

Conocimientos sobre riesgos, signos y prevención del cáncer oral en adolescentes y adultos: estudio UNACH

Knowledge about Risks, Signs, and Prevention of Oral Cancer in Adolescents and Adults: UNACH Study

Raciel Jorge Sánchez Sánchez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7178-8419>

Cecilia Margarita Casco Manzano¹ <https://orcid.org/0009-0004-1050-2837>

Odette Martínez Bautista¹ <https://orcid.org/0000-0003-3753-7058>

Carlos Gafas González¹ <https://orcid.org/0000-0001-5361-5285>

Yadira Pacho Gafas¹ <https://orcid.org/0000-0002-8018-9469>

¹Universidad Nacional de Chimborazo. Carrera de Odontología. Chimborazo, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: rjsanchez@unach.edu.ec

RESUMEN

Introducción: el cáncer oral representa un problema de salud pública global debido a su alta incidencia y mortalidad, cuya detección oportuna se ve dificultada por el desconocimiento de sus factores de riesgo y signos tempranos.

Objetivo: analizar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo, signos y síntomas, y métodos de prevención del cáncer oral en adolescentes y adultos de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Métodos: estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con 248 personas seleccionadas mediante muestreo no probabilístico. Se aplicó un cuestionario que

evaluó tres dimensiones: factores de riesgo, signos y síntomas, y prevención. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y multivariada.

Resultados: el 52 % (128/248) presentó un nivel alto de conocimiento, el 42 % (105/248), medio, y el 6 % (15/248), bajo. El 87,1 % (216/248) reconoció que el cáncer oral puede ser mortal y el 86,7 % (215/248) identificó la higiene deficiente como factor de riesgo. Sin embargo, solo el 27,4 % (68/248) conocía la relación con dietas proinflamatorias, y el 54,84 % (136/248) desconocía los signos tempranos. Se hallaron asociaciones significativas entre el nivel de conocimiento y las variables sociodemográficas ($p < 0,05$).

Conclusiones: a pesar de la tendencia positiva global, persisten brechas relevantes en el conocimiento específico (signos iniciales, nutrición, exposición solar y VPH). El nivel de conocimiento se asoció significativamente a la edad y el nivel de instrucción. Se recomienda implementar estrategias educativas diferenciadas y contextualizadas en el entorno universitario, y priorizar la concientización de factores de riesgo emergentes y la identificación de signos tempranos.

Palabras clave: cáncer oral; factores de riesgo; signos y síntomas; prevención en salud.

ABSTRACT

Introduction: oral cancer represents a global public health problem due to its high incidence and mortality. Timely detection is hampered by limited knowledge of its risk factors and early signs.

Objective: to analyze the level of knowledge about risk factors, signs and symptoms, and prevention methods of oral cancer among adolescents and adults at the National University of Chimborazo (UNACH).

Methods: a quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted with 248 participants, selected by non-probability sampling. A questionnaire assessing three

dimensions (risk factors, signs/symptoms, and prevention) was applied. Data were analyzed using descriptive and multivariate statistics.

Results: a high level of knowledge was observed in 52% (128/248), a medium level in 42% (105/248), and a low level in 6% (15/248). 87,1 % (216/248) recognized that oral cancer can be fatal, and 86,7 % (215/248) identified poor hygiene as a risk factor. However, only 27,4 % (68/248) were aware of the relationship with pro-inflammatory diets, and 54,84 % (136/248) were unaware of early signs. Significant associations were found between the level of knowledge and sociodemographic variables ($p < 0,05$).

Conclusions: despite the overall positive trend, relevant gaps persist in specific knowledge (early signs, nutrition, sun exposure, and HPV). The level of knowledge was significantly associated with age and education level. It is recommended to implement differentiated, context-specific educational strategies in the university setting, prioritizing awareness of emerging risk factors and early sign identification.

Keywords: oral cancer; risk factors; signs and symptoms; health prevention.

Recibido: 10/06/2025

Aceptado: 04/11/2025

Introducción

El cáncer oral es una enfermedad maligna que afecta los tejidos de la cavidad bucal y constituye un problema de salud pública a escala mundial debido a su alta incidencia y mortalidad.⁽¹⁾ Su detección temprana es esencial para mejorar el pronóstico y aumentar la tasa de supervivencia;⁽²⁾ sin embargo, la falta de

conocimiento sobre sus factores de riesgo, signos y síntomas dificulta su diagnóstico oportuno y reduce la efectividad de los tratamientos.⁽³⁾

En el ámbito universitario de Ecuador y, en particular, en la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), la promoción de la salud bucal y la educación preventiva adquieren especial relevancia. Tanto estudiantes como trabajadores conforman una población clave para la implementación de estrategias educativas que fomenten el reconocimiento temprano de signos clínicos y la modificación de hábitos de riesgo.

El cáncer oral presenta una distribución geográfica muy desigual, determinada por factores culturales, socioeconómicos y de acceso a la salud. Para reducir la carga de esta enfermedad, las estrategias de prevención y tratamiento deben adaptarse a las características y riesgos específicos de cada región.⁽⁴⁾ De acuerdo con datos de GLOBOCAN,⁽⁵⁾ el cáncer oral representa el 2 % de todos los casos oncológicos a escala mundial, con mayor prevalencia en regiones como Asia del Sur y América Latina, donde factores como el consumo de tabaco, alcohol y la infección por virus del papiloma humano (VPH) desempeñan un papel determinante en su aparición.^(6,7,8,9)

No obstante, en países como Ecuador persiste una producción científica limitada respecto del nivel de conocimiento de la población universitaria sobre el cáncer oral. El objetivo de la presente investigación fue analizar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo, los signos y síntomas, así como los métodos de prevención del cáncer oral en adolescentes y adultos de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Métodos

Se desarrolló un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y de diseño transversal.⁽¹⁰⁾ La población estuvo conformada por estudiantes y trabajadores universitarios de la Universidad Nacional de Chimborazo, y la muestra fue de 248 personas seleccionadas mediante muestreo no probabilístico e intencional. Se aplicaron criterios de inclusión, como pertenecer a la comunidad UNACH, tener entre 15 y 64 años, y aceptar voluntariamente participar en el estudio. Se excluyó a personas con antecedentes de cáncer oral, enfermedades cognitivas o sistémicas graves, y quienes no otorgaron consentimiento.

Instrumento y propiedades psicométricas

El instrumento utilizado fue un cuestionario CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas), estructurado en tres dimensiones: factores de riesgo, signos y síntomas, y métodos de prevención. Se realizó de la siguiente forma:

- Validación: la validación de contenido se realizó mediante el juicio de expertos ($n = 5$ odontólogos especialistas en salud pública y Oncología), en el cual los ítems alcanzaron un índice de validez de contenido (CVI) superior a 0,90. Se aplicó el criterio de Lawshe para una ratio de validez de contenido (CVR) superior a 0,99; se eliminó o ajustó 3 ítems por ambigüedad.
- Confiabilidad y validez de constructo: la consistencia interna del componente de conocimiento (17 ítems dicotómicos) fue aceptable ($\alpha = 0,78$). Para verificar la validez de constructo, se aplicó un análisis factorial exploratorio (AFE) por componentes principales, conrotación Varimax. La medida de adecuación muestral (KMO = 0,720) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < 0,001$) justificaron el AFE. Se extrajeron tres componentes que, en conjunto, explicaron el 28,363 % de la varianza total. La agrupación de los ítems en la matriz rotada confirmó la estructura multidimensional, pues los ítems de conocimiento y conducta se alinearon en factores distintos.

Variables y operacionalización

La variable dependiente fue el nivel de conocimiento sobre el cáncer oral, operacionalizada en tres categorías: bajo (0–5 aciertos), medio (6–11) y alto (12–17). Estos puntos de corte se establecieron con base en un criterio empírico de logro (nivel alto: ≥ 70 % de aciertos). Entre las variables independientes se incluyeron la edad, el género, la autoidentificación étnica, la procedencia (urbano/rural), el estado civil, el nivel de instrucción y el tipo de atención de salud.

Análisis estadístico

La recolección de datos se realizó entre noviembre de 2024 y febrero de 2025, tanto de forma presencial como digital.

El análisis de los datos se ejecutó utilizando el software SPSS, versión 25.0, de la siguiente forma:

- Análisis bivariado: se empleó el chi-cuadrado de Pearson (X^2) para evaluar la asociación 12. La magnitud de la asociación se reportó con el V de Cramer (V) junto al p -valor.
- Análisis multivariado: se aplicó un modelo de regresión logística ordinal para identificar predictores independientes, ajustando por todas las variables sociodemográficas. La significancia global del modelo se determinó mediante la prueba de razón de verosimilitud (*likelihood ratio*). La contribución de cada predictor se evaluó mediante las Pruebas de Razón de Verosimilitud específicas y las estimaciones de parámetros (OR, IC 95 %). Se verificó el supuesto de riesgos proporcionales mediante la prueba de líneas paralelas.

- Significancia: en todos los casos, se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

El estudio respetó los principios éticos de la Declaración de Helsinki.⁽¹¹⁾ Fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Nacional de Chimborazo y se garantizaron el consentimiento informado por escrito, así como la confidencialidad y el anonimato de los participantes en todas las fases del estudio.

Resultados

Para analizar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo, signos, síntomas y métodos de prevención del cáncer oral en la población adolescente y adulta de la UNACH, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de atención en salud (tabla 1).

Tabla 1- Datos sociodemográficos y de atención en salud

		n	%
Edad	15-19 años	24	9,7
	20-40 años	174	70,2
	41-64 años	50	20,1
	Total	248	100
Género	Masculino	99	39,9
	Femenino	149	60,1

	Total	248	100
Autoidentificación étnica	Blanco	4	1,6
	Negro	1	0,4
	Mestizo	215	86,7
	Indígena	25	10,1
	Afroecuatoriano	2	0,8
	Montuvio	1	0,4
	Total	248	100
Procedencia	Urbano	208	83,9
	Rural	40	16,1
	Total	248	100
Estado civil	Soltero/a	180	72,6
	Casado/a	44	17,7
	Divorciado/a	14	5,6
	Viudo/a	4	1,6
	Unión libre	6	2,4
	Total	248	100
Nivel de instrucción	Primaria terminada	9	3,6
	Secundaria terminada	12	4,8
	Bachillerato terminado	131	52,8
	Universidad terminada	96	38,7
	Total	248	100

Tipo de atención de salud	Ministerio de Salud Pública (MSP)	125	50,4
	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)	62	25,0
	Medicina Privada	61	24,6
	Total	248	100

En este estudio predominó el grupo de adultos jóvenes de 20 a 40 años, con un 70,2 % (174/248) de participación. Con un 60,1 % (149/248) imperó el género femenino, mientras que la autoidentificación étnica mostró una clara mayoría de personas mestizas, con un 86,7 % (215/248). El 83,9 % (208/248) provenía de zonas urbanas y, en cuanto al estado civil, el 72,6 % (180/248) eran solteros/as. Respecto al nivel de instrucción, el 52,8 % (131/248) había completado el bachillerato y el 38,7 % (96/248) contaba con formación universitaria. En lo que respecta al tipo de atención en salud, el 50,4 % (125/248) recibía servicios del MSP, seguido del 25,0 % (62/248) que estaba afiliado al IESS.

Conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer oral

Los conocimientos sobre los factores del cáncer oral se relacionan en la tabla 2.

Tabla 2- Conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer oral

Variables	Ítems	n	%
¿La higiene bucal deficiente es un factor de riesgo para el cáncer bucal?	Sí	215	86,7
	No	33	13,3
	Total	248	100
¿Cuáles considera que son los principales factores de riesgo para el desarrollo de cáncer oral?	Fumar tabaco	47	19,0
	Consumir alcohol	1	0,4

	Infecciones por virus del papiloma humano (VPH)	12	4,8
	Todos los anteriores	135	54,4
	No estoy seguro/a	53	21,4
	Total	248	100
¿Está usted consciente de que el consumo frecuente de carbohidratos procesados, como pan blanco, galletas y bebidas azucaradas, puede estar relacionado con un mayor riesgo de desarrollar cáncer oral?	Sí, estoy completamente informado sobre esta relación	68	27,4
	He oído algo al respecto, pero no estoy completamente informado	77	31,0
	No estoy consciente de esa relación	94	37,9
	Prefiero no responder	9	3,6
	Total	248	100
¿Usted usa protector solar en los labios cuando está expuesto al sol por períodos prolongados?	Sí	57	23,0
	No	191	77,0
	Total	248	100
¿El cáncer bucal puede diseminarse por el cuerpo y causar la muerte?	Sí	216	87,1
	No	32	12,9
	Total	248	100
¿Considera usted que las relaciones sexuales promiscuas y desprotegidas favorecen la aparición del cáncer?	Sí	186	75,0
	No	62	25,0
	Total	248	100

¿Sabía que hay lesiones genitales que pueden desarrollar lesiones orales?	Sí	177	71,4
	No	71	28,6
	Total	248	100,0
¿Sabías que las prácticas de sexo oral pueden aumentar el riesgo de adquirir infecciones por VPH en la boca y, potencialmente, desarrollar cáncer oral?	Sí	185	74,6
	No	63	25,4
	Total	248	100

El 86,7 % (215/248) de los encuestados identificó la higiene bucal deficiente como factor de riesgo para el cáncer oral. En cuanto a la percepción de los principales factores de riesgo, 54,4 % (135/248) seleccionó correctamente la opción de todos los anteriores, que incluyó tabaquismo, consumo de alcohol e infecciones por VPH; solo 27,4 % (68/248) manifestó estar completamente informado sobre la relación entre dietas proinflamatorias y la aparición de esta enfermedad. Un 23 % (57/248) de los participantes confirmó el uso de protector solar en los labios. En cuanto a la percepción del impacto del cáncer bucal, 87,1 % (216/248) reconoció que puede ser mortal. En el ámbito de la conducta sexual, 75 % (186/248) consideró que las relaciones promiscuas y sin protección están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar cáncer oral, mientras que 74,6 % (185/248) reconoció que las prácticas de sexo oral pueden aumentar este riesgo. El 71,4 % (177/248) indicó conocer la posible relación entre lesiones genitales y orales.

Conocimientos sobre signos y síntomas del cáncer oral

En la figura 1 aparecen los conocimientos sobre los signos y síntomas del cáncer oral.

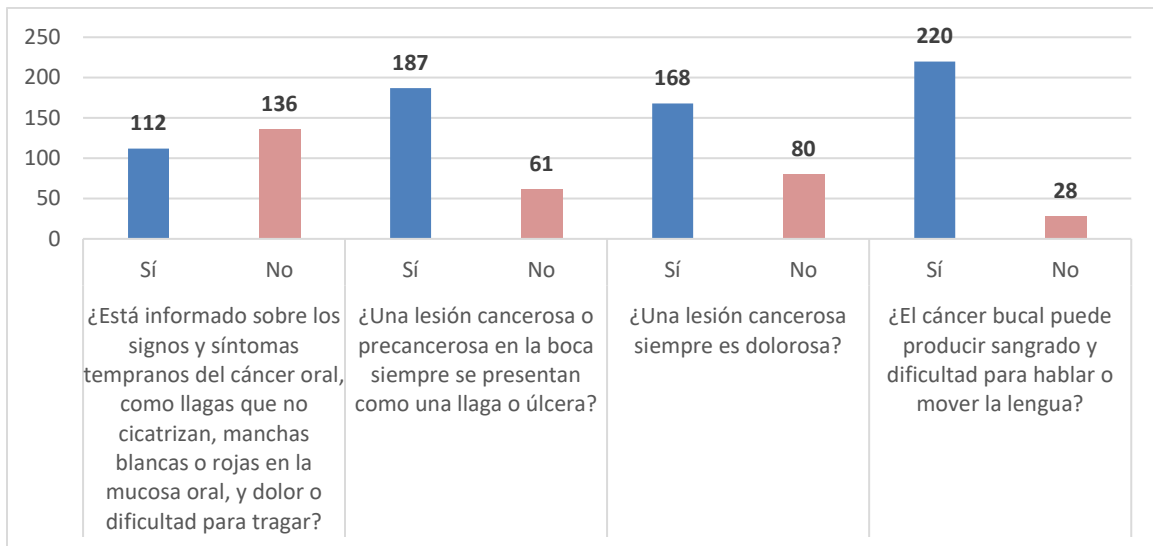


Fig. 1- Conocimientos sobre los signos y síntomas del cáncer oral (n = 248).

El 54,8 % (136/248) de los participantes reportó desconocer los signos y síntomas tempranos del cáncer oral. El 75,4 % (187/248) reconoció que las úlceras persistentes pueden ser signos de cáncer. El 67,7 % (168/248) consideró que toda lesión cancerosa es dolorosa. El 88,7 % (220/248) afirmó que el cáncer bucal puede producir sangrado, dificultad para hablar o para mover la lengua.

Conocimientos sobre prevención del cáncer oral

En la figura 2 se presentan los conocimientos y las percepciones sobre el cáncer oral y su prevención.

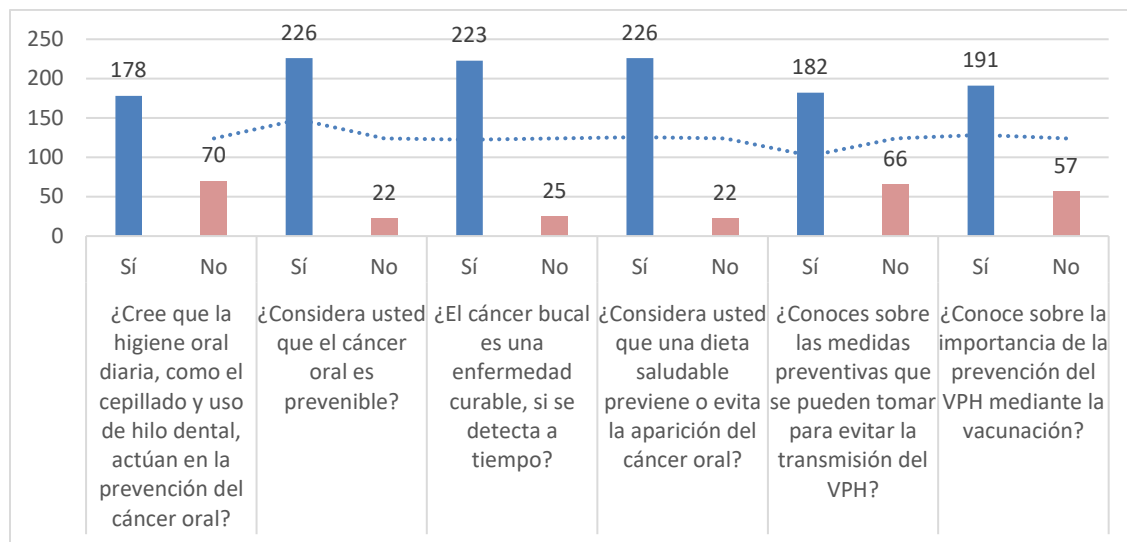


Fig. 2- Conocimientos y percepciones sobre el cáncer oral y su prevención (n = 248).

El 71,8 % (178/248) indicó que la higiene bucal contribuye a prevenir el cáncer oral. El 91,1 % (226/248) consideró que el cáncer oral es prevenible. El 89,9 % (223/248) indicó que es curable si se detecta a tiempo. El 91,1 % (226/248) opinó que una dieta saludable puede prevenirlo. El 73,4 % (182/248) afirmó conocer las medidas preventivas contra el VPH. El 77,0 % (191/248) reportó conocer la importancia de la vacunación contra el VPH.

Nivel global de conocimiento

En la figura 3 se relaciona el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo, los signos y síntomas, y la prevención del cáncer bucal.

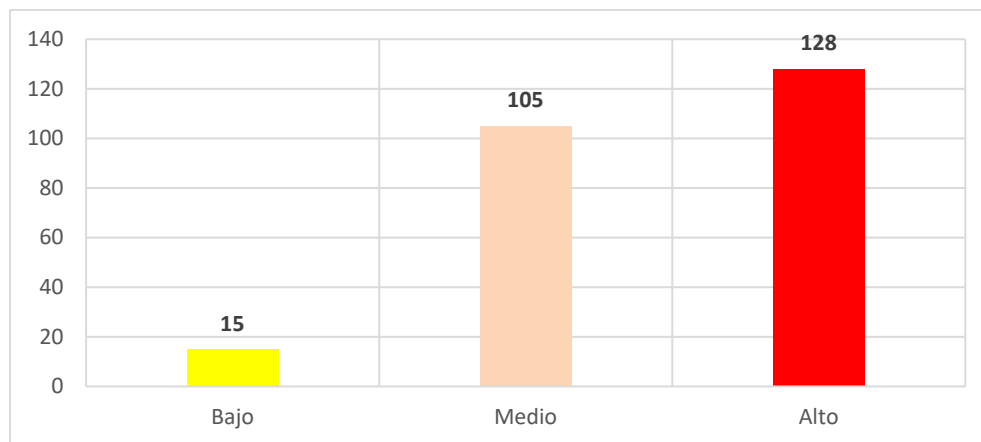


Fig. 3- Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo, signos, síntomas y prevención del cáncer bucal (n = 248).

La distribución general del nivel de conocimiento en la muestra evaluada indicó que el 52 % (128/248) de los participantes alcanzó un nivel alto. El 42 % (105/248) alcanzó un nivel medio. El 6 % (15/248) presentó un nivel bajo.

Análisis estadístico

El análisis inferencial se realizó en dos fases: un análisis bivariado para determinar la asociación y un análisis multivariado de regresión para identificar los predictores independientes.

Análisis Bivariado Chi-cuadrado de Pearson (X^2)

El análisis inferencial mediante la prueba de chi-cuadrado demostró que tres variables sociodemográficas están asociadas de manera estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento ($p < 0,05$). Sin embargo, la magnitud de estas asociaciones es consistentemente de débil a moderada, según la V de Cramer.

Las variables que mostraron una asociación significativa con el nivel de conocimiento fueron:

- Edad: $X^2(2) = 21,004$, $p < 0,001$, $V = 0,206$, asociación débil a moderada.

- Autoidentificación étnica: $X^2(5) = 22,255$, $p = 0,014$, $V = 0,212$, asociación débil a moderada.
- Nivel de instrucción: $X^2(3) = 17,214$, $p = 0,009$, $V = 0,186$, asociación débil a moderada.
- Las variables de género ($p = 0,853$), procedencia ($p = 0,149$), estado civil ($p = 0,170$) y tipo de atención de salud ($p = 0,329$) no mostraron una asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento.

Análisis Multivariado (Regresión Logística Ordinal)

Para determinar los predictores independientes del nivel de conocimiento, se aplicó un modelo de regresión logística ordinal multivariada, ajustando por todas las variables sociodemográficas:

- Ajuste y poder explicativo del modelo
- La prueba de razón de verosimilitud confirmó que el modelo completo es significativamente superior al modelo nulo, $X^2(36) = 64,851$, $p = 0,002$. La capacidad explicativa del modelo fue moderada, con los Pseudo R-Cuadrados indicando que las variables sociodemográficas explican entre el 23,0 % (Cox y Snell) y el 27,9 % (Nagelkerke) de la variabilidad en el nivel de conocimiento.
- Predictores independientes
- Las pruebas de razón de verosimilitud revelaron que, controlando las demás variables, solo la edad $X^2(4) = 14,474$, $p = 0,006$) y el nivel de instrucción ($X^2(6) = 13,100$, $p = 0,041$) fueron predictores independientes significativos del nivel de conocimiento.

Estimación de parámetros y limitaciones

A pesar de la inestabilidad del modelo en categorías con baja frecuencia (evidenciada por errores estándar extremadamente amplios y $p \approx 1,000$, o errores

de *floating point* en etnia y estado civil), se identificaron los siguientes efectos significativos en los umbrales de conocimiento:

- Edad: El grupo de edad más joven ([edad = 1] (15–19 años) fue el único que alcanzó la significancia individual en el umbral medio/alto ($p = 0,029$). Este grupo presentó 5,27 veces mayor probabilidad (OR = 5,274; IC95%: 1,180–23,567) de tener un nivel de conocimiento medio o alto, en comparación con el grupo de 41- 64 años ([edad = 3], categoría de referencia).
- Nivel de instrucción: la categoría ([nivel de instrucción=3], bachillerato terminado) fue significativa en el umbral bajo/medio ($p = 0,016$), con un OR = 0,138 (IC 95 %: 0,027–0,695) en comparación con la referencia (estudios universitarios concluidos). Este OR < 1 indica que los participantes en la categoría [nivel de instrucción = 3] tienen menor probabilidad de caer en el nivel bajo de conocimiento, lo que apoya la asociación global positiva de la escolaridad con el conocimiento. El resto de las variables no alcanzó la significancia individual.

Discusión

El presente estudio evidenció un predominio de los niveles medio y alto de conocimiento sobre el cáncer oral en la población universitaria evaluada (94 %), con asociaciones significativas entre el nivel de conocimiento, la edad y el nivel educativo. Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas realizadas en contextos universitarios, en los cuales los estudiantes más jóvenes y con mayor nivel de instrucción tienden a mostrar mejor comprensión de los factores de riesgo y las prácticas preventivas relacionadas con el cáncer oral.^(12,13)

A pesar de la tendencia positiva, se observaron vacíos importantes en el reconocimiento de signos tempranos y en el conocimiento de factores de riesgo

menos difundidos, como la exposición solar y la influencia de dietas proinflamatorias. Este patrón de conocimiento parcial es consistente con estudios internacionales, en los que se evidencia que la mayoría de los jóvenes asocia el cáncer oral, sobre todo, con el tabaco y el alcohol, pero subestima otros determinantes emergentes.^(14,15,16) Estas brechas pueden tener consecuencias clínicas relevantes debido a que la detección temprana es el principal factor pronóstico de supervivencia.^(2,17,18)

El bajo reconocimiento de los signos iniciales, como úlceras persistentes o lesiones no dolorosas, indica la necesidad de fortalecer las estrategias educativas centradas en la observación clínica y el autocuidado. La persistencia de la idea de que toda lesión cancerosa es dolorosa refleja un error conceptual que también ha sido documentado por *Martínez y otros*,⁽³⁾ así como por *Warnakulasuriya y Kerr*,⁽¹⁹⁾ quienes identificaron la desinformación sobre los síntomas como una barrera clave para la consulta oportuna.

Respecto al comportamiento preventivo, aunque la mayoría de los participantes reconoció la importancia de la higiene bucal y la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), menos del 25 % manifestó utilizar protector solar labial o conocer la relación entre el VPH y la práctica del sexo oral. Este resultado reproduce la tendencia observada por *Xenaki y otros*,⁽²⁰⁾ así como por *Jensen y otros*,⁽²¹⁾ en los cuales se evidencia que el conocimiento sobre la vía oral del VPH es marcadamente inferior al de su relación con el cáncer cervicouterino. Estas lagunas en el conocimiento pueden atribuirse tanto a limitaciones curriculares en educación sexual y salud oral, como a la escasa inclusión del tema en campañas de salud pública.⁽²²⁾

El modelo de regresión logística ordinal confirmó que la edad y el nivel educativo son predictores independientes del conocimiento sobre el cáncer oral. Este hallazgo coincide con lo reportado por *Al-Maweri y otros*,⁽²³⁾ quienes señalan que la

exposición a programas formativos y la alfabetización en salud determinan significativamente el nivel de conocimiento. Desde un enfoque de salud pública, esto confirma la urgencia de diseñar intervenciones educativas diferenciadas según la edad, el nivel académico y la procedencia, así como priorizar la educación alimentaria, la fotoprotección y la prevención de infecciones virales.⁽²⁴⁾

Por todo lo anterior, la integración de estrategias interdisciplinarias entre las facultades de Odontología, Medicina y Ciencias de la Educación puede potenciar el impacto de las acciones preventivas en el ámbito universitario. Programas basados en la promoción del autoexamen bucal, la reducción del estigma sobre el cáncer y la incorporación del componente nutricional y sexual en la educación sanitaria, son esenciales para consolidar una cultura de prevención.⁽²⁵⁾

El estudio presenta limitaciones metodológicas significativas que deben considerarse en la interpretación de los resultados. En primer lugar, la naturaleza transversal del diseño limita las interpretaciones a la mera descripción de asociaciones y prevalencias, lo que impide establecer relaciones de causalidad entre las variables. En segundo lugar, el uso de muestreo no probabilístico compromete la validez externa del estudio. Por lo tanto, los hallazgos deben interpretarse como datos descriptivos y exploratorios del grupo encuestado, por lo cual no son directamente generalizables a toda la población universitaria, ni a otros contextos geográficos. Y finalmente, el análisis de Regresión Logística Ordinal presentó inestabilidad en la estimación de variables con baja frecuencia (como etnia y estado civil), evidenciada por amplios errores estándar. Por ello, el foco interpretativo de la causalidad ajustada se centró exclusivamente en los efectos estadísticamente significativos de la edad y el nivel de instrucción.

En conclusión, existe una comprensión parcial del cáncer oral en la población universitaria, con predominio de un nivel de conocimiento medio a alto, aunque persisten vacíos significativos.

El conocimiento es sólido respecto a factores clásicos (tabaquismo, alcohol), pero es deficiente en la identificación de riesgos asociados a dietas proinflamatorias, exposición solar y transmisión de VPH mediante prácticas sexuales.

Persiste una brecha crítica en el reconocimiento de las manifestaciones tempranas del cáncer oral, lo que constituye una barrera para la detección precoz.

El nivel de conocimiento se comprobó de manera significativa asociado a la edad y al nivel de instrucción, lo que confirma la necesidad de implementar estrategias educativas que consideren las características estructurales de la población.

Se recomienda el diseño e implementación de estrategias educativas diferenciadas y contextualizadas dentro del entorno universitario para promover un conocimiento integral y oportuno, y priorizar la identificación de signos tempranos y la concientización sobre factores de riesgo emergentes.

Referencias bibliográficas

1. Iraní S. New Insights into Oral Cancer-Risk Factors and Prevention: A Review of Literature. Rev. International Journal of Preventive Medicine. 2020;11(1):182-190. DOI: https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm_403_18
2. Hertrampf K, Jürgensen M, Wahl S, Baumann R, Wenz H, Wiltfang J, *et al.* Early Detection of Oral Cancer: a Key Role for Dentists? Rev. Journal of Cancer Research and Clinical Oncology. 2022;148:1375-87. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00432-022-03962-x>
3. Martínez J, Saldivia C, González L, Zelaya F, Gerber R, Guevara F, *et al.* Barriers to Early Diagnosis and Management of Oral Cancer in Latin America and the Caribbean. Rev. Oral diseases. 2024; 30(7):4174-84. DOI: <https://doi.org/10.1111/odi.14903>

4. Subramaniam N, Clark J, Goldstein D, De Almeida J, Abdalaty A, Balasubramanian D, *et al.* Geographic Heterogeneity in American Joint Committee on Cancer Staging of oral Cancer and its Prognostic Implications. *Rev. Oral oncology.* 2020;113:105122. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2020.105122>
5. Sung H, Ferlay J, Siegel R, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, *et al.* World Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Global Incidence and Mortality for 36 Cancer Types in 185 Countries. *Rev. CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49. DOI <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
6. Siegel R, Miller K, Fuchs H, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. *Rev. CA Cancer J Clin.* 2021;71(1):7-33. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21654>
7. Bugueño M, Castro S, Cardemil F. Factores de riesgo, etapificación y pronóstico en carcinoma escamoso de cavidad oral. *Rev. Otorrinolaringol. cir. Cabeza Cuello.* 2022;82(4):476-83. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0718-48162022000400476>
8. Chow L. Head and Neck Cancer. *Rev. New England Journal of Medicine.* 2020; 382(11):60-72. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMr1715715>
9. Cleonares A, Armijos J, Vera A. Prevalence and Treatment of Oral Cancer in Older of Latin America. *Rev. Interamerican Journal of Health Sciences.* 2024;4:133. DOI: <https://doi.org/10.59471/ijhsc2024133>
10. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6th ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2014.
11. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM; 2000 [acceso 20/12/2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
12. Shubayr M, Bokhari A, Essa A, Al D. Knowledge, Attitudes, And Practices of Oral Cancer Prevention Among Students, Interns, and Faculty Members at the

College of Dentistry of Jazan University. Rev. BMC Oral Health. 2021; 21(1):612.

DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01973-7>

13. Segura P, Atoche K, Otazú C. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en los estudiantes de odontología de la Universidad Científica del Sur. Rev. Cient Odontol. Lima. 2021;9(3):e072. DOI: <https://doi.org/10.21142/2523-2754-0903-2021-072>

14. Rodríguez J, Migueláñez B, Puente C, Delgado E, Carreras C, Fernández J, *et al.* Association between Oral Cancer and Diet: An Update. Rev. Nutrients. 2021;13(4):1299. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu13041299>

15. Sánchez I, Sánchez M. Foods and their risk of oral cancer. Rev. Green World Journal. 2023; 6(1):053. DOI: <https://doi.org/10.53313/gwjgwj61053>

16. Sena D, De Andrade P, De Pontes H, Da Silveira É, De Souza L. The Role of OCT4 and CD44 in Lower Lip Carcinogenesis. Rev. Oral Maxillofac Surg. 2025;29(36). DOI: <https://doi.org/10.1007/s10006-024-01324-0>

17. Espressivo A, Pan Z, Usher J, Harrison H. Risk Prediction Models for Oral Cancer: A Systematic Review. Rev. Cancers. 2024;16(3):617. DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers16030617>

18. Zumsteg Z, Luu M, Rosenberg P, Elrod J, Bray F, Vaccarella S, *et al.* Global Epidemiologic Patterns of Oropharyngeal Cancer Incidence Trends. Rev. J Natl Cancer Inst. 2023;115(2):1544-54. DOI: <https://doi.org/10.1093/jnci/djad169>

19. Warnakulasuriya S, Kerr A. Oral Cancer Screening: Past, Present, and Future. Rev. J Dent Res. 2021;100(12):1313-20. DOI: <https://doi.org/10.1177/00220345211014795>

20. Xenaki D, Plotas P, Poulas K, Jelastopulu E. Knowledge, Behaviors, and Attitudes Toward Human Papillomavirus (HPV) Prevention Among Educators And Health Professionals in Greece. Rev. Med Pharmacol Sci. 2020;24(14):7745-52. DOI: https://doi.org/10.26355/eurev_202007_22277

21. Jensen J, Becker G, Jackson J, Rysavy M. Human Papillomavirus and Associated Cancers: a Review. Rev. Viruses. 2024;16(5):680. DOI: <https://doi.org/10.3390/v16050680>
22. Organización Mundial de la Salud. Papilomavirus humano y cáncer; 2024 [acceso 20/03/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>
23. Al-Maweri S, Halboub E, Shamala A, Almaweri A, Daud A, Almeslet A, *et al.* Oral Cancer Knowledge and Screening Practices Among Dental Professionals in Yemen: a Web-Based Survey. Interna. Rev. Internal Dental Journal. 2025 [acceso 17/04/2025];1(8). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.identj.2024.12.034>
24. Barros A, Silva C, Santos V, Panjwani C, Barbosa K, Ferreira S. Knowledge of oral and oropharyngeal cancer by dental surgeons: an integrative review. Rev. Bras. Enferm. 2021;74(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0080>
25. Morais M, Martins A, De Jesus A, De Sousa S, Da Costa A, Pereira C, Oton-Leite A, De Freitas N, Leles C, Mendonça E. Prospective Study of Oral Adverse Effects in Patients With Head and Neck Cancer Undergoing a Preventive Oral Care Protocol. Rev. Support Care Cancer. 2020; 28: 4263-73. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05283-1>

Conflicto de intereses

Los autores expresan que no existen conflictos de intereses.

Contribución de autores

Conceptualización: Raciél Jorge Sánchez-Sánchez, Odette Martínez Bautista y Carlos Gafas González.

Curación de datos: Cecilia Margarita Casco Manzano y Yadira Pacho Gafas.

Análisis formal: Cecilia Margarita Casco Manzano y Yadira Pacho Gafas.

Investigación: Raciél Jorge Sánchez Sánchez y Carlos Gafas González.

Metodología: Raciél Jorge Sánchez Sánchez y Carlos Gafas González.

Administración del proyecto: Raciél Jorge Sánchez Sánchez y Cecilia Margarita Casco Manzano.

Recursos: Odette Martínez Bautista y Cecilia Margarita Casco Manzano.

Software: Yadira Pacho Gafas.

Supervisión: Raciél Jorge Sánchez Sánchez y Carlos Gafas González.

Validación: Raciél Jorge Sánchez Sánchez, Odette Martínez Bautista, Carlos Gafas González, Cecilia Margarita Casco Manzano y Yadira Pacho Gafas.

Visualización: Cecilia Margarita Casco Manzano y Yadira Pacho Gafas.

Redacción-borrador original: Raciél Jorge Sánchez Sánchez, Odette Martínez Bautista y Carlos Gafas González.

Redacción-revisión y edición: Raciél Jorge Sánchez Sánchez, Odette Martínez Bautista, Carlos Gafas González, Cecilia Margarita Casco Manzano y Yadira Pacho Gafas.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos anonimizados que sustentan los resultados de este estudio, así como el instrumento de recolección y el diccionario de variables, se encuentran depositados en el repositorio Zenodo con DOI [10.5281/zenodo.17470144](https://doi.org/10.5281/zenodo.17470144). Los datos están disponibles bajo licencia CC BY 4.0.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.