, trombocitopenia y eritrocitopenia, provocando susceptibilidad a la infección, hemorragia y anemia” (41).

2.2.2.10. Importancia del conocimiento en la prevención del cáncer oral

La Asociación Dental Americana (ADA) recomienda que en pacientes entre 20 y 39 años, el examen por cáncer oral debe de ser efectuado al menos cada tres años y cuando se trata de individuos mayores de 40 años debe de ser al año, debido a lo prevenible que es el cáncer mayormente (11). Por cuanto tres de cada cuatro con cáncer oral son prevenibles al eliminar los factores de riesgo como el tabaco, el alcohol, y al reducir al mismo tiempo los riesgos por tumores secundarios (3).

Cuando el cáncer oral se logra diagnosticar en la fase temprana de desarrollo, la tasa de supervivencia es del 80 al 90%, sin embargo, mayormente se diagnostican en la etapa tardía con una tasa de mortalidad aproximada del 43% que es muy alta (13).

Es importante que los pacientes como la población en general sepan reconocer los síntomas y los factores de riesgo, que es posible con un adecuado conocimiento sobre dicha problemática por parte de los pacientes o la población; y los profesionales de la salud u odontólogos tiene un rol importante en incrementar el conocimiento deficiente sobre el cáncer oral, con la aplicación de programas de intervención educativa sobre factores de riesgo, la prevención, detección precoz y tratamiento (17).

El conocimiento que imparta el profesional de la salud u odontólogo sobre el cáncer y sus repercusiones orientado hacia el paciente, debe de ser con el propósito sensibilizar hacia lo preventivo y en mejorar la perspectiva hacia la salud, induciendo a que tengan en consideración el peso corporal saludable, dieta sana y la práctica del ejercicio físico, con la finalidad de reducir el riesgo (14).

A partir de las evidencias existentes, es necesario inculcar en los pacientes como en la población en general, que deben de evitar el consumo de tabaco y el alcohol, así como impedir la exposición pasiva al humo, la exposición al sol que debe de evitarse, protegerse contra las infecciones que puedan originar cáncer (14), reducir el hábito del betel, y promover el consumo de alimentos con antioxidantes (3).

En la prevención del cáncer, en lo posible la priorización estratégica debe de estar enfocado en la prevención primaria, complementado por la prevención secundaria (84).

- **Prevención primaria**

La prevención primaria en el cáncer, debe de enfocarse en la identificación y aislamiento de los factores que permiten que se desarrolle la enfermedad, en consecuencia, se debe de reducir y evitar las exposiciones al tabaco, la dieta inadecuada, la ingesta del alcohol y el sedentarismo en los individuos (84).

El objetivo es limitar la incidencia del cáncer, que se logra al realizar antes que se produzca, la adopción de programas de promoción de la salud, así como mediante medidas que permitan modificar los factores de riesgo, mediante la protección como es el caso frente al VPH con la vacunación (41).

- **Prevención secundaria**

Debido que se desconocen los diversos factores que influyen en el inicio del cáncer, es necesario que el diagnóstico sea de manera precoz, antes de que se desarrolle el cáncer evitando su progresión (84). Pero existen las que no se pueden evitar, que son las que se originan por factores no modificables como la edad, sexo, raza o por antecedentes familiares (84,53).

La fase sub clínica, es la etapa en la que la prevención secundaria debe de actuar, con los métodos de diagnóstico existentes, ya que el cribado como método es eficaz (84). Reduciendo en consecuencia las altas mortalidades de la enfermedad en los grupos de alto riesgo (41). La prevención secundaria por consiguiente busca la disminución de la prevalencia, así como también en evitar las secuelas y en buscar un mejor pronóstico, utilizando para ello la educación sanitaria en la población (14).

- **Prevención terciaria**

En esta etapa de la prevención, es cuando la actuación ocurre sobre la enfermedad cancerosa que ya está establecida, las que pueden estar con secuelas o sin ninguna secuela (41,93). La acción preventiva es con el fin de limitar la lesión y evitar que el problema sea mayor (41,93), como son producto de las recidivas y las complicaciones como consecuencia del tratamiento oncológico (41, 93).

2.2.3. Intervención educativa sobre cáncer oral

Los programas de intervención educativa sobre cáncer oral, deben tener en consideración los aspectos básicos de las actividades en promoción y prevención.

Además, deben de poseer la capacidad de identificar los estilos de vida no saludables de los pacientes. Está demostrado que las intervenciones educativas permiten modificar los niveles de conocimientos en la población intervenida (18).

Las actividades durante la intervención deben de inculcar en los pacientes o a la población en general, la práctica de higiene, por cuanto los microbios, bacterias o parásitos producen el cáncer (53). Igualmente, durante la intervención educativa dar a conocer sobre los factores que favorecen la carcinogénesis como son el consumo de alimentos en exceso (en grasas, energéticos y proteicos) e insuficientes en fibras y vitaminas; de manera que se debe de incentivar el consumo de alimentos protectores de equilibrio como fibras, así como vitaminas (C, A y E), sustancias como es el caso de los antioxidantes (frutas, verduras y suplementos) y los llamados reductores (16).

La educación en el paciente debe de estar enfocado en los factores de riesgo como son el consumo de tabaco, el alcohol, así como frente a la exposición desmesurada es decir en lo excesivo al sol por su radiación que son perjudiciales (3). Inculcar también en la importancia de la prevención y el diagnóstico temprano del cáncer oral, con la finalidad de promover y proteger a la cavidad bucal, por cuanto existen individuos que no conocen sobre los daños y las consecuencias que existen (19).

Las acciones perjudiciales del tabaco al ser altamente nocivo para el individuo, es necesario en dar a conocer a la población, que en ningún momento deben de permitir que alguien fume cerca de él, por cuanto sin la necesidad de fumar está aspirando durante la respiración los componentes del tabaco, por la acción del fumador (53). Por lo tanto, la motivación a la población debe de estar enfocado en modificar sus costumbres con mayor información en mejora del conocimiento frente al cáncer oral (20). Es importante informar que el consumo de las bebidas alcohólicas, deben ser con moderación y promover en cambio la dieta saludable, la actividad física, actividad sexual responsable,

evitar la exposición inadecuada a los rayos solares y a los agentes carcinógenos del medio ambiente (53).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

- **H1:** La aplicación de la intervención educativa sobre el cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre el cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

2.3.2 Hipótesis específicos

- **H1:** La aplicación de la intervención educativa sobre generalidades del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre generalidades del cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

- **H1:** La aplicación de la intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

- **H1:** La aplicación de la intervención educativa sobre los signos y síntomas del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre los signos y síntomas del cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

- **H1:** La aplicación de la intervención educativa sobre repercusiones del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre repercusiones del cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

- **H1:** La aplicación de la intervención educativa sobre prevención del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre prevención del cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

En el estudio efectuado se encuentra bajo el método hipotético deductivo. Que se fundamenta a partir de las premisas o variables y enunciados que motiva la investigación, que se generan la hipótesis, las que luego son llevadas a la contrastación, explicación, para llegar a la conclusión (94).

3.2. Enfoque de la investigación

La investigación por la naturaleza del estudio que es en medir y analizar la información, pertenece al enfoque cuantitativo (94,95). Se fundamenta en consecuencia en la medición de los fenómenos, recopilación y análisis de los datos de manera precisa, produciendo datos numéricos medibles (95,96). Para lo cual utiliza procedimientos estandarizados, informáticos y estadísticos admitido científicamente, que permite describir, explicar, y predecir con objetividad (94,97).

3.3. Tipo de investigación

Considerando el análisis de manera crítica y exhaustiva de la literatura y de los antecedentes descritos, se ha identificado que la presente pesquisa por el tiempo de ocurrencia de los hechos que ha sido medido los resultados es prospectiva (94,95). Por su secuencia de temporalización de corte longitudinal, por cuanto la población estudiada se medirá en dos oportunidades distintas para la comparación de los datos de la evaluación

(98). Es de tipo aplicada por su objeto de estudio, porque se encarga en la búsqueda de herramientas con el fin de resolver los problemas aplicando el conocimiento, orientado en la innovación científica con la finalidad de dar solución (98,99).

3.4. Diseño de la investigación

En base a la literatura por su naturaleza revisada de los objetivos y el nivel de conocimiento, pertenece el estudio al diseño cuasi-experimental (95). Un diseño cuasi-experimental pretende estudiar mediante un plan de trabajo el impacto de un tratamiento o procesos de cambios y la efectividad una intervención, en el que las unidades de investigación o sujetos no son asignados por un criterio aleatorio (100,101).

En este estudio se efectuó la evaluación pretest y postest en el grupo control y experimental, en su intermedio la intervención educativa al grupo experimental, siendo los más homogéneos posibles y bien formados cada uno de los grupos a evaluar.

Esquema:

GE	O ₁	X	O ₂
GC	O ₁	----	O ₂

Donde:

GC: Grupo de control.

GE: Grupo Experimental.

O₁: Evaluación pre test.

X: Intervención educativa.

O₂: Evaluación post test.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población:

La población considerada en dicho momento en el presente trabajo, estuvo comprendida por 80 pacientes que acudieron para el tratamiento odontológico, entre los meses noviembre y diciembre al consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra en el año 2021. Se refiere por población, “al conjunto de personas u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación” (102).

3.5.2. Muestra:

La muestra considerada las que conformaron la investigación, estuvo comprendida por 80 pacientes que acudieron para el tratamiento odontológico, entre los meses noviembre y diciembre al consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra en el año 2021. Divididos en dos grupos, 40 pacientes como grupo control y los otros 40 pacientes en el grupo experimental. Los pacientes considerados en la muestra, fueron los que acudieron al tratamiento odontológico y que requirieron de varias citas durante los meses descritos.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que acudieron a consulta al consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, durante el mes de noviembre y diciembre del año 2021.
- Pacientes de ambos sexos y a partir de los 18 años a más.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que son profesionales de la salud.
- Pacientes que solo acuden a una sola cita de consulta.
- Pacientes iletrados/as.
- Pacientes con aparente sintomatología por el Covid-19.
- Pacientes al control del termómetro infra rojo que presenten mayor a 37.5⁰C.
- Pacientes que no desearon firmar el consentimiento informado para participar.
- Pacientes que hayan acudido a consulta o tratados por problemas oncológicos.
- Pacientes que presenten aparente trastorno mental.
- Familiares del grupo experimental, fueron excluidos de formar parte del estudio en el grupo control.

3.5.3. Muestreo

El tipo de muestreo empleado considerando la extensión del estudio correspondió al muestreo censal. El muestreo censal, consiste en la demostración de casos de toda la población (98), que son las unidades a investigar y las que constituyen como muestra (103).

Por lo tanto, se seleccionó y se efectuó la investigación en el 100% de la población que guardan características comunes.

3.6. Variables y operacionalización

3.6.1 Variables

Considerando el análisis de manera crítica de las bases teóricas consideradas y expuestas, se ha identificado la variable nivel de conocimiento sobre cáncer oral, siendo una variable cualitativa de escala ordinal y la variable intervención educativa.

- **V₁**: Nivel de conocimiento sobre cáncer oral
- **V₂**: Intervención educativa sobre cáncer oral

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa			
V₁: Nivel de conocimiento sobre cáncer oral	Conjunto de ítems del cuestionario para la evaluación del nivel de conocimiento sobre el cáncer oral.	<ul style="list-style-type: none"> • “Conocimiento sobre generalidades del cáncer oral” (41). 	Cuestionario de Herrera CM, sobre conocimiento del cáncer oral	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Malo: 0-2 puntos • Regular: 3-5 puntos • Bueno: 6-7 puntos 			
		<ul style="list-style-type: none"> • “Conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral” (41). 				<ul style="list-style-type: none"> • Malo: 0-2 puntos • Regular: 3-4 puntos • Bueno: 5-6 puntos 		
		<ul style="list-style-type: none"> • “Conocimiento sobre signos y síntomas del cáncer oral” (41). 					<ul style="list-style-type: none"> • Malo: 0-2 puntos • Regular: 13-24 puntos 	
		<ul style="list-style-type: none"> • “Conocimiento sobre repercusiones del cáncer oral” (41). 						<ul style="list-style-type: none"> • Bueno: 25-31 puntos
		<ul style="list-style-type: none"> • “Conocimiento sobre prevención del cáncer oral” (41). 						
V₂: Intervención educativa sobre cáncer oral	Proceso por el cual se transmite conocimientos e información sobre el cáncer oral, mediante sesiones educativas, las cuáles son evaluadas con un pre y post test.	Sesiones educativas sobre el cáncer oral	Pretest y postest de las sesiones educativas del cáncer oral: Sobre generalidades, signos y síntomas, factores de riesgo, repercusiones y sobre prevención.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Efectiva • No efectiva 			

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El procedimiento de recolección y como se plasmó la intervención educativa sobre cáncer oral en pacientes que acudieron al consultorio dental “Dientecito”, se menciona posterior a la descripción sobre la técnica e instrumento usado, y después de indicar sobre la validación y la confiabilidad a efectuadas.

3.7.1 Técnica

En la presente investigación se usó la técnica encuesta, que consistió en capturar la información sobre el cáncer oral a los pacientes que acuden al consultorio dental “Dientecito”. La encuesta es una técnica que permite de forma rápido obtener información eficaz y en elaborar datos, al ser un procedimiento de aplicación masiva con procedimiento estandarizados, mediante la observación directa (104).

3.7.2 Descripción de instrumentos

Como instrumento se utilizó un cuestionario para la recopilación de los datos del estudio (ver anexo n^o 2). Con la finalidad de conocer la efectividad de una intervención educativa en lo referente a conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra. El cuestionario como instrumento, cumple la función de recoger los datos de información de la población en estudio, de manera organizada involucrando las variables implicadas de interés, como es el objetivo de la encuesta (105).

El cuestionario tipo encuesta usado para la intervención educativa acerca del conocimiento del cáncer oral por parte de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra. Fue desarrollada y validada para su tesis por

Herrera MC en el 2017, titulado “Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en pacientes adultos que acuden al servicio de diagnóstico de la Facultad de Odontología de la UNMSM en el año 2017” (41).

El cuestionario consta de dos partes (ver anexo n^o 2), en una primera los datos generales y una segunda parte el cuestionario en sí.

Primera parte:

La primera parte contiene el número de cuestionario, fecha de encuesta y datos generales como sexo y edad.

Segunda parte:

En la segunda parte se encuentran el cuestionario en sí, constituido por 11 preguntas cerradas las que contienen además opciones múltiples para las respuestas, para medir las variables incluidas en la investigación. Las 11 preguntas están divididas en 5 dimensiones o dominios (41): Corresponden las preguntas 1, 3 y 11, a la dimensión generalidades del cáncer oral. Las preguntas 2 y 4, a la dimensión factores de riesgo del cáncer oral. Las preguntas 5 y 7, a la dimensión signos y síntomas que tienen que ver con el cáncer oral. Las preguntas 9 y 10, a la dimensión repercusiones del cáncer oral. Finalmente, las preguntas 6 y 8 corresponden a la dimensión prevención del cáncer oral.

En el cuestionario “cada pregunta consta de 5 alternativas, 3 alternativas con respuestas correctas, una alternativa incorrecta y una opción en la que el participante puede indicar desconocer las respuestas; solo la pregunta N^o1 consta con una alterativa considerada correcta. Para la calificación total del cuestionario, es otorgado un punto por cada respuesta correcta, y cero puntos por cada respuesta incorrecta o que el participante haya indicado desconocer las respuestas” (41).

La puntuación en la categorización del nivel de conocimiento acerca del cáncer oral es (41):

- Malo de 0-12, regular de 13-24 y bueno de 25-31 puntos.

Según las dimensiones del nivel de conocimiento sobre cáncer oral la categorización es la siguiente (41):

- a. Dimensión conocimiento sobre generalidades del cáncer oral.
 - Malo de 0-2, regular de 3-5 y bueno de 6-7 puntos.
- b. Dimensión conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral.
 - Malo de 0-2, regular de 3-4 y bueno de 5-6 puntos.
- c. Dimensión conocimiento sobre signos y síntomas del cáncer oral.
 - Malo de 0-2, regular de 3-4 y bueno de 5-6 puntos.
- d. Dimensión conocimiento sobre repercusiones del cáncer oral.
 - Malo de 0-2, regular de 3-4 y bueno de 5-6 puntos.
- e. Dimensión conocimiento sobre prevención del cáncer oral.
 - Malo de 0-2, regular de 3-4 y bueno de 5-6 puntos.

3.7.3 Validación

El instrumento cuestionario (ver anexo n^o 2) conocimiento sobre cáncer oral. Su validación de constructo y de criterio fue realizada por Herrera MC en el 2017, mediante un juicio de expertos quienes revisaron de manera independiente (41). Por lo tanto, el cuestionario utilizado en la presente investigación se encuentra validada. Pero sin embargo se realizó igualmente la revalidación del contenido del cuestionario en el presente estudio, el cual fue evaluado por juicio de expertos (ver anexo n^o 3) de manera independiente.

3.7.4. Confiabilidad

La confiabilidad del cuestionario sobre conocimiento del cáncer oral, igualmente fue realizada por Herrera MC, con el coeficiente de Kuder-Richardson, el valor mencionado en su reporte es 0.81. Para corroborar que esté acorde su aplicabilidad para la presente investigación, también se efectuó la confiabilidad o fiabilidad del cuestionario. Para lo cual se llegó a efectuar la prueba piloto en 20 individuos (una muestra de similar característica a la población estudiada), para lo cual se utilizó el coeficiente de Alpha Combrach para su medición. El valor hallado fue de un Alpha Combrach de 0.896, que corresponde a buena o muy alta consistencia interna, (106) es decir existe muy alta consistencia en su estructura interna de los ítems del cuestionario conocimiento sobre cáncer oral (ver anexo n^o 4).

3.7.5. Procedimiento de recolección de la investigación

La pesquisa acerca de la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral, se realizó en los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra. Para lo cual se contó con la aprobación de la Comisión de Ética para la Investigación de la UPNW (ver anexo n^o 5), para llevar a cabo la ejecución. Así mismo para contar con el permiso correspondiente, se presentó una solicitud al representante del consultorio dental “Dientecito”, para que se nos brinde las facilidades en sus instalaciones para el desarrollo de la investigación en sus pacientes (ver anexo n^o 6), el cual fue respondido satisfactoriamente otorgándonos la autorización respectiva (ver anexo n^o 7).

Los pacientes estuvieron divididos durante el desarrollo de la investigación en dos grupos. 40 pacientes como grupo control, compuesto por 23 del sexo masculino y 17 del sexo femenino. Otros 40 pacientes pertenecieron al grupo experimental, compuesto por

20 pacientes en el sexo masculino y por 20 del sexo femenino. Para ver la proporción en ambos grupos, se realizó la prueba de control de pareamiento según el sexo, en el que no se encontró diferencias significativas $p=0.501>0.05$, es decir la proporción de hombres en el grupo experimental es igual estadísticamente a la proporción de hombres en el grupo control, de la misma manera, la proporción de mujeres en el grupo experimental es igual estadísticamente a la proporción de mujeres en el grupo control. (ver anexo n^o 8). Igualmente se realizó la prueba de control de pareamiento según la edad de los participantes en el grupo control y experimental. En la que no se encontró diferencias significativas $p=0.60>0.05$. Es decir, la edad del grupo control es igual estadísticamente a la edad del grupo experimental (ver anexo n^o 8).

Para que los pacientes pudieran conformar el grupo control y experimental de la investigación, la condición que se tuvo en consideración para su inclusión, fue que necesitaran de varias citas el tratamiento odontológico que requirieron. Es decir, durante un mes hasta el alta de su tratamiento. Esto debido a que la intervención educativa que se efectuó seguidamente del pretest en el grupo experimental, requirió para su evaluación posttest de la encuesta, el lapso de un mes calendario después de la intervención educativa brindada. Siendo el mismo tiempo en el grupo control para su evaluación posttest sobre el cáncer oral.

Tanto en el pretest, la intervención educativa y el posttest, se realizó con un número mínimo de pacientes, es decir se efectuó en grupos reducidos de 3 pacientes y en diferentes horarios durante el día, debido a la coyuntura sanitaria que se encuentra el país por efecto del Covid-19, y como cumplimiento de las medidas sanitarias del distanciamiento social que debe de existir de un metro a metro y medio entre individuo e individuo. Así mismo, se tuvo en consideración tanto en los pacientes como los investigadores durante la ejecución del estudio, que deben contar y usar la doble

maskarilla, el lavado de mano y/o la desinfección de las manos con el uso del alcohol en gel (107), y el paso previo de la toma de control de temperatura corporal.

Los investigadores previamente con el propósito de estar preparados sobre el tema del cáncer, participaron en la “Semana Perú Contra el Cáncer” organizado por el Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer del INEN. Con la finalidad de compartir con los pacientes de esta investigación, el conocimiento y experiencia adquirido durante dicho evento (ver anexo n^o 10).

La ejecución procedimental de la investigación se dividió en tres etapas:

Etapa I: Aplicación pretest del cuestionario

En una primera etapa, se les explicó el propósito de la investigación y se realizó seguidamente la aplicación pretest del cuestionario sobre conocimientos del cáncer oral, tanto a los pacientes del grupo control y del grupo experimental en el cual se desarrolló la intervención educativa posteriormente. Para lo cual fue preciso el consentimiento firmado como constancia de haber aceptado para su participación en el presente estudio como paso previo (ver anexo n^o 9).

Etapa II. Intervención educativa en los pacientes del grupo experimental

En esta segunda etapa se efectuó la estrategia de intervención educativa en los pacientes del grupo experimental que respondieron previamente el pretest del cuestionario. Durante la intervención educativa sobre el cáncer oral, se puso en ejecución y en práctica el plan de intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral elaborado para los pacientes del grupo experimental del consultorio dental “Dientecito” (ver anexo n^o 11). Para dicho fin, se utilizó diversos materiales didácticos como diapositivas durante la charla efectuada (ver anexo n^o 12), también se les entregó como

refuerzo de información tríplicas en relación al cáncer oral (ver anexo n^o 13), y se les mostró videos e imágenes visuales de apoyo de forma clara y precisa como información, durante las sesiones de intervención.

Las sesiones de intervención educativa fueron hechas considerando cada una de las 5 dimensiones del cuestionario de encuesta sobre conocimientos del cáncer oral. Las dimensiones a abarcadas fueron: Una primera sesión sobre las generalidades del cáncer oral, en una segunda sesión sobre los factores de riesgo, en la tercera sesión se tocó sobre los signos y síntomas, en una cuarta sesión sobre las repercusiones y en una sexta sesión sobre prevención, en todas ellas se puso en práctica todo lo considerado en el plan de intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”, elaborado para dicho fin (ver anexo n^o 11). Igualmente se tuvo en consideración aspectos en promoción de la salud, en incentivar la prevención, los estilos de vida saludables, por cuanto está demostrado que las intervenciones educativas permiten modificar los niveles de conocimientos en la población intervenida.

Durante la intervención educativa se inculcó en los pacientes, la práctica de la higiene, por cuanto los microbios, bacterias o parásitos producen el cáncer. Se puso énfasis también sobre los factores que favorecen la carcinogénesis como son el consumo de alimentos en exceso (en grasas, energéticos y proteicos) e insuficientes en fibras y vitaminas; incentivando los alimentos protectores como fibras, vitaminas y antioxidantes. Además, en los factores de riesgo más perjudiciales como son el consumo de tabaco y el alcohol. Considerando también otros factores como la exposición excesiva a la radiación solar, como influyen las deficiencias nutricionales, las prótesis dentales mal adaptadas, en referencia al VPH, y en llevar una sexualidad responsable. Finalmente enfatizando la importancia de la prevención y el diagnóstico temprano del cáncer, con la finalidad de

promover y proteger a la cavidad bucal y otros órganos del cuerpo, ante los daños y las consecuencias productos del cáncer.

Etapa III. Aplicación posttest del cuestionario

En esta tercera etapa se efectuó la aplicación posttest del cuestionario sobre conocimientos del cáncer oral, tanto a los pacientes del grupo control y del grupo experimental, en este último en el cual se desarrolló la intervención educativa. El posttest fue 30 días calendarios después de la intervención educativa desarrollada en el grupo experimental. De manera que la aplicación posttest del cuestionario fue durante la última semana del mes de diciembre del 2021. Al considerar que la intervención educativa es importante, igualmente se brindó dicha intervención en los pacientes que conforman el grupo control, esto se realizó seguidamente a la aplicación del cuestionario posttest, entregándoseles además información adicional mediante el tríptico elaborado para dicho fin (ver anexo n^o 12).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Lo recolectado del estudio, del pretest y posttest de la intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en los pacientes del grupo control y experimental, se procesaron en el estadístico SPSS versión 26.0. Se efectuó así mismo en el estudio, la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, porque el tamaño de la muestra fue mayor a 50 datos. El análisis de normalidad fue para contrastar si los datos de las variables estudiadas tuvieron una distribución normal o no tienen una distribución normal. Es decir, “esta prueba compara la función de distribución teórica con la empírica y calcula un valor de discrepancia máxima entre ambas distribuciones, proporcionando un valor p” (108).

La prueba de Kolmogorov-Smirnov permitió para encontrar que las variables no presentan distribuciones normales, por lo que se utilizó las pruebas no paramétricas de U de Mann Whitney para muestras independientes, y el Test de Wilcoxon para muestras relacionadas (ver tabla 8). Además, los resultados del estudio se muestran de manera secuencial por medio de tablas de distribución de frecuencias en lo descriptivo y por tablas de doble entrada. Las que fueron elaboradas con el programa Microsoft Excel, la redacción de los documentos de la investigación y la investigación propiamente dicha fue con el programa Word.

3.9. Aspectos éticos

- La presente investigación fue presentado a la Comisión de Ética de la universidad Norbert Wiener para su respectiva revisión y aprobación.
- Se mantuvieron en anonimato los datos personales de los participantes, para lo cual se codificaron para guardar la confidencialidad y solo fue de conocimiento para los investigadores para dicho fin.
- Se guardaron respeto al principio de autonomía de los pacientes participantes, por lo que se les explicó con lenguaje sencillo lo que se deseó para la investigación, las que constan en el consentimiento informado proporcionado.
- La participación de los pacientes a evaluados sobre el conocimiento del cáncer oral, estuvo condicionado a la firma del consentimiento informado de manera voluntaria.
- La investigación solo se ciñe a la aplicación del cuestionario tipo encuesta y la charla con fines de mejorar el conocimiento de los participantes, por lo tanto el estudio no conllevó a ningún riesgo, por cuanto no se realizó tratamiento alguno.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivos de los resultados

Tabla 1. Aspecto sociodemográfico de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra.

Sexo	Aspecto sociodemográfico	
	n	%
Masculino	43	53.7%
Femenino	37	46.3%
Total	80	100.0%
Edad		
18 a 32 años	35	43.2%
33 a 47 años	36	45.0%
48 a 62 años	9	11.3%
Total	80	100.0%

De la tabla se aprecia que del total pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, el 53.7% pertenecen al sexo masculino y un 46.3% al sexo femenino. El 45.0% pertenecen a la edad de 33 a 47 años, el 43.2% tienen la edad 18 a 32 y el 11.3% con edad de 48 a 62 años.

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en el pretest y posttest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

Nivel de conocimiento sobre cáncer oral	Pretest						Posttest					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Malo	37	92.5%	35	87.5%	72	90%	0	0.0%	36	90.0%	36	45.0%
Regular	3	7.5%	5	12.5%	8	10%	14	35.0%	4	10.0%	18	22.5%
Bueno	0	0.0%	0	0.0%	0	0%	26	65.0%	0	0.0%	26	32.5%
Total	40	100%	40	100%	80	100%	40	100%	40	100%	80	100%

De la tabla se aprecia que el nivel de conocimiento bueno sobre cáncer oral en el pretest del grupo experimental fue del 0%, regular en el 7.5% y un nivel de conocimiento malo en el 92.5% de los pacientes. En el posttest del grupo experimental a consecuencia de la intervención educativa en los pacientes sobre el cáncer oral, se observa el aumento del nivel de conocimiento, siendo bueno en el 65.0%, regular en el 35.0% y un nivel de conocimiento malo en ninguno de los pacientes. Mientras en el pretest y como en el posttest del grupo control sin intervención educativa presentaron un nivel de conocimiento malo el 87.5% y así como el 90% de los de los pacientes respectivamente.

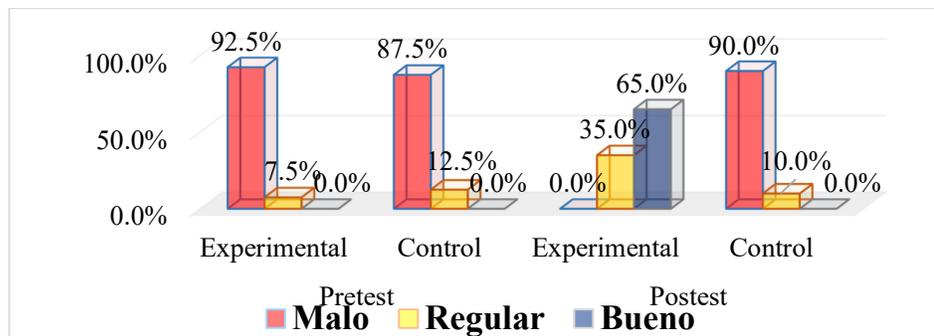


Gráfico 1. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en el pretest y posttest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre generalidades del cáncer oral en el pretest y postest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

Nivel de conocimiento sobre generalidades del cáncer oral	Pretest						Postest					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Malo	27	67.5%	31	77.5%	58	72.5%	0	0.0%	31	77.5%	31	38.8%
Regular	13	32.5%	9	22.5%	22	27.5%	34	85.0%	9	22.5%	43	53.8%
Bueno	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	15.0%	0	0.0%	6	7.5%
Total	40	100%	40	100%	80	100%	40	100%	40	100%	80	100%

De la tabla se aprecia que el nivel de conocimiento bueno sobre generalidades del cáncer oral en el pretest del grupo experimental fue del 0%, regular en el 32.5% y un nivel de conocimiento malo en el 67.5% de los pacientes. En el postest del grupo experimental a consecuencia de la intervención educativa en los pacientes sobre generalidades del cáncer oral, se observa el aumento del conocimiento, siendo bueno en el 15%, regular en el 85% y un nivel de conocimiento malo en ninguno de los pacientes. Mientras en el pretest y el postest del grupo control sin intervención educativa tuvieron un conocimiento malo el 77.5% de los de los pacientes respectivamente sobre generalidades del cáncer oral.

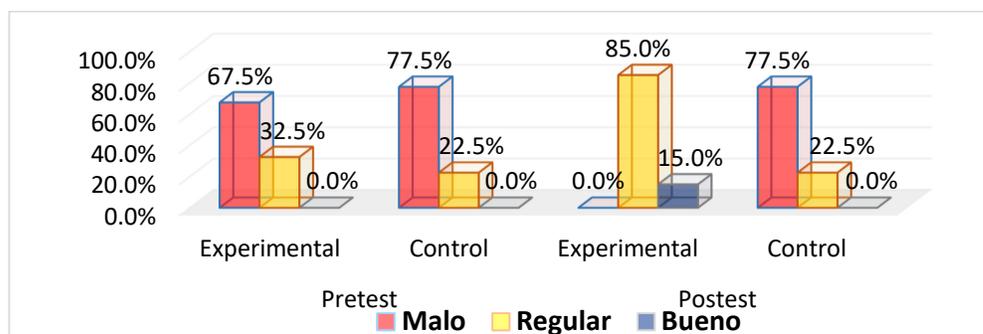


Gráfico 2. Nivel de conocimiento sobre generalidades del cáncer oral en el pretest y postest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral en el pretest y posttest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral	Pretest						Posttest					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Malo	36	90.0%	33	82.5%	69	86.3%	2	5.0%	35	87.5%	37	46.3%
Regular	4	10.0%	7	17.5%	11	13.8%	8	20.0%	4	10.0%	12	15.0%
Bueno	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	30	75.0%	1	2.5%	31	38.8%
Total	40	100%	40	100%	80	100%	40	100%	40	100%	80	100%

De la tabla se aprecia que el nivel de conocimiento bueno sobre factores de riesgo del cáncer oral en el pretest del grupo experimental fue del 0%, regular en el 10% y un nivel de conocimiento malo en el 90% de los pacientes. En el posttest del grupo experimental a partir de la intervención educativa en los pacientes sobre factores de riesgo del cáncer oral, se observa el aumento del nivel de conocimiento, siendo bueno en el 75%, regular en el 20% y un conocimiento malo solo en el 5% de los pacientes. Mientras en el pretest y el posttest del grupo control sin intervención educativa tuvieron un conocimiento malo el 82.5% y el 87.5% de los de los pacientes respectivamente.

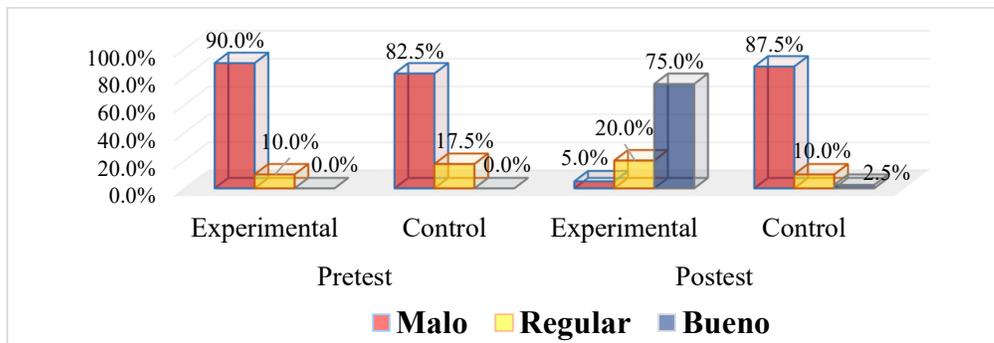


Gráfico 3. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral en el pretest y posttest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas del cáncer oral en el pretest y posttest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas cáncer oral	Pretest						Posttest					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Malo	33	82.5%	38	95.0%	71	88.8%	2	5.0%	35	87.5%	37	46.3%
Regular	7	17.5%	0	0.0%	7	8.8%	12	30.0%	5	12.5%	17	21.3%
Bueno	0	0.0%	2	5.0%	2	2.5%	26	65.0%	0	0.0%	26	32.5%
Total	40	100%	40	100%	80	100%	40	100%	40	100%	80	100%

De la tabla se aprecia que el conocimiento bueno sobre signos y síntomas del cáncer oral en el pretest del grupo experimental fue del 0%, regular en el 17.5% y un nivel de conocimiento malo en el 82.5% de los pacientes. En el posttest del grupo experimental a consecuencia de la intervención educativa en los pacientes sobre signos y síntomas, se observa el aumento del nivel de conocimiento, siendo bueno en el 65%, regular en el 30% y un conocimiento malo solo en el 5% de los pacientes. Mientras en el pretest y el posttest del grupo control sin intervención educativa tuvieron un conocimiento malo el 95% y el 87.5% de los de los pacientes respectivamente.

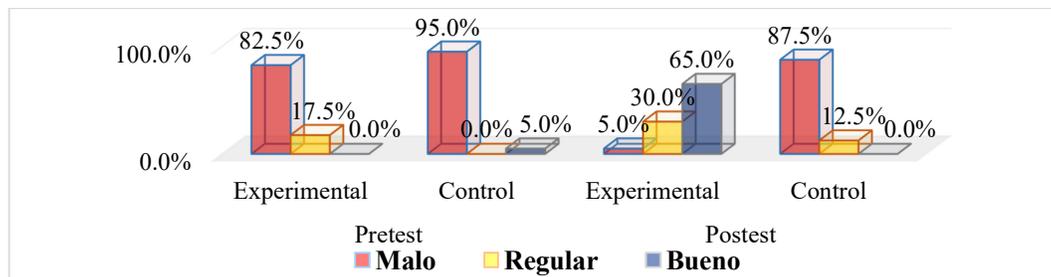


Gráfico 4. Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas del cáncer oral en el pretest y posttest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre repercusiones del cáncer oral en el pretest y postest según del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

Conocimiento sobre repercusiones del cáncer oral	Pretest						Postest					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Malo	36	90.0%	35	87.5%	71	88.8%	7	17.5%	36	90.0%	43	53.8%
Regular	3	7.5%	5	12.5%	8	10.0%	14	35.0%	4	10.0%	18	22.5%
Bueno	1	2.5%	0	0.0%	1	1.3%	19	47.5%	0	0.0%	19	23.8%
Total	40	100%	40	100%	80	100%	40	100%	40	100%	80	100%

De la tabla se aprecia que el nivel de conocimiento bueno sobre repercusiones del cáncer oral en el pretest del grupo experimental fue del 2.5%, regular en el 7.5% y un nivel de conocimiento malo en el 90% de los pacientes. En el postest del grupo experimental a consecuencia de la intervención educativa en los pacientes sobre repercusiones, se observa el aumento del nivel de conocimiento, siendo bueno en el 47.5%, regular en el 35.0% y un conocimiento malo en el 17.5% de los pacientes. Mientras en el pretest y el postest del grupo control sin intervención educativa tuvieron un conocimiento malo el 90% de los de los pacientes en ambos casos respectivamente.

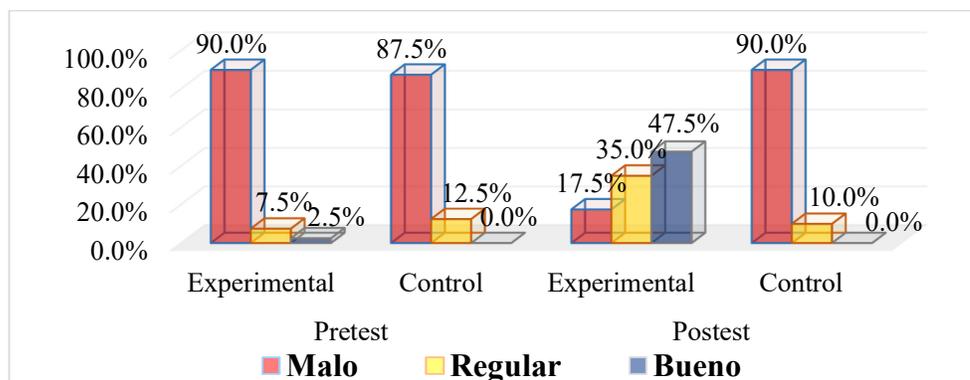


Gráfico 5. Nivel de conocimiento sobre repercusiones del cáncer oral en el pretest y postest según del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer oral en el pretest y postest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer oral	Pretest						Postest					
	Experimental		Control		Total		Experimental		Control		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Malo	37	92.5%	35	87.5%	72	90.0%	0	0.0%	36	90.0%	36	45.0%
Regular	3	7.5%	2	5.0%	5	6.3%	6	15.0%	3	7.5%	9	11.3%
Bueno	0	0.0%	3	7.5%	3	3.8%	34	85.0%	1	2.5%	35	43.8%
Total	40	100%	40	100%	80	100%	40	100%	40	100%	80	100%

De la tabla se aprecia que el nivel de conocimiento bueno sobre prevención del cáncer oral en el pretest del grupo experimental fue del 0%, regular en el 7.5% y un nivel de conocimiento malo en el 92.5% de los pacientes. En el postest del grupo experimental a consecuencia de la intervención educativa en los pacientes sobre prevención del cáncer oral, se observa el aumento del nivel de conocimiento, siendo bueno en el 85%, regular en el 15% y un nivel de conocimiento malo en ninguno de los pacientes. Mientras en el pretest y el postest del grupo control sin intervención educativa tuvieron un conocimiento malo el 92.5% y en el 90% de los de los pacientes en ambos casos respectivamente.

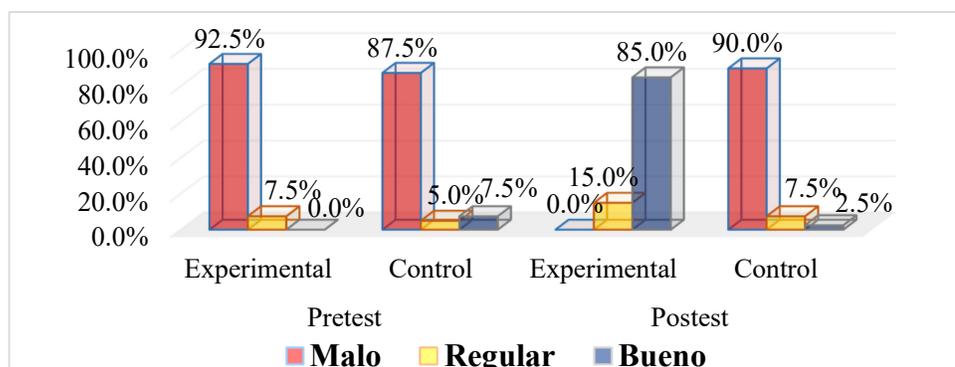


Gráfico 6. Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer oral en el pretest y postest del grupo control y del grupo experimental con intervención educativa de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

4.1.2. Resultados inferenciales

4.1.2.1. Prueba de normalidad

Tabla 8: Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de la variable conocimiento del cáncer oral y sus dimensiones en el pretest y postest del grupo control y experimental.

Grupo experimental			
	N	Test Statistic	Asymp. Sig. (2-tailed)
Generalidades del cáncer oral. 1	40	.251	,000 ^d
Factores de riesgo del cáncer oral. 1	40	.183	,002 ^d
Signos y síntomas del cáncer oral. 1	40	.237	,000 ^d
Repercusiones del cáncer oral. 1	40	.264	,000 ^d
Prevención del cáncer oral. 1	40	.228	,000 ^d
Conocimiento sobre el cáncer oral 1	40	.190	,001 ^d
Generalidades del cáncer oral.2	40	.222	,000 ^d
Factores de riesgo del cáncer oral. 2	40	.249	,000 ^d
Signos y síntomas del cáncer oral. 2	40	.242	,000 ^d
Repercusiones del cáncer oral. 2	40	.171	,005 ^d
Prevención del cáncer oral. 2	40	.294	,000 ^d
Conocimiento sobre el cáncer oral. 2	40	.255	,000 ^d
Grupo control			
Generalidades del cáncer oral. 1	40	.199	,000 ^d
Factores de riesgo del cáncer oral. 1	40	.236	,000 ^d
Signos y síntomas del cáncer oral. 1	40	.221	,000 ^d
Repercusiones del cáncer oral. 1	40	.221	,000 ^d
prevención del cáncer oral. 1	40	.271	,000 ^d
Conocimiento sobre cáncer oral. 1	40	.178	,003 ^d
Generalidades del cáncer oral. 2	40	.244	,000 ^d
Factores de riesgo del cáncer oral. 2	40	.202	,000 ^d
Signos y síntomas del cáncer oral. 2	40	.214	,000 ^d
Repercusiones del cáncer oral. 2	40	.206	,000 ^d
Prevención del cáncer oral. 2	40	.296	,000 ^d
Conocimiento sobre cáncer oral. 2	40	.150	,024 ^d

1. Pretest, 2. Postest, d. La variable y sus dimensiones no presenta normalidad

De la tabla se aprecia que la variable conocimiento sobre el cáncer oral y sus dimensiones al contrastar la normalidad con el análisis de Kolmogorov-Smirnov, permitió en comprobar que no presentan distribución normal. En consecuencia, la presunción de normalidad es rechazada. Por lo tanto, para comprobar la efectividad de la intervención educativa, se aplicó las pruebas no paramétricas de U de Mann Whitney para muestras independientes, y el Test de Wilcoxon para muestras relacionadas.

4.1.2.2. Análisis de prueba de hipótesis de la efectividad

Prueba de la hipótesis general:

H1: La aplicación de la intervención educativa sobre el cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre el cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Nivel de significación 0.05

Tabla 9. Prueba de Wilcoxon en el pretest y postest del grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

	Puntaje pretest –puntaje postest
Z	-5,517 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Tabla 10. Prueba U de Mann Whitney en el postest del grupo control y grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

	Puntaje postest
Mann-Whitney U	12,500
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: grupo

Regla de decisión: Se rechaza Ho si sig<0.05.

Conclusión: A la en la prueba de wilcoxon se encontró como sig <0.05, demostrando que en el grupo experimental después de la intervención educativa el conocimiento sobre el cáncer oral aumentó significativamente. Asimismo, según la prueba U de Mann-Whitney, se demuestra que al final de la intervención, el conocimiento sobre cáncer oral en el grupo experimental es mayor que el conocimiento sobre cáncer oral en el grupo control. Dado estos análisis se acepta H1, concluyendo que la aplicación de la intervención educativa sobre el cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra.

Prueba de la hipótesis específico 1:

H1: La aplicación de la intervención educativa sobre generalidades del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre generalidades del cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Nivel de significación 0.05

Tabla 11. Prueba de Wilcoxon en el pretest y postest del grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de las generalidades del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

	Puntaje pretest –puntaje postest
Z	-5,424 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test. b. Based on negative ranks.

Tabla 12. Prueba U de Mann Whitney en el postest del grupo control y grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de las generalidades del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

	Puntaje postest
Mann-Whitney U	72
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: grupo

Regla de decisión: Se rechaza H_0 si $\text{sig} < 0.05$.

Conclusión: A la prueba de wilcoxon se encontró como $\text{sig} < 0.05$, se demuestra entonces que en el grupo experimental después de la intervención educativa el conocimiento sobre generalidades del cáncer oral aumentó significativamente. Asimismo, según la prueba U de Mann-Whitney, se demuestra que al final de la intervención, el conocimiento sobre generalidades del cáncer oral en el grupo experimental es mayor que el conocimiento sobre generalidades del cáncer oral en el grupo control. Dado estos análisis se acepta H_1 , concluyendo que la aplicación de la intervención educativa sobre generalidades del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra.

Prueba de la hipótesis específico 2:

H1: La aplicación de la intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

H0: La aplicación de la intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Nivel de significación 0.05

Tabla 13. Prueba de Wilcoxon en el pretest y postest del grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de los factores de riesgo del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

	Puntaje pretest –puntaje postest
Z	-5,544 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Tabla 14. Prueba U de Mann Whitney en el postest del grupo control y grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de los factores de riesgo del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

	Puntaje postest
Mann-Whitney U	47
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: grupo

Regla de decisión: Se rechaza H_0 si $\text{sig} < 0.05$.

Conclusión: A la en la prueba de wilcoxon se encontró como $\text{sig} < 0.05$, se demuestra entonces que en el grupo experimental después de la intervención educativa el conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral aumentó significativamente. Asimismo, según la U prueba de Mann-Whitney, se demuestra que al final de la intervención, el conocimiento sobre factores de riesgo en el grupo experimental es mayor que el conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral en el grupo control. Dado estos análisis se acepta H_1 , concluyendo que la aplicación de la intervención educativa

sobre factores de riesgo cáncer de oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra.

Prueba de la hipótesis específico 3:

H1: La aplicación de la intervención educativa sobre los signos y síntomas del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre los signos y síntomas del cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Nivel de significación 0.05

Tabla 15. Prueba de Wilcoxon en el pretest y postest del grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de los signos y síntomas del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

	Puntaje pretest –puntaje postest
Z	-5,465 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Tabla 16. Prueba U de Mann Whitney en el postest del grupo control y grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de los signos y síntomas del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

	Puntaje postest
Mann-Whitney U	37.5
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: grupo

Regla de decisión: Se rechaza H_0 si $\text{sig} < 0.05$.

Conclusión: A la en la prueba de wilcoxon se encontró como $\text{sig} < 0.05$, demostrando que en el grupo experimental después de la intervención educativa el conocimiento hacia los signos y síntomas del cáncer oral aumentó significativamente. Asimismo, según la prueba U de Mann-Whitney, se demuestra que al final de la intervención, el conocimiento hacia los signos y síntomas en el grupo experimental es mayor que el conocimiento sobre los signos y síntomas en el grupo control. Dado estos análisis se acepta H_1 , concluyendo que la aplicación de la intervención educativa sobre sobre los signos y síntomas del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra.

Prueba de la hipótesis específico 4:

H1: La aplicación de la intervención educativa sobre repercusiones del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

H0: La aplicación de la intervención educativa sobre repercusiones del cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Nivel de significación 0.05

Tabla 17. Prueba de Wilcoxon en el pretest y postest del grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de las repercusiones del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

	Puntaje pretest –puntaje postest
Z	-4.434 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Tabla 18. Prueba U de Mann Whitney en el postest del grupo control y grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de las repercusiones del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

	Puntaje postest
Mann-Whitney U	100.5
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: grupo

Regla de decisión: Se rechaza H_0 si $\text{sig} < 0.05$.

Conclusión: A la en la prueba de wilcoxon se encontró como $\text{sig} < 0.05$, se demuestra entonces que en el grupo experimental después de la intervención educativa el conocimiento sobre repercusiones del cáncer oral aumentó significativamente. Asimismo, según la prueba U de Mann-Whitney, se demuestra que al final de la intervención, el conocimiento sobre repercusiones en el grupo experimental es mayor que el conocimiento sobre repercusiones en el grupo control. Dado estos análisis se acepta H_1 , concluyendo que la aplicación de la intervención educativa sobre repercusiones cáncer de oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra.

Prueba de la hipótesis específico 5:

H1: La aplicación de la intervención educativa sobre prevención del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre prevención del cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021.

Nivel de significación 0.05

Tabla 19. Prueba de Wilcoxon en el pretest y postest del grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de prevención del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

	Puntaje pretest –puntaje postest
Z	-5,579 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Tabla 20. Prueba U de Mann Whitney en el postest del grupo control y grupo experimental en el análisis de la efectividad de la intervención educativa sobre conocimientos de prevención del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”.

	Puntaje postest
Mann-Whitney U	19
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: grupo

Regla de decisión: Se rechaza Ho si sig<0.05.

Conclusión: A la en la prueba de wilcoxon se encontró como sig <0.05, demostrando que en el grupo experimental posteriormente la intervención educativa el conocimiento sobre prevención del cáncer oral aumentó significativamente. Asimismo, según la prueba U de Mann-Whitney, se demuestra que al final de la intervención, el conocimiento sobre prevención en el grupo experimental es mayor que el conocimiento sobre prevención en el grupo control. Dado estos análisis se acepta H1, concluyendo que la aplicación de la intervención educativa sobre el cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento sobre prevención cáncer de oral de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra.

4.1. 3. Discusión de resultados

El cáncer constituye un problema en la salud del individuo, por ser una enfermedad crónica y patológica, que se origina por la modificación de una célula y por sus múltiples mutaciones en lo que respecta a su genotipo, así como por la malignización de la célula en su fenotipo y que luego se encarga en invadir los tejidos adyacentes y distantes (27). Al ser diagnosticados en la mayoría de casos en estados avanzados hace que el pronóstico sea desfavorable y hace que requieran tratamientos más complejos (17). El diagnóstico precoz y la prevención es primordial entonces, y una intervención educativa sobre el cáncer oral juega un rol importante ante esta problemática.

En la presente investigación a partir de la información recolectada sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”. Los resultados encontrados al solo considerar el pretest y posttest del grupo control, así como en el pretest del grupo experimental de los pacientes en los que aún no se realizó la intervención educativa sobre el cáncer oral, se encontró un nivel de conocimiento malo

en cada uno de ellos, siendo del 87.5%, 90.0% y del 92.5% respectivamente. Resultados que guarda similitud con el estudio efectuado por Herrera, *et al.*, (17) quienes realizaron la investigación en un solo momento y que reportaron un nivel de conocimiento que fue por lo general predominantemente malo sobre el cáncer bucal en el 56.5% de los pacientes. Si bien en el presente trabajo se encontró porcentajes más altos del nivel conocimiento malo, pero a partir de ambos resultados podemos inferir que es importante entonces desarrollar una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en los pacientes o en población en general, con la intención de mejorar o perfeccionar su conocimiento y sus perceptivas en lo concerniente de dicho problema.

El nivel de conocimiento de los pacientes sobre cáncer oral encontrado en el pretest antes de la intervención educativa en el grupo experimental fue malo en el 92.5%, pero a partir de la intervención educativa sobre el cáncer oral efectuado, se evidenció el aumento del nivel de conocimiento siendo bueno en el 65.0% y regular en el 35.0% de los pacientes. Los resultados hallados guardan concordancia con las investigaciones de Ramos y Calero, (22) quienes en sus resultados mostraron que un 46.7% de los trabajadores presentaron un nivel de conocimiento malo sobre el cáncer bucal y solo un 13.3% como bueno antes de la intervención educativa, pero después de la intervención educativa el nivel de conocimiento se modificó siendo excelente en el 66.7% y bueno en el 30% de su población estudiada. Igualmente se coincide con Singh K, *et al.*, (25) debido que, en sus estudios al aplicar la educación sanitaria, el conocimiento y la concientización aumentó de una puntuación de 5.3 a una puntuación de 6.7, siendo significativo dicho aumento. Así mismo, otra de las investigaciones que coincide con los resultados reportados, son las investigaciones de Rodríguez, *et al.*, (27) sus resultados encontrados sobre conocimiento del cáncer bucal, denotó que el conocimiento inicial fue insatisfactorio en un 84.4% y que luego se elevó a consecuencia de la intervención

educativa resultando ser satisfactorio en el 94.2% de los pacientes. Estas coincidencias existentes demuestran que la aplicación de una intervención educativa permite mejorar notablemente el conocimiento en el individuo.

En el cáncer oral, el tabaquismo, así como el alcoholismo son los factores de riesgo extrínsecos predisponentes (9-11). Reportes plantean que los fumadores y los alcohólicos poseen 3 veces más posibilidades de sufrir cáncer oral en comparación a los que no presentan adicción (11), y al combinar dos o más factores se acrecienta aún más (10, 12), otros factores a considerar es el exceso a la exposición solar, las prótesis dentales mal adaptadas y como las deficiencias nutricionales. Ante esta problemática, fue necesario conocer en la población estudiada el conocimiento hacia los factores de riesgo del cáncer oral. El conocimiento bueno encontrado en el pretest del grupo experimental fue del 0%, regular en el 10% y un nivel de conocimiento malo en el 90% de los pacientes; es decir, ninguno de los pacientes tuvo un nivel de conocimiento bueno, pero después de la intervención educativa en los pacientes el nivel de conocimiento aumentó, siendo bueno en el 75%, regular en el 20% y un conocimiento malo solo en el 5% de los pacientes. Lo reportado se asemeja al estudio desarrollado por Renda, *et al.*, (19) en mejorar el conocimiento, por cuanto el conocimiento sobre tabaquismo como factor de riesgo en relación con el cáncer oral fue suficiente en el 92.72 % antes de la intervención, y aumentó a 96.36 % posterior a la aplicación de la intervención educativa. Si bien en el antes y después Renda, *et al.*, (19) encontró valores altos de conocimiento suficiente, esto se debe porque solo tomó en consideración a un solo tipo de factor como fue el tabaquismo, a diferencia de la presente investigación donde se abordó varios factores inmiscuidos al medir con el cuestionario. También existe concordancia con Zaldivar, (20) por cuanto la intervención educativa mejoró el nivel de conocimiento inicialmente inadecuado en el 62.5% aun nivel de conocimiento adecuado en el 85% de los pacientes

en lo que respecta a los factores de riesgo del cáncer oral. Resultados semejantes al presente estudio también fueron reportados por Aguilera, *et al.*, (23) sobre los factores de riesgo del cáncer oral, siendo al inicio inadecuado en el 92,10% y que se elevó posterior a la intervención educativa a un 100% el conocimiento adecuado. Igualmente, los estudios de Reyes y Díaz, (24) Rogert, *et al.*, (26) y el reporte de Rodríguez, *et al.*, (27) tuvieron resultados coincidentes al presente trabajo sobre el nivel de conocimiento de los factores de riesgo del cáncer oral, que mejoraron luego de la intervención educativa. Reyes y Díaz, (24) encontraron un nivel de información malo en el 52.5% sobre el riesgo del hábito de fumar y aumentó luego a un buen nivel de información en el 75% de los pacientes; Rogert, *et al.*, (26) hallaron en el 61.25% de los pacientes un nivel de conocimiento malo y después de la intervención logró aumentar a un nivel de conocimiento bueno en el 81.25%; y se concuerda además con el reporte de Rodríguez, *et al.*, (27) sus resultados mostraron que el nivel de conocimiento inicial fue mejorado a consecuencia de la intervención educativa, apreciándose porcentajes aceptables por encima del 80% respectivamente sobre los factores de riesgo inmiscuidos en el cáncer oral como son el tabaquismo, alcoholismo, prótesis desajustadas, higiene, exposición al sol. Estas coincidencias a partir de la intervención educativa que mejoro el conocimiento, hicieron que los participantes en cada una de las investigaciones reportadas, pudieran identificar los principales factores de riesgo del cáncer oral.

En lo que respecta al conocimiento inmiscuidos a los signos y síntomas del cáncer oral en el pretest y postest del grupo experimental con intervención educativa, se encontró al inicio un nivel de conocimiento malo en el 82.5% de los pacientes y que mejoró en la evaluación postest el nivel de conocimiento a partir de la intervención educativa, siendo bueno en el 65% y regular en el 30% de los pacientes participantes. Lo obtenido son similares con lo reportado por Aguilera, *et al.*, (23) quienes indicaron en base a sus

resultados, que antes de la intervención realizada el nivel de conocimiento fue inadecuado en el 86,8% y se elevó posteriormente a un conocimiento adecuado en el 94,7% sobre los síntomas asociados al cáncer bucal. Los resultados de este estudio también coincidieron con Rodríguez, *et al.*, (27) por cuanto sus resultados obtenidos sobre los signos de alarma inmiscuidos como las manchas rojas y blancas, úlceras, abultamiento y lesiones duras en el cáncer bucal, el nivel de conocimiento inicial de los pobladores fue mejorado con cifras altas por encima del 92% a consecuencia de la intervención educativa. Las similitudes existentes con la presente investigación, en las que existió un mejor conocimiento en lo que concierne a los signos y síntomas del cáncer oral en el postest al aplicar la intervención educativa, hace que los individuos tengan una mejor perspectiva y propicia el auto examen oral, que conlleva finalmente a la prevención y al diagnóstico precoz.

Las medidas preventivas orientadas en evitar los problemas de salud son las que previenen la aparición o detienen el progreso de la enfermedad. Lo que hace importante conocer el conocimiento en lo concerniente a la prevención del cáncer oral. Los resultados encontrados en el presente trabajo en el pretest y postest de los pacientes del grupo experimental con intervención educativa, fue un nivel de conocimiento malo en el 92.5% de los pacientes durante el pretest y a partir de la intervención educativa efectuada aumentó el nivel de conocimiento, siendo bueno en el 85% y regular en el 15% de los pacientes. Estos resultados son similares a las investigaciones de González, *et al.*, (18) quienes, al evaluar el conocimiento en lo referente a la prevención y promoción del cáncer oral, encontraron que el 34.8% de los pacientes presentaron un adecuado nivel de conocimientos al inicio de la evaluación, sin embargo, posterior a la intervención educativa se incrementó en un 67.4% el adecuado conocimiento. También se guarda similitud con Aguilera, *et al.*, (23) respecto a las acciones de prevención del cáncer oral, por cuanto al inicio su población estudiada el 65.8% tuvieron un nivel de conocimiento

inadecuado y se modificó aun conocimiento adecuado en un 100% después de la intervención educativa.

Los antecedentes de la presente investigación, en sus estudios no consideraron sobre las repercusiones del cáncer oral. Esta problemática puede ser fatal para el enfermo, por cuanto la enfermedad se caracteriza en el estado maligno en invadir otras áreas del cuerpo, por ser incurable, así como por producir alteraciones a nivel de la cavidad oral y facial, aparte de deteriorar al enfermo. Hace que sea importante abordar durante la intervención educativa. Al respecto los resultados encontrados inicialmente en el pretest tanto en el grupo control y experimental eran desalentadores por el nivel de conocimiento malo mostrado en este estudio. En el pretest del grupo experimental fue un nivel de conocimiento malo en el 90% de los pacientes, que mejoró el nivel de conocimiento a bueno en el 47.5% y regular en el 35% de los pacientes a partir de la intervención educativa efectuado.

En la investigación se planteó como hipótesis general, H_i . La aplicación de la intervención educativa sobre el cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental "Dientecito". A la prueba de wilcoxon se encontró como $\text{sig} < 0.05$, logrando demostrar que en el grupo experimental después de la intervención educativa el conocimiento sobre el cáncer oral aumentó significativamente. Asimismo, según la prueba U de Mann-Whitney, se demuestra que al final de la intervención, el conocimiento sobre cáncer oral en el grupo experimental es mayor que el conocimiento en el grupo control. Dado estos análisis se aceptó la hipótesis de investigación (H_i). Los resultados de la contrastación de la efectividad de la intervención educativa, que tuvo un efecto significativo, guardan concordancia con lo reportado por Ramos y Calero, (22) que concluyeron que la intervención educativa efectuada fue efectivo que mejoró los conocimientos de los trabajadores tabaqueros sobre

el cáncer bucal. Igualmente, se presenta similitud con Aguilera, *et al.*, (23) que concluyeron que la intervención educativa es un método efectivo en mejorar el conocimiento sobre el cáncer bucal. Además, existe semejanza con las investigaciones de Singh K, *et al.*, (25) y Rodríguez, *et al.*, (27), debido a que cada una de las investigaciones finalmente llegaron a concluir, que la intervención educativa fue efectivo en aumentar el conocimiento en lo que concierne al cáncer oral. Al demostrar que la intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral es efectiva, hace que la población esté más consiente y conocedores sobre el problema que genera el cáncer oral.

En el estudio también se planteó las de hipótesis específicos acerca de las 5 dimensiones del cáncer oral de manera independiente. Donde, la hipótesis de investigación en cada una de ellas fue: H1. La aplicación de la intervención educativa sobre generalidades del cáncer oral, factores de riesgo, signos y síntomas, repercusiones y sobre prevención del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito”. Logrando demostrar de manera independiente, mediante la prueba de Wilcoxon donde se encontró como sig <0.05, demostrando que en el grupo experimental después de la intervención educativa el conocimiento en lo concerniente a generalidades del cáncer oral, factores de riesgo, signos y síntomas, repercusiones y sobre prevención del cáncer oral aumentó significativamente. Asimismo, según la prueba U de Mann-Whitney, se demostró que al final de la intervención, el conocimiento en el grupo experimental fue mayor que el conocimiento en el grupo control, aceptando la hipótesis de investigación (Hi). La efectividad encontrada coincide en lo que respecta a los factores del cáncer oral, con las investigaciones desarrolladas por Renda, *et al.*, (19) Zaldivar, (20) Aguilera, *et al.*, (23) Reyes y Díaz., (24) Singh K, *et al* (25) y con el estudio de Rogert, *et al.*, (26). Quienes llegaron a concluir en cada uno de sus estudios reportados, que la intervención educativa

efectuada fue efectiva en incrementar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer oral. Factores de riesgo inmiscuidos como el tabaquismo, alcoholismo, prótesis desajustadas y exposición excesiva al sol principalmente. Finalmente, también existen similitudes de la efectividad de la intervención educativa, considerando en lo que respecta al conocimiento sobre prevención del cáncer oral, con los resultados de González, *et al.*, (18) y con Khani y Afzali., (21) que llegaron a demostrar que la intervención educativa efectuada fue eficaz en el incremento de conocimiento sobre prevención del cáncer bucal. Estas coincidencias obtenidas, se debe porque los que las intervenciones educativas permiten modificar los niveles de conocimientos en las poblaciones intervenidas (18). Y la prevención juega un rol importante, por cuanto tres de cada cuatro individuos con cáncer oral son prevenibles al eliminar los factores de riesgo como el tabaco, el alcohol, y al reducir al mismo tiempo los riesgos por tumores secundarios (3).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Primera: Se logró demostrar que la aplicación de la intervención educativa sobre el cáncer oral, tuvo un efecto significativo en incrementar el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021. Dado que la significancia fue <0.05 .

Segunda: Se logró demostrar que la aplicación de la intervención educativa sobre generalidades del cáncer oral, tuvo un efecto significativo en incrementar el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021. Dado que la significancia fue <0.05 .

Tercera: Se logró demostrar que la aplicación de la intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer oral, tuvo un efecto significativo en incrementar el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021. Dado que la significancia fue <0.05 .

Cuarta: Se logró demostrar que la aplicación de la intervención educativa sobre los signos y síntomas del cáncer oral, tuvo un efecto significativo en incrementar el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021. Dado que la significancia fue <0.05 .

Quinta: Se logró demostrar que la aplicación de la intervención educativa sobre repercusiones del cáncer oral, tuvo un efecto significativo en incrementar el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021. Dado que la significancia fue <0.05 .

Sexta: Se logró demostrar que la aplicación de la intervención educativa sobre prevención del cáncer oral, tuvo un efecto significativo en incrementar el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de puente piedra, Lima 2021. Dado que la significancia fue <0.05 .

5.2. Recomendaciones

Primera: A las instituciones de salud como los hospitales, centros de salud e institutos que brindan charlas de promoción y prevención de enfermedades. Se recomienda que pongan énfasis en sus programas, en relación al cáncer oral y sus repercusiones, con la intención de orientar y fomentar conocimiento ante dicha problemática de salud.

Segunda: Se recomienda a los directores de los establecimientos de salud, en orientar a sus profesionales de la salud, con la finalidad de mejorar la comunicación con los pacientes y acompañantes que acuden a sus instalaciones, brindando información sobre los beneficios de la prevención, como el diagnóstico precoz frente al cáncer.

Tercera: A partir de los resultados obtenidos en esta investigación donde la intervención educativa tuvo un efecto significativo en los pacientes sobre conocimiento del cáncer oral. Se recomienda a los distintos consultorios odontológicos del ámbito privado y público,

ejecutar charlas a sus pacientes mediante trípticos, videos de casos, con la finalidad de mejorar sus conocimientos y el interés por la prevención.

Cuarta: Se recomienda a futuras investigaciones, debido a la limitación del presente estudio en solo realizar la intervención educativa en pacientes de un consultorio dental, efectuar en comunidades, con el propósito de llegar a una mayor población y comparar los resultados obtenidos.

REFERENCIAS

1. García V, Bascones A. Cáncer oral: Puesta al día. *Av Odontoestomatol.* 2009; 25(5): 239-248.
2. Batista M, González RM, Batista MM, Batista M, Mesa I. Lesiones bucales diagnosticadas por Programa de Detección del Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología. La Habana. 2015-2016. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana.* 2020; 27(1): 26-35.
3. Mateo-Sidrón MC, Somacarrera ML. Cáncer oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol-* 2015; 3 (4): 247-259.
4. García D, Borges Y. Importancia de la pesquisa del cáncer de mama. *Rev Finlay.* 2017; 7(1):1-2.
5. Marañón T, Mastrapa K, Flores Y, Vaillant L, Landazuri S. Cervical Cancer Prevention and Control CCM. 2017; 21(1): 187-203.
6. Howard M, Castillo J. El nivel de conocimiento que tiene el estudiantado de Medicina sobre el cáncer bucal en Costa Rica. *Rev Científica Facultad de Odontología UCR.* 2010; 1(12): 1-11.
7. Mendoza M, Ordaz A, Abreu A, Romero O, García M. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. *Rev. Ciencias Médicas.* 2013; 17(4): 24-32.
8. Herrera BY, Lara E, Toral VH, Do Amaral RC. Efecto de las políticas de control de factores de riesgo sobre la mortalidad por cáncer oral en América Latina. *Rev Esp Salud Pública.* 2019; 93: 1-14.

9. Varela PI, Romero A, Varela A, Rodríguez V. Riesgo de cáncer oral atribuible al consumo de alcohol y tabaco en la Zona de Salud de Burela (Lugo). RCOE. 2007; 12(3): 177-181.
10. Doncel C, Méndez M, Betancourt H, Castillo A. Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. Revista Cubana de Medicina Militar. 2014; 43(1): 52-60.
11. Nachón MG, García ME, Nachón FJ, Hernández TG, Hernández G. Tabaquismo y cáncer bucal: una revisión teórica. Rev Med UV. 2010; 10(1): 30-37.
12. Rocha A. Cáncer oral: El papel del odontólogo en la detección temprana y control. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2009; 21(1): 112-121.
13. García CM, González B, Gil J. Nivel de conocimientos sobre cáncer oral en estudiantes de 3ro a 5to año de Estomatología. Medisur. 2019; 17(3):365-373.
14. Ministerio de Salud. Anexo 2 programa presupuestal 0024: prevención y control del cáncer. MINSA: Lima; 2021.
15. Pulgar LG. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Lima: USMP; 2016.
16. Izaguirre P. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral de estudiantes del último año de la carrera profesional de odontología de tres universidades de Lima, en el año 2012 [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: UNMSM; 2012.
17. Herrera MC, Petkova M, Chumpitaz V, Chávez LC. Conocimientos sobre cáncer bucal en pacientes odontológicos de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Rev Cubana Estomatol. 2020; 57(1): e2226.

18. González E, Martínez L, Labrador DM. Intervención educativa sobre cáncer bucal en pacientes adultos mayores en Santa Inés, Venezuela Rev Ciencias Médicas. 2021; 25(3): e4836.
19. Renda L, Cruz Y, Parejo D, Cuenca K, Gumila M. Evaluación de una intervención educativa sobre tabaquismo y su relación con la cavidad bucal. Rev Cub Med Mil. 2020; 49(4): e554.
20. Zaldivar RE. Intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer bucal. Fray Benito. 2020 [Tesis para obtener el título de especialista de primer grado en Estomatología]. Holguín: UCMH; 2020.
21. Khani A, Afzali P. The Effect of an Educational Intervention Based on PRECEDE Model on Oral Cancer Prevention Behaviors in Hookah Users. J Canc Educ. 2020; 35:1250–1260.
22. Ramos YM, Calero PA. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre cáncer bucal en trabajadores de fábrica tabaco. Revista Caribeña de Ciencias Sociales. 2019: 1-9.
23. Aguilera K. Calzadilla A. Aguilera SM. Ruíz EE. Toledo BA. Calzadilla A. Intervención Educativa sobre Cáncer Bucal en trabajadores del Centro Escolar Camilo Cienfuegos Gorriarán. Gibara 2017. Edumed Holguín. 2018: 1-18.
24. Reyes D, Díaz Y. Beneficios odontológicos de una estrategia educativa sobre el hábito de fumar. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2018; 43(5): 1-6.
25. Singh K, Sharma D, Kaur M, Gauba K, Thakur JS, Kumar R. Effect of health education on awareness about oral cancer and oral self-examination. J Edu Health Promot. 2017; 6(27): 1-6.

26. Rogert IA, Martínez N, Palomino K, Carrazana E, Pompa YA. Intervención educativa sobre factores de riesgos para lesiones premalignas de la cavidad bucal. Bayamo. Enero-marzo. Multimed. 2017; 21(5): 639-54.
27. Rodríguez GM, Valentín F, Conde HF, Vila D. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en un sector de la población. Rev Med Electrón. 2017; 39(2): 233-244.
28. Granados S, Quiles JL, Gil A, Ramírez MC. Lípidos de la dieta y cáncer. Nutr Hosp 2006; 21(2): 44-54.
29. Molina R. El paciente oncológico del siglo XXI: maridaje terapéutico Nutrición-Oncología. Nutr. Hosp. 2016; 33(1): 3-10.
30. Pérez J, Jiménez R, Lie E, González Y. Comportamiento bioquímico del cáncer. Rev Cien Med la Habana. 2010; 16(1): 161-170.
31. Sánchez C. Conociendo y comprendiendo la célula cancerosa: Fisiopatología del cáncer. Rev Med Clin Condes. 2013; 24(4): 553-562.
32. Bórquez JC, Montes N, Díaz E. Combatiendo el metabolismo de las células cancerosas mediante la activación de SIRT3 y el ejercicio físico. Rev Med Chile 2018; 146: 762-769.
33. Andía RS. Prevalencia del cáncer oral en pacientes atendidos en el I.R.E.N. Sur Arequipa 2010 AL 2016 [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista]. Arequipa: UAP; 2017.
34. Meza G, Muñoz JJ, Páez C, Cruz B, Aldape B. Carcinoma de células escamosas de cavidad bucal en un centro de tercer nivel de atención social en la ciudad de México: Experiencia de cinco años. Avances en Odontoestomatología, 25(1): 19-28.
35. Ocampo KG, Barrera JL, Dolores R, Díaz AL. Efectos progresivos de la radioterapia en cavidad oral de pacientes oncológicos. Investigación Rev CIENT ODONTOL. 2021; 12(2): 15-23.

36. Alvarado AM, Restrepo MT. Cáncer Bucal, aproximaciones teóricas. Dom Cien. 2016; 2: 167-185.
37. Mancilla LI, Aristizabal D, Tamayo O, Acevedo SM, Gonzales Y. Factores de riesgo asociados a la infección con papilomavirus humano tipo 16 en cavidad oral en una población de la ciudad de Cali en 2011. Ciencia & Salud. 2012; 1(2):11-20.
38. Miguel PA, Niño A, Batista K, Miguel PE. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol. 2016; 53(3): 128-145.
39. Batista Z, Rodríguez I, Miranda JD, Rengifo E, Rodríguez T, Fernández ME. Relación histopatológica de la displasia epitelial con la oncoproteína p53 en la leucoplasia bucal. Rev Cubana Estomatol. 2012; 49(1): 20-29.
40. Centeno A, Danielo C, Campana R, Orozco MA. Tumores malignos de boca. Med Cutan Iber Lat Am 2010; 38(6): 221-228.
41. Herrera MC. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en pacientes adultos que acuden al servicio de diagnóstico de la Facultad de Odontología de la UNMSM en el año 2017 [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: UNMSM; 2017.
42. Duarte L, Romero R, Montero S. Factores de riesgo y prevención del cáncer bucal. Rev 16 de abril. 2015; 54(260): 42-55.
43. Pacheco JD. Cáncer oral asociado a factores de riesgo y condiciones sociodemográficas de pacientes atendidos en cirugía maxilofacial Hospital Nacional Rosales junio 2012-junio 2013 [Tesis para obtener el título de especialista en: Cirugía oral y maxilofacial]. San Salvador: US; 2015.
44. García AI, Domínguez AA, García JA, Cancela G, Torres J, Esparza GC. Revisión y puesta al día en cáncer de lengua. Av Odontoestomatol. 2013; 29(5): 255-269.

45. Ruiz E, Ruiz H, Salazar R, Torres C, Valer S, Santiago B, *et al.* Conocimiento de los riesgos del tabaquismo en fumadores, exfumadores y no fumadores. *Horiz Med* 2016; 16(1): 32-37.
46. Roco A, Cerda B, Cayún JP, Lavanderos A, Rubilar JC, Cerro R, *et al.* Farmacogenética, tabaco, alcohol y su efecto sobre el riesgo de desarrollar cáncer. *Rev Chil Pediatr.* 2018; 89(4): 432-440
47. Pinillos A, Quesqué M, Bautista F, Poquioma E. Tabaquismo: Un problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2005; 22(1): 64-70.
48. Torres J. Epidemiología descriptiva y análisis de supervivencia del cáncer de base de lengua en Hospitales públicos de Madrid [Tesis para obtener el grado de Doctor]. Madrid: UCM; 2013.
49. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Manual en salud prevención de cáncer. Dirección de control del cáncer, departamento de promoción de la Salud, prevención y control nacional del cáncer. INEN: Lima; 2018.
50. Piemonte ED. Cáncer bucal: Diseño y evaluación de un índice de riesgo multifactorial [Tesis para obtener el título de Doctor en Odontología]. Córdoba: UNC; 2015.
51. Lugones M, Ramírez M, Pichs LA, Miyar E. Las consecuencias del tabaquismo *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2006; 44(3): 1-11.
52. Astobieta A, Gamarra M, Pereira JG, Leibar A, barluzea G. Disfunción eréctil de origen vascular. *Arch Esp Urol.* 2010; 63(8): 611-620.
53. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Manual promoción de la salud y prevención del Cáncer dirigido a agentes comunitarios de Salud. Dirección de control del cáncer, departamento de promoción de la Salud, prevención y control nacional del cáncer. INEN: Lima; 2019.

54. Sarasa A, Sordo L, Molist G, Hoyos J, Guitart A, Barrio G. Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Rev Esp Salud Pública*. 2014; 88: 469-491.
55. Zaira MD. Consumo de tabaco y alcohol entre los estudiantes de secundaria de Chíncha y conocimiento de efectos nocivos, año 2014 [Tesis para obtener el grado académico de Magister en Salud Pública]. Ica: UAI; 2015.
56. Ortiz SD, Aruquipa DB. Cáncer y alimentación. *Rev Act Clin Med*. 2014; 42: 2225-2229.
57. Mora E, Moschella F, Navarro D, Reyes E, Vargas M. Dieta, estado nutricional y riesgo de cáncer. *Arch Venez Puer Ped*. 2014; 77(4): 202-209.
58. Batista K, Niño A, Borrego Y. Factores de riesgo genéticos de cáncer bucal. *CCM*. 2014; 18(4): 740-743.
59. Maturana A. Expresión inmunohistoquímica de ki-67 y p53 en tumor odontogénico queratoquístico en comparación con ameloblastoma multiquístico. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2014; 7(1): 12-16.
60. Farías DA, Aitken JP, Reyes M, Ortega A, Urzúa B, Jara L, et al. Alteraciones genéticas de la mucosa oral hacia la transformación maligna. *Acta Odont Venez*. 2017; 55(2): 1-16
61. Ereño C. La nueva clasificación de la O.M.S. 2005. Lesiones precursoras y los tumores de la laringe, hipofaringe y tráquea. *Rev Esp Patol* 2007; 40(1): 3-10.
62. Santelices MJ, Cárcamo M, Brenner C, Montes R. Cáncer oral en Chile: Revisión de la literatura. *Rev. méd. Chile*. 2016; 144(6): 758-766.
63. Bustamante C. Cáncer de lengua. *Rev. Act Clin Med*. 2010; 3: 111-114.
64. Navarrete C, Ortega R, Fich F, Concha M. Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. *Rev chil infectol*. 2015; 32(1): 57-71.

65. Zabaleta M, Ramos L, Gómez E, Díaz P, Ibáñez C, Martínez M. Carcinoma de paladar blando. Descripción de una serie de casos. *Rev ORL*. 2020; 11(4): 473-480.
66. Delesma AF. Prevalencia de neoplasias benignas y malignas de la cavidad oral con estudio histopatológico en el Servicio de Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo 2010 – 2016 [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]. Lima: UNMSM; 2017.
67. Zapata S, Núñez L, Zamorano G, Villanueva J. Melanoma oral: Importancia de un diagnóstico temprano. Un caso clínico. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*; 10(2): 90-92.
68. Viñas M, Algozaín J, Álvarez L, Quintana JC. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. *Rev Cubana Estomatol*. 2011; 48(2): 121-128.
69. Castañeda P, Eljure J. El cáncer de piel, un problema actual. *Rev Fac Med Méx*. 2016; 59(2): 6-14.
70. Sánchez G, Cabrera JL, Gbenou Y, Domingos F. Fibrosarcoma en región geniana. *Rev Cubana Estomatol*. 2012; 49(2): 184-190.
71. Akaki M, Guzmán AK, Saavedra AG. Histiocitoma fibroso maligno. *Rev Esp Méd Quir* 2015; 20: 226-231.
72. Gutierrez JD. Nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del cirujano dentista de la ciudad de Puno, 2016 [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Puno: UNA; 2017.
73. Bellotti M, Zylberberg I, Stavaru B, Munoz M, Sastre J, Gil JL. Diagnóstico de mieloma múltiple a raíz de una lesión osteolítica mandibular. *rev esp cir oral maxilofac*. 2016; 38(4): 213–217.

74. Warmling LV, Marcucci M, Panelli KC, CheadeM, Scalon M, Gonzalez AR, et al. Mieloma múltiple: la radiografía panorámica como un primer hallazgo de diagnóstico. *Acta Odont Venez.* 2014; 52(1): 1-5.
75. Suárez R. Mieloma múltiple con plasmocitoma extramedular cutáneo abscedado. *Rev cubana med.* 2015; 54(1): 97-103.
76. Jané Salas E, Jané Pallí E, Estrugo A, Roselló X, López J. El diagnóstico del cáncer oral en el paciente geriátrico. *Av Odontoestomatol.* 2015; 31(3): 181-190.
77. Lopez JG, Guzmán DA, Espinosa LE, Cuevas JC, Tovar KL, Reyes SY, et al. Lesiones potencialmente malignas de la cavidad bucal. *Ciencia en la frontera: revista de ciencia y tecnología de la UACJ.* 2021; 1: 141-149.
78. Figueroa L, Tortone M, Gilligan G, Pánico R. Protocolo de follow-up en leucoplasia proliferativa multifocal para evitar progresión maligna. Presentación de un caso clínico. *Odontoestomatología.* 2020; 22(36): 94-102.
79. Iparraguirre MF, Fajardo X, Carneiro E, Couto PH. Desórdenes orales potencialmente malignos. Lo que el odontólogo debe conocer. *Rev Estomatol Herediana.* 2020; 30(3): 216-223.
80. Canales AJ, Casadiego ML, Chaves OC, Figueroa NG, Pedroza JA. Hábitos de consumo de alimentos y alcohol en pacientes con y sin lesiones premalignas en cavidad oral: estudio exploratorio [Trabajo de grado para optar el título de Odontólogos]. Bucaramanga: UST; 2015.
81. Morales L, Lescay Y, García JL, Mayan G. Displasia epitelial, en adulto mayor. *Invest Medicoquir* 2019; 11(3): 1-14.
82. Urbizo J. Liquen plano bucal y displasia epitelial. *Rev Cubana Estomatol.* 2013; 49(2): 162-170.

83. Gallegos MA, Martínez IA, Romo C. Lupus eritematoso discoide. *Dermatol Rev Mex.* 2016; 60(3): 253-256.
84. Salas D, Peiró R. Evidencias sobre la prevención del cáncer. *Rev esp sanid penit.* 2013; 15(2): 66-75.
85. Moreira JM. Prevalencia de cáncer oral en Solca Guayaquil [Trabajo de grado para optar el título de Odontóloga]. Guayaquil: UG; 2019.
86. Porras ML. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en los estudiantes del séptimo a noveno semestre de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Tecnológica de los Andes Abancay-2015 [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Abancay-Apurímac: UTA; 2016.
87. Guerra A, Silva E, Montero S, Rodríguez J, Mansilla R, Nieto JM. Metástasis: un hito para el conocimiento, un reto para la ciencia. *Rev cubana med.* 2020; 59(1): e1167.
88. Silvestre FJ, Puente A. Efectos adversos del tratamiento del cáncer oral. *Av Odontoestomatol.* 2008; 24(1): 111-121.
89. Hernani SO. Nivel de conocimientos sobre cáncer bucal en odontólogos del mercado de Arequipa – 2015 [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista]. Arequipa: UCSM; 2015.
90. Barrios R. Factores asociados a la calidad de vida en el cáncer oral [Tesis para obtener el grado de Doctor en Odontología]. Granada: UGR; 2014.
91. Prieto PR. Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral [Tesis de grado previo a la obtención del título de odontólogo]. Guayaquil: UG; 2020.

92. Melo JE. Manifestaciones bucodentales como consecuencia de la quimioterapia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello [Trabajo de grado previo a la obtención del Título de Odontólogo]. Guayaquil: UG; 2020.
93. Chimenos E. Aspectos prácticos en la prevención del cáncer oral. Av Odontoestomatol. 2008; 24(1): 61-67.
94. Sánchez F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria. 2019; 13(1): 102-122.
95. Rojas M. Tipos de Investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. REDVET. 2015; 16(1): 1-14.
96. Cadena P, Rendón R, Aguilar J, SalinasE, Cruz FR, SangermanD. Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. Revista mexicana de ciencias agrícolas. 2017; 8(7): 1603-1617.
97. Garay L. Estilos de aprendizaje e inteligencias múltiples en estudiantes universitarios. Lima. 2014 [Tesis para optar el grado de Doctor en Educación]. Lima: USMP; 2015.
98. Sanca MD. Tipos de investigación científica. Rev Med Act Clín. 2011; 9: 621-624.
99. Vargas Z. La investigación aplicada: Una forma de conocer las realidades con evidencia científica. Revista Educación. 2009; 33(1): 155-165.
100. Fernández P, Vallejo G, Livacic E, Tuero E. Validez Estructurada para una investigación cuasi-experimental de calidad. Se cumplen 50 años de la presentación en sociedad de los diseños cuasi-experimentales. Anales de psicología. 2014; 30(2):756-771.

101. Sousa V, Driessnack M, Costa IA. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(3): 1-6.
102. López PL. Población muestra y muestreo. *Punto Cero*. 2004; 09(08): 69-74.
103. Cepeda Z, Ruiz J. Empatía: diferencias entre abusadores sexuales, delincuentes violentos y un grupo control. *Revista Criminalidad*. 2015; 57(2): 209-220.
104. Casas J, Repullo JR, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Aten Primaria* 2003; 31(8): 527-38.
105. García F, Alfaro A, Hernández A, Molina M. Diseño de Cuestionarios para la recogida de información: metodología y limitaciones. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2006; 1(5): 232-236.
106. González J, Pazmiño M. Cálculo e interpretación del Alfa de Cronbach para el caso de validación de la consistencia interna de un cuestionario, con dos posibles escalas tipo Likert. *Revista Publicando*. 2015; 2(1):62-67.
107. Sedano FL, Rojas C, Vela JM. COVID-19 desde la perspectiva de la prevención primaria. *Rev Fac Med Hum*. 2020; 20(3): 494-501.
108. Pedrosa I, Juarros C, Robles A, Basteiro J, García E. Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas, ¿qué estadístico utilizar? *Universitas Psychologica*. 2015; 14 (1):15-24.
109. Consejo dentistas. Información sobre Cáncer Oral. [Internet]. España: Organización Colegial de Dentistas de España [Consultado 01 Nov 2021] Disponible en: <https://www.consejodentistas.es/ciudadanos/informacion-clinica/patologia/item/1547-informacion-sobre-cancer-oral.html>

110. Cirugía de cabeza y cuello. Cáncer oral. [Internet]. España: [Consultado 01 Nov 2021] Disponible en: http://www.cirurgiadecabezaycuello.com.ar/contenidos/2016/01/28/Editorial_2776.php
111. By Delimas. Alimentación saludable y equilibrada. [Internet]. vive-sano org. [Consultado 01 Nov 2021] Disponible en: <HTTPS://VIVE-SANO.ORG/ALIMENTACION-SALUDABLE-Y-EQUILIBRADA/EJEMPLO-DE-DIETA-SALUDABLE/>
112. Fernández J. Conozca sobre el cáncer. [Internet]. Puerto Rico: Rotary e-club [Consultado 01 Nov 2021] Disponible en: portal.clubrunner.ca. Conozca sobre el cáncer. <https://portal.clubrunner.ca/7988/Stories/conozca-sobre-el-c%C3%A1ncer>
113. Quintero M. El alcohol y el tabaco tienen efectos más nocivos que las drogas ilícitas, según estudio. [Internet]. Tekcrispy; 2018. [Consultado 05 Oct 2021] Disponible en: <https://www.tekcrispy.com/2018/05/11/alcohol-tabaco-amenaza-salud-humana/>
114. Villena F. Queilitis Actínica en Labio Inferior. [Internet]. Chile: 2017. [Consultado 05 Oct 2021] Disponible en: <https://fabianvillena.cl/blog/ulceras-primarias-mucosa-oral/queilitis-actinica-en-labio-inferior/>
115. Donohue A, Guzmán D, Constandse D, Gaitán L, Reyes C. Carcinoma de células escamosas en lengua en un paciente con síndrome de Plummer-Vinson: Presentación de un caso. Rev. Odont. Mex. 2011; 15(3):189-192.
116. De Armas E, Flete Alba, Villarroel M. Carcinoma verrucoso. [Internet]. Venezuela: Piel Latinoamericana. 2013. [Consultado 05 Oct 2021] Disponible en: <https://piel.l.org/blog/33682>

117. Pingarrón M, González M, Ma Chun Y, Yu Zhi W, Zhang Chen P. Melanoma de mucosa intraoral: ¿enfermedad local o sistémica?. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. 2014; 36(1):15-20.

ANEXO

Anexo N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS DEL CÁNCER ORAL EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DENTAL “DIENTECITO” DEL DISTRITO DE PUENTE PIEDRA, LIMA 2021.

Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Variables	Diseño metodología
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021?</p> <p>Problemas específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de las generalidades del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021? ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de los factores de riesgo del cáncer oral en pacientes del consultorio 	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de las generalidades del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021. Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de los factores de riesgo del cáncer oral en pacientes del consultorio dental 	<p>Hipótesis general</p> <p>H1: La aplicación de la intervención educativa sobre el cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021.</p> <p>Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre el cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021.</p> <p>Hipótesis específicos</p> <p>H1: La aplicación de la intervención educativa sobre generalidades del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra.</p> <p>Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre generalidades del cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra.</p> <p>H1: La aplicación de la intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra.</p>	<p>V₁: Nivel de conocimiento sobre cáncer oral</p> <p>V₂: Intervención educativa sobre cáncer oral</p>	<p><u>Método de investigación</u> Método hipotético deductivo</p> <p><u>Enfoque de la investigación</u> Enfoque cuantitativo</p> <p><u>Tipo de investigación</u> Investigación de tipo prospectivo, por su secuencia de temporalización de corte longitudinal y de tipo aplicada.</p> <p><u>Diseño de la investigación</u> Cuasi-experimental</p>

<p>dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021?</p> <p>3. ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de los signos y síntomas del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021?</p> <p>4. ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de las repercusiones del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021?</p> <p>5. ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de prevención del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021?</p>	<p>“Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021.</p> <p>3. Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de los signos y síntomas del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021.</p> <p>4. Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de las repercusiones del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021.</p> <p>5. Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos de prevención del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021.</p>	<p>Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra.</p> <p>H1: La aplicación de la intervención educativa sobre los signos y síntomas del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra.</p> <p>Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre los signos y síntomas del cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra.</p> <p>H1: La aplicación de la intervención educativa sobre repercusiones del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra.</p> <p>Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre repercusiones del cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra.</p> <p>H1: La aplicación de la intervención educativa sobre prevención del cáncer oral, tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra.</p> <p>Ho: La aplicación de la intervención educativa sobre prevención del cáncer oral, no tiene un efecto significativo en el conocimiento de los pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra.</p>	<p><u>Población, Muestra y muestreo</u></p> <p><u>Población</u></p> <p>La población del presente estudio estará constituida por 80 pacientes que acuden para el tratamiento odontológico, entre los meses setiembre y octubre al consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra en el año 2021.</p> <p><u>Muestra</u></p> <p>La muestra de esta investigación estará comprendida por 80 pacientes que acuden para el tratamiento odontológico, entre los meses noviembre y diciembre al consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra en el año 2021. Divididos en dos grupos, 40 pacientes como grupo control y otros 40 en el grupo experimental.</p> <p><u>Muestreo</u></p> <p>El tipo de muestreo de esta investigación considerando la extensión del estudio corresponde al muestreo censal, que consiste en la demostración de casos de toda la población, que son las unidades a investigar las que constituyen como muestra.</p>
---	--	--	---

Anexo N° 2

Cuestionario sobre cáncer oral

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
ESCUELA DE POSTGRADO

Encuesta Nro.....

Fecha de encuesta...../...../.....

Gracias por su contribución en esta investigación. Este cuestionario forma parte de un trabajo de tesis para describir el conocimiento sobre cáncer oral, por lo que solicito su llenado de forma objetiva y sincera. Los resultados son anónimos.

I. Datos generales:

Sexo: Masculino () - Femenino ()

Edad: _____ años

II. Cuestionario

Indicaciones: En las siguientes preguntas y enunciados, usted puede marcar (X) la o las opciones que considere correctas.

1. Del siguiente listado, indique el o los tipos de cáncer que usted conoce que existen.

- a) Cáncer de estómago.
- b) Cáncer de pulmón.
- c) Cáncer de boca.
- d) Cáncer de mama.
- e) No conozco ningún tipo de cáncer.

2. ¿Cuál o cuáles son las posibles causas del cáncer bucal?

- a) Beber alcohol en exceso.
- b) Compartir el cepillo de dientes.
- c) Exponerse excesivamente al sol.
- d) Fumar.
- e) Desconozco.

3. Señale la o las opciones que usted considere correctas sobre el cáncer bucal.

- a) Es una enfermedad contagiosa.
- b) Es una enfermedad que puede ser curable si se detecta a tiempo.
- c) Es un crecimiento maligno.
- d) Es una enfermedad que podría prevenirse.
- e) Desconozco.

4. ¿Quiénes son más propensos a padecer cáncer bucal?

- a) Los ancianos.
- b) Las personas que se alimentan mal.
- c) Los niños.
- d) Los fumadores y alcohólicos.
- e) Desconozco.

5. El cáncer bucal puede producir:

- a) Dificultad para mover la lengua, abrir la boca y/o hablar.
- b) Adormecimiento en la boca.
- c) Dolor y sangrado sin motivo.
- d) Caries.
- e) Desconozco.

6. ¿Qué acciones pueden ayudarle a protegerse del cáncer bucal?

- a) Acudir con frecuencia a control o chequeo de la salud.
- b) Mantener buena salud e higiene bucal.
- c) Alimentarse de forma saludable.
- d) Consumir alimentos calientes.
- e) Desconozco.

7. ¿Cómo puede verse o manifestarse el cáncer bucal?

- a) Una herida en la boca que no se cura.
- b) Presencia de sarro o placa dental.
- c) Manchas o placas de color blanco y/o rojo que no desaparecen.
- d) Un bulto o tumor en la boca o el cuello.
- e) Desconozco.

8. ¿Qué podría hacer usted para disminuir el riesgo de enfermarse de cáncer bucal?

- a) Evitar consumir alimentos crudos.
- b) Evitar beber alcohol en exceso.
- c) Evitar fumar.
- d) Evitar exponerse excesivamente al sol.
- e) Desconozco.

9. El cáncer bucal en estado avanzado o tardío puede:

- a) Ser contagioso.
- b) Ser fatal para el enfermo.
- c) Invadir otras zonas del cuerpo.
- d) Ser incurable.
- e) Desconozco.

10. El tratamiento del cáncer bucal en estado avanzado puede:

- a) Producir alteraciones en la boca.
- b) Propagar más rápido la enfermedad.
- c) Deteriorar físicamente al enfermo.
- d) Producir desfiguración.
- e) Desconozco.

11. ¿Cómo obtuvo la información sobre el cáncer bucal?

- a) Durante la atención médica u odontológica.
- b) A través de los medios de comunicación (televisión, radio, internet, periódico, etc.).
- c) Mediante amigos y familiares.
- d) Durante una campaña de salud.
- e) No he recibido información.

Anexo N° 3

Revalidación por expertos del cuestionario de conocimiento sobre cáncer bucal

Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Cuestionario de conocimientos sobre cáncer bucal

Autor del Instrumento: Marylin Celenne Herrera Ccoicca (Perú).

REVALIDADO por: Fiddler Cirilo Alva Asencios – Angel Custodio Isminio Valverde

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez Revalidador: Dr. Juan Jesús Márquez Mendoza

DNI: 1.032.0790

Especialidad del validador: Médico Cirujano Especialista en Neumología

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado. **²Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Lima, 20 de octubre del 2021

Firma del experto

.....
Dr. JUAN MÁRQUEZ MENDOZA
NEUMÓLOGO
C.M.P. 28192 R.N.E. 14276

Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Cuestionario de conocimientos sobre cáncer bucal

Autor del Instrumento: Marylin Celenne Herrera Ccoicca (Perú).

REVALIDADO por: Fiddler Cirilo Alva Asencios – Angel Custodio Isminio Valverde

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez Revalidador: Mg. CD. Esp. Palacios Alva Elmo Sigifredo.

DNI: 06628162

Especialidad del validador: Especialista en Cirugía Bucal y Maxilo Facial.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado. **²Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Lima, 21 de octubre del 2021

Mg. CD. Esp. Palacios Alva Elmo Sigifredo.

Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Cuestionario de conocimientos sobre cáncer bucal

Autor del Instrumento: Marilyn Celenne Herrera Ccoicca (Perú).

REVALIDADO por: Fiddler Cirilo Alva Asencios – Angel Custodio Isminio Valverde

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Existe suficiencia para la aplicación del instrumento

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez Revalidador: Dr. Mg. CD. Federico Martin Malpartida Quispe.

DNI: 09957334

Especialidad del validador: Doctor en Salud - Maestro en Estomatología

1

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2

Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

3

Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Lima, 01 de noviembre del 2021



Dr. Mg. CD. Federico Martin Malpartida Quispe.

Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Cuestionario de conocimientos sobre cáncer bucal

Autor del Instrumento: Marilyn Celenne Herrera Ccoicca (Perú).

REVALIDADO por: Fiddler Cirilo Alva Asencios – Angel Custodio Isminio Valverde

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez Revalidador: Esp. CD. Rosa Nadheza García Villegas.

DNI: ...42074323

Especialidad del validador: Titulo de Segunda Especialidad en Endodoncia

1Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado. **2Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

3Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Lima, 30.10.21



Esp. CD. Rosa Nadheza García Villegas.

COP 24885
RNE 3237

Anexo N° 4

Confiabilidad de instrumento sobre conocimiento del cáncer oral

Para la determinación de la confiabilidad del instrumento se procedió en efectuar la prueba piloto con la participación de 20 encuestados, y se utilizó en la medición el coeficiente de confiabilidad de Alpha Combrach.

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum si^2}{St} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

Si²: Varianza Muestral

St varianza del total de puntaje de los ítems

Datos

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	
1	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	6
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	9
3	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3
4	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	7
5	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	0	10
6	0	0	1	1	0	2	1	0	1	0	1	7
7	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
8	0	0	1	0	1	2	1	0	1	1	0	7
9	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	3
10	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	4
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
12	0	1	1	1	0	2	1	1	0	1	1	9
13	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8
14	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	14
15	0	0	1	1	0	2	0	1	0	0	1	6
16	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	6
17	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
18	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	4
19	1	2	1	1	1	2	1	3	3	1	1	17
20	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8
suma	5	11	15	13	10	25	11	12	16	9	14	
si2	0.197	0.682	0.303	0.561	0.263	0.408	0.261	0.674	0.918	0.261	0.221	4.748
st2	25.56											

$$\sum si^2 = 4,748 \quad st^2 = 25.56 \quad K=11$$

$$\alpha = \frac{11}{11 - 1} \left(1 - \frac{4,748}{25.56} \right) = 0.896$$

Para el análisis se consideró una muestra piloto con 20 participantes. El coeficiente hallado, expresa una consistencia interna buena entre los ítems del cuestionario conocimiento sobre cáncer oral. El valor encontrado a partir del cálculo fue de 0.896, que corresponde a buena o muy alta consistencia interna, lo que evidencia que el cuestionario con sus preguntas contribuye significativamente en definir los conceptos a investigar, cuanto más el coeficiente se acerca a uno es muy confiable el instrumento para la investigación.

Anexo N° 5

Aprobación del proyecto para su ejecución por parte del Comité Institucional de Ética
para la Investigación de la UPNW



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

Lima, 07 de noviembre de 2021

Investigador(a):
ALVA ASENCIOS, FIDDLER CIRILO
ISMINIO VALVERDE, ANGEL CUSTODIO
Exp. N° 1144-2021

Cordiales saludos, en conformidad con el proyecto presentado al Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, titulado: **“EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS DEL CÁNCER ORAL EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DENTAL “DIENTECITO” DEL DISTRITO DE PUENTE PIEDRA, LIMA 2021”**, el cual tiene como investigadores principales a **ALVA ASENCIOS, FIDDLER CIRILO y ISMINIO VALVERDE, ANGEL CUSTODIO**.

Al respecto se informa lo siguiente:

El Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, en sesión virtual ha acordado la **APROBACIÓN DEL PROYECTO** de investigación, para lo cual se indica lo siguiente:

1. La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de este documento.
2. Toda enmienda o adenda que requiera el Protocolo debe ser presentado al CIEI y no podrá implementarla sin la debida aprobación.
3. Debe presentar 01 informe de avance cumplidos los 6 meses y el informe final debe ser presentado al año de aprobación.
4. Los trámites para su renovación deberán iniciarse 30 días antes de su vencimiento juntamente con el informe de avance correspondiente.

Sin otro particular, quedo de Ud.,

Atentamente



Yenny Marisol Bellido Fuentes
Presidenta del CIEI- UPNW

Anexo N° 6

Solicitud para obtener el permiso de la institución para realizar la investigación

Lima 15 de setiembre del 2021

Sra. Nelly Mallqui Espinoza
Representante del Consultorio Dental “Dientecito”.
Presente. -

De mi mayor consideración:

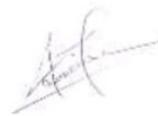
Yo, Fiddler Cirilo Alva Asencios y Angel Custodio Isminio Valverde, estudiantes de la Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, solicitamos se nos permita recolectar datos en su institución, sobre conocimientos del cáncer oral, como parte de nuestro proyecto de tesis titulado *“Efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021”*, para obtener el grado de Maestro de Gestión en Salud, cuyo objetivo es determinar la efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021. La mencionada recolección de datos consiste en efectuar la encuesta antes de realizar la intervención educativa a los pacientes que acuden a su institución, así como posterior a la intervención educativa de sus pacientes, que será previa aceptación a participar en el estudio.

Los resultados del estudio servirán posteriormente, para la ejecución de estrategias frente al cáncer oral.

Atentamente,



Fiddler Cirilo Alva Asencios
Estudiante de Posgrado
Universidad Norbert Wiener



Angel Custodio Isminio Valverde
Estudiante de Posgrado
Universidad Norbert Wiener

Anexo N^o 7

Permiso por parte del consultorio dental “Dientecito” para el uso de sus instalaciones

Lima 20 de setiembre del 2021

Srs. Fiddler Cirilo Alva Asencios
Angel Custodio Isminio Valverde

Presente. -

De mi mayor consideración:

Por este medio se les informa en respuesta a su solicitud de permiso presentada con fecha 15/09/21, para realizar su ejecución de recolección de datos de su proyecto titulado *“Efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021”*, en nuestra institución. Se les otorga la autorización y se les brindará las facilidades por parte de esta institución, para que realicen la ejecución de su investigación en los pacientes que acuden a sus citas programadas.

Se le expide la presente autorización al interesado.

Sin otro particular me despido y quedo a su disposición para cualquier aclaración adicional.

Atentamente.



CONSULTORIO DENTAL
W DIENTECITO
NELLY MALLQUI ESPINOZA
GERENTE GENERAL



Consultorio Dental “Dientecito”
Horario de atención
Lunes – sábado: 9am–1pm 3pm – 9pm
Av. Cesar Vallejo 190 – Puente Piedra

Anexo N° 8

1. Prueba de control de pareamiento de la variable sexo

sexo * grupo Crosstabulation				
Count		grupo		
		Experimental	Control	Total
sexo	Masculino	20	23	43
	Femenino	20	17	37
Total		40	40	80

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,453 ^a	1	,501		
N of Valid Cases	80				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18, 50.
b. Computed only for a 2x2 table

No se encontró diferencias significativas $p=0.501 > 0.05$, es decir la proporción de hombres en el grupo experimental es igual estadísticamente a la proporción de hombres en el grupo control, de la misma manera, la proporción de mujeres en el grupo experimental es igual estadísticamente a la proporción de mujeres en el grupo control.

2. Prueba de control de pareamiento de la variable edad

Ranks			
	grupo	N	Mean Rank
edad	Experimental	40	41,84
	Control	40	39,16
	Total	80	

Test Statistics ^{a,b}	
	edad
Chi-Square	,265
df	1
Asymp. Sig.	,606

a. Kruskal Wallis Test
b. Grouping Variable: grupo

No se encontró diferencias significativas $p=0.60 > 0.05$. Es decir, la edad del grupo control es igual estadísticamente a la edad del grupo experimental.

Anexo N° 9

Consentimiento informado

Institución: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores: Fiddler Cirilo Alva Asencios y Angel Custodio Isminio Valverde

Título: Efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021.

Propósito del Estudio: Estamos invitando a usted a participar en un estudio llamado: “Efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra, Lima 2021”. Este es un estudio desarrollado por los estudiantes Fiddler Cirilo Alva Asencios y Angel Custodio Isminio Valverde, de la Escuela de Posgrado en Gestión en Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener. El propósito de este estudio es determinar la Efectividad de una intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra. Su ejecución ayudará y permitirá a identificar el nivel de conocimiento sobre el cáncer oral que presentan.

Procedimientos:

Si Usted decide participar en este estudio se efectuará lo siguiente:

- La participación en el estudio, estará supeditado a su autorización, para lo cual firmará el presente consentimiento informado.
- Se le pedirá que responda el cuestionario de encuesta sobre conocimiento del cáncer oral. Para lo cual se le quitará 8 minutos de su valioso tiempo. Si es seleccionado/a en el grupo control del estudio, además posteriormente se le realizará una nueva encuesta, que será semanas después en una nueva consulta odontológica y se le brindará una charla final sobre el cáncer oral. Y si es seleccionado/a en el grupo experimental, después de la primera encuesta inmediatamente se le realizará una intervención educativa sobre el cáncer oral por un tiempo máximo de una hora, y pasado unas semanas se le pedirá que responda a una nueva encuesta.

Riesgos:

Su participación en la investigación no conlleva a ningún riesgo por cuanto solo nos abocaremos a que responda al cuestionario de encuesta y la participación en la intervención educativa, que será a una distancia de un metro y medio de interacción investigadores y participantes, cumpliendo el distanciamiento requerido por la problemática de la pandemia por el Covid-19. Además, se utilizará el alcohol en gel, como medio de desafección, el uso de la doble mascarilla y la máscara facial por los investigadores y pacientes participantes.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por la participación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad:

Se guardará la información en el anonimato y no con nombres. En los resultados de este estudio si son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación.

Derechos del paciente:

Si usted se siente incómodo durante la investigación, podrá retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar, y puede comunicarse con el bachiller Fiddler Cirilo Alva Asencios y/o Angel Custodio Isminio Valverde al celular 992904730, o al Comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, telf. 7065555 anexo 3285, o al correo: comité.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas pueden pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque ya haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombres:

DNI:

Investigador

Nombres: Fiddler C. Alva Asencios

DNI: 10071243

Fecha:/...../ 2021

Investigador

Nombres: Angel C. Isminio Valverde

DNI: 10778379

Fecha: / / 2021

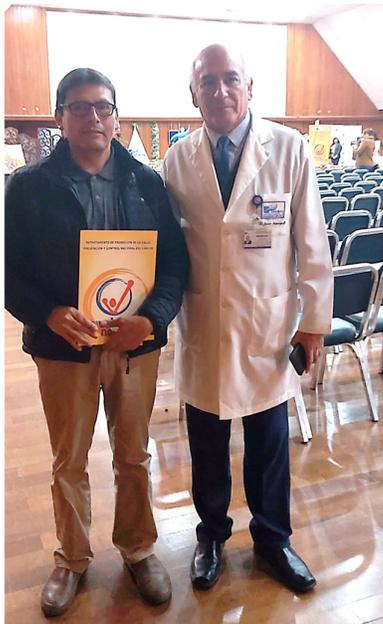
Anexo N° 10

Participación de los investigadores en la “Semana Perú Contra el Cáncer” organizado por el Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)

1. Participación de los investigadores en la “Semana Perú Contra el Cáncer” organizado por el Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer del INEN



Cierre del evento “Semana Perú Contra el Cáncer” por el Dr. Javier Enrique Manrique Hinojosa, Director Ejecutivo del Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional de Servicios Oncológicos del INEN



Investigador y el Dr. Javier Enrique Manrique Hinojosa, Director Ejecutivo del Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional de Servicios Oncológicos del INEN



Investigadores durante la participación en la “Semana Frente al Cáncer”; organizado por el Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer del INEN.

2. Certificado de los investigadores por participar en la “Semana Perú Contra el Cáncer” organizado por el Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer del INEN



Anexo N° 11

Plan de intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”

I. Lugar de la intervención educativa

- Consultorio dental “Dientecito”.

II. Responsables:

- CD. Alva Asencios Fiddler C.
- CD. Isminio Valverde Angel C.

III. Participantes

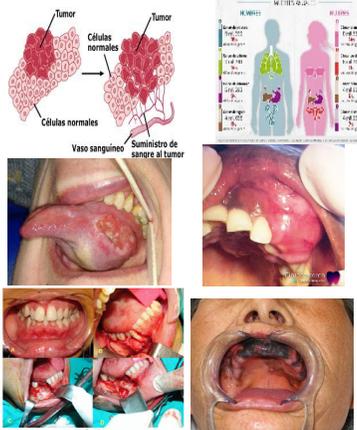
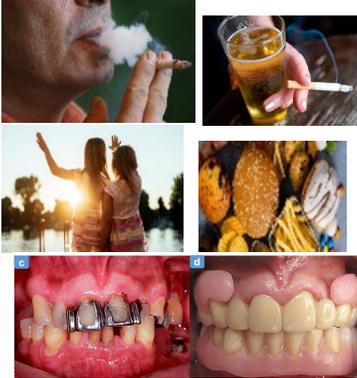
- Pacientes que acuden al consultorio dental “Dientecito”.

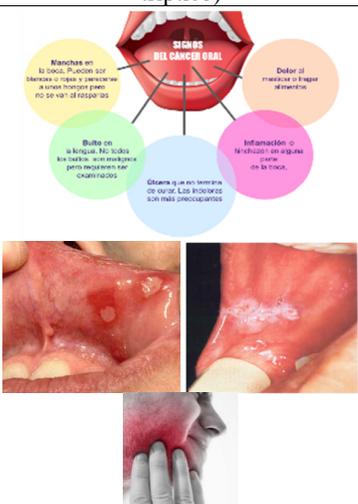
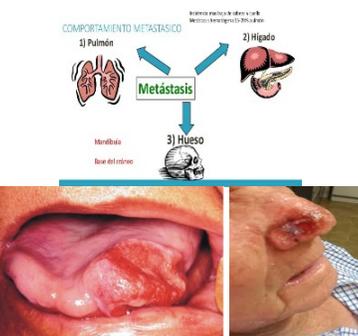
IV. Objetivo: Brindar conocimiento sobre el cáncer oral.

V. Grupo de sesiones y turno de horario

Las sesiones de la intervención educativa se realizarán divididos en diversos grupos con integrantes reducido de 3, en turno mañana (3 grupos de 3 integrantes) y en turno tarde (3 grupos de 3 integrantes), como medida de distanciamiento entre los participantes y los investigadores.

- Turno mañana: De lunes a sábado de 9 am - 1 pm
- Turno tarde: De lunes a sábado 3 pm – 8 pm

Sesiones de la intervención educativa sobre cáncer oral				
Sesiones	Tiempo	Temas	Contenido	Recursos de apoyo (diapositiva, imágenes, video, tríptico)
1	10 minutos	Cáncer oral	<p>Cáncer ¿Qué es cáncer? Tipos de cáncer</p> <p>Cáncer oral Generalidades del cáncer oral, epidemiología y su localización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Porque el cáncer oral puede ser curable si se detecta a tiempo? • ¿Porque podría ser prevenible? • Lesiones en la cavidad oral potencialmente malignas. • Tumores de crecimiento maligno. 	 <p>El diagrama superior muestra la diferencia entre células normales y un tumor. A la izquierda, las células normales están organizadas en una estructura regular. A la derecha, el tumor muestra células desorganizadas que invaden los tejidos. Se indica un 'Vaso sanguíneo' y 'Suministro de sangre al tumor'. A la derecha del diagrama hay un tríptico con información sobre el cáncer. Abajo se muestran cuatro fotografías de lesiones en la cavidad oral: una lesión roja y hinchada en la lengua, una lesión blanca y dura en la mejilla, una lesión roja y sangrante en la cavidad bucal, y una lesión blanca en el fondo de la boca.</p>
2	15 minutos	Factores de riesgo del cáncer oral	<p>Múltiples factores como agentes carcinogénicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabaco. • Alcohol. • Tabaco y alcohol. • Exposición al sol. • Dieta inadecuada. • Deficiencias nutricionales. • Factores dentales. • Virus del papiloma humano (VPH) <p>¿Quiénes son propensos a padecer cáncer?</p>	 <p>Este bloque de imágenes ilustra los factores de riesgo. Incluye una persona fumando un cigarrillo, una persona bebiendo alcohol, una persona tomando sol, y una persona comiendo. Abajo se muestran dos fotografías de lesiones orales: una lesión blanca y dura en la cavidad bucal (c) y una lesión roja y sangrante en la cavidad bucal (d).</p>

Receso		10 minutos		
Sesiones	Tiempo	Temas	Contenido	Recursos de apoyo (diapositiva, imágenes, video, tríptico)
3	10 minutos	Signos y síntomas del cáncer oral	<p>Cáncer bucal puede producir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para mover la lengua, abrir la boca y/o hablar. • Adormecimiento de la boca. • Dolor y sangrado sin motivo. <p>Manifestaciones del cáncer bucal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heridas en boca que no se curan. • Manchas o placas de color blanco y/o rojo que no desaparecen. • Bulto o tumor en boca o el cuello. 	
4	10 minutos	Repercusiones del cáncer oral	<p>El cáncer oral en estado avanzado o tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pronóstico. • Metástasis. • ¿Por qué es incurable? <p>Repercusión del tratamiento en estado avanzado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posibles alteraciones en boca. • Deterioro físico. • Produce desfiguración en el aspecto facial del individuo. 	
5	10 minutos	Prevención del cáncer oral	<p>Acciones frente el cáncer oral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica. • Mantener la salud e higiene oral. • Dieta equilibrada. <p>Acciones para disminuir el riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar beber alcohol en exceso. • Evitar fumar. • Evitar exponerse excesivamente al sol. • Disminuir el consumo de carnes rojas como carne de cerdo, res, cordero, etc. • Limitar el consumo de bebidas gaseosas azucaradas, energéticas, bebidas con saborizantes. • Mantener una sexualidad responsable. 	

* Imágenes adaptadas de fuentes de internet (109-117).

Anexo N° 12

Material de apoyo (diapositivas) utilizado durante la intervención educativa sobre cáncer oral



Universidad Norbert Wiener
 UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
 Escuela de Posgrado
EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS DEL CÁNCER ORAL EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DENTAL "DIENTECITO" DEL DISTRITO DE FUENTE VERDE, LIMA 2021.
 TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO DE GESTIÓN EN SALUD
 Presentado por:
AUTORES: ALVA ASENSIO, FIDLER CIRILO, ISMINDO VALVERDE, ANGEL CUSTODIO
 LIMA - PERU
 2021

Cáncer

Cáncer oral

Factores de riesgo involucrados

12 vasos de 120 ml
 5 vasos de 120 ml
 5 vasos de 120 ml
 1.5 vasos de 120 ml

Signos y síntomas del cáncer oral

Tumores malignos derivados del epitelio

Carcinoma oral de células escamosas
Carcinoma verrucoso
Melanoma oral

La etiología es multifactorial, que está relacionada por exposición al consumo del tabaco y alcohol, agentes microbianos, sífilis, infecciones por el VIH y por factores hereditarios.
 Lesión hiperplásica intraepitelial y a menudo invasiva (invasión en metastásica)
 Invasión de los tejidos adyacentes
 Invasión de los vasos sanguíneos y linfáticos
 Invasión de los nervios
 Invasión de los huesos

tumores malignos derivados del tejido conectivo

Fibrosarcoma

Mieloma Múltiple

Lesiones en la cavidad oral potencialmente malignas

Leucoplasia
Eritroplasia y carcinoma epitelial*
Liquen plano
Queloides actínicos

prevención del cáncer oral

¿Cómo podemos prevenir el cáncer?

- Asista con frecuencia al control o chequeo de la salud.
- Mantenga buena salud e higiene bucal.
- Realice actividad física al menos por 15 a 30 minutos de manera diaria.

Alimentarse de forma saludable:

Come frutas y verduras
 comen
 alimentos ricos en fibra
 y granos
 enteros
 (panes, arroz integral, legumbres, frijoles secos).
 • Come carnes blancas magras, pollo, pescado, cory, conya, etc.
 • Evita fumar y beber alcohol en exceso.
 • Evita fumar.
 • Evita exponerse excesivamente al sol.
 • Evita el consumo de carne roja como carne de vaca, res, cerdo, etc.
 • Limita el consumo de bebidas grasas azucaradas, como papas, pescado, carnes grasas, bebidas con azúcares, cory, conya, etc.
 • Mantén una actividad regular.

Autoexplórate la boca

Mes de la vigilancia del Cáncer Oral

*Imágenes de las diapositivas adaptadas de fuentes de internet (109-117).

Anexo N° 13

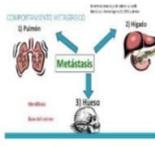
Tríptico utilizado durante las sesiones de la intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito” del distrito de Puente Piedra.

- En todo caso al observarse dentro de la boca, se observa la presencia de manchas o placas de color blanco y/o rojo que no desaparecen.
- Otra de la manifestación es de un bulto o tumor en la boca o el cuello.
- Puede producir dificultad para mover la lengua, abrir la boca y/o hablar. Así como adormecimiento de la boca, dolor y sangrado sin motivo.

3. Repercusiones del cáncer oral

Las repercusiones que genera una etapa avanzada o tardío del cáncer oral, es que puede ser incurable y fatal para el enfermo, además puede invadir otras zonas sanas del cuerpo produciéndose la metástasis.

Al estar en un estado avanzado la enfermedad, los tratamientos que se realicen puede propagar más rápido la enfermedad.



4. prevención del cáncer oral

¿Cómo podemos prevenir el cáncer?

- Acuda con frecuencia al control o chequeo de la salud.
- Mantén buena salud e higiene bucal.
- Realiza actividad física al menos por 15 a 30 minutos de manera diario.

Alimentarse de forma saludable:

- Come frutas y verduras frescas, consume alimentos ricos en fibra y granos enteros (menstras, arroz integral, legumbres, frutos secos).
- Come carnes blancas como pollo, pescado, cuy, conejo, etc.

Para disminuir el riesgo:

- Evite beber alcohol en exceso.
- Evite fumar.
- Evite exponerse excesivamente al sol.
- Disminuya el consumo de carnes rojas como carne de cerdo, res, cordero, etc.
- Limita el consumo de bebidas gaseosas azucaradas, energéticas, bebidas con saborizantes.
- Manten una sexualidad responsable.




UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
Escuela de Posgrado

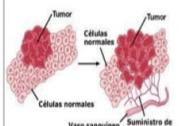
Intervención educativa sobre conocimientos del cáncer oral en pacientes del consultorio dental “Dientecito”

Responsables:

CD. Fiddler Alva Asencios.
CD. Angel Isminio Valverde.

1/2

Cáncer



Como cáncer se conoce, a un grupo de más de 100 enfermedades distintas con características en común, que afectan a cualquier parte del cuerpo y que directa o indirectamente es la causa de muerte.

Los tipos de cáncer que más existen siendo: el cáncer de mama, estomago, de boca, pulmón, colon, próstata, entre otros.

Cáncer oral

El cáncer oral son aquellas neoplasias benignas y/o de crecimiento maligno, desarrolladas a partir de la mucosa oral, que pueden asentarse en el labio, la lengua, el piso de la boca, en el paladar duro y blando, en las encías, y otras zonas.




- Es una enfermedad que puede ser curable si se detecta a tiempo, por ello es importante prevenirlo.
- El cáncer oral es más común en los hombres y a partir de los 50 años de edad en adelante en diversos países. Sin embargo, aún no está bien definido porque otros estudios indican en las mujeres.
- Cuando ocurre el diagnóstico tardío, la mortalidad es cercana al 50%.

1. Factores de riesgo involucrados

- Beber alcohol en exceso
- Fumar tabaco.
- El tabaco y el alcohol representan la mayor amenaza para la salud y al combinarse aumenta el riesgo de sufrir cáncer oral, y si



son adictos tienen 38 veces más riesgo que los que no tienen dicho mal hábito.

- Exponerse excesivamente al sol

También hay que tener en cuenta, que existe personas más propensas a padecer el cáncer oral, entre las que se encuentran:

- Los ancianos.
- Los fumadores y alcohólicos.
- Los que se alimentan mal.

2. Signos y síntomas del cáncer bucal

- Una de las manifestaciones es, que las heridas en la boca no sanan.



*Imágenes adaptadas de fuentes de internet (109-117).

Anexo N° 14

Secuencia fotográfica de la recolección de las encuestas y la intervención educativa sobre cáncer oral desarrollado

Imagen 1



Pretest del cuestionario sobre cáncer oral en el grupo control

Imagen 2



Pretest del cuestionario sobre cáncer oral en el grupo experimental

Imagen 3 al 9

Intervención educativa sobre cáncer oral en el grupo experimental





Imagen 10 y 11



Postest del cuestionario sobre cáncer oral en el grupo experimental y control

Imagen 12 al 14

Charla sobre cáncer oral al grupo control, posterior a la aplicación postest del cuestionario de encuesta

