

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN, León

Área de Conocimiento Odontología



**UNAN - León
FUNDADA EN 1812**

Monografía para optar al Título de Cirujano Dentista

“Conocimiento sobre autoexamen bucal en jóvenes nicaragüenses, abril-junio 2023”

Autores:

Br. Russel Aurelio Quiroz Rivera

Br. Dimara Yanet Reyes Silva

Tutor:

MSc. Alicia Samanta Espinoza Palma.

Profesora Titular, UNAN-León

León, Octubre 2024

2024: 45/19 La Patria, La Revolución

Resumen

Este estudio explora el conocimiento sobre el autoexamen bucal en jóvenes nicaragüenses, durante el período de abril a junio de 2023. El enfoque metodológico adoptado es descriptivo de corte transversal, se aplicó un cuestionario elaborado específicamente para este fin.

Los objetivos específicos incluyen caracterizar sociodemográficamente a la población estudiada, identificar el conocimiento sobre el cáncer y medir la comprensión del autoexamen bucal según el sexo. A través de un análisis cualitativo y cuantitativo, los datos fueron clasificados en niveles de conocimiento bajo, medio y alto, revelando que la mayoría de los encuestados no practica regularmente el autoexamen bucal, y carece de instrucción sobre su correcta realización. Como también desconocen de éste método.

Más de la mitad de los participantes reportó antecedentes familiares de cáncer, lo que subraya la necesidad de sensibilizar a la comunidad universitaria sobre la conexión entre salud bucal y cáncer. El análisis demográfico indica que la mayoría de los encuestados tiene 20 años o menos, lo que representa una oportunidad para implementar intervenciones educativas efectivas en esta población joven

Este estudio destaca la importancia de desarrollar programas de educación sobre el autoexamen bucal. Asimismo, la predominancia del sexo femenino en la muestra, sugiere que las estrategias educativas deben adaptarse a sus necesidades específicas. En conclusión, mejorar el conocimiento sobre el autoexamen bucal y el cáncer podría contribuir a la prevención y detección temprana de enfermedades, lo que podría reducir la prevalencia y aumentar la esperanza de vida en la población nicaragüense.

Agradecimiento y dedicatoria

Gracias a Dios y a la Virgen por la bendición de culminar mi carrera.

Gracias al sacrificio, amor incondicional de mis padres, Aurelio Quiroz y Ángeles Rivera que me apoyaron en todo momento, sin ellos esto no sería posible.

A mi hija que aún no ha nacido que nos ha traído una alegría inmensa.

A mi hermana, Jessy Quiroz por motivarme en todo momento a ser mejor día a día.

A toda mi familia, que de alguna manera me han apoyado.

Russel Aurelio Quiroz Rivera

Agradezco a Dios y a la Virgen María, por sus infinitas bendiciones.

A mis amados padres, Róger Adolfo Reyes Díaz y María Jeanette Silva Santamaría, quienes con su ejemplo de vida me han mostrado que con dedicación y esfuerzo se pueden alcanzar los sueños. Con su amor incondicional, sacrificios y constante apoyo me han guiado y motivado a lo largo de este camino académico. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo, la perseverancia y por siempre creer en mí. Gracias por estar siempre a mi lado, por sus palabras de aliento y por su infinita paciencia. Todo lo que soy y lo que he logrado se lo debo a ustedes. Este logro es tan suyo como mío.

A mi hija, que aún no ha nacido, pero que ya llena mi vida de alegría y esperanza. Esta tesis es un reflejo del esfuerzo y dedicación que espero algún día te sirvan como ejemplo, con la esperanza que en un futuro te inspire a seguir tus propios sueños.

Dimara Yanet Reyes Silva

ÍNDICE

Contenido

AGRADECIMIENTO.....	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS	4
III. MARCO TEÓRICO	5
A. Definición de cáncer bucal.....	5
B. Epidemiología del cáncer bucal	5
C. Sitios de aparición:.....	6
D. Factores etiológicos del cáncer bucal.....	6
D1. Infección por Virus del Papiloma Humano (VPH):	6
D2. Tabaco	6
D3. Alcohol	7
D4. Genética	7
D5. Factores Ambientales	8
D6. Factores dietéticos	8
E. Signos y síntomas de los tumores de la cabeza y el cuello	8
F. Métodos de diagnóstico del cáncer bucal	9
F1. Evaluación clínica	9
F2. Biopsia	9
F3. Prueba del VPH	9
F4. Tinción con colorantes (Azul de toluidina)	9
F5. Estudios por imágenes	10
G. Tratamiento del cáncer bucal.....	10
H. Prevención del cáncer bucal.....	10
H1. Autoexamen bucal	11
H1.1 Cara	11
H1.2 Cuello	11
H1.3 Labios	12
H1.4 Mucosa yugal (Cara interna de las mejillas)	12

H1.5 Paladar	12
H1.6 Encías	12
H1.7 Lengua	12
H1.8 Piso de la boca	13
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	14
A. Tipo de estudio	14
B. Área de estudio.....	14
C. Población de estudio.....	14
D. Unidad de análisis.....	14
E. Criterios de inclusión.....	14
F. Instrumento para la recolección de datos	14
G. Prueba Piloto	15
H. Procedimiento para la recolección de la información.....	15
I. Análisis de los datos	15
J. Aspectos éticos.....	16
V. Resultados	17
Tabla 1.	17
Tabla 2.	17
Tabla 5.	18
Tabla 6.	18
Tabla 7.	19
Tabla 8.	19
Tabla 9.	20
Tabla 10.	21
VI. Discusión	22
VII. Conclusión	25
VIII.RECOMENDACIONES	26

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
X. ANEXOS.....	29
Operacionalización de las variables.....	30

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer oral es una enfermedad en aumento a nivel mundial, con una alta incidencia especialmente en países en desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que alrededor de 377,713 nuevos casos de cáncer oral se diagnostican cada año, y provoca aproximadamente 177,757 muertes anuales. Este tipo de cáncer representa entre el 2% y el 4% de todos los cánceres diagnosticados globalmente, siendo más prevalente en hombres que en mujeres. Las tasas más altas se registran en el sur de Asia, Europa Oriental y partes de América Latina y el Caribe (OMS, 2020).

Entre los factores de riesgo están el consumo de tabaco, en todas sus formas (cigarrillos, tabaco masticable, etc.), y el consumo excesivo de alcohol, que combinados aumentan considerablemente el riesgo de desarrollar esta enfermedad. Otros factores incluyen la infección por el virus del papiloma humano (VPH), especialmente con la cepa VPH-16, una mala higiene bucal, una dieta deficiente y la exposición prolongada al sol, que puede afectar los labios (Warnakulasuriya, 2020).

En cuanto a los grupos de edad, el cáncer oral es más común en personas mayores de 40 años, con la mayor incidencia en aquellos de 50 a 69 años. Sin embargo, en los últimos años, se ha observado un aumento en personas más jóvenes, principalmente relacionado con la infección por VPH (Patel & Shah, 2020).

La población joven representa un segmento importante para la educación de medidas preventivas de esta enfermedad, que podría derivar en un cambio de comportamiento y la sistematización de autoexamen oral como medida de detección temprana. Es necesario también el conocimiento especializado de los profesionales encargados del diagnóstico, a tal punto que en algunas consultas odontológicas las lesiones premalignas sean detectadas y se intervenga de manera oportuna.

De acuerdo con Ladera y Medina (2023) las patologías bucales afectan a 3500 millones de personas a nivel mundial, estas enfermedades son la caries dental, la enfermedad periodontal, pérdida dental, cáncer bucal y de labios, dichas enfermedades afectan la salud y la calidad de vida de las personas, cuyo tratamiento genera un alto costo en salud.

Razón por la cual nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los conocimientos sobre autoexamen bucal en jóvenes nicaragüenses durante el periodo de estudio?

Entre los estudios consultados, encontramos el de Toledo et al., (2014), quienes realizaron un estudio en Cuba titulado “El empleo del autoexamen bucal como actividad educativa en estudiantes de Estomatología”, en el cual los resultados obtenidos sobre la labor educativa mediante la enseñanza del autoexamen bucal para la prevención de este tipo de cáncer, reclaman de una reflexión por parte de profesores y directivos sobre el manejo y control de esta actividad, como parte del accionar diario de los futuros estomatólogos en el desempeño de la labor de promoción de salud y prevención de enfermedades en la comunidad (Toledo, y otros, 2014).

Herrera., (2017) en el estudio “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” en el cual los resultados obtenidos fue que mas de la mitad de la población tenía conocimiento sobre el cáncer bucal, y reconocen que el exceso de alcohol y cigarro como principal factor de riesgo (Herrera, 2017).

Rodríguez., (2009) realizó una tesis con el nombre “Autoexamen bucal en el adulto mayor”. Este estudio fue realizado en la casa de atención al adulto mayor, los datos fueron procesados según sus variables y distribuidos en tablas, mostrando un predominio de los abuelos de 75 y más años, presencia de condiciones premalignas localizadas en la región anterior de la cavidad bucal y que la intervención educativa fue eficaz, como principales resultados (Rodríguez, 2009).

Julca, (2018) presentó una tesis con el nombre “Nivel de conocimientos sobre cáncer bucal de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología de dos universidades, de la ciudad de Chiclayo – Lambayeque – Perú, 2017”, se evaluó a estudiantes de dos diferentes universidades que cursan el 9no curso, donde se obtuvo como resultado, que el nivel de conocimiento que poseen los estudiantes tiene un valor regular (Julca, 2018).

Esveile et al., (2012) realizaron una tesis con el título de “Cáncer bucal : nivel de conocimiento asociado a la difusión de su imagen en cajas de cigarros” esta investigación tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de cáncer bucal, posterior a la difusión de su imagen en cajas de cigarros. Como resultado se obtuvo que el nivel de conocimiento de cáncer bucal luego de su difusión es de más de la mitad de la población, no existiendo diferencias significativas en los resultados obtenidos en un estudio realizado antes de la aplicación de la norma ya que este obtuvo como resultado casi la mitad de la población. Por lo tanto, el conocimiento de la imagen no fomenta una mayor comprensión del riesgo del tabaco para la salud bucal en pacientes fumadores y no es totalmente efectiva como herramienta de motivación para que abandonen este hábito (Esveile, 2012).

Debido al incremento del número de casos de cáncer bucal en diversas regiones del mundo, se hace necesario identificar el conocimiento de la población respecto al conocimiento del cáncer bucal, sus principales factores de riesgo, signos y síntomas, repercusiones y medidas de prevención. Los jóvenes, no están exentos de lesiones potencialmente malignas y cáncer bucal, así mismo al no haber escuchado de la existencia de este tipo de patologías, desconocen los procedimientos básicos y signos de alerta para reconocer este tipo de procesos en la cavidad bucal.

El presente estudio es pionero en el país en población joven, por tanto, servirá de base para futuras investigaciones en el área de promoción de la salud.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los conocimientos sobre autoexamen bucal en jóvenes nicaragüense, abril-junio 2023.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.
2. Identificar los conocimientos sobre cáncer entre los jóvenes en estudio.
3. Medir los conocimientos sobre el autoexamen bucal según sexo.

III. MARCO TEÓRICO

A. Definición de cáncer bucal

La OMS define el término cáncer como un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer es un problema de salud a nivel mundial y es una de las causas más importantes de mortalidad (Antón, 2015).

Se entiende por cáncer bucal aquellas neoplasias malignas desarrolladas a partir de la mucosa bucal, la cual comprende las siguientes áreas: Labios y comisura labial, mejillas, suelo bucal y lengua móvil, paladar duro, istmo de las fauces (García V. B., 2009).

Entre los tipos de mucosa bucal tenemos la mucosa masticatoria que incluye la encía y el paladar duro, la mucosa especializada focalizada en la cara dorsal de la lengua y la mucosa de revestimiento que abarca la cara interna de los labios, mejillas, vestíbulos, suelo de la boca, cara ventral lengua y velo del paladar (García V. B., 2009).

El 90% de los tumores malignos primarios son carcinomas bucales de células escamosas, siendo más frecuente en borde lateral de la lengua y su tratamiento dependerá del estadio en el que se encuentre la lesión (Antón, 2015).

B. Epidemiología del cáncer bucal

El cáncer de cabeza y cuello es el sexto cáncer humano más frecuente. El 3% de todos los cánceres se localizan en la cavidad bucal. No obstante, existe una variabilidad geográfica con una mayor prevalencia en América del Sur, Sudeste asiático y en la India, en la cual el cáncer bucal representa el 40% de todos los tumores malignos (García V. B., 2009)

En cuanto a la edad, el 90% de los cánceres bucales se diagnostican en mayores de 40 años, y más del 50% en individuos de más de 65 años. Recientemente se ha observado un aumento en la incidencia de esta enfermedad en menores de 40 años lo que podría estar asociado a una infección por el virus del papiloma humano (García V. B., 2009).

C. Sitios de aparición:

De acuerdo con el Manual MSD para profesionales, los sitios más comunes del cáncer bucal son la lengua, el piso de la boca, el paladar duro, la mucosa bucal, y los rebordes alveolares y en la orofaringe se ha observado en las paredes faríngeas posterior y lateral, base de la lengua, amígdalas y paladar blando); así mismo, se menciona que los sitios menos comunes son en nasofaringe, la cavidad nasal y los senos paranasales, la hipofaringe y las glándulas salivales (Schiff, 2022).

D. Factores etiológicos del cáncer bucal

D1. Infección por Virus del Papiloma Humano (VPH):

Se asocia con carcinoma epidermoide de cabeza y cuello, sobre todo el cáncer orofaríngeo. A pesar de la disminución en el consumo de tabaco en las últimas 2 décadas, la incidencia del cáncer orofaríngeo ha aumentado, debido al incremento del cáncer relacionado con el VPH. El mecanismo de la formación de tumores mediada por virus parece ser diferente de los mecanismos relacionados con el tabaco (Schiff, 2022).

D2. Tabaco

El efecto dañino del tabaco sobre la mucosa bucal se debe a que contiene unas 300 sustancias cancerígenas que se convierten en metabolitos activos capaces de interactuar con el ADN por la acción de enzimas oxidativas entre los que se destacan la nicotina, el arsénico, el metanol, el amonio, el cadmio, el monóxido de carbono, el formaldehído, el butano y el cianuro de hidrógeno. Otras sustancias cancerígenas como el níquel y cadmio, elementos radioactivos como carbono-14 y polonio-210, incluso residuos de pesticidas se han detectado en el humo del tabaco. La exposición al calor mantenido por la combustión del tabaco puede agravar las lesiones de la mucosa bucal (Vargas, 2012).

Los carcinógenos como las nitrosaminas específicas del tabaco, los hidrocarburos, algunos metales y radicales libres, bloquean a las enzimas antioxidantes glutatión-S-transferasa, el glutatión reductasa, el superóxido dismutasa y el glutatión peroxidasa (Scully, 2011).

Los fumadores exponen su aparato aerodigestivo superior a la acción de los carcinógenos del humo de tabaco, lo que provoca cambios en esa mucosa que

persiste años, aun si el paciente deja de fumar. Por tanto, el hábito de fumar provoca cánceres, ya se utilice en forma de cigarrillos, cigarros, pipa, mascado, cigarros eléctricos (Vaper) (Antón, 2015).

D3. Alcohol

Aunque el mecanismo por el cual el alcohol produce cáncer bucal no está bien determinado es, junto con el tabaco, su principal factor etiológico y, además, sus efectos perjudiciales se potencian cuando se consumen simultáneamente (Li Y. Y., 2011).

Se han propuesto varios mecanismos oncogénicos del alcohol: actúa como factor químico irritativo local, provoca una disminución del índice inmunitario, facilita la absorción de otras sustancias cancerígenas por su efecto cáustico sobre la mucosa bucal y su oxidación a acetaldehído, un cancerígeno que interfiere con la síntesis y reparación del ADN (García, 2013).

D4. Genética

El desarrollo del cáncer bucal es un proceso en múltiples etapas que implica la acumulación de alteraciones genéticas y epigenéticas en genes regulatorios clave. La carcinogénesis bucal comienza como hiperplasia epitelial, progresa a displasia y culmina en un fenotipo maligno, habitualmente precedido por cambios visibles en la mucosa bucal (Shridhar, 2016).

Los genes implicados en la carcinogénesis son los oncogenes y los genes supresores tumorales. Los mecanismos genéticos básicos en el cáncer son la sobreexpresión de oncogenes y el silenciamiento de genes supresores tumorales. La compleja interacción entre los genes y los factores ambientales dificulta el estudio preciso de estos factores, por lo que existen aspectos controversiales y polémicos que requieren aclaración en investigaciones posteriores (Villa, 2014).

Las variaciones individuales en la susceptibilidad al carcinoma de células escamosas bucal se atribuyen a complejas interacciones entre factores genéticos y ambientales, aunque los mecanismos convergen en procesos inflamatorios. La inflamación se relaciona con alteraciones de la expresión de oncogenes y genes supresores tumorales (Li, 2015).

D5. Factores Ambientales

Los factores ambientales como las radiaciones ionizantes de fuentes naturales o terapéuticas o accidentes nucleares contribuyen al riesgo de cáncer, aunque existen pocos datos sobre el cáncer bucal (Scully, 2011).

El cáncer de labio es más frecuente en personas de piel blanca expuestas a los rayos solares. En personas predispuestas, el sol puede provocar queilitis exfoliativa o queratosis solar en los labios, sobre todo, en el labio inferior. La mayoría de estos carcinomas se inician sobre queilitis crónicas y, dentro de ellas, la de mayor grado de malignización son las de origen actínico (Gheno, 2015).

La carcinogénesis actínica en el labio se debe al efecto de los rayos ultravioletas de la luz solar, que provoca mutaciones en el ADN de las células epiteliales con la activación de oncogenes y la inactivación de genes supresores tumorales, un proceso de desarrollo lento que explica el largo periodo de latencia en el surgimiento de estos cánceres (Cruz, 2016).

D6. Factores dietéticos

Las deficiencias nutricionales, sobre todo de vitaminas y minerales, favorecen la aparición del cáncer de la cavidad bucal. La condición nutricional más importante asociada al cáncer bucal es la anemia ferropénica. En el déficit de hierro se encuentra una atrofia de la mucosa, que asociada a otros factores de riesgo puede incrementar la actividad mitótica y disminuir la capacidad de reparación del epitelio. También la deficiencia nutricional de hierro se acompaña de deficiencias de micronutrientes que favorecen la carcinogénesis bucal (García, 2013).

Pacientes con déficit de vitamina A se consideran de alto riesgo de transformación maligna de la mucosa de cavidad bucal. El papel de la vitamina A es controlar la diferenciación celular y su deficiencia nutricional desencadena alteraciones celulares similares a las inducidas por carcinógenos químicos, aunque se requieren estudios concluyentes (García, 2013).

E. Signos y síntomas de los tumores de la cabeza y el cuello

Las manifestaciones del cáncer de cabeza y cuello dependen en gran medida de la localización y la extensión del tumor. Las manifestaciones iniciales comunes del cáncer de cabeza y cuello incluyen: un tumor cervical asintomático, ulceración

dolorosa en la mucosa o lesiones visibles como la leucoplasia o eritroplasia, así mismo el paciente experimenta ronquera y disfagia (Schiff, 2022).

Los síntomas ulteriores dependen de la localización y la extensión del tumor e incluyen: dolor, parestesia, parálisis nerviosa, trismus y halitosis (Schiff, 2022).

La otalgia es un síntoma que a menudo se pasa por alto y que en general representa el dolor referido del tumor primario. También es frecuente la pérdida de peso causada por alteraciones en la alimentación y la odinofagia (Schiff, 2022).

F. Métodos de diagnóstico del cáncer bucal

F1.Evaluación clínica

Es importante preguntar en la historia clínica de los antecedentes personales y familiares del paciente, así como la realización del examen físico para en búsqueda de bultos o algún tipo de asimetría a nivel de rostro, cuello y de la boca (Society, 2018).

F2.Biopsia

La biopsia es la extirpación de una cantidad pequeña de tejido para examinarla a través de un microscopio. Otras pruebas pueden indicar la presencia de cáncer, pero solo una biopsia puede permitir formular un diagnóstico definitivo (Oncology, 2019).

F3. Prueba del VPH.

La Sociedad Americana de Oncología, recomienda que las pruebas del VPH se realicen en todos los pacientes recién diagnosticados con carcinoma escamocelular orofaríngeo, estas pueden realizarse directamente en el tejido biopsiado o en pruebas sanguíneas como la PCR para tipificar el subtipo de VPH asociado a cáncer bucal (Oncology, 2019).

F4.Tinción con colorantes (Azul de toluidina)

Cuando el paciente presenta en la mucosa bucal una lesión que se presume como de riesgo, se puede utilizar el marcador tumoral compuesto por azul de toluidina, el que se utiliza según las indicaciones del fabricante sobre la lesión: generalmente se aclara la lesión con un ácido y posteriormente se le aplica el azul de Toluidina y se

espera su marcación. De ser positivo, da un indicio al profesional sobre presencia de células tumorales en dicho abultamiento (Barbany, 2008).

F5. Estudios por imágenes

Con los avances de la tecnología la extensión y complejidad de una lesión cancerosa son más fáciles de detectar que en años anteriores, ya que no solo se cuenta con una radiografía de diagnóstico, sino que, gracias a dichos avances, se cuenta con ultrasonido, resonancia magnética, tomografía axial computarizada. Todos estos métodos imagenológicos son auxiliares del diagnóstico que el odontólogo/médico utiliza para corroborar la información que se obtuvo a través de la clínica y para la planificación del tratamiento (Oncology, 2019).

G. Tratamiento del cáncer bucal

Las opciones de tratamiento para el cáncer bucal dependen de factores como tamaño y localización del tumor primario, estado de los ganglios linfáticos, presencia o ausencia de metástasis, de los deseos del propio paciente y de la capacidad que tenga para tolerar el tratamiento (Neville, 2002).

Cuando un paciente presenta un carcinoma bucal la supervivencia en los estadios tempranos es del 80% mientras que en los avanzados es de 35%. Tanto la cirugía como la radioterapia siguen siendo el gold standard para el tratamiento de los tumores de labio y cavidad bucal, ya sea usados por separado, o en combinación con quimioterapia en estadios avanzados (Neville, 2002).

Otra opción de tratamiento no invasivo para los tumores de cabeza y cuello, así como para las lesiones premalignas, es la llamada terapia fotodinámica que, en comparación con la radioterapia y la quimioterapia, es más segura ya que las sustancias que se utilizan tienen preferencia, en acumulación, por las células tumorales preservando los tejidos sanos de alrededor, disminuyendo los efectos secundarios y el coste (Santos, 2010).

H. Prevención del cáncer bucal

Es fundamental eliminar los factores de riesgo, en especial dejar de fumar y limitar el consumo de alcohol. La eliminación de estos factores ayuda también a prevenir la recidiva de la enfermedad en los pacientes que recibieron tratamiento oncológico. Un cáncer primario nuevo se desarrolla en alrededor del 5% de pacientes/año (con

un riesgo máximo de cerca del 20%); el riesgo es menor entre los que abandonan el uso del tabaco (Schiff, 2022).

En la actualidad, las vacunas contra el VPH se dirigen hacia algunas cepas que causan cáncer orofaríngeo, por lo que la vacunación recomendada actualmente podría disminuir la prevalencia de estos cánceres (Schiff, 2022).

El cáncer del labio inferior puede prevenirse mediante el uso de pantallas solares y el abandono del tabaco. Como el 60% de los cánceres de cabeza y cuello se encuentra en etapas muy avanzadas (estadio III o IV) en el momento del diagnóstico, la estrategia más promisoría para reducir la morbimortalidad es la exploración sistemática y cuidadosa de la cavidad bucal (Schiff, 2022).

H1. Autoexamen bucal

El autoexamen es el método preventivo contra el cáncer bucal. La primera vez que el paciente realiza la exploración es preciso guiarlo, siguiendo todos los pasos del examen y confirmando los hallazgos del paciente. La mejor forma es que el paciente se sienta ante un espejo grande y el operador detrás del paciente o a su lado, de forma que ambos puedan observar bien la boca. En primer lugar, hay que ayudarlo a identificar las estructuras normales de la cavidad bucal, o bien estructuras y variaciones fisiológicas que no deben preocuparle (diapneusias, torus, papila incisiva). Para que comprenda cuáles son los estados normales es necesario que realicemos nosotros en primer lugar cada uno de los pasos, y a continuación preguntarle: ¿Ve usted esto?; bien, tóquelo. Es normal. Cuando no esté así, será anormal y deberá venir al consultorio para que lo revisemos. (Bacca, 2007).

H1.1 Cara

Se observará la simetría facial. Hay que considerar cualquier tumoración, protuberancia o hinchazón que aparezca en un lado de la cara, o bien lunares que empiezan a molestar e, incluso, cambios de coloración en la piel. Si el paciente lleva gafas, le pedimos que se las quite para ver el puente de la nariz. Finalmente palparemos la cara haciendo presión simultáneamente con un dedo de cada mano, para comparar mejor un lado con otro. Palparemos la zona de las órbitas, buscando desdibujamientos del reborde, color o alteración de la consistencia (piel más rugosa o zonas más duras) (Bacca, 2007).

H1.2 Cuello

Se realiza con las dos manos a la vez, palpando los lados del cuello. Se busca adenopatías (bultos y zonas dolorosas o sensibles para el paciente). Se palpa

también la región submandibular. Es importante no olvidar explorar la movilidad de la nuez de Adán, que debe producirse tanto al realizar movimientos deglutorios, como al traccionar manualmente de ella hacia los lados. Se le pide al paciente que trague y la mueva de un lado a otro con suavidad (Bacca, 2007).

H1.3 Labios

El paciente tirará del labio hacia abajo para ver la cara interna. Identificar el frenillo labial medio inferior. Pueden encontrarse diversas lesiones: aftas, herpes, queilitis angular, mucocele, induraciones, pérdida del borde rojo, que el paciente puede observar. Se palpará el labio apretando suavemente. Repetiremos la exploración en el labio superior (Bacca, 2007).

H1.4 Mucosa yugal (Cara interna de las mejillas)

Se le pide al paciente que introduzca el dedo índice entre los dientes y el carrillo, tirando de él hacia fuera para ver los tejidos del interior. Cualquier mancha o alteración de la normalidad debe ser informada al dentista. Es importante identificar el orificio de salida del conducto de Stenon. Repetir en el otro carrillo (Bacca, 2007).

H1.5 Paladar

Para la exploración del paladar se le orienta al paciente que flexione la cabeza hacia atrás. Las rugosidades del paladar hay que mostrárselas. Se buscará cualquier cambio de coloración o protuberancia. Con el dedo índice se presionará suavemente contra el paladar buscando nódulos o aumentos de volumen. No olvidar el paladar blando la úvula y los pilares amigdalinos (Bacca, 2007).

H1.6 Encías

Frente a un espejo es importante identificar la mucosa gingival (queratinizada) y el fondo del vestíbulo, así como los frenillos, sobre todo el frenillo labial medio superior que puede estar hipertrofiado. Se deben de observar las encías buscando cambios de coloración, protuberancias y nódulos o tumoraciones (Bacca, 2007).

H1.7 Lengua

Esta es una estructura importante por ser asiento frecuente de patología tumoral. Para la exploración se divide en:

Frontal: El paciente saca la lengua frente al espejo, observando cualquier lesión que se presente (manchas blancas, úlceras). Se preguntará al paciente sobre una dificultad repentina de movilidad. Seguidamente le pediremos que palpe el espesor de la lengua bidigitalmente, buscando cualquier tumoración. Es importante identificar las papilas filiformes y fungiformes como estructuras normales, así como las foliadas. En la lengua también se pueden observar las papilas caliciformes o circunvaladas (Bacca, 2007).

Lateral: Con una gasa traccionamos lateralmente de la lengua para observar los bordes laterales y la raíz de esta (asiento frecuente de tumoraciones que pasan desapercibidas). Se observarán úlceras, zonas de hemorragia, resistencia a la movilidad y a la palpación, dolor. Las lesiones blancas pueden aparecer también en la lengua (Bacca, 2007).

H1.8 Piso de la boca

Colocar la punta de la lengua contra la cara palatina de los incisivos superiores. Se debe identificar el frenillo lingual. Hay que explicarle que, a veces, las glándulas salivares situadas a ese nivel hacen protrusión, lo cual es normal. La presencia de ránulas no debe alarmar al paciente. También son frecuentes las varices linguales. La palpación del suelo de la boca se realizará haciendo una presión suave con el dedo, contra la zona del suelo, buscando nódulos, protuberancias o tumoraciones. Los torus mandibulares no deben alarmar. Cualquier alteración que él pueda observarse debe ser informada al dentista que será el encargado de descartar la posible existencia de una lesión precancerosa o incluso, maligna (Bacca, 2007).

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

A. Tipo de estudio

Descriptivo de corte transversal.

B. Área de estudio

El área de estudio fue una comunidad urbana del Dpto. de León.

C. Población de estudio

La población de estudio fueron todos los jóvenes nicaragüenses que cumplieron con los criterios de inclusión.

D. Unidad de análisis

La unidad de análisis será cada participante.

E. Criterios de inclusión

- Participación voluntaria en el estudio.
- No estudiar carreras relacionadas a la salud
- Completar el cuestionario.

F. Instrumento para la recolección de datos

Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario de acuerdo con los objetivos del estudio. Para esto se usó la plataforma de Google Formularios.

G. Prueba Piloto

Se llevó a cabo una prueba piloto en un grupo de 10 jóvenes que se excluyeron de la muestra final, para verificar redacción, comprensión de las preguntas y presentación del cuestionario en Google Formularios.

H. Procedimiento para la recolección de la información

Para la recolección de los datos a los jóvenes se explicaron los objetivos del estudio y llevó a cabo la recolección de la información por medio de encuestas virtuales, que se les compartió a través de un código QR.

I. Análisis de los datos

Antes de comenzar el análisis, se revisaron los datos para asegurar que estuvieran completos y no hubieran valores faltantes, en el caso que se encontraron incompletas, se tomó la respuesta como incorrecta.

Los resultados se realizaron utilizando estadística descriptiva, según los objetivos de investigación, las categorías de conocimiento de autoexamen bucal se aplicaron de acuerdo con una escala cuali-cuantitativa; que se describe a continuación:

0	Para las personas que no tuvieron ningún conocimiento de autoexamen bucal. Para las personas que marcaron que nadie les había enseñado el autoexamen.	Bajo
1	Para las personas que marcaron tener conocimiento de autoexamen, pero que no tuvieron medio de enseñanza de la realización del autoexamen.	Medio

	Para las personas que marcaron que les enseñaron el autoexamen bucal personal de la salud, familiares o bien sea de forma autodidacta.	
2	Para los que conocieron de autoexamen y además lo sabían realizar.	Alto

Estas encuestas fueron descargadas desde la plataforma de Google Formularios en una base de datos de Excel 2023 del que se obtuvieron tablas y gráficos con distribuciones simples y porcentajes, los hallazgos obtenidos se agruparon y se redactó un breve resumen debajo de cada gráfico.

J. Aspectos éticos

Se guardó la confidencialidad, sigilo médico y uso de la información con fines monográficos.

V. Resultados

Tabla 1.

Distribución por edad del grupo de estudio

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor o igual a 20 años	182	60.3
21 a 25	86	28.5
26 a más	34	11.3
Total	302	100.0

Esta tabla representa la edad de los encuestados de una totalidad de 302 participantes, en el cual la edad predominante fue menor o igual a 20 años, con una totalidad de 182 participantes que representa el 60.3%.

Tabla 2.

Distribución por sexo del grupo de estudio

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	181	59.9
Masculino	121	40.1
Total	302	100.0

Esta tabla representa el sexo de las personas encuestadas de una totalidad de 302 participantes, en el cual el sexo predominante fue el femenino con una totalidad de 181 mujeres que representa el 59.9%.

Tabla 5.

Distribución de personas que marcaron si han tenido o no, familiares con cáncer en alguna parte del cuerpo

Antecedentes familiares	Frecuencia	Porcentaje
Si	213	70.5
No	88	29.1
Total	302	1000

Esta tabla representa los familiares con cáncer de las personas encuestadas de una totalidad de 302 participantes, en la cual, si, fue la respuesta predominante, con una totalidad de 213 participantes, que representa el 70.8%.

Tabla 6.

Distribución por sitio del cuerpo que sucedió el cáncer

Sitio	Frecuencia	Porcentaje
Sin Respuesta	219	72.5
Metástasis	1	.3
Sistema Circulatorio	5	1.7
Sistema Digestivo	21	7.0
Sistema Endocrino	6	2.0
Sistema Musculoesquelético	1	.3
Sistema Nervioso	5	1.7
Sistema Respiratorio	7	2.3
Sistema Reproductor	32	10.6
Sistema Tegumentario	3	1.0
Sistema Urinario	1	.3
Sistema Nervioso	1	.3
Total	302	100.0

Esta tabla representa el sitio u órgano del cuerpo que ocurrió cáncer en familiares de las personas encuestadas de una totalidad de 302 participantes, en el cual, sin respuesta, fue la opción predominante con una totalidad de 219 participantes, que representa el 72.5%.

Tabla 7.*Distribución de personas que han escuchado que existe cáncer en la boca*

	Frecuencia	Porcentaje
Si	164	54.3
No	138	45.7
Total	302	100.0

Esta tabla representa si las personas encuestadas han escuchado que en la boca también da cáncer, en una totalidad de 302 participantes, en el cual "sí" fue predominante, con una totalidad de 164 participantes, que representa el 54.3%.

Tabla 8.*Distribución de personas que se han realizado el autoexamen bucal*

Autoexamen	Frecuencia	Porcentaje
No	269	89.1
Si	29	9.6
Total	298	98.7
S/Rspta	4	1.3
Total	302	100.0

Esta tabla representa la realización del autoexamen bucal, de las personas encuestadas de una totalidad de 302 participantes, en el cual "no" fue la respuesta predominante con una totalidad de 269 participantes, que representa el 89.1%.

Tabla 9.*Descripción de la realización del autoexamen bucal.*

	Frecuencia	Porcentaje
Sin Respuesta	272	90.1
Abro mi boca y observo mis dientes, lengua, paladar, garganta, en busca de alteraciones, bultos o algún tipo de inflamación.	5	1.7
Chequeo mi boca frente a un espejo	11	3.6
Mediante visita odontológica	4	1.3
No lo he hecho	6	2.0
Reviso anormalidades	1	.3
Reviso mi boca por medio de mi teléfono, tomando fotos y videos.	2	.7
Toco y observo mis labios, buscando cambios de color, forma o consistencia por dentro y por fuera de ellos.	1	.3
Total	302	100.0

Esta tabla representa la descripción de cómo realizan el autoexamen bucal, las personas encuestadas de una totalidad de 302 participantes, en el cual "sin respuesta" fue la opción predominante, con una totalidad de 272 participantes, que representa el 90.1%.

Tabla 10.*Distribución del medio de enseñanza para la realización del autoexamen bucal*

	Frecuencia	Porcentaje
Personal de la salud	11	3.6
Familiares	9	3.0
De forma autodidacta	11	3.6
Nadie	166	55.0
Total	197	65.2
Sin Respuesta	105	34.8
Total	302	100.0

Esta tabla representa quién les enseñó a realizarse el autoexamen bucal, a las personas encuestadas de una totalidad de 302 participantes, en el cual "nadie" fue la opción predominante, con frecuencia de 166 participantes, que representa el 84.3%.

VI. Discusión

El presente estudio incluyó a 302 jóvenes nicaragüenses, de los cuales la mayoría, representando el 60.3%, tenía 20 años o menos. Este dato destaca una población predominantemente joven, lo cual puede influir significativamente en los resultados relacionados con el nivel de conocimiento sobre el autoexamen bucal. Estudios previos sugieren que los jóvenes pueden tener menor conocimiento sobre patologías como el cáncer bucal en comparación con grupos de mayor edad, lo que plantea la necesidad de realizar intervenciones educativas dirigidas a este segmento etario para mejorar su conciencia sobre la salud oral.

Al comparar estos resultados con los obtenidos en el estudio de Herrera, donde se evaluó a una muestra de 223 participantes distribuidos en tres grupos etarios, se observa una diferencia notable en la composición por edad. En el estudio de Herrera, los jóvenes de entre 18 y 29 años representaron solo el 28.7%, mientras que los adultos de entre 30 y 59 años constituían el 56.1% y los adultos mayores un 15.2%. Este contraste etario es relevante, dado que estudios en el campo de la salud pública indican que las personas de mayor edad suelen estar más preocupadas por su bienestar general y pueden tener un mayor nivel de conocimiento y participación en prácticas preventivas, como el autoexamen bucal, que las generaciones más jóvenes. Este hallazgo resalta la importancia de diseñar estrategias de sensibilización adecuadas para la población joven, que es la que predomina en el presente estudio.

Asimismo, se encontró que el 59.9% de los participantes eran mujeres, lo cual sugiere una mayor disposición de las mujeres para participar en estudios de salud preventiva. Este hallazgo no es aislado, ya que investigaciones previas señalan que las mujeres tienden a mostrar mayor interés y participación en actividades relacionadas con la salud, como exámenes preventivos y diagnósticos tempranos. Al comparar con los resultados de Herrera, donde el 56.1% de la muestra también fue femenina, se puede apreciar una tendencia consistente en ambos estudios. Este predominio de mujeres puede reflejar un mayor nivel de concienciación en temas de salud entre las participantes femeninas, lo que a su vez podría influir positivamente en la adopción de medidas preventivas, como el autoexamen bucal.

El hecho de que en ambos estudios las mujeres representen la mayoría de los participantes podría explicarse por factores socioculturales y biológicos. Diversas investigaciones sugieren que las mujeres tienden a ser más proactivas en la prevención de enfermedades y la búsqueda de atención médica, lo que subraya la necesidad de diseñar programas de salud que también motiven a los hombres a

involucrarse en prácticas preventivas de salud bucal. En este contexto, el nivel de conocimiento sobre el autoexamen bucal puede variar según la formación académica, lo que pone de relieve la importancia de incluir contenidos sobre salud en diferentes medios de comunicación.

En contraste, el estudio de Herrera incluyó una muestra más diversa en términos de nivel educativo, donde el 9% tenía educación primaria, el 36.3% educación secundaria, el 30.5% educación técnica superior y el 32.3% educación universitaria. Esta diferencia en los niveles de educación puede influir en el acceso y comprensión de la información sobre prácticas preventivas de salud, como el autoexamen bucal. En el presente estudio, todos los participantes tienen un nivel educativo universitario, lo cual podría suponer un mayor acceso a recursos informativos, aunque los resultados reflejan que incluso en esta población instruida, el conocimiento sobre el autoexamen bucal sigue siendo limitado.

Este hallazgo refuerza la necesidad de implementar campañas de educación en salud, enfocándose de programas de concientización sobre la importancia del autoexamen bucal podría tener un impacto positivo en la detección temprana de enfermedades bucales, contribuyendo a la reducción de la incidencia de patologías graves como el cáncer bucal.

En cuanto a los antecedentes familiares de cáncer, el 70.8% de los encuestados reportó tener familiares con cáncer. Esta alta prevalencia de casos de cáncer en los entornos familiares de los participantes sugiere una potencial mayor conciencia sobre la prevención y detección temprana de enfermedades, como el cáncer bucal. Sin embargo, a pesar de esta exposición, los resultados indican que muchos participantes aún no han adoptado la práctica del autoexamen bucal. La relación entre antecedentes familiares de cáncer y la adopción de medidas preventivas es un tema ampliamente estudiado, y se esperaría que la presencia de familiares con cáncer motivara una mayor preocupación por la salud y la prevención de otras formas de cáncer.

Aunque no se dispone de estudios comparativos directos para este aspecto, la alta frecuencia de antecedentes familiares de cáncer observada en esta investigación resalta la necesidad de campañas educativas más específicas que aborden la importancia de las medidas preventivas en la detección temprana de cáncer bucal, particularmente en poblaciones con antecedentes familiares de cáncer. La educación personalizada podría ayudar a incrementar el conocimiento y la adopción de prácticas como el autoexamen bucal, lo que sería clave para la detección temprana de lesiones premalignas.

Finalmente, un aspecto importante a considerar es que el 72.5% de los encuestados no proporcionó información sobre el sitio u órgano afectado por el cáncer en sus familiares, lo que indica una falta de conocimiento o de comunicación dentro de los núcleos familiares sobre los detalles específicos de esta enfermedad. Este hallazgo resalta la importancia de educar a la población sobre los riesgos genéticos y la necesidad de conocer los antecedentes médicos familiares. El conocimiento detallado sobre el tipo de cáncer puede ser fundamental para la adopción de medidas preventivas más focalizadas.

La falta de respuestas en este aspecto también puede estar relacionada con la falta de acceso a información médica clara y comprensible. Para mitigar este problema, sería recomendable promover campañas de concientización que no solo se centren en la prevención del cáncer en general, sino que también aborden la importancia de estar informados sobre los antecedentes familiares específicos. Este enfoque permitiría a los individuos evaluar mejor su riesgo personal y adoptar medidas preventivas adecuadas, como el autoexamen bucal, en el caso del cáncer.

VII. Conclusión

El análisis demográfico muestra que más de la mitad de los encuestados tiene 20 años o menos, y predominio del sexo femenino.

El presente estudio permitió identificar los conocimientos sobre cáncer entre los jóvenes en estudio, destacando que la mayoría de los participantes está al tanto de que el cáncer también puede manifestarse en la cavidad bucal. Sin embargo, aún se evidencia un grupo considerable que desconoce esta información, lo que subraya la necesidad de implementar estrategias educativas y de sensibilización sobre el cáncer oral en esta población.

El estudio permitió evaluar los conocimientos sobre el autoexamen bucal según sexo, evidenciando que la mayoría de los participantes no ha recibido orientación sobre cómo realizarlo. Sin embargo, se identificó que el sexo femenino predomina con mayor conocimiento sobre esta práctica. Estos resultados subrayan la importancia de implementar programas educativos y de concienciación que promuevan el autoexamen bucal en ambos sexos, fomentando la detección temprana de patologías y una mejor salud bucal en la población.

VIII. RECOMENDACIONES

Se recomienda a las autoridades de Salud continuar con la implementación de programas educativos, incluyendo aspectos como el autoexamen bucal que incluyan información detallada sobre la importancia de la prevención del cáncer bucal y la forma correcta de realizar el autoexamen, con el fin de incrementar el conocimiento y las prácticas preventivas entre los jóvenes.

A las autoridades del Área de Conocimiento, se puede incluir jornadas de revisión bucal y charlas informativas podría reforzar la educación preventiva.

Así también evaluación continua y seguimiento de los programas de salud bucal: Las instituciones educativas deben realizar evaluaciones periódicas de los programas de salud bucal implementados para medir su efectividad y ajustar las estrategias conforme a los resultados obtenidos. Esto garantizará que las iniciativas educativas se mantengan relevantes y efectivas en la promoción del autocuidado y la prevención de enfermedades bucales.

Se recomienda que futuras investigaciones incluyan personas de otras áreas geográficas y niveles de instrucción, como secundaria o educación técnica, para evaluar si las barreras en la práctica del autoexamen bucal se repiten en otros grupos.

A las personas, familia y comunidad: Fortalecer de la comunicación familiar sobre antecedentes de salud: Dado que una gran parte de los encuestados señaló tener familiares con antecedentes de cáncer, pero no pudo especificar la localización del mismo, se recomienda fomentar la comunicación dentro de los núcleos familiares acerca de los antecedentes médicos.

Focalización en estrategias educativas según género, a través del diseño específico de intervenciones para aumentar la participación masculina en prácticas preventivas, como el autoexamen bucal, a fin de lograr un equilibrio en la adopción de hábitos saludables.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antón, M. P. (Jul/ago de 2015). Cáncer oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. *Av. Odontoestomatol*, 31(4), 247-259. <https://doi.org/dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000400002>
- Bacca, P. J. (6 de 11 de 2007). <https://www.ugr.es/~pbaca/p10cancerbucal/02e6009a081211405/prac10.pdf>
- Barbany, J. (2008). Cáncer oral. Métodos de diagnóstico (screening) rápido en la consulta odontológica. *Av. Odontoestomatol*, 24 (1), 123-128. <https://scielo.isciii.es/pdf/odontov24n1/original12.pdf>
- Berner, J. (2016). Examen físico de la cavidad oral. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2016/mc163c.pdf>
- Cruz, P. P. (2016). Factores de riesgos de cáncer bucal. *Revista Cubana de Estomatol.*, 53(3), 128-145. <http://scielo.sld.cu/pdf/estv53n3/est06316.pdf>
- García, A. D. (2013). Review and updating in tongue cancer. 29(5), 255-269. <https://scielo.isciii.es/pdf/odontov29n5/original4.pdf>
- García, V. B. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. *Av. Odontoestomatol*, 25(5), 239-248. <https://scielo.isciii.es/pdf/odontov25n5/original1.pdf>
- Gheno, J. T. (2015). Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors. *Braz Oral Res*, 29(1), 1-6. <https://doi.org/doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2015.vol29.0093>
- INSTITUTE, N. N. (14 de Octubre de 2022). *National Cancer Institute*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging>
- INTUR. (17 de Mayo de 2022). *Mapa Nacional de Turismo*. Mapa Nacional de Turismo: <https://www.mapanicaragua.com/managua/>
- Ladera, M., & Medina, C. (2023). La salud bucal en América Latina: Una revisión desde las políticas públicas. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 1-10.
- Li, D. H. (2015). Functional Polymorphisms in COX-2 Gene Are Correlated with the risk of oral cancer . *BioMed Research International*, 12. <https://doi.org/dx.doi.org/10.1155/2015/580652>
- Li, Y. Y. (2011). Association between Alcohol Consumption and Cancers in the Chinese Population - A Systematic Review and Meta - Analysis. *Plos One* . <https://doi.org/doi.org/10.1371/journal.pone.0018776>

- Muñoz, A. (1997). *Cáncer. Genes y Nuevas Terapias*. Madrid: Hélice. https://books.google.com.ni/books?hl=es&lr=&id=d7j9LkCN_2QC&oi=fnd&pg=PR4&ots=xbffOGYUGA&sig=V9XSWql_TJiyUXRWd_xyOaoa7sc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Neville, B. D. (2002). Cáncer oral y precancerous lesiones. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 195-215. <https://doi.org/https://doi.org/10.3322/canjclin.52.4.195>
- Oncology, A. S. (2019). *Cancer.Net*. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-oral-y-orofar%C3%ADngeo/diagn%C3%B3stico>
- Santos, L. F. (2010). Photodynamic Therapy, a new approach in the treatment of oral cancer. *Salud UIS*. <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v42n2/v42n2a10.pdf>
- Schiff, B. (2022). *Manual MSD versión para profesionales*. Generalidades sobre los tumores de la cabeza y el cuello: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/tumores-de-la-cabeza-y-el-cuello/generalidades-sobre-los-tumores-de-la-cabeza-y-el-cuello>
- Scully, C. (2011). Oral Cancer aetiopathogenesis; past, present and future aspects. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, e306-11. <https://doi.org/10.4317/medoral.16.e306>
- Shridhar, K. K. (2016). Marcadores de metilación del ADN para la progresión precancerosa oral: una revisión crítica. *Oral Oncology*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2015.11.012>
- Society, A. C. (2018). *American Cancer Society*. <https://doi.org/1.800.227.2345>
- Toledo, B., Cabañin, T., Machado, M., Monteagudo, M., Rojas, C., & González, M. (2014). El empleo del autoexamen bucal como actividad educativa en estudiantes de estomatología. *Edumecentro*, 6(1), 35-45. <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v6s1/edu04114.pdf>
- Vargas, F. N. (2012). Factores etiológicos asociados con el carcinoma oral de células escamosas en no fumadores y bebedores no alcohólicos: una breve aproximación. *Braz Dent J*, 586-590. <https://www.scielo.br/j/bdj/a/4TS5sDFpLf9WFdd33MVW6jm/?format=pdf&lang=en>
- Villa, A. G. (2014). Oral potentially malignant disorders in a large dental population. *J Appl Oral Sci*, 22(6), 473-6. <https://doi.org/doi.org/10.1590/1678-775720140254>

X. ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario sobre el tema de investigación

“Conocimiento sobre autoexamen bucal en jóvenes nicaragüense, abril-junio 2023”

I. DATOS GENERALES

1. ¿Cuál es su edad? _____ años
2. Señale su sexo: M _____ F _____
3. Carrera que estudia: _____

II. INFORMACION SOBRE CANCER

1. Usted ha tenido familiares con cáncer en cualquier parte del cuerpo: Si _____
No _____
2. Si su respuesta fue “sí”, describa en que sitio u órgano ocurrió el cáncer:

3. Ha escuchado que en la boca también puede dar cáncer: Si _____ No _____

III. CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXAMEN BUCAL

1. Se ha realizado usted el autoexamen de su boca: Si _____ No _____
2. Si su respuesta es positiva, describa como lo realiza:

3. ¿Quién le enseñó a realizarse este autoexamen de su boca?

- a. Personal de salud
- b. Familiares
- c. De forma autodidacta
- d. Nadie

Operacionalización de las variables

Variables		Definición operacional	Valor	Indicador	Medición
Características socio - demográficas de la población de estudio	Edad	Se refiere a la medida o indicador de la cantidad de tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta un punto específico en el tiempo.	< 20 21 – 25 26 – a más	Respuestas contenidas en el cuestionario acápite I	Ordinal
	Sexo	El sexo es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.	Masculino Femenino		Nominal
					Nominal
Conocimiento sobre autoexamen bucal	Conocimiento general de cáncer	Una enfermedad que resulta del crecimiento y división descontrolados y anormal de las células.	Si No	Respuestas contenidas en el cuestionario acápite II	Nominal
	Conocimiento de cáncer bucal	El cáncer bucal compromete la parte interna y externa de la boca, así mismo como cara y cuello. Se puede manifestar en diferentes partes, en la lengua, en el tejido que recubre la boca, las encías, debajo de la lengua, en la base de la lengua en el área de la garganta que se encuentra en la parte posterior de la boca.	Si No		Nominal
	Conocimiento de autoexamen bucal	El conocimiento de autoexamen bucal se refiere a la comprensión y habilidad de una persona para examinar la mucosa bucal que es la parte interna de la boca, en busca de posibles lesiones o anomalías.	<p>¿Se ha realizado usted el autoexamen de su boca? SI / 1 - NO / 0</p> <p>¿Quién le enseñó el autoexamen de su boca?</p> <p>a. Personal de la salud b. Familiares c. De forma autodidacta d. Nadie</p>	Respuestas contenidas en el cuestionario acápite III	Nominal
		<p>a. 0.33 b. 0.33 c. 0.33 d. 0</p>	Nominal		

