

Introducción

La salud bucal forma parte de la salud general de las personas, el amplio conocimiento de cómo lograrlo es importante para todos, no solo para la población que constituye grupos de riesgo; contribuyendo a la prevención y tratamiento oportuno de las enfermedades bucales, especialmente el cáncer. Uno de los principios que caracterizan la salud, es la orientación profiláctica, considerada como la orientación general de la promoción de salud y como uno de los factores poderosos de transformación del entorno en que viven las personas en su comunidad, en el desarrollo de sus ambientes escolares, laborales o de recreación.¹

En Cuba existe el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población con el objetivo de elevar el estado de su salud bucal, que se apoya básicamente en la atención primaria de salud donde está integrada la consulta de consejería de salud representada por un Estomatólogo General Integral (EGI), especialista en temas sobre salud bucal y por el Licenciado en Estomatología.²

Los principales factores que determinan la salud oral, la salud general y el bienestar son: la biología individual y la genética, el medio ambiente, incluyendo sus aspectos físicos y socioeconómicos, los hábitos personales y el estilo de vida, el acceso al tratamiento y la organización de los servicios de salud. Estos factores interactúan durante el ciclo de vida y determinan la salud de los individuos, de los grupos de población y de las comunidades, desde vecindarios a naciones³

El cuidado médico oral apropiado puede reducir el riesgo de mortalidad prematura. La detección temprana de la enfermedad es en la mayoría de los casos crucial para salvar vidas ya que se proporciona tratamiento oportuno. Un examen bucal cuidadoso puede detectar deficiencias alimenticias así como algunas enfermedades incluyendo infecciones microbianas, desórdenes inmunes, lesiones, y cáncer oral.⁴

Los tejidos orales también proporcionan información sobre las condiciones de órganos y de sistemas de las partes menos accesibles del cuerpo; por ejemplo, las glándulas salivales son un modelo de las glándulas exocrinas y un análisis de la saliva puede proporcionar hallazgos importantes sobre la salud o la enfermedad general. ⁵

El cáncer oral es un grupo heterogéneo de cánceres que surgen en diferentes partes de la cavidad oral, con diferentes factores de predisposición, prevalencia y resultados al tratamiento. Es el sexto cáncer entre los más comunes reportado a nivel mundial con una incidencia anual de más de 600 000 casos. ⁶

El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo de enfermedades como la enfermedad periodontal y el cáncer bucal. Cada vez que se inhala humo de un cigarro, pequeñas cantidades de estos químicos van hacia la sangre a través de los pulmones, viajan por todas las partes del cuerpo y deterioran la salud del individuo y de quienes lo rodean. ^{7,8}

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, aún si el paciente deja de fumar. Por tanto, el hábito de fumar provoca cánceres, ya se utilice en forma de cigarrillos, cigarros, pipa o mascado o aspirado o por fumar de manera invertida (fumador pasivo). ^{9,10}

Aunque el mecanismo por el cual el alcohol produce cáncer bucal no está bien determinado, es, junto con el tabaco, su principal factor etiológico. Alrededor del 80 % de los pacientes alcohólicos fuman cigarrillos y la adicción a la nicotina es más severa en fumadores con dependencia alcohólica. El hábito de fumar incrementa la carga de acetaldehído que sigue al consumo de alcohol y las bebidas alcohólicas favorecen la activación de los procarcinógenos del tabaco, por lo que tienen efectos aditivos. Se estima un riesgo atribuible de cáncer bucal debido al tabaco y alcohol de más del 80%; los grandes bebedores y fumadores tienen un riesgo 38 veces superior. ^{11,12}

Hay una diferencia significativa en la incidencia de cáncer oral en las diferentes regiones del mundo; en EE.UU el cáncer oral representa aproximadamente el 3% de todos los cánceres diagnosticados; se estima cerca de 40,000 pacientes cada año, y el 8% de todos los crecimientos malignos. El carcinoma epidermoide bucal afecta aproximadamente a 30,000 personas en ese país por año.¹³

En Canadá alrededor del 6% de los cánceres orales ocurren en personas menores de 40 años de edad. A pesar de la relación general de hombres y mujeres con cáncer oral en Canadá es 2:1, la relación es aproximadamente 1:1 en pacientes menores de 40 años. La incidencia es 12 por 100,000 en un año en los hombres y 5 por 100,000 en las mujeres.¹⁴

El cáncer oral en Australia es uno de los más frecuentes, se presenta más en hombres que en mujeres, 4000 casos nuevos se han diagnosticado en un año. En China la aparición de este cáncer; tanto en zonas urbanas como en las rurales es de 35 a 80 años de edad, con un predominio en el sexo masculino. La India presenta el tercer lugar en casos de cáncer oral en el mundo. Este cuenta con el 30% de todos los cánceres en ese país.¹⁵⁻¹⁹

En América Latina cada año se diagnostican más de un millón de personas con cáncer, de las cuales 700,000 mueren. Puerto Rico ocupa el primer lugar en incidencia. El cáncer de boca provoca la muerte de dos personas por día en Argentina, donde se detectan 3 mil casos nuevos en un año.²⁰⁻²²

En Cuba el cáncer es la primera causa de muerte desde el año 2012; desplazando así a las afecciones cardiovasculares, el cáncer bucal se comporta con una incidencia y mortalidad crecientes; con 826 pacientes fallecidos en el 2018. La provincia de Holguín, de igual manera, mantiene el cáncer bucal en la quinta posición. El riesgo de morir por cáncer bucal en esta provincia es de nueve personas por cada 100,000 habitantes. El sexo masculino es el más afectado a razón de tres hombres por cada mujer.²²

Desde 1986, el Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB), único en el mundo por su cobertura nacional; que plantea entre sus funciones la pesquisa masiva de lesiones de la cavidad bucal a todos los sujetos mayores de 15 años con el objetivo fundamental de detectar lesiones premalignas y malignas en etapas incipientes, las que, a pesar de manifestarse en un área anatómica visible y contar con un personal supuestamente calificado, no dejan de ser en nuestra actualidad un reto; razón más que suficiente para continuar su estudio.²³

En Cuba, con la implementación del PDCB, se puso en marcha el primer programa de esta naturaleza en el mundo para disminuir la incidencia de estas lesiones. En sus inicios, este programa utilizó a los estomatólogos para realizar el examen bucal y propuso que todos los sujetos recibieran anualmente un estudio de la boca y el cuello en el momento de acudir a la consulta estomatológica, pero la cobertura completa no se ha alcanzado debido probablemente a que la población supuestamente sana no demanda el chequeo periódico de su boca. Dentro de los objetivos de este programa se contempló desarrollar actividades de promoción y educación para la salud, diagnóstico temprano, rehabilitación y seguimiento evolutivo de los casos, capacitación del personal, así como la actividad investigativa de controlar y evaluar estas acciones en los servicios estomatológicos.²³

Al cumplimiento de estas acciones se adicionó posteriormente la atención del Médico de la Familia en su consultorio, así como en la Proyección Comunitaria que deben realizar anualmente estos médicos y la Licenciada en Atención Estomatológica destinada a examinar a todos los pacientes.²³ Este programa, constituye un paradigma en el estudio y control de esta enfermedad para el mejoramiento de la calidad de vida de la población, pero necesita potenciar las acciones que dan salida a sus objetivos específicos, desde el nivel de atención primaria hasta el nivel nacional, para de esa forma lograr disminuir la incidencia de la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal, así como un mejor control y utilización de los factores predisponentes y protectores, respectivamente, a través de un incremento en el nivel de conocimiento de la población adulta y de la sensibilidad del personal profesional involucrado en la aplicación del mismo.²⁴

Entre el 9 y el 12 de diciembre 2009 se celebró en la Habana, Cuba, el Congreso Internacional de Estrategias y Tecnologías de Estomatología, organizado por la Sociedad Cubana de Estomatología y el Ministerio de Salud Pública, con el auspicio de la Federación Odontológica Latinoamericana, en este marco tuvo lugar el lanzamiento oficial del Día Latinoamericano de Lucha Contra el Cáncer Oral el 5 de diciembre.²⁵

En la jornada de clausura de Estomatología 2010 el Doctor en Ciencias Julio César Santana Garay, presidente de la Comisión Nacional del Programa de Detección del Cáncer Bucal, apuntó que el mencionado programa preventivo cubano se inició el 9 de agosto de 1982. Argumentó que en esa época se diagnosticaba solo el 22,8 % de pacientes en etapa 1 de la enfermedad, con lesiones menores de dos centímetros. Exhortó a lograr que a nuestro sistema de atención secundaria y terciaria no llegue ningún paciente en etapa 4, sino todos en etapas curables.²⁵

Es por eso fundamental realizar el diagnóstico de conocimientos de la población sobre salud bucal, ya que según los problemas detectados se realiza el enfoque educativo y se aplicarán las técnicas educativas y de salud, según se vayan a ejecutar de forma masiva, grupal en las familias, o de persona a persona en consultorios. Para de esta forma transmitir conocimientos a la comunidad con el propósito de que la misma adquiera conciencia de sus propios problemas, encuentren la solución adecuada y ayuden a resolverla.²⁶

La efectividad de los planes, métodos y procedimientos de la Promoción y Educación para la Salud dependen del conocimiento previo que se tenga de cómo la población piensa, siente y actúa en cuestiones relacionadas con la salud.²⁶

Los profesionales de la salud tenemos un papel preponderante que desempeñar en el control del tabaco, y otros factores de riesgo como causa del cáncer bucal, a los que se exponen nuestros pacientes especialmente los adolescentes pues contamos con la confianza de la población que nos permite liderar actividades educativas en el ámbito asistencial comunitario para mejorar su calidad de vida.

El desconocimiento de la salud bucal es un factor agravante de las diferentes enfermedades que en esta localización acontecen y la importancia que a este tema se le brinda tanto nacional como internacionalmente por diferentes especialistas de las ciencias médicas y de la salud, indican la necesidad de abordar este tema desde diferentes estudios para dar solución a dicha problemática y en particular que los pacientes eleven su nivel de conocimiento sobre el cáncer bucal.

Por todas estas razones definimos el siguiente problema científico:

¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa en salud bucodental para elevar el nivel de conocimiento de los pacientes fumadores sobre el cáncer bucal?

Objetivo General.

Evaluar la efectividad de una intervención educativa en salud bucodental para elevar el nivel de conocimientos de los pacientes fumadores sobre el cáncer bucal.

Marco Teórico

La salud bucodental es un componente de la salud general del hombre, al existir cada día una mayor cultura en la población sobre temas de salud, son más las personas que creen en la importancia de una adecuada salud bucodental, así como los beneficios de su logro y mantenimiento. ¹

Consejerías de Salud Bucal: Son acciones de promoción y educación para la salud que se desarrollan en un territorio geográfico delimitado en que vive, estudia y/o trabaja una población asignada a un servicio estomatológico, por estomatólogos generales, especialistas, técnicos, integrantes del equipo básico de salud, y otros trabajadores y promotores de salud bucal de la propia comunidad; teniendo en cuenta los resultados del análisis de la situación de salud. ¹

La intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al desarrollo integral del educando. Medidas profilácticas: son todas aquellas acciones de salud que tienen como objetivo prevenir la aparición de una enfermedad o estado "anormal" en el organismo. ¹

La salud bucodental no puede verse separada de la salud general, en Cuba existe el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población, con el objetivo de elevar el estado de su salud bucal que se apoya básicamente en la Atención Primaria de Salud (APS) como se definió en la Conferencia de Alma Ata, en 1978. ²

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población en Cuba, contiene el Programa de Detección de Cáncer Bucal (PDCB), que a su vez integra el Programa de Control de Cáncer. El Ministerio de Salud Pública cubano en 1986 dispuso con carácter oficial el PDCB, que tiene como objetivos la disminución de la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal. Se estableció así, que al seguir la metodología de examen de la cavidad bucal, se examinen a todos los pacientes que acudan en la atención

primaria a la consulta de Estomatología o en pesquisajes a la población en busca de alteraciones del complejo bucal. ²

El Estomatólogo General Integral, primer contacto de la población con la atención estomatológica, debe incluir la educación para la salud en su quehacer diario, para propiciar la autorresponsabilidad y colaboración conjunta en la disminución del cáncer en todos los grupos de población, enfatizando en los pacientes fumadores. ²

El cáncer es un proceso tumoral que ocurre en todas las poblaciones humanas y animales, que aparece en todos los tejidos compuestos por células con potencialidad de división. Es un término común para designar a todos los tumores malignos, que deriva de la palabra latina cancer (cangrejo); fue Hipócrates (469 a 370 a.c) quien lo describió por primera vez, utilizando los términos carcinos y carcinomas. ⁶

Como entidad maligna tiene un gran índice de mortalidad; cada año mueren en el mundo cuatro millones de personas por este padecimiento y de mantenerse dicha tendencia será considerada la primera causa de muerte en este siglo. “El cáncer es un proceso neofornativo de origen policelular que se caracteriza por desdiferenciación citológica, autonomía de la homeostasis local y general, propiedades de infiltración con citolisis del tejido normal vecino y capacidad y transporte heterotrópico (metástasis) a otras regiones del individuo” ⁶

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define cáncer como un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. ⁷

Con frecuencia los factores relacionados con los estilos de vida son más importantes en la predisposición al cáncer, si bien en algunos casos los factores genéticos o ambientales pueden jugar algún papel en grado variable. No se conocen aún todos los factores de riesgo y no siempre las asociaciones son de causa-efecto.⁷

Marinello lo definió como un proceso neofornativo de origen policelular y locotisular que se caracteriza por desdiferenciación citológica, autonomía de la homeostasis local y general, propiedades de infiltración con citolisis del tejido normal vecino y capacidad de metástasis a otras regiones del organismo.⁷

Se estima que en la actualidad existen alrededor de 18.1 millones de humanos enfermos de cáncer. Las consecuencias económicas y sanitarias lo convierten en un importante problema de salud. Además, con el incremento del hábito de fumar y el envejecimiento gradual de la población, se piensa que si no se toman medidas de control, existirá un incremento de su incidencia y mortalidad. Entre todos los tipos de cáncer, el bucal es la sexta causa de muerte más frecuente en el mundo y en Cuba se comporta con una incidencia y mortalidad crecientes. El cáncer oral es un problema para la salud pública. El 90 % corresponde al carcinoma escamoso o espinocelular.⁷

El cáncer bucal se manifiesta más frecuentemente en el sexo masculino con una relación superior de tres hombres por cada mujer. Estuvo entre las localizaciones de mayor incidencia del cáncer, ocupando el quinto lugar con 825 nuevos casos y una tasa de 14.7 por 100,000 habitantes.⁷

Destruye los tejidos bucales y se disemina a las cadenas linfáticas regionales del cuello, si no es tratado oportunamente, se extiende por metástasis a otros órganos y concluye con la muerte del paciente. El pronóstico del cáncer es pobre, a pesar de los avances en las terapias quirúrgicas y no quirúrgicas, cerca del 50 % mueren dentro de un período de 5 años después de ser diagnosticado, lo cual empeora considerablemente el pronóstico y la supervivencia de los pacientes, desafortunadamente el cáncer bucal, en la mayoría de los

casos es detectado en estadios tardíos, donde ya ha invadido estructuras vecinas, comprometiendo el estado general de salud y metastizando a distancia.⁷

El cáncer bucal tiene una mayor incidencia entre la población adulta. Existen factores de riesgo como el tabaquismo, alcoholismo, sepsis bucal, dientes con bordes filosos, prótesis desajustadas, exposición a la radiación solar de forma excesiva, dieta escasa en frutas y vegetales, virus, hongos, oncogenes y factores generales predisponentes.⁷

De esta forma se puede entender el cáncer bucal como una neoplasia maligna que se puede desarrollar en diferentes lugares de la cavidad bucal y es capaz de invadir y destruir tejidos, para luego diseminarse. Ésta neoplasia se produce por agentes carcinogénicos tales como el tabaco, el alcohol, la dieta, inmunosupresión, factores dentales, infecciones, radiaciones, factores socioeconómicos y ocupacionales, genética, entre otros, causando daño irreversible y en ocasiones el daño persiste aunque se retiren dichos factores. El carcinoma epidermoide es el tipo histológico predominante, las ubicaciones más frecuentes son la lengua en su borde lateral, el piso de boca y el triángulo retromolar, aunque también se puede encontrar en labios, comisuras, carrillos, paladar duro y orofaringe.⁷

Se ha podido comprobar, por investigaciones realizadas en países industrializados occidentales, que el cáncer de la mucosa bucal representa el octavo tumor más frecuente y los índices epidemiológicos indican una tendencia al incremento progresivo. El diagnóstico precoz permite una supervivencia de más del 80% de los afectados y garantiza un tratamiento menos agresivo. La falta de detección precoz hace que las tasas de supervivencia desciendan al 50%.⁸

El cáncer bucal tiene una etiología multifactorial y muchos de los factores de riesgo han sido extensamente estudiados, entre ellos el consumo de tabaco y alcohol; sin embargo, se conoce que varios factores pueden influir sobre la supervivencia de los pacientes a la enfermedad.⁹

A pesar de que se localiza en regiones asequibles a la exploración física, la mayoría de los pacientes se diagnostican en estadios avanzados cuando las posibilidades de curación son remotas, lo que dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico de los pacientes. A esto contribuyen los pocos síntomas en sus etapas iniciales y al carácter inespecífico de las lesiones. Es indiscutible el papel del estomatólogo en la prevención primaria (promocionando un estilo de vida saludable) y secundaria (diagnóstico precoz) del cáncer oral.⁹

El tabaquismo es una enfermedad crónica causada por el hábito de fumar; la nicotina es uno de sus principales componentes activos y la responsable de la adicción. Además de la nicotina, el tabaco contiene sustancias como: N-nitrosamina, N-nitrosonornicotina y 4(Metilnitrosamina)-1-(3-Piridil)-1-Butanona, a las que se les atribuye el origen de procesos premalignos y malignos en cavidad bucal.¹⁰

Se ha demostrado que el tabaquismo es el agente etiológico más importante, dado por su acción irritativa local y su efecto sistémico, por incluir más de 300 sustancias cancerígenas. El alcoholismo también es considerado un factor de riesgo para las leucoplasias dentro de la cavidad bucal. Cuando los pacientes combinan el tabaquismo y el alcohol, aumentan sus riesgos de desarrollar cáncer bucal, pues ocurre un sinergismo químico que daña el ADN del epitelio bucal.¹⁰

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.¹⁰

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. Además de la acción de los carcinógenos, la exposición al calor mantenido por la combustión del tabaco puede agravar las lesiones de la mucosa bucal, los carcinógenos

como las nitrosaminas específicas del tabaco, los hidrocarburos, algunos metales y radicales libres, bloquean a las enzimas antioxidantes glutatión-S-transferasa, la glutatión reductasa, la superóxido dismutasa y la glutatión peroxidasa.¹⁰

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, aún si el paciente deja de fumar. Por tanto, el hábito de fumar provoca cánceres, ya se utilice en forma de cigarrillos, cigarros, pipa o mascado o aspirado o por fumar de manera invertida (fumador pasivo). Desde el punto de vista anátomo-patológico el humo del tabaco puede considerarse un estímulo subletal cuya actuación prolongada sobre las células de la mucosa oral provocan el desarrollo de una adaptación por parte de las mismas.¹⁰

El epitelio de la cavidad oral cambia de epitelio estratificado plano no queratinizado a queratinizado, es decir de un epitelio menos resistente a uno de mayor resistencia a fin de hacer frente al estímulo lesivo. A esta adaptación se le denomina metaplasia. Si el estímulo no es eliminado la metaplasia constituye un terreno fértil para el desarrollo de una displasia que pudiera evolucionar a una futura neoplasia. El riesgo de desarrollar un cáncer no solo varía en función de la dosis y de la duración del consumo (el riesgo aumenta de manera significativa después de 20 años de consumo), sino también influye la forma de consumo y el sinergismo con el alcohol. Si ambos factores de riesgo están combinados existen mayores posibilidades de aparición de cáncer.¹¹

Aunque el mecanismo por el cual el alcohol produce cáncer bucal no está bien determinado, es, junto con el tabaco, su principal factor etiológico. 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. Cuando es alto el consumo de alcohol, el citocromo P450 2E1, también convierte el etanol en acetaldehído con producción de especies reactivas de oxígeno y después el acetaldehído se transforma en acetato por aldehído deshidrogenasas.¹¹

Alrededor del 80 % de los pacientes alcohólicos fuman cigarrillos y la adicción a la nicotina es más severa en fumadores con dependencia alcohólica. El hábito de fumar incrementa la carga de acetaldehído que sigue al consumo de alcohol y las bebidas alcohólicas favorecen la activación de los procarcinógenos del tabaco, por lo que tienen efectos aditivos. Se estima un riesgo atribuible de cáncer bucal debido al tabaco y alcohol de más del 80%; los grandes bebedores y fumadores tienen un riesgo 38 veces superior.¹²

Un estudio realizado por Kocaelli y otros investigadores, citado por Miguel Cruz, arrojó mayores concentraciones de acetaldehído en la saliva de pacientes con cáncer bucal y en personas con una mala salud dental, lo que sugiere un posible nexo entre el incremento de la síntesis de este compuesto y este cáncer. Las células epiteliales producen acetaldehído a partir de etanol por acción de alcohol deshidrogenasa, aunque los mayores niveles derivan de la oxidación del etanol por la microflora bucal. La conversión enzimática del etanol producido por esta microflora puede contribuir a la acumulación de mayores cantidades del intermediario cancerígeno acetaldehído. De esto se induce que la mala higiene bucal favorece la fermentación bacteriana de los glúcidos y aumenta las concentraciones de etanol en la saliva, lo que incrementa el riesgo de cáncer bucal de las personas que consumen bebidas alcohólicas con regularidad. ¹²

El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo de enfermedades como la enfermedad periodontal y el cáncer bucal. Cada vez que se inhala humo de un cigarro, pequeñas cantidades de estos químicos van hacia la sangre a través de los pulmones, viajan por todas las partes del cuerpo y deterioran la salud del individuo y de quienes lo rodean. ¹⁰

Es importante realizar un conjunto de acciones sistemáticas y planificadas basadas en necesidades identificadas de aumentar el conocimiento de la población referido a la importancia del diagnóstico precoz del cáncer bucal y sus factores de riesgo.

MÉTODOS:

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa con el objetivo de evaluar la efectividad de ésta sobre cáncer bucal. El universo estuvo formado por 263 pacientes que acudieron Servicio de Atención Primaria, Consejería de Salud Bucal del Policlínico Alcides Pino de Holguín, desde mayo 2018 a 2019, la muestra fue de 65 pacientes fumadores que fueron atendidos en la propia consulta y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Pacientes fumadores atendidos en la consulta de consejería de salud que brindaron su consentimiento para participar en la investigación.

Ambos sexos.

Edades comprendidas entre 35 y 59 años.

Criterios de exclusión:

Pacientes embarazadas y puérperas.

Pacientes alcohólicos y que presentaron algún trastorno psiquiátricos.

Métodos Teóricos.

Análisis documental: para la búsqueda bibliográfica de textos básicos, revistas y artículos científicos publicados recientemente acorde al estudio, tanto impresos como digitales, lo que nos permitió actualizar la temática con carácter nacional e internacional. Así como la revisión de la literatura especializada, la historia clínica individual de los pacientes, los cuestionarios individuales y entrevistas. Base de datos: Infomed.

Histórico – lógico: para el estudio de la trayectoria de los antecedentes teóricos acerca del conocimiento sobre cáncer bucal desde posiciones filosófica, económicas, sociológicas y psicológicas; así como de información que posibilitó revelar la lógica interna de diferentes tendencias que han sido consultadas para esa investigación.

Análisis-síntesis: para en el procesamiento de la información obtenida, identificar como los datos observados se manifestaron en los individuos en estudio en correspondencia con los objetivos planteados y su relación con los antecedentes teóricos, también permitió la elaboración de las conclusiones.

Hermenéutico – dialéctico: estará presente en toda la investigación relacionado con comportamiento humano, permite buscar los indicios en el plano interno de la subjetividad humana y su interpretación para dar una explicación lo más cercana posible a la realidad del tema de investigación.

Epidemiológico: en la obtención de conocimientos teóricos que deben tenerse en cuenta por la población y los profesionales en su desempeño profesional, en cuanto a higiene bucal, estilos de vida y nutricionales.

Métodos Empíricos.

Observación científica: para conocer la evolución del conocimiento y la conducta de los pacientes sobre la afección a partir de la implementación comunitaria. Permitted identificar las características externas de los individuos en estudio, como expresiones confirmativas

de los criterios y datos ofrecidos por estos, así como la obtención de diferentes datos obtenidos con los diferentes instrumentos de medición y técnicas aplicadas.

En particular se obtuvieron los datos de encuestas, cuestionarios, guía de observación documental. Como se puede apreciar en estos también se incluye la medición como otra expresión de los métodos empíricos y que es el caso particular del nivel de conocimientos.

Métodos Estadísticos.

Se aplicaron las herramientas tanto de la Estadística Descriptiva como Inferencial. De la Estadística Descriptiva se utilizaron las tablas para la representación de los datos y su interpretación con el uso también de diferentes medidas y procedimientos como; las frecuencias absolutas y relativas, porcentajes y proporciones, según la clasificación de las variables en cuantitativas y cualitativas por la escala de medición, en este sentido se usaron también la media aritmética y desviación estándar para caracterizar la muestra. De la Estadística Inferencial, las pruebas de hipótesis fundamentalmente la prueba de chi-cuadrado para la asociación y para la proporción, se calculó el Coeficiente V de Cramer por ser variables cualitativas las que están en estudio. El procesamiento automatizado se realizó en el paquete estadístico SPSS V.17 en español, creándose una Base de Datos inicial en Microsoft Excel, donde se realizaron también algunos cálculos y se reconstruyeron algunas tablas.

Operacionalización de las variables

Se clasificaron las variables para su operacionalización según su intervención en el problema y según la escala de medición resultando como:

Variable Dependiente: Intervención educativa, que clasifica como variable cualitativa nominal, con las categorías si y no, según participan o no en el estudio.

Operacionalizacion de las variables			
Variable	Clasificación	Escala	Descripción
Conocimientos sobre efectos del tabaquismo en la cavidad bucal.	Cualitativa	Adecuado	Si señala en la pregunta 1 como efectos del tabaquismo sobre mucosa bucal los incisos a), c) de la encuesta.
		Inadecuado	Si señala en la pregunta 1 como efectos del tabaquismo sobre la mucosa bucal los incisos b), d) de la encuesta.
Conocimientos sobre efectos del alcoholismo sobre la mucosa bucal.	Cualitativa	Adecuado	Si señala en la pregunta 2 como efectos del alcoholismo sobre la mucosa bucal los incisos a), b) de la encuesta.
		Inadecuado	Si señala en la pregunta 2 como efectos del alcoholismo sobre la mucosa bucal los incisos c), d) de la encuesta.

Conocimientos sobre factores irritantes de la mucosa oral	Cualitativa	Adecuado	Si en la pregunta 3 de la encuesta señala como factores irritantes de la mucosa bucal los incisos: a) Higiene bucal deficiente. b) Prótesis desajustadas. c) Dientes filosos. d) Comidas calientes y condimentadas.
		Inadecuado	Si de la encuesta señala como factor irritante de la mucosa bucal el inciso: e) Dientes apiñados.
Conocimientos sobre auto examen bucal.	cualitativa	Presente	Si en la pregunta 4 el paciente refiere afirmativamente tener conocimientos sobre el auto examen bucal.
		Ausente	Si en la pregunta 4 el paciente refiere no tener conocimientos sobre el auto examen bucal.
Conocimientos sobre frecuencia del auto examen bucal y del cuello.	cualitativa	-mensual -cada 6 meses -anual	En la pregunta 5 según criterio del paciente acerca de la frecuencia con la que se debe realizar el auto examen bucal y del cuello.

Conocimientos de las medidas de prevención del cáncer bucal.	cualitativa	Adecuado	Si en la pregunta 6 selecciona las medidas de los incisos a), b), c) de la encuesta.
		Inadecuado	Si en la pregunta 6 selecciona las medidas de los incisos d), e) de la encuesta.
Vías de obtención de la información sobre cáncer bucal.	cualitativa	-Medico de familia -Estomatólogo /TAE - TV -Radio -Escuela -Padres -Ninguna	En la pregunta 7 según la vía de información que refiera el paciente.
El conocimiento general sobre cáncer bucal	cualitativa	Bueno	Si respondieron más del 50% de las preguntas de forma correcta
		Regular	Si respondieron correctamente entre el 50% y el 30% del total de las preguntas.
		Malo	Si contestaron menos del 30% o ninguna del total de preguntas.

Procesamiento y análisis de la información

La investigación se desarrolló en tres etapas:

- Diagnóstica
- De intervención
- Evaluativo

Etapla Diagnóstica:

Se aplicó un cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), para determinar el conocimiento sobre los posibles daños que sobre la mucosa bucal ocasionan algunos factores, la importancia del autoexamen de la cavidad bucal; obteniéndose el nivel de conocimiento inicial de estos pacientes sobre dichos temas, la cual sirvió para valorar el nivel de conocimientos al respecto antes de la intervención. Para ello se tomó como referencia los cuestionarios utilizados en investigaciones similares.

Etapla de intervención propiamente dicha:

En la segunda etapa se puso en práctica el programa de intervención educativa. Se desarrolló una reunión introductoria, se impartieron los temas educativos a tratar en la intervención, y otra reunión para las conclusiones. En la primera reunión se colegió y se confeccionó el programa, así como sus objetivos, los contenidos y los temas a impartir, la metodología a utilizar, la duración y el lugar.

Se dividió el grupo de 65 pacientes en 5 grupos, las sesiones se efectuaron 1 vez a la semana en la consulta de Consejería de Salud.

Se realizó y enseñó el examen del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal a cada paciente como parte de las actividades educativas.

Se aplicó el Programa educativo: “Unos minutos en beneficio de nuestra salud”

Las actividades educativas se basaron en técnicas afectivo- participativas, dirigidas a estos pacientes.

Temas que se abordaron en las acciones educativas:

- Importancia de la correcta higiene bucal y modificación de hábitos perjudiciales.
- Importancia de las visitas periódicas a las consultas estomatológicas.
- Signos de alerta del cáncer bucal y repercusión del mismo para la salud.
- Beneficios del autoexamen bucal para la detección precoz de afecciones bucales.

Etapas evaluativa:

Se aplicó nuevamente la encuesta a los pacientes, en la reunión para las conclusiones, bajo los mismos criterios que en la etapa diagnóstica, lo que permitió evaluar y comparar los resultados con los obtenidos al inicio del estudio.

Técnica de procesamiento y análisis

Se aplicaron las herramientas tanto de la Estadística Descriptiva como Inferencial. De la Estadística Descriptiva se utilizaron las tablas para la representación de los datos y su interpretación con el uso también de diferentes medidas y procedimientos como; las frecuencias absolutas y relativas, porcentajes y proporciones, según la clasificación de las variables en cuantitativas y cualitativas por la escala de medición, en este sentido se usaron también la media aritmética y desviación estándar para caracterizar la muestra. De la Estadística Inferencial, las pruebas de hipótesis fundamentalmente la prueba de chi-cuadrado para la asociación y para la proporción, se calculó el Coeficiente V de Cramer por ser variables cualitativas las que están en estudio. El procesamiento automatizado se realizó en el paquete estadístico SPSS V.17 en español, creándose una Base de Datos inicial en Microsoft Excel, donde se realizaron también algunos cálculos y se reconstruyeron algunas tablas. Se utilizó para la confección del informe final el programa Microsoft Word en su versión XP.

Aspectos éticos:

Todo el proceso de investigación se efectuó tomando en consideración la declaración de Helsinki, última versión correspondiente a la Asamblea de Edimburgo, Escocia, de octubre del 2000. Se rige por las regulaciones vigentes en la República de Cuba para la realización de estudios biológicos.

Cumpliendo con los criterios de la ética medica, se le explicó a cada paciente incluido en la investigación los objetivos e importancia de la misma, solicitándosele el consentimiento informado. (Anexo 1)

Análisis y Discusión de los Resultados:

Tabla 1: Comportamiento del conocimiento de los pacientes sobre los efectos del tabaquismo en la mucosa bucal.

Antes			Después	
Conocimientos	No	%	No	%
Adecuados	26	40	58	89,2
Inadecuados	39	60	7	10,8
TOTAL	65	100	65	100

$$\chi^2 = 34,4513 \quad p = 0,0000$$

La tabla 1 muestra el nivel de capacitación alcanzado antes y después de la intervención educativa. Al analizar estos resultados se observa un aumento positivo en el nivel de conocimientos de los pacientes, obteniéndose un 89.2 % de conocimientos adecuados.

Para corroborar los resultados anteriores estadísticamente, se aplicaron los siguientes procedimientos: en la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2) de Pearson, se obtuvo que $\chi^2 = 34,4513$ con $p = 0,0000$ lo que indica asociación entre las variables en estudio, o sea asociación entre el conocimiento adecuado adquirido después de la intervención. Para analizar la intensidad de esta asociación obtenido, se calculó el Coeficiente V de Cramer, (para variables nominales) 0,5813; más próximo al valor 1, indicando una asociación fuerte entre dichas variables.

Estudios realizados en otros países por diferentes autores,¹³⁻¹⁸ coinciden con los resultados obtenidos por la autora, que el tabaquismo es el factor de riesgo más importante en la aparición del cáncer bucal, pues se ha demostrado que más del 90% de los pacientes con carcinoma bucal han sido fumadores.²³ En Cuba, en distintos territorios del país, se ha podido comprobar que a pesar de poseer un programa bien estructurado y

organizado de detección del cáncer bucal, que en sus inicios tuvo un impacto considerable pues a partir de su implementación se alcanza un mejor control de la enfermedad, sin embargo, no se eliminan los hábitos tóxicos que actúan como factores de riesgo primordiales, lo que contribuye a que cada año se le diagnostique esta enfermedad a un grupo considerable de personas.²³

La autora considera que el resultado de la intervención fue favorable, es importante incrementar los conocimientos sobre el hábito de fumar en la población ya que se ha demostrado que el tabaquismo es el agente etiológico más importante, el 90% de los casos de cáncer bucal se asocian a este, dado por su acción irritativa local y su efecto sistémico, por incluir más de 300 sustancias cancerígenas.

Tabla 2. Comportamiento de los conocimientos de los encuestados sobre el efecto del alcoholismo en la mucosa bucal.

Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	44	68	61	94
Inadecuado	21	32	4	6
TOTAL	65	100	65	100

$$\chi^2 = 14,3124 \quad p=0,0000$$

La tabla 2 muestra el nivel de capacitación alcanzado antes y después de la intervención educativa. Al analizar estos resultados se observa un aumento positivo en el nivel de conocimientos de los pacientes, obteniéndose un 94% de conocimiento adecuado.

En la Tabla 2, los procedimientos estadísticos aplicados, permitieron corroborar que en el caso de la prueba de *Chi-Cuadrado* (χ^2) de Pearson, $\chi^2 = 14,3124$ y $p=0,0000$ que indica asociación entre las variables en estudio y en el caso del Coeficiente V de Cramer

(0,33118) aunque indica una intensidad de asociación más débil, se aplicó también una prueba de hipótesis para la proporción donde se obtuvo para con un nivel de confianza de 0,95; $z=3,5606$ y $p=0,0004$; indicando que hay diferencias significativas entre las proporciones de los individuos con conocimiento adecuado antes y después de la intervención.

Este resultado coincide con el estudio de Laronde¹⁴ en Canadá y otros¹⁷⁻²⁰; donde luego de la intervención pudieron alcanzar conocimientos adecuados sobre el efecto del alcohol y otros factores de riesgo. En nuestro país este resultado coincide con el estudio de Valentín²³ y otros autores cubanos²⁴⁻²⁶ donde los resultados fueron favorables.

En la opinión de la autora es importante elevar el conocimiento sobre el efecto del alcohol en la mucosa oral ya que el abuso combinado de tabaco y alcohol puede favorecer la transformación pre-neoplásica o neoplásica de la mucosa bucal hasta 15 veces superior que en una persona que adolecen de estos hábitos.

Tabla 3. Comportamiento del conocimiento de los encuestados sobre factores irritantes de la mucosa bucal.

	Antes		Después	
Conocimientos	No	%	No	%
Adecuado	32	49,2	56	86,2
Inadecuado	33	50,8	9	13,8
TOTAL	65	100	65	100

$$\chi^2 = 20,2597 \quad p=0,0000$$

La tabla 3 muestra el nivel de capacitación alcanzado antes y después de la intervención educativa. Al analizar estos resultados se observa un aumento positivo en el nivel de conocimientos de los pacientes, obteniéndose un 86.2% de conocimiento adecuado.

En este caso el procesamiento estadístico a partir de la prueba de Chi cuadrado de Pearson se obtuvo $\chi^2 = 20,2597$; $p=0,0000$; indicando también asociación entre las variables y a diferencia de la tabla anterior se obtuvo algo superior el valor del Coeficiente de V de Cramer 0,3948 que indica una intensidad de asociación aceptable entre el conocimiento adecuado después de intervención, aunque la predicción de la variable dependiente, (conocimiento) a partir de la variable independiente (capacitación) es ligeramente débil según el procedimiento de Tau de Goodman y Kruskal de 0,1558 ya que está muy próximo a 0, pero mayor que los resultados de la Tabla 3..

Este resultado coincide con Wong¹⁵ en Australia, donde se pudo comprobar el incremento en el nivel de conocimiento sobre estos factores. En Cuba también coincide Valentín²³ y Peña²⁶ donde los resultados al finalizar la intervención fueron favorables.

El adecuado conocimiento sobre los factores irritantes de la mucosa oral es incomprensible para la población, diariamente en la consulta encontramos muchos pacientes que presentan estos factores, por ejemplo las prótesis desajustadas, y la mayoría ignora el riesgo que esto constituye para su salud, por eso considero favorable el incremento de conocimiento sobre este tema.

Tabla 4. Comportamiento del conocimiento de los encuestados respecto al auto examen bucal.

	Antes		Después	
Conocimientos	No	%	No	%
Presente	18	27,7	62	95,4
Ausente	47	72,3	3	4,6
TOTAL	65	100	65	100

$$\chi^2 = 62,9200 \quad p=0,0000$$

La tabla 4, muestra el nivel de capacitación alcanzado antes y después de la intervención educativa. Al analizar estos resultados se observa un aumento positivo en el nivel de conocimientos de los pacientes, obteniéndose un 95.4% de conocimiento presente.

En los resultados que se expresan en esta tabla, se obtuvo en la prueba de Chi cuadrado de Pearson se obtuvo $\chi^2 = 62,9200$; $p=0,0000$; denotando asociación entre estas variables y un Coeficiente V de Cramer muy alto que indica un alto grado de intensidad en la asociación obtenida en el Chi cuadrado de Pearson, de forma semejante el resultado del procedimiento Tau de Goodman y Kruskal de 0,4846 indica una aceptable predicción de la variable dependiente por la variable independiente, a diferencia de los resultados obtenidos en las dos tablas anteriores este puede deberse al mayor desconocimiento de la población del factor que se analiza aquí.

Este resultado concuerda con Duarte²⁰ en Argentina; con resultados satisfactorios en el examen sistemático de la mucosa bucal. En nuestro país este resultado coincide con el estudio de Valentín²³ y otros autores cubanos²⁶ donde los resultados fueron favorables.

El autoexamen del complejo bucal es un procedimiento simple que no requiere más recursos que la disposición de unos minutos y la presencia de un espejo, considero factible el incremento en el conocimiento de este, ya que permite a cualquier persona sin importar el nivel cultural, descubrir a tiempo cualquier lesión premaligna o maligna.

Tabla 5. Comportamiento del conocimiento de los encuestados respecto de la frecuencia del auto examen bucal y del cuello.

Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	12	18,5	49	75,4
Inadecuado	53	81,5	16	24,6
TOTAL	65	100	65	100

$$\chi^2 = 42,2832 \quad p=0,0000$$

La tabla 5 muestra el nivel de capacitación alcanzado antes y después de la intervención educativa. Al analizar estos resultados se observa un aumento positivo en el nivel de conocimientos de los pacientes, obteniéndose un 75.4% de conocimiento adecuado.

En este caso se prueba, según el procedimiento *Chi cuadrado de Pearson*, $\chi^2 = 42,2832$; $p=0,0000$; que el nivel de capacitación alcanzado después de la intervención educativa, que dicho nivel alcanzado depende de la intervención y que dicha dependencia o asociación es de una intensidad fuerte ya que el Coeficiente V de Cramer obtenido es de 0,5703 más próximo a 1 que a 0.

Como en la Tabla 4, en nuestro país este resultado coincide con el estudio de Valentín²³ y otros autores cubanos: Vázquez,²⁴ Rodríguez²⁵ y Peña²⁶ donde los resultados fueron favorables.

Con el adecuado conocimiento sobre la frecuencia del autoexamen del complejo bucal en los pacientes podemos garantizar la temprana detección de lesiones y mantener un correcto monitoreo sobre la salud oral, no es suficiente la realización, por ejemplo, una

vez al año, ya que hay lesiones que se forman en pocos meses. Por lo antes expuesto fue favorable el resultado al finalizar la intervención educativa.

Tabla 6. Comportamiento del conocimiento de los encuestados según las medidas de prevención del cáncer bucal.

Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	14	21,5	62	95,4
Inadecuado	51	78,5	3	4,6
TOTAL	65	100	65	100

$$\chi^2 = 72,9825 \quad p=0,0000$$

La tabla 6 muestra el nivel de capacitación alcanzado antes y después de la intervención educativa. Al analizar estos resultados se observa un aumento positivo en el nivel de conocimientos de los pacientes, obteniéndose un 95.4% de conocimiento adecuado.

El aumento positivo que indican los valores absolutos de la tabla anterior se corroboran con los resultados estadísticos siguientes ya que se obtuvo $\chi^2 = 72,9825$; $p=0,0000$; manifestando dependencia o asociación entre el nivel de capacitación de los individuos en estudio antes y después de la intervención educativa y con un Coeficiente V de Cramer muy próximo a 1 y superior a resultados anteriores de 0,7493 como prueba de una alta intensidad de asociación entre las variables mencionadas. Así también la predicción de la variable dependiente a partir de la variable independiente estadísticamente se obtuvo, según Tau de Goodman y Kruskal 0,5614, fuerte predicción.

En Cuba también coincide con Valentín ²³ y Peña y otros ²⁶ en Holguín donde los resultados al finalizar la intervención fueron favorables.

El adecuado conocimiento sobre las medidas de prevención del cáncer es importante para los pacientes, ya que esto constituye una herramienta para evitar la aparición de lesiones premalignas y garantizar así su salud bucal.

Tabla 7. Distribución de los pacientes encuestados según vía de obtención de la información sobre prevención del cáncer bucal.

Vía de información	Antes		Después	
	No	%	No	%
Médico de familia	14	21,5	14	21,5
Estomatólogo / TAE	43	66,1	65	100
Radio	2	3,1	2	3,1
TV	12	18,5	12	18,5
Escuela	3	4,6	3	4,6
Padres	1	1,5	1	1,5
Ninguna	0	0	0	0

La tabla 7 muestra la distribución de los encuestados según la vía de obtención de la información sobre prevención del cáncer bucal, antes y después de la intervención educativa. Al analizar estos resultados se observa un aumento positivo en la vía de obtención mediante el Estomatólogo\TAE obteniéndose un 100%.

Varios autores en el mundo coinciden en la pobre difusión de información sobre el cáncer bucal y sus factores de riesgo. En Cuba a pesar de contar con el PDCB (Programa de

Detección del Cáncer Bucal), no ha tenido un impacto sustancial y no se le está dando la cobertura para el cual fue concebido.²³

En la opinión de la autora es necesario continuar trabajando desde nuestras consultas en la atención primaria, la consulta de consejería de salud, en los terrenos, utilizar los medios masivos de comunicación como la televisión, la radio, y la implementación de más intervenciones educativas sobre este tema, que han demostrado buenos resultados en nuestro país.

Tabla 8: Comportamiento del nivel de conocimientos general antes y después de la intervención según las categorías de esta variable.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Bueno	24	36,9	48	73,8
Regular	11	16,9	14	21,6
Malo	30	46,2	3	4,6

$$\chi^2 = 30,4509 \quad p=0,0000$$

La tabla 8 muestra el nivel de capacitación alcanzado antes y después de la intervención educativa. Al analizar estos resultados se observa un aumento positivo en el nivel de conocimientos de los pacientes, obteniéndose un 73.8% de nivel bueno.

En las pruebas estadísticas aplicadas a los resultados reflejados en esta tabla se obtuvo que: el Chi-cuadrado de Pearson $\chi^2 = 30,4509$; Grados de libertad: 2 y $p=0,0000$; que prueba dependencia o asociación entre el incremento del nivel de conocimiento general categorizado como Regular y Bueno, así como el decremento en la categoría Malo y la intervención educativa. Por otra parte el Coeficiente V de Cramer 0,4840 indica una aceptable intensidad de la asociación.

Investigaciones hechas por Duarte²⁰ en Argentina coincidieron con el resultado de este trabajo; en la importancia de las intervenciones educativas para mejorar la percepción del riesgo. En Cuba debido a la importancia que han adquirido las intervenciones educativas como medio de promoción de salud para la prevención de enfermedades, se pueden apreciar con muy buenos resultados: Valentín²³ y Peña²⁶ todas con resultados alentadores.

Estos resultados confirman que la aplicación de las intervenciones educativas son un medio eficaz para elevar la percepción de riesgo y garantizar estilos de vida saludables mediante la promoción de salud y la prevención de enfermedades, sobre todo, en aquellos con factores de riesgo que pueden afectar la salud.

Conclusiones:

Al finalizar la intervención se observó un incremento positivo en el conocimiento de los pacientes en cuanto a:

- Los efectos del tabaquismo ,alcoholismo y factores irritantes en la mucosa oral.
- La realización del auto examen bucal y su frecuencia.
- Las medidas de prevención y vías de obtención de la información del cáncer bucal; así como del nivel de conocimiento general sobre este tema.

Recomendaciones.

Recomendamos la generalización de este programa educativo al resto de los pacientes fumadores a fin de lograr la mayor motivación y autorresponsabilidad en este sentido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social. Dirección Nacional de Estomatología. Ciudad de La Habana, Cuba, febrero 2015. (Consultado 10 de mayo 2010).

Disponible:http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/otros/estomatologia/programa_nacional.pdf

2. Declaración de Alma Ata, 1978 (Consultado 15 de mayo 2010). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/18_declaracion_de_alma.doc

3. Torres Morales Y, Rodríguez Martín O, Herrera Paradelo R, Burgos Reyes GJ, Mesa Gómez R. Factores pronósticos del cáncer bucal. Revisión bibliográfica. MEDICIEGO. 2016 [cited 16 May 2017] ; 22 (3): [aprox. 12p]. Available from: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/419/1007>

4. Gheno JN, Martins MA, Munerato MC, Hugo FN, Santana Filho M, Weissheimer C, et al. Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors. Braz Oral Res. 2015 [cited 16 May 2017] ; 29 (1): [aprox. 4p]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180683242015000100289&lng=en

5. Shetty SR, Babu S, Kumari S, Shetty P, Hegde S, Karikal A. Status of trace elements in saliva of oral precancer and oral cancer patients. J CanRes Ther. 2015 [cited 20 Abr 2017] ; 11 (1): [aprox. 5p]. Available from: <http://www.cancerjournal.net/text.asp?2015/11/1/146/137973>

6. Pérez Reyes JE. Cáncer: trascendencia de un término Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016 [citado 2 dic 2017]; 41(9): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/852>
7. Mateo-Sidrón Antón MC, Somacarrera Pérez ML. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. revisión de la literatura. Av Odontoestomatol. 2015 [cited 16 May 2017] ; 31 (4):[aprox. 5p]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021312852015000400002&lng=es
8. Alvarado Solórzano AM, Restrepo Escudero MT. Cáncer Bucal, aproximaciones teóricas. Dom Cien. ago 2016 [citado 24 sep 2017]; 2: [aprox. 12p.].Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/157>
9. Ribeiro IL, Medeiros JJ, Rodrigues LV, Valença AM, Lima Neto E de A. Factors associated with lip and oral cavity cancer. Rev Bras Epidemiol. 2015 [cited 20 Abr 2017] ;18 (3): [aprox. 10p]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X20150003000618
10. Ardila Medina, CM. Jiménez Gómez ,R. Álvarez Martínez ,E. Revisión sistemática de los efectos del hábito de fumar invertido sobre la mucosa oral. AMC. 2013 Jun [citado 2014 Sep 23] ; 17(3): 405-415. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552013000300015&lng=es.
11. Batista Marrero K, Niño Peña A, Martínez Cañete M. Rol de los factores ambientales en la aparición del cáncer bucal. CCM. 2014 [cited 16 May 2017] ; 18 (3):[aprox. 7p]. Available from: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812014000300014&lng=es

12. Miguel Cruz PA. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol . 2016 [cited 16 May 2017] ; 53 (3): [aprox. 7p]. Available from: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1030/303>
13. Weatherspoon DJ, Chattopadhyay A, Boroumand S, Garcia I. Oral cavity and oropharyngeal cancer incidence trends and disparities in the United States: 2000-2010. Cancer Epidemiol. 2015 Aug; 39(4):497-504.PMid:25976107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.canep.2015.04.007>
14. Laronde DM. Oral Cancer: Just the Facts- Canadian Dental Association. 2018 [citado 2018 Dic 17] vol-74, issue-3. Disponible en: www.seaforthoralsurgery.com
15. Wong TSC. Oral Cancer. Australian Dental Journal. Wiley Online Library. 2018 [citado 2018 Mar 25] Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com>
16. Farah C. Knowledge of oral cancer risk factors amongst high -risk Australians: findings from the LESIONS programme. Australian Dental Journal [internet]. Volume 61, Issue 4, Diciembre 2016. [Consultado el 25 de abril del 2017]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adj.12408/abstract#publication-history>
17. Zheng CM. Oral cavity cancer incidence and mortality in China. 2015 [citado 2015 Oct 26] Disponible en: www.cancerjournal.net
18. Gupta B. Oral cancer: Indian pandemic. British Dental Journal-Nature. 2017 [citado 2017 Abr 7] Disponible en: <https://www.nature.com>
19. Konduru R, Newtonraj A, Arun S, Velavan A, Singh Z. Oral cancer awareness of the general public in coastal village áreas of Tamilnadu, India: a population based cross sectional study. International Journal of Community Medicine and Public Health.2016, Julio.[Consultado el 24 de abril del 2017] - Disponible en: <http://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/viewFile/341/334>

20. Duarte Montero L. Factores de riesgo y prevención del cáncer bucal en Argentina. 2015 [citado 2016 Abr 16] Disponible en: www.rev16deabril.sld.cu
21. Secchi DG, Aballay LR, Galíndez MF, Piccini D, Lanfranchi H, Brunotto M. Red meat, micronutrients and oral squamous cell carcinoma of argentine adult patients. Nutr Hosp. 2015 [cited 24 Abr 2017] ; 32 (3):[aprox. 6p]. Available from: http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/download/9277/pdf_8342
22. Anuario Estadístico de Salud 2018. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticos de Salud. La Habana 2019. ISSN: 1561-4433. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu>
23. Valentín González, F. Estrategia de Intervención Educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal. Tesis en opción al grado científico de doctor en ciencias estomatológicas. 2014
24. Vázquez Vega MJ, Aguiar Sanabia R. El programa de detección del cáncer bucal, herramienta indispensable para disminuir su prevalencia. Medisur. 2015 Jun [citado 4 Jul 2016]; 13(3):347-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v13n3/ms03313.pdf>
25. Rodríguez Ricardo E, Santana Fernández KA, Fong González Y, Rey Ferrales Y, Jacas Gómez MJ, Quevedo Peillón K. Evaluación del programa de detección precoz del cáncer bucal. AMC. 2014 [cited 16 May 2017] ; 18 (6): [aprox. 14p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552014000600007&lng=e
26. Peña M, Zaldívar OL, Ruiz M. Intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer bucal. 2013. Correo Científico Médico. ISSN 1560-4381 CCM 2013;(1) Supl 1 Disponible en: www.revcocmed.sld.cu