



Universidad de Ciencias Médicas. Holguín.

Facultad de Ciencias Médicas. Mariana Grajales Coello.

Policlínico Fray Benito.

Rafael Freyre.

Título: Intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer bucal. Fray Benito. 2020.

Autor: Dr. Radel Enrique Zaldivar Abreu.

Tutora: Dra. Sandra Morgado Manresa.

Tesis para optar por el título de especialista de primer grado en Estomatología General Integral.

Holguín 2020.

Universidad de Ciencias Médicas. Holguín.

Facultad de Ciencias Médicas. Mariana Grajales Coello.



Policlínico Fray Benito.

Rafael Freyre.

Título: Intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer bucal. Fray Benito. 2020.

Autor: Dr. Radel Enrique Zaldivar Abreu. *

*Residente de segundo año de Estomatología General Integral.

Tutora: Dra. Sandra Morgado Manresa. **

**Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Especialista de primer grado en Periodoncia. Profesor Asistente.

Tesis para optar por el título de especialista de primer grado en Estomatología General Integral.

Holguín 2020.

Pensamiento

“ Todo el oro del planeta no puede doblegar la conciencia de un verdadero guardián
de la salud y de la vida. ”

Fidel Castro Ruz.

Dedicatoria

A mis hijos, que son el regalo más grande que me ha dado la vida.

A mi esposa, por su apoyo incondicional, el cual hace posible cumplir cada meta en
mi vida.

A mi familia, por ayudarme a ser la mejor versión de mí mismo.

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a todas las personas que han contribuido
a que este proyecto se materialice,
a mi tutora la Dra. Sandra Morgado Manresa, sin su apoyo
no hubiera logrado llegar hasta aquí.

Al Departamento de Atención Primaria de Estomatología
del Policlínico: Fray Benito, Rafael Freyre

A todos, ¡Muchas gracias!

Resumen

Se realizó estudio cuasi experimental, sobre factores de riesgo del cáncer bucal, en pacientes pertenecientes al poblado Lindero, policlínico Fray Benito, en el periodo julio 2019 a mayo 2020; con la finalidad de elevar el nivel de conocimiento sobre este tema, mediante un programa de intervención educativa en la población. El universo estuvo constituido por 310 pacientes y la muestra por 80, seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple, en aquellos con fácil acceso al consultorio, quienes cumplieron los criterios de inclusión. El nivel de conocimiento se obtuvo mediante un cuestionario, las demás variables edad, sexo, nivel educacional y factores de riesgo a través de la confección de las historias clínicas. Posteriormente se aplicó el programa educativo: Más conocimiento, más prevención, más educación para la salud. Al caracterizar los pacientes según edad y sexo, el masculino fue el más representativo con 73,8%; y el grupo de edad de 35 a 59 años, que representa el 51,2%. El técnico medio el nivel educacional predominante con un 56,3%. Con la aplicación del programa educativo, se logró disminuir la exposición al riesgo y elevar el nivel de conocimiento a un 85,0%, concluyendo que con la aplicación de un programa educativo se logró aumentar el nivel de conocimiento de la población. Recomendamos continuar desarrollando programas en la comunidad que profundicen en las técnicas de promoción, prevención y educación para la salud.

Palabras claves: cáncer bucal, factores de riesgo, programa educativo.

Índice

	Págs.
Resumen	
Introducción	1
Objetivos.....	8
Marco teórico	9
Diseño metodológico	23
Análisis y discusión de los resultados.....	32
Conclusiones	40
Recomendaciones	41
Referencias bibliográficas.....	42
Anexos	

Introducción

El cáncer es un término que se aplica a más de 200 enfermedades susceptibles de afectar a cualquier parte del organismo. Es uno de los problemas de salud más importantes a escala mundial.

Cada año la mortalidad alcanza cifras de grandes proporciones. Se postula que el desarrollo del mismo, es el resultado de la acumulación de errores genéticos en un mismo tejido, donde también se encuentran implicadas la activación de oncogenes y la inactivación de genes supresores de tumores.

En cualquiera de sus variantes y localizaciones, constituye un problema de salud para el hombre moderno, sobre todo porque es una enfermedad crónica, que se incrementa proporcionalmente al envejecimiento de la población.

El estudio de esta enfermedad se ha enmarcado en tres períodos importantes, el primero fue descriptivo y se extendió desde los principios de la historia hasta mediados del siglo XVIII; el segundo, profundizó en los aspectos clínicos y anatomopatológicos, y culminó cerca del año 1900; mientras que el tercer período se extiende hasta la época actual e incluye la definición y el diagnóstico molecular, así como los avances terapéuticos.¹

En el siglo XX, las investigaciones y descubrimientos relacionados con el cáncer experimentaron avances muy significativos debido a la prevalencia y la incidencia progresiva de esta enfermedad; pero no fue hasta el año 1964, que se reforzó la importancia de los factores de riesgo de los tumores malignos.

A nivel mundial representa la sexta causa de muerte, constituyendo una de las 10 primeras localizaciones de incidencia de cáncer bucal en el mundo, las lesiones malignas del labio, cavidad bucal y bucofaringe.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), calculó que en el 2005 murieron de cáncer 7,6 millones de personas y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprendían acciones. Se prevé que en el período comprendido de 2007 al 2030 la mortalidad se incremente entre 7 y 17 millones a nivel mundial, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población.

La proyección anual de pacientes nuevos con cáncer de cabeza y de cuello es de aproximadamente 500 000, de ellos 263 000 corresponden al complejo bucal. Promedian una tasa bruta mundial de 9,2 en el hombre y 3,2 en la mujer por cada 100 000 habitantes, es más frecuente después de los 40 años incrementándose linealmente; presenta amplias variaciones geográficas, y el 90 % de los pacientes presentan tumores de células escamosas.

El cáncer bucal representa del 2 al 5 % de todos los tumores malignos de la economía humana y el 50 % de los diagnosticados fallecen en los primeros cinco años.²

Se mantiene entre las diez primeras localizaciones de tumores desde el año 1970, ocupando entre el séptimo y décimo lugares, por lo que constituye el 2,7 % de todas las neoplasias en ambos sexos y el 2 % de todas las defunciones por esta causa.

En los últimos 10 años la tasa de incidencia se encuentra entre 7,8 y 11,3 por cada 100000 hombres y entre 2,9 y 4,7 por cada 100 000 mujeres. Hay una razón de 3 hombres por mujer. Las tasas de mortalidad oscilan entre 3,8 y 5,2 en hombres y entre 1,6 y 2,1 por cada 100 000 mujeres. La tasa de supervivencia observada a 5 años se estima en alrededor de 41,6 %.

Es la principal causa de muerte a escala mundial. En el año 2012, se le atribuyen 8,2 millones de defunciones ocurridas en todo el mundo. Ocupa el doceavo lugar de todas las neoplasias malignas a nivel mundial, representa el 5 % de los tumores malignos y el 30 % de todas las neoplasias de cabeza y cuello. La prevalencia del cáncer bucal varía en relación al desarrollo social y a las características geográficas y demográficas de un país. En el mundo cada año se diagnostican más de 575,000 casos nuevos.

Constituye la segunda causa de muerte reportada en el año 2015 por la OMS con 8,8 millones de defunciones, cifra que se incrementó en el 2018 reportándose 9,6 millones de defunciones con 18,1 casos reportados a nivel mundial.

En los últimos años, el incremento en la mortalidad por cáncer bucal ha sido notorio y se ha podido apreciar el ascenso de su incidencia en los adultos de todos los grupos de edades durante las últimas décadas, especialmente en hombres jóvenes

del este europeo. El aumento del riesgo ha sido reportado en 19 de 24 países de Europa, en el que aparece un incremento de tres a diez veces.³

En el informe mundial sobre el cáncer, se señala que no existe información ni investigación sobre autoexamen de boca, aunque los pocos estudios que existen han mostrado buenos resultados.

Las estadísticas del estudio realizado en India, demuestran poco conocimiento respecto a este tema y poca conciencia del problema, demostrando que solo el 2,5% de las personas son conscientes del cáncer oral.

Por otro lado, se han encontrado asociaciones entre determinantes sociales como el acceso al trabajo, educación, servicios de salud, género y nivel socioeconómico, específicamente en la prevención, la incidencia, la prevalencia, la detección y el tratamiento.⁴

En el Asia centro meridional, figura entre los tres tipos de cáncer más comunes. No obstante, según datos disponibles, también ha habido un pronunciado aumento del cáncer de boca y de faringe en varios países y regiones como Alemania, Dinamarca, Escocia, Europa central y oriental y, en menor grado, Australia, los Estados Unidos, el Japón y Nueva Zelanda.

En los Estados Unidos, tres de cada 100 personas padecen de cáncer orofaríngeo y en Argentina entre tres y cinco de cada 100 personas padecen de neoplasias bucales.⁵

Hasta el año 2011 el cáncer en Cuba constituyó la segunda causa de muerte para todos los grupos de edades, solo superada por las enfermedades del corazón. El anuario estadístico de salud, refleja que, en el año 2012 y 2013, la tasa de mortalidad por tumores malignos ocupa el primer lugar en el país, seguida de las enfermedades cardiovasculares.

A partir del 2012 y hasta el 2014, se erigen los tumores malignos como la principal causa de fallecimientos en nuestro país para un promedio de 23081 de muertes en estos tres últimos años y con tendencia al ascenso por año. Entre las localizaciones afectadas por el cáncer, desempeña un papel importante la cavidad bucal, la cual a pesar de no ser de las de mayor frecuencia, produce un alto grado de

deformidades, que en ocasiones convierten al afectado en un ser marginado y repulsivo para la sociedad.

Esta entidad es considerada un problema de salud pública, ya que ocupa el lugar número once con respecto a la frecuencia y el número trece con respecto a la mortalidad por cáncer.

La mayor incidencia del cáncer bucal es a partir de la sexta década de vida. En el mundo, el número de personas que rebasan la edad de 60 años va en aumento.

Cuba, ante el descenso continuado de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, es un ejemplo de país con un envejecimiento importante de su población; en el 2050 será uno de los países más envejecidos del mundo. Según datos del registro nacional de cáncer, en el 2019 el riesgo de morir por cáncer de labio, cavidad bucal y faringe fue de 8,0 la general y de 12,9 por 100000 en el hombre y 3,0 en la mujer.⁶

En la provincia de Holguín, la incidencia de cáncer bucal se hace notar ya que se mantiene entre las primeras ocho localizaciones con 31,5% de incremento en relación con años anteriores.

El riesgo de morir por cáncer bucal en los últimos años es de nueve personas por cada 100000 habitantes, y ocupa la quinta posición, solo precedida por pulmón, intestino, mama y próstata.

Verdecia y colaboradores, refirieron que, en el quinquenio 2007-2011, en 10 municipios, se incrementaron las tasas de mortalidad por cáncer bucal en un 18,7% con respecto al quinquenio anterior.

A partir de ello, se ha establecido que, las causas de esta patología son multifactoriales, y dentro de estas los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos.⁷

Se pueden clasificar, además, como de riesgo biológico, donde se encuentra la herencia, maloclusiones, trastornos hormonales, infecciones por virus; riesgo ambientales como radiaciones ultravioletas, y exposición a sustancias carcinógenas, riesgo por hábitos como el tabaquismo, el alcoholismo, mal nutrición,

deficiente higiene bucal, otros riesgos como prótesis desajustadas y obturaciones filosas.

La incidencia de enfermedades de la cavidad bucal es relativamente alta, y va desde simples procesos inflamatorios hasta importantes alteraciones neoplásicas.

Es importante conocer y controlar los factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de lesiones de la cavidad bucal. Constituye un deber de los estomatólogos identificarlas, prevenirlas y eliminarlas, porque al yugular su proceso evolutivo, están realizando la detección o la prevención de un cáncer.⁸

La prevención de una enfermedad al eliminar el factor causal, representa el mayor éxito en el campo de la salud, sin embargo, cuando prevenirla no es posible, mecanismos para detectarla en forma temprana puede mejorar la morbilidad y mortalidad que conlleva el tratamiento de una enfermedad avanzada.⁹

Al eliminar el agente causal se realiza prevención y cuando se diagnostica en la población asintomática se está haciendo pesquisa, aún en los pacientes sintomáticos se puede encontrar en una etapa temprana, donde se logra un diagnóstico precoz.

Las actividades de prevención primaria o profilaxis están encaminadas a la promoción de educación sanitaria para controlar y reducir hábitos deletéreos, y se utiliza como prevención secundaria o detección precoz la orientación a la población de la práctica del auto examen bucal y el pesquisaje a toda la población.

Es indiscutible el papel del estomatólogo en la prevención primaria (promocionando un estilo de vida saludable) y secundaria (diagnóstico precoz) del cáncer oral, haciéndose imprescindible al saberse que en aproximadamente la mitad de los casos, el cáncer oral va precedido por lesiones pre malignas o pre cancerizables, por lo que un diagnóstico precoz de las mismas influirá notablemente en la tasa de supervivencia, reduciendo la morbilidad y mortalidad.

En una búsqueda por disminuir este porcentaje el Ministerio de Salud Pública se trazó como una de sus líneas fundamentales de trabajo, la introducción del programa de detección del cáncer bucal, el cual está puesto en función desde

1985, que luego devino en un subprograma de Estomatología General Integral en 1992.

Este programa rige toda las actividades de la especialidad y tiene como objetivo realizar anualmente el examen bucal a todos los mayores de 15 años que acudan de forma espontánea a los servicios estomatológicos, para eliminar hábitos tóxicos e identificar cualquier lesión de la mucosa en estadio precoz y brindar su adecuado tratamiento, seguimiento y control según sea el caso específico.¹⁰

El Cáncer de la cavidad bucal es un serio problema de salud pública, que causa gran morbilidad y mortalidad no habiendo mejorado en décadas. Es por tanto un verdadero desafío para nuestro país; por lo que se hace necesario incrementar las investigaciones encaminadas a reducir notoriamente su aparición.

En la provincia Holguín existe una alta incidencia del cáncer bucal ya que esta localización precede al cáncer de mama, por lo que se puede hablar que es bastante alta, nuestra labor como estomatólogos es detectar el 80% de los casos en etapas tempranas de la enfermedad y en estos momentos se encuentra en 42,7%, ubicándose en el sexto lugar con una tasa de incidencia en el hombre de 7,3 a 11,3 por cada 100000 pacientes del sexo masculino y de 2,4 a 4,7 por igual cantidad de féminas.

En el municipio Rafael Freyre existe igualmente una alta incidencia del cáncer de la cavidad oral, y no existen trabajos que abarquen el nivel de conocimientos y cómo elevarlo en los pobladores de Lindero, perteneciente a Fray Benito, municipio Rafael Freyre.

Por la existencia de factores locales que pudieran incidir en la aparición del cáncer bucal, relacionados con el conocimiento que poseen estos pacientes, a partir de la existencia de una serie de actividades aisladas pero no un programa educativo previamente planificado y organizado, con un conjunto de acciones que permitan elevar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer bucal, motivó al autor a realizar esta intervención educativa.

Sobre la base de los antecedentes mencionados, encaramos en el presente estudio el siguiente problema científico:

¿Se logrará incrementar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer bucal con la aplicación de una intervención educativa en la población de Lindero, Fray Benito?

Hipótesis: Con la aplicación de una intervención educativa se elevará el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer bucal, en la población de Lindero, Fray Benito.

Novedad científica: A partir de revisiones sobre estudios acerca del cáncer bucal realizados, se comprobó que no existen estudios sobre el tema, en el área de salud de Lindero.

Objetivos

General:

Elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer bucal, mediante un programa de intervención educativa en la población de Lindero, Fray Benito, Rafael Freyre, en el período de julio 2019 a mayo 2020.

Específicos:

- Caracterizar el comportamiento de algunas variables clínico-epidemiológicas de los pacientes, tales como: edad, sexo y nivel educacional.
- Determinar los factores de riesgo presentes en la población antes y después de la aplicación del programa de intervención educativa. .
- Identificar el nivel de conocimiento antes y después de la aplicación del programa de intervención educativa.

La neoplasia o cáncer, se define como un crecimiento incontrolado de células anormales, que pueden invadir y destruir tejidos sanos. Las células neoplásicas pueden invadir el tejido cercano y a veces se diseminan a otras partes del organismo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático del cuerpo. Hay un consenso general en que el estado de la enfermedad en el momento del diagnóstico, es el factor determinante más importante en el pronóstico.¹⁰

En cualquiera de sus variantes y localizaciones, constituye un problema de salud para el hombre moderno, sobre todo porque es una enfermedad crónica, que se incrementa proporcionalmente al envejecimiento de la población.

Esta es una entidad patológica de origen multifactorial, que se origina a partir de una célula modificada por la suma acumulada y sistemática de múltiples mutaciones en su genotipo, así la célula se transforma en un fenotipo maligno que invade los tejidos locales y distantes, hasta que compromete la vida del paciente y culmina con la muerte del mismo.

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

El carcinoma epidermoide de la boca, también denominado carcinoma de células escamosas, carcinoma escamocelular o espinocelular, es el más común en esta localización anatómica y está influenciado por un grupo de condiciones que se relacionan entre sí.

El cáncer de la cavidad oral tiene como característica fundamental la diseminación a las cadenas linfáticas regionales del cuello. Se le considera una neoplasia maligna originada en la mucosa bucal y en la mayoría de los casos, la lengua es la ubicación topográfica más frecuente para su aparición y desarrollo.¹¹

En el origen del cáncer bucal, se han definido algunos elementos propios de cada procedencia. En el caso de las comunidades rurales, abundan las actividades laborales a cielo abierto como la agricultura, la ganadería, la pesca y otras, que

exponen a las radiaciones solares y de ahí que el cáncer de labio sea el más frecuente en estas poblaciones.

Por otra parte, en las ciudades, existe el riesgo industrial en los obreros metalúrgicos, textiles y en los trabajadores de la madera, que pueden padecer de cáncer en las vías aerodigestivas superiores.¹²

Además, en las comunidades urbanas el deterioro ambiental es mayor, lo que puede influir en la aparición de diversas enfermedades crónicas; por otra parte, en ese medio hay ciertas profesiones más susceptibles al cáncer de labio como los constructores y los obreros comunales, que se exponen por largos períodos de tiempo a las radiaciones ultravioletas del sol.

En la caracterización epidemiológica de la población que padece cáncer bucal, juegan un papel importante los marcadores de riesgo. Estos marcadores son estados que no pueden ser modificados mediante acciones o cambios de conducta, o sea que son aquellos atributos biológicos, sociales y ambientales que son inherentes a la vida de las personas y pueden relacionarse con la aparición de una enfermedad, sin que sean agentes causales o factores de riesgo.

Los marcadores más relacionados con el cáncer bucal son demográficos como la edad, el sexo, el color de la piel, además del contexto socioambiental.

La edad avanzada es un marcador importante en el origen de todos los tumores que afectan al hombre, pues con el paso de los años se produce un deterioro de los tejidos y ocurre un efecto acumulativo de los carcinógenos que han estado presentes en la vida del individuo; a esto se le suma, la temporalidad o efecto temporal de los factores de riesgo, que es directamente proporcional al aumento de la edad.¹³

El cáncer bucal es más frecuente en las personas mayores de 35 años, aunque se han reportado casos en personas jóvenes donde se supone que la herencia influyó en el padecimiento. Los epidemiólogos coinciden en que su mayor incidencia es a partir de la sexta década de la vida.

Algunos autores han señalado que el sexo influye en la génesis del cáncer bucal, pero las tendencias actuales consideran que no existe una predisposición biológica

entre ambos sexos y solo la conducta es capaz de influir en que un sexo sea más vulnerable que el otro.

El sexo biológico, generalmente, define las diferencias de género y roles de riesgo como la práctica de hábitos tóxicos, que son más comunes en el sexo masculino y por eso existe un criterio tradicional de que el cáncer bucal es más frecuente en los hombres si se comparan con las mujeres.

Lo mismo sucede con el cáncer de labio que es más común en los campesinos y pescadores del sexo masculino; mientras que es muy ocasional en las mujeres trabajadoras, pues estas usan por costumbre el creyón labial que las protege de las radiaciones solares.^{5,14}

Los factores de riesgo del cáncer bucal.

Un factor de riesgo, es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a una enfermedad. Estos factores pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son modificables y observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

Al mismo tiempo, pueden caracterizar al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente; actuando de manera aislada o conjunta, de modo que pueden combinarse y aumentar la probabilidad de experimentar un daño a la salud.

Pueden ser tanto indicadores de riesgo como causa de daño a la salud, donde pueden aumentar la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad, la combinación de ellos en un mismo individuo conlleva al incremento de la probabilidad y severidad de un daño.

Entre los factores que hacen que el paciente tenga un riesgo mayor de desarrollar un cáncer, pueden mencionarse algunos como el envejecimiento, hábito de fumar, el alcohol, algún tipo de anemia, alimentación, alteraciones del medio ambiente y estados de inmunosupresión. La localización más frecuente de esta patología está en la lengua, pero también es común en el suelo de la boca, encía, paladar duro y mucosa del carrillo.^{14, 15}

Los traumatismos crónicos y repetidos en un mismo sitio durante largo tiempo constituyen ejemplos de irritación crónica y de su papel en la promoción de condiciones para el desarrollo de un carcinoma epidermoide de la boca. Éste es un factor a tener presente en la prevención de estas lesiones: las prótesis mal adaptadas, los restos dentales que lastiman constantemente los tejidos blandos bucales, las obturaciones defectuosas capaces de traumatizar, son elementos con posibilidad de alterar las poblaciones celulares bucales.

La sepsis bucal es otra condición a tener en cuenta. La ayuda odontológica para mantener la cavidad bucal y los dientes en estado higiénico es el primer peldaño en la prevención de las neoplasias malignas bucales y sus precursoras, las lesiones preneoplásicas.

Frecuentemente las personas portadoras de prótesis pasan hasta 20 años sin acudir al estomatólogo para que le hagan un examen. Las prótesis desgastadas por su uso, la masticación, las sustancias químicas que pasan por la boca o que se usan para su higienización, llegan a producir serios cambios en la mucosa oral, y a pesar de que todos los individuos no tienen sus tejidos con las mismas características de resistencia y adaptación, las prótesis, cuando no están en buen estado, pueden convertirse en agentes causales de lesiones malignas.¹⁶

Lo afirmado sobre la acción deletérea de los factores locales en la mucosa bucal debe extenderse a las neoplasias benignas de cualquier tipo. Se puede catalogar de casi imposible que un papiloma, lipoma o fibroma de la boca sufra transformaciones malignas, pero el desequilibrio que produce su presencia, tanto en lo funcional como en lo orgánico y la invitación a la multiplicación celular, son elementos suficientes para recomendar su eliminación.

La incidencia de cáncer oral aumenta con la edad. El estomatólogo debe ser el protagonista en la educación, prevención y diagnóstico de las condiciones preneoplásicas y lesiones neoplásicas del complejo bucal en las poblaciones o individuos dependientes de su acción de salud. Esta primordial labor del estomatólogo no admite alternativas de superficialidad ni ensayos.

Clásicamente, los factores de riesgo del cáncer bucal han sido clasificados según su mecanismo de acción sobre el cuerpo humano, en dos grandes grupos:

- Exógenos: Se originan fuera del organismo y se incorporan por varias vías, generalmente conocidas y ampliamente estudiadas, que se agrupan según su naturaleza como físicos, químicos o biológicos.
- Endógenos: Se originan en el interior del organismo, por mecanismos moderadamente esclarecidos y sometidos a estudios más complejos; ellos son la herencia, los trastornos hormonales, el déficit inmunológico y los desórdenes nutricionales que afectan los tejidos bucales.¹⁷

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 espinocelular bucal han sido fumadores. El tabaco es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo del cáncer oral, en especial del carcinoma oral de células escamosas; ocho de cada 10 pacientes con cáncer oral son fumadores de tabaco en sus diversas formas: cigarrillos, puros, tabaco de mascar, tabaco en pipa, etc.

Los componentes más carcinogénicos del tabaco son la N-nitroso-nor-nicotina, hidrocarburos aromáticos polinucleares y el polonium, siendo perjudiciales localmente y favoreciendo la absorción de sustancias carcinógenas.

A estos agentes químicos se les suma el calor de la combustión, que es un factor físico que produce daño celular, de ahí que sea importante el modo (cigarrillos, tabacos o pipas) y la frecuencia con que se fuma. En algunos países asiáticos el tabaquismo se combina con el hábito de mascar nuez de betel y esto incrementa el riesgo de padecer cáncer bucal.

Fumar puros y pipa, se acompañan de mayor riesgo a desarrollar cáncer bucal en comparación con el hábito de fumar cigarrillos, salvo en el caso de fumar en forma invertida, como se acostumbra en la India y algunos países de Sudamérica. En todo caso, la relación entre el tiempo y dosis de los carcinógenos del humo el tabaco tiene importancia primordial como factor etiológico del cáncer bucal.¹⁸

El consumo de tabaco masticado aumenta el riesgo de cáncer en especial en la mucosa yugal y encía, además existe la probabilidad que los consumidores jóvenes de tabaco no fumado, se conviertan con el tiempo en fumadores de cigarrillos,

aparte de la directa relación que existe entre el uso de tabaco no fumado, con la elevación de la presión arterial, dependencia fisiológica y la enfermedad periodontal.¹⁹

En la India y en otros países de Asia, el cáncer bucal es la neoplasia maligna más frecuente representando más del 50% de los casos de cáncer, esto se vincula por lo general con el consumo de tabaco masticado mezclado con otras sustancias como la cal apagada y especias, que se conoce como mascadura de tabaco o pudín y se mantiene en la boca por largo tiempo.

Esta mezcla tiene mayor potencial carcinógeno que el tabaco puro y dicha práctica es la responsable del 50% de los casos de cáncer bucal y orofaríngeo en hombres y de un 90% en mujeres.⁹

Alcoholismo.

El etanol puro, por sí mismo, no es una sustancia carcinogénica, sin embargo, se asocia a sustancias carcinógenas que actúan como desencadenantes de la acción tóxica del alcohol. Así, el alcohol ejercería un efecto cáustico aumentando la permeabilidad de la mucosa oral y permitiendo el paso de otros carcinógenos como el tabaco.

Entre las lesiones ocasionadas por el alcohol se encuentran: desprendimiento del epitelio, ulceraciones en la mucosa, gingivitis, petequias, lesiones blancas.

Se ha demostrado una correlación positiva entre el consumo excesivo de alcohol y el cáncer de la boca, por eso los grandes bebedores corren un riesgo 10 veces mayor de adquirir cáncer bucal. El alcohol produce deshidratación local de las mucosas, pero después de ser metabolizado, se transforma en acetaldehído salival que incrementa la activación de las nitrosaminas presentes en el humo del tabaco, lo que origina un potente efecto sinérgico entre ambos factores.²⁰

El alcohol puede funcionar como alimento y producir pérdida de apetito, malnutrición y disminución de las reservas de proteínas, aminoácidos y demás nutrientes, esto induce a estados de inmunodepresión que permiten la transformación maligna de los epitelios eventualmente irritados.²¹

La asociación del alcohol y el tabaco parecen tener un efecto sinérgico, de manera que, en las personas que los consumen, el riesgo relativo de desarrollar el cáncer es muy elevado. Alrededor del 80 % de los pacientes alcohólicos fuman cigarrillos y la adicción a la nicotina es más severa en fumadores con dependencia alcohólica.

Las deficiencias nutritivas, sobre todo en los alcohólicos, están muy vinculadas a la aparición del cáncer. Hay datos epidemiológicos, los cuales sugieren que los carotenos de la dieta tienen un efecto protector y que existe una relación inversa entre el consumo de frutas y vegetales y la incidencia del cáncer de cabeza y cuello.²²

Alimentos calientes.

El calor es capaz de producir quemaduras en los tejidos blandos del complejo bucal. El consumo de bebidas con altas temperaturas, como el café, el té, los chocolates y la leche, produce irritación crónica de la mucosa bucal y del tubo digestivo. Se ha señalado que casi todos los fumadores ingieren café y esto puede agravar la evolución de las lesiones bucales.

Por otro lado, se ha reportado que las comidas calientes, picantes o muy condimentadas son relativamente irritantes en las vías digestivas. En este grupo, solo los alimentos calientes tienen marcada relación con el cáncer bucal, pues estos irritan desde un primer contacto con los tejidos bucales, sin importar el modo de masticación y la cantidad de alimentos que se ingieren.²³

Trauma crónico.

El trauma crónico constituye un factor de riesgo físico muy importante en el origen del cáncer en el complejo bucal. La irritación traumática repetida ocurre por algún objeto duro que tritura o lacera los tejidos blandos de los órganos bucales, así se origina un daño de las células que requiere de reparación continua y a largo plazo induce a la multiplicación anormal de las mismas.

Los irritantes traumáticos se manifiestan en los pacientes con las prótesis desajustadas (mal confeccionadas, con reparaciones, exceso de uso o biomecánicamente alteradas), los dientes o restos radiculares con bordes filosos, las obturaciones defectuosas, por el jugueteo con las prótesis, la introducción de

objetos en la boca, la masticación incorrecta y algunos hábitos bucales como el mordisqueo de los labios, los carrillos o la lengua.

Los traumatismos crónicos y repetidos en un mismo sitio durante largo tiempo constituyen ejemplos de irritación crónica y de su papel en la promoción de condiciones para el desarrollo del cáncer bucal.

Éste es un factor a tener presente en la prevención de estas lesiones: las prótesis mal adaptadas, los restos dentales que lastiman constantemente los tejidos blandos bucales, las obturaciones defectuosas capaces de traumatizar, son elementos con posibilidad de alterar las poblaciones celulares bucales.²⁴

Frecuentemente las personas portadoras de prótesis desajustadas o disfuncionales llegan a producir serios cambios en la mucosa oral, y a pesar que todos los individuos no tienen sus tejidos con las mismas características de resistencia y adaptación, las prótesis, cuando no están en buen estado, pueden convertirse en agentes causales de lesiones malignas o no.²⁵

Higiene bucal deficiente.

La higiene bucal deficiente es el principal factor de riesgo de las enfermedades infecciosas de la boca y es muy común en los pacientes con cáncer bucal. Una higiene bucal pobre, permite el crecimiento de colonias de microorganismos que generan daño crónico en los tejidos bucales, y con el tiempo conduce a la pérdida dentaria.

La ayuda odontológica para mantener la cavidad bucal y los dientes en estado higiénico es el primer peldaño en la prevención del cáncer bucal y sus precursoras, las lesiones preneoplásicas.²⁶

Aunque se conoce que la sepsis bucal por sí sola no es capaz de generar una neoplasia, se supone que sobre las lesiones neoplásicas pueden haber microorganismos patógenos activos y se ha insistido que las infecciones crónicas producidas por algunos gérmenes como la *Candida albicans* son capaces de producir cambios hiperplásicos en la mucosa bucal.^{13, 22, 27}

Exposición a la radiación ultravioleta.

Existen abundantes pruebas que la radiación ultravioleta procedente del sol, induce a un aumento de la incidencia del cáncer de piel y es por ello que la exposición periódica al sol es de gran importancia en la formación del carcinoma espinocelular o epidermoide en los labios.

La luz solar es una de las causas fundamentales en la aparición del cáncer en los últimos 15 años, pues la porción ultravioleta del espectro solar tiene tres longitudes de onda: UVA, UVB y UVC, capaces de alterar la información genética de las células.

El grado de riesgo depende del tipo de rayos ultravioletas, intensidad, exposición y cantidad del manto protector de melanina absorbente de luz que tenga la piel. Esto reafirma el elevado riesgo de las personas de pieles claras y la importancia de las profesiones de alto riesgo como los agricultores, los ganaderos, los pescadores y los trabajadores de la construcción.²⁸

La dieta

La dieta participa en la prevención, la formación y la evolución del cáncer, por el constante suministro de elementos antioxidantes que aportan los alimentos. En la boca, se plantea que la escasa o irregular ingestión de alimentos ricos en vitaminas y minerales (vitaminas A, C, E, complejo B y minerales como el hierro y el selenio) favorecen la ocurrencia del cáncer bucal.

Las frutas y los vegetales frescos son los protectores por excelencia, pues tienen efecto antioxidante que impide las mutaciones por radicales libres y protegen los epitelios.²⁰

Los estudios epidemiológicos de cáncer bucal han abarcado los factores nutricionales, catalogándolos como criterios de riesgo. Por lo tanto, la ausencia de ciertos nutrientes se ha asociado al apareamiento de la enfermedad.

En este sentido, los bajos niveles de ingesta tanto de frutas como de verduras han sido asociados a un incremento de riesgo al padecimiento de cáncer bucal, destacándose la importancia de vitaminas antioxidantes en el cuerpo. Una dieta balanceada es importante para garantizar el bienestar del individuo, aunque debe

considerarse la interacción con los demás factores de riesgo para explicar la aparición de la enfermedad.

La variedad en la ingesta de productos equivalentes a frutas y verduras asegura una mayor proporción de componentes nutricionales beneficiosos para el bienestar de las personas.²⁹

Promoción y prevención del cáncer bucal

Desde los 60, comienza a manifestarse con una definición precisa, la participación del estomatólogo en las actividades de prevención y diagnóstico tempranos del cáncer bucal.

Estas están destinadas principalmente a orientar el auto examen bucal y a modificar los hábitos asociados con el uso del tabaco y del alcohol. Se observa disminución de las tasas de leucoplasia y otras lesiones preneoplásicas en poblaciones que reducen su consumo.

Es indiscutible el papel del estomatólogo en la prevención primaria (promocionando un estilo de vida saludable) y secundaria (diagnóstico precoz) del cáncer oral, haciéndose imprescindible ya que en aproximadamente la mitad de los casos, el cáncer oral, va precedido por lesiones pre malignas o pre cancerizables, por lo que un diagnóstico precoz de las mismas influirá notablemente en la tasa de supervivencia, reduciendo la morbilidad y mortalidad.

Un gran porcentaje de tumores son diagnosticados en un estadio de evolución muy avanzado conduciendo a la necesidad de tener que aplicar técnicas terapéuticas agresivas que alteran notablemente la calidad de vida de los enfermos.

El cáncer oral, constituye una patología con implicaciones psicosociales cuando los casos llegan a la consulta en períodos avanzados y demandan tratamientos mutilantes con la consiguiente imposibilidad de reintegrarse al trabajo en corto plazo y problemas de adaptación social.³⁰

El cáncer de la cavidad bucal, es un serio problema de salud pública, que causa gran morbilidad y mortalidad, no habiendo mejorado en décadas. Es, por tanto, un verdadero desafío para nuestro país.

Su pronóstico depende fundamentalmente del diagnóstico precoz de lesiones sospechosas en boca, por lo cual es importante mantener adiestrados a los profesionales de la salud particularmente estomatólogos y médicos para reducir las devastadoras consecuencias de esta enfermedad.

La frecuencia relativa, su diagnóstico tardío en más de la mitad de los pacientes, la posible efectividad de la prevención, tanto primaria como secundaria y accesibilidad de la exploración de su zona de desarrollo por un facultativo previamente formado, son razones más que suficientes para justificar programas permanentes de prevención y diagnóstico temprano de la enfermedad, adecuados a las condiciones concretas de cada país.

Investigadores del tema en diferentes partes del mundo han planteado la necesidad de aplicar programas destinados a detectar el cáncer bucal. Mashberg enfatiza que pese a que la cavidad bucal es fácilmente accesible al examen visual, el 60% de los carcinomas epidermoides bucales se diagnostican en etapas tardías y los programas aplicados han resultado limitados.

Hayes, sostiene que en los exámenes de rutina debe incluirse la pesquisa del cáncer bucal y Maldonado describe la aplicación de un programa de detección de cáncer bucal en Houston con la participación de personal dental.³¹

La Organización Mundial de la Salud, postula que la prevención del cáncer consiste en reducir al mínimo o eliminar la exposición a los carcinógenos, e implica la aminoración de la susceptibilidad individual a los efectos de esos agentes. Este método, es el que ofrece más posibilidad de éxito a largo plazo en la lucha contra el cáncer.

En Cuba, las actividades de prevención primaria o profilaxis son útiles en individuos incapaces de percibir el daño que le pueden producir los factores de riesgo del cáncer bucal, con mal pronóstico en aquellos pacientes que no tengan una adecuada información acerca de la prevención de cáncer bucal.

En 1962, se precisó la necesidad de incorporar profesionales a la lucha contra el cáncer de la boca. Para esto se incorporó la preparación del tema en el programa docente y se comenzó el adiestramiento a todos los estomatólogos.

En 1985, con la publicación de la monografía: El estomatólogo en la detección del cáncer bucal, se considera que comienza paulatinamente el establecimiento nacional del PDCB.

En 1985, con el apoyo de la dirección nacional de estadística del MINSAP, que confecciona un sistema de información estadística automatizado, la dirección nacional de estomatología puso en ejecución nacional el PDCB e informó sus resultados en 1989.

Para ejecutar las medidas de prevención, en sus distintas etapas, no solo es imprescindible la preparación del estomatólogo en los aspectos clínicos epidemiológicos del cáncer bucal, sino también, en la interiorización de los objetivos del programa y la necesidad de desarrollar métodos educativos específicos dirigidos a la comunidad, para obtener la participación activa de ésta en el enfrentamiento al problema del cáncer bucal.

La prevención debe dirigirse a incidir en los factores asociados al desarrollo del carcinoma espinocelular de la boca, no sólo a yugular sus causas, ya que, en todo cáncer, su causalidad es prácticamente desconocida. Es una trágica paradoja, que el porcentaje de supervivencia sea tan bajo en un cáncer que es tan accesible y tan fácil de detectar en los estados iniciales.³²

Por ello, es necesario estructurar campañas preventivas que garanticen una mayor conciencia en la población sobre los factores de riesgo, tomando en cuenta las características contextuales de cada entorno social.

De tal manera, la estructuración de una campaña deberá de apegarse al grado de conocimiento presente en un determinado espacio social, potenciando o inculcando las nociones en las diversas áreas referentes a los factores de riesgo. En este sentido, si una persona está consciente de los factores de riesgo inherentes a la enfermedad, podrá cambiar sus hábitos de vida en el plano cotidiano y acudir en caso necesario a consulta profesional.

Identificar el grado de conocimiento sobre los factores de riesgo asegura un esfuerzo por indagar en las principales debilidades de información de la población y propiciar una labor preventiva constante.

La educación de la comunidad, constituye el método ideal para desarraigar el hábito del tabaquismo; la prevención primaria preconiza, en primer lugar, motivar a las personas, principalmente a los jóvenes, a que no emprendan el hábito; en segundo lugar a los que ya tienen el hábito, motivarlos a que lo abandonen y en último extremo, a que modifiquen o disminuyan esta costumbre.

La participación decisiva del exceso, en el consumo de alcohol y el hábito de fumar en el proceso de carcinogénesis bucal es incuestionable, por lo que resulta imprescindible trabajar en la divulgación de sus nocividades.

Sin duda, la imitación es clave para explicar por qué los jóvenes comienzan a fumar: los padres, maestros, profesionales de la salud y otros modelos a seguir, necesitan ser conscientes de su responsabilidad en la propagación de la epidemia de tabaquismo, al jugar el papel de vectores.

Se debe ir más allá de la prohibición de la publicidad del tabaco: se tiene que contrarrestar las imágenes que permean nuestra cultura con presentaciones de la amenaza para la salud y crear más barreras de accesibilidad al tabaco.³³

Por otra parte, se debe orientar a la población hacia el consumo de frutas y vegetales, como parte de una dieta preventiva para el cáncer de cualquier localización anatómica, lo cual es recomendado actualmente en los diferentes programas de promoción.

El autoexamen de la cavidad bucal, es una variante de la exploración del complejo bucal, no es realizado por un facultativo especializado, sino por el propio sujeto que se le ha motivado a realizar un examen de su boca y cuello para la identificación de posibles condiciones preneoplásicas o neoplasias malignas incipientes. Este examen es una maniobra de gran utilidad y complemento en todo programa de detección del cáncer bucal.

En la parte educativa de estos programas se debe realizar un adiestramiento, a todos los miembros de la comunidad, sobre la metodología del autoexamen. El mensaje debe ser sencillo y breve para que su ejecución sea posible realizarla por la población de todos los niveles culturales.

En la promoción del autoexamen bucal se deben utilizar los medios masivos de comunicación, como la televisión, el radio, el vídeo, etc. También la distribución de alegorías, leyendas o afiches con fotografías o dibujos donde se representen los pasos a seguir para la ejecución del mismo.

Se debe destacar que este examen no es más que el inicio de un posible diagnóstico que, sin la asistencia a un centro especializado que rectifique o ratifique las sospechas o dudas del autoexaminado, el objetivo de la detección precoz no se habrá alcanzado.

El estomatólogo general integral, debe incluir la educación para la salud en su quehacer diario, para propiciar la auto-responsabilidad y colaboración conjunta en la disminución de esta enfermedad en la población, con énfasis en los adultos mayores.

Se debe difundir y concientizar a la población en la importancia del examen bucal periódico y del autoexamen bucal, el cual permite detectar por simple observación, los cambios que se producen a nivel de la cavidad bucal, y en especial de la mucosa en forma precoz, y así evitar la aparición de lesiones precancerosas.³⁴

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio cuasi experimental, de intervención comunitaria, en el poblado de Lindero, municipio Rafael Freyre, Holguín, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos en esta población objeto de estudio, acerca de los factores de riesgo del cáncer bucal, e implementar un programa de intervención educativa de salud bucal, en el período de julio 2019 a mayo 2020.

Universo de estudio.

El universo de estudio estuvo conformado por 310 pacientes mayores de 15 años pertenecientes al consultorio de Lindero, los cuales eran portadores de factores de riesgo desencadenantes del cáncer bucal.

Muestra.

La selección se realizó a través de un muestreo aleatorio simple, conformándose por 80 pacientes, portadores de factores de riesgo, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, teniendo en cuenta aquellos pacientes con fácil y mejor acceso al consultorio.

Criterios de inclusión.

- Pacientes que den su consentimiento de participar en el estudio.
- Pacientes que se encuentren en el rango de edad establecido para el estudio.

Criterios de exclusión.

- Pacientes con discapacidades físicas o mentales que interfieran con la investigación.

Criterios de salida.

- Aquellos que deseen retirarse de la investigación por voluntad propia.

Operacionalización de las variables.

Variable	Clasificación	Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa continua	15-19 20-34 35-59 60-65.	Según años cumplidos.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino y femenino	Según sexo biológico de pertenencia.
Nivel educacional	Cualitativa ordinal	Primaria	Según nivel de escolaridad alcanzado.
		Secundaria	
		Técnico Medio	
		Pre Universitario	
		Universitario	
Factores de riesgo	Cualitativa nominal politómica	Tabaquismo	Persona con hábito de fumar, al menos 1 cigarro.
		Alcoholismo	Toda persona que ingiera bebidas alcohólicas.
		Sepsis bucal	Persona con Índice de Higiene Bucal mayor de 20 y con más de un resto

			radicular.
		Alimentos y bebidas, calientes o picantes	Pacientes que acostumbran a comer comidas muy calientes y condimentadas.
		Irritantes traumáticos	Bordes filosos, mordeduras, restauraciones defectuosas, cavidades patológicas.
		Radiaciones solares	Pacientes que refieran estar expuestos a las radiaciones solares.
Nivel de conocimiento	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	Respuestas correctas mayores de 23 incisos.
		Inadecuado	Respuestas incorrectas menores de 23 incisos.

Métodos y técnicas generales:

Del nivel teórico

- **Histórico lógico:** Con la utilización de este método se describió los antecedentes históricos que giran alrededor del tema y el problema planteado con una organización cronológica de los acontecimientos y como se han comportado en el mundo, en Cuba, en Holguín y en el municipio Rafael Freyre.
- **Análisis y síntesis:** Se utilizó este método a la hora de revisar e interpretar cuidadosamente los datos y la información obtenidas con los diferentes métodos y técnicas, sintetizando los elementos que se repiten innecesariamente y eliminando datos cuyo interés no estén identificados como objetivos de trabajo en la

investigación.

- Inducción y deducción: En el proceso de investigación se realizaron revisiones, entrevistas en profundidad y verificaciones que precisaron de estos métodos, no solo para obtener la mayor cantidad de información induciendo preguntas para garantizar nuestro objetivo, sino para poder deducir la veracidad de la información independientemente de quien la aportara o de la fuente donde se obtuvo.
- Análisis documental: Con él se obtuvo información imprescindible en las diferentes fuentes que garantizaron el esclarecimiento del problema así como la proyección y ejecución de la investigación.

Del nivel empírico

- Observación: Se utilizó para la obtención de la información de cada variable que se utilizó en el estudio.

De nivel matemático-estadístico

- Análisis numérico-porcentual: Para determinar cuantitativamente en el procesamiento, los datos extraídos de los instrumentos aplicados, así como establecer comparaciones a través de tablas que ilustren los resultados.

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica del tema en cuestión dependiendo del material disponible. La información fue recogida en un cuestionario previamente elaborado por el autor y la tutora del trabajo, el cual fue validado antes de ser aplicado.

Para evitar sesgos de observación la recogida de datos y exámenes clínicos fueron realizados exclusivamente por el autor bajo asesoramiento directo por parte del tutor durante el tiempo que duró la investigación.

Se realizaron coordinaciones con la dirección de la institución para explicar los propósitos y etapas por las que transitaría la investigación. Se definieron los horarios y locales que permitirían llevar a cabo la realización de dicha investigación.

Para el logro de los objetivos propuestos, se realizó el interrogatorio y examen clínico a las pacientes que participaron en el estudio, sentados en el sillón

estomatológico, con adecuada iluminación , y el auxilio del set de clasificación, que constó de espejo bucal plano # 5, mango, pinza de algodón, explorador; además se utilizó rollos de algodón y sonda periodontal de William.

Los datos necesarios se recogieron en un formulario confeccionado al efecto (Anexo 2), en dependencia de lo que se expresó en la operacionalización de las variables. Estos fueron vaciados en un registro individual para cada paciente donde se recogieron las variables que se exponen a continuación.

Procedimientos para alcanzar los objetivos:

Previamente a la investigación que se realizó, se les explicó a los pacientes que participaron en el estudio, las características, objetivos e importancia de la misma, así como los beneficios para futuras investigaciones.

Para un mejor desarrollo de la investigación y dar salida a los objetivos, la misma contó con tres etapas: diagnóstica, de intervención y evaluativa.

- Primera etapa: Descripción e identificación de las necesidades educativas.
- Segunda etapa: Diseño y aplicación de la estrategia educativa.
- Tercera etapa: Evaluación o impacto de la estrategia.

Primera etapa.

En la primera etapa se recogieron los datos generales que permitieron caracterizar al grupo a estudiar de acuerdo a la edad y el sexo, a través de la historia clínica de atención primaria, confeccionada según instructivo, obteniéndose además los factores de riesgo del cáncer bucal presentes en estos pacientes, los cuales dieron previamente su consentimiento informado (Anexo 1) en la participación de este estudio.

Se identificaron las necesidades educativas mediante la aplicación de un cuestionario (Anexo 2), estructurado con preguntas cerradas, para definir el nivel de conocimientos y actitud que poseían los pacientes respecto al efecto perjudicial de determinados factores de riesgo en la aparición del cáncer bucal, confeccionado por el propio autor, teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje detectadas.

Se confeccionó una clave (Anexo 3), para la evaluación del mismo considerándose como nivel de conocimiento adecuado, un total de respuestas correctas de 23 a 32 incisos. La misma contenía 7 preguntas, con un total de 32 incisos, y a cada una se le otorgó la calificación de 1 punto, con una sumatoria total de 32 puntos.

Para conocer entonces aquellos contenidos que debían ser incluidos en el programa educativo, se utilizó el modelo de detección de las necesidades de aprendizaje de David Leyva, el cual tuvo un carácter deductivo y la diferencia obtenida de ¿Qué debía saber? y ¿Qué sabe realmente?, denominada discrepancia, fue la que nos aportó las necesidades educativas para las cuales se plantearon las alternativas de solución, estableciendo un diagnóstico de necesidades educativas como punto de partida para realizar el proyecto educativo.

Segunda etapa.

En la segunda etapa se diseñó y aplicó la estrategia educativa: Más conocimiento, más prevención, más educación para la salud (Anexo 4); dirigida a los pacientes objeto de estudio, de forma clara, precisa y que respondiera a las necesidades identificadas siguiendo la metodología para una estrategia de información-educación-comunicación.

Los temas tratados fueron válidos por criterios de un psicólogo y se organizaron en siete sesiones de trabajo, programando actividades educativas, aplicando diferentes técnicas afectivo-participativas y la utilización de medios de enseñanza, todos seleccionados acorde a las necesidades de aprendizaje, edad y características de los pacientes a intervenir, luego se aplicó dicha estrategia durante tres meses con una frecuencia quincenal.

Programa educativo: Más conocimiento, más prevención, más educación para la salud. (Anexo 4)

Sesiones de trabajo:

1ra Sesión: Para conocerte mejor.

2da Sesión: ¿Qué es el cáncer bucal?

3ra Sesión: Factores de riesgo del cáncer bucal.

4ta sesión: Factores de riesgo más comunes en su comunidad.

5ta sesión: Alcoholismo y tabaquismo y su relación directa con el cáncer bucal.

6ta Sesión: Autoexamen bucal.

7ma Sesión: Despedida triunfal.

Tercera etapa.

En la tercera etapa se evaluó la estrategia educativa diseñada a través de:

- Evaluaciones de monitoreo o proceso.
- Evaluaciones de impacto o resultados.

Las evaluaciones de proceso o monitoreo se realizaron en el desarrollo de las sesiones de trabajo a través de las preguntas de retroalimentación, la observación tanto de forma individual como colectiva de la participación activa de los pacientes durante la aplicación de las técnicas educativas.

La evaluación de impacto o resultados se determinó mediante la aplicación nuevamente del cuestionario inicial, comparando los resultados obtenidos antes y después de la intervención en la muestra estudiada, determinando la modificación del nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer bucal.

Se valoró la aceptación del programa al finalizar el mismo a través de las experiencias y expectativas expresadas por los pacientes. Para la evaluación de la efectividad del programa al finalizar la estrategia se estableció que la misma sería:

- Satisfactorio: Cuando el nivel de conocimientos fuera bueno y disminuyeran los factores de riesgo presentes en los pacientes y que los resultados del cuestionario fueran aceptables al finalizar la intervención.
- No satisfactorio: Cuando el nivel de conocimiento y los resultados de la encuesta fueron no aceptables y no disminuyeran los factores de riesgo presentes en los pacientes.

Técnicas y procedimientos de obtención de la información:

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica de forma permanente relacionada con el tema en cuestión, se efectuaron búsquedas en la red de Internet, en diversos sitios web. La recogida de la información necesaria para el trabajo se obtuvo del cuestionario confeccionado, así como de las historias clínicas familiares. Los encuentros fueron realizados en el círculo social de Lindero, previa coordinación con las autoridades pertinentes.

Técnicas y procedimientos de análisis estadístico.

Los resultados se llevaron a tablas y cuadros de interés estadístico. El análisis estadístico se realizó a través de cálculo de distribución de frecuencia simple (porcentaje).

Todos los datos que se obtuvieron fueron computados y representados en tablas y gráficos donde se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. Para su posterior análisis y discusión, se empleó una notebook samsung, con ambiente de windows 7. Los textos se procesaron en word y las tablas se realizaron en excel.

Los cálculos se realizaron con una mini calculadora marca canon. La búsqueda bibliográfica se efectuó en textos clásicos, revistas impresas y en formato digital, a través de la red de Infomed, el meta buscador Medline y Pubmed sobre los artículos de la temática correspondiente, la bibliografía fue acotada según normas de Vancouver.

Ética médica:

El estudio se realizó acorde a los principios de la ética médica y la declaración de Helsinki, lo cual quedó plasmado en el consentimiento informado (Anexo 1). Se les brindó información sobre los objetivos, métodos y beneficios de la intervención, y se les garantizó el anonimato de los resultados. Ellos autorizaron su participación en la investigación pudiendo abandonarla en el momento que lo deseen. Este consentimiento informado de los pacientes se realizó por escrito, mediante el llenado de una planilla (Anexo 1).

Valorando que el estudio es de intervención donde se procedió a la interacción directa con los pacientes, se solicitó el aval del comité de ética de la investigación del policlínico de Fray Benito.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1. Caracterización de los pacientes según grupo de edad y sexo. Poblado de Lindero. Fray Benito. Rafael Freyre. Julio 2019 a mayo 2020.

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
15-19	10	12,5	5	6,2	15	18,8
20-34	5	6,2	3	3,8	8	10,0
35-59	33	41,3	8	10,0	41	51,2
60-65	11	13,8	5	6,2	16	20,0
Total	59	73,8	21	26,2	80	100

Fuente: Historia clínica.

La distribución de los pacientes según grupo de edad y sexo se muestra en la tabla 1. El grupo de edad que predominó fue el de 35-59 años (51,2%), y el de 20 a 34 fue el menos representado (10,0%). Con respecto al sexo, el masculino fue el que más predominó con 59 pacientes (73,8%).

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Sadner O³⁵, en investigación realizada en la parroquia de Petare, del municipio Sucre, distrito metropolitano de Caracas, el cual obtuvo predominio del grupo de 35 a 59 años (73,4%). También coinciden con la investigación realizada por López González³⁶, en Mantua, Pinar de Río, el cual obtuvo predominio en el grupo de 35-59 años (80,3%).

Investigaciones llevadas a cabo por Rodríguez Lorenzo y colaboradores³⁷, en Ciudad de la Habana, obtuvieron un predominio del sexo masculino y las edades de mayor prevalencia entre 35 y 59 años (71,8%), igualando esto con los efectos logrados en esta investigación.

A su vez, se diferencia del realizado por el Dr. Patterson Pérez³⁸, en La Habana, donde predominó el sexo femenino (71,2 %).

Difiere por otro lado, a la investigación realizada por Valentín González³⁹, en Cárdenas, provincia de Matanzas, en la que existió un predominio del sexo femenino y la mayoría de los pacientes en el grupo de 51 a 60 años (69,5%), al igual no se corresponde un trabajo elaborado por Quirós Aluija⁴⁰, en Camagüey, donde existió una prevalencia en el grupo de 60 y más (82,0%) y del sexo femenino (72,4%).

En la investigación realizado por Durades Ruiz⁴¹, en la provincia de Guantánamo, existió un predominio en las edades de 75 años y más (75,2%).

La Dra. Ruíz Campaña⁴², obtuvo en su investigación, realizada en Gibara, Holguín, que el sexo femenino fue el de prevalencia (77,2%) y el grupo de edad más representado fue el de 60-74 (83,7%); datos en ambos estudios con diferencia respecto a este trabajo.

El cáncer bucal es la única enfermedad bucodental conocida que incide en la mortalidad de las poblaciones.

El conocimiento de esta enfermedad resulta necesario, pues la edad en sí no está del todo claro que sea el factor de riesgo principal, pues se han reportado casos de pacientes con edades inferiores a los 35 años que lo padecen; por ejemplo, en el año 2019 se dio a conocer que en la provincia de Holguín fueron diagnosticados pacientes entre 18 y 20 años positivos al cáncer bucal.

Varios autores concuerdan que en estos casos la herencia es el factor que determina, aunque se conoce que en aquellos pacientes expuestos a factores de riesgo a mayor edad, mayor es el efecto del daño causado y el riesgo a enfermar.

En cuanto al sexo existen estudios que plantean una proporción de 3:1, siendo predominante el masculino; sin embargo, esta relación se debe a que los hábitos deletéreos que tiene este grupo, en comparación con el femenino, son mayores.

Tabla 2. Nivel educacional de población estudiada.

Nivel educacional	No	%
Primaria	5	6,2
Secundaria	8	10,0
Técnico Medio	45	56,3
Pre Universitario	16	20,0
Universitario	6	7,5
Total	80	100

Fuente: Historia clínica.

En la tabla 2, se observa el nivel educacional de la población objeto de estudio, donde predominó el técnico medio, con 45 personas (56,3%); seguido del pre universitario con 16 pacientes (20,0%).

En la investigación realizada por Herrera-Ccoicca⁴³, en Perú, se encontró diferencias significativas con respecto a este estudio ya que el nivel educacional predominante fue la instrucción primaria (71,3%).

En el trabajo realizado por la Dra. Moreno Almaguer⁴⁴, en el sector Vista Alegre, Venezuela, también evidencia una diferencia con este trabajo, ya que encontró un predominio en el nivel de escolaridad el primario, pues el 100% de los pacientes con este nivel de escolaridad pertenecían a esta categoría. García Heredia⁴⁵, en la provincia de La Habana, obtiene resultados similares a este estudio, pues en su población el nivel educacional predominante fue el técnico medio (65,0%).

En una investigación realizada por González Ramos⁴⁶, en La Habana, encontró que en su población, el 29,7%, tenía una escolaridad de secundaria terminada, siendo esta la más representada de toda su muestra. Estos resultados difieren de estudios realizados por el Dr. Valentín González⁴⁷, en la provincia de Matanzas, donde el nivel educacional predominante fue el pre universitario (76,4%); Rodríguez

González⁴⁸, con su estudio en el hospital general docente Julio Aristegui Villamil, en Matanzas, determinó que la secundaria terminada fue la escolaridad más frecuente con un 50,0% de representatividad. La Dra. Quirós Aluija⁴⁰ en su investigación realizada en Camagüey obtuvo resultados diferentes al predominar los pacientes de nivel superior de escolaridad (universitarios) con el 82,0%.

Esta variable sociodemográfica es importante ya que influye en el proceso enseñanza-aprendizaje del individuo, cuando la escolaridad de un individuo es baja, esto contribuye a la falta de comprensión de las medidas de prevención y control de la salud, entorpece la comunicación social, lo que constituye un factor de riesgo. Mientras más alto sea el nivel de escolaridad mayor serán los logros obtenidos, alcanzándose resultados positivos en la población en cuanto a cambios de actitudes, motivación, nivel de conocimiento en lo referente a las enfermedades bucales y conciencia del riesgo.

Tabla 3. Factores de riesgo de cáncer bucal antes y después de la labor educativa.

Factores de riesgo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Tabaquismo	31	38,8	26	32,5
Alcoholismo	16	20,0	13	16,3
Alimentos y bebidas, calientes o picantes	7	8,8	2	2,5
Sepsis oral	8	10,0	0	0
Irritantes traumáticos	10	12,5	0	0
Radiaciones solares	8	10,0	2	2,5

Fuente: Historia clínica.

Al analizar los resultados de la tabla 3, sobre los factores de riesgo de cáncer bucal antes y después de la labor educativa, se encontró que, los hábitos que continuaron presentes fueron: el tabaquismo con 26 pacientes (32,5%); en los pacientes alcohólicos se logró disminuir a un 16,3% en aquellos q lo practicaban, lográndose en ellos una significativa disminución en la cantidad de cigarrillos y la frecuencia de este hábito. Los que presentaron sepsis oral e irritantes traumáticos, fueron tratados en su totalidad erradicándose los mismos.

Resultados similares fueron reportados por Borges Ferreira⁴⁹, en Brasil, donde el consumo de tabaco (43,1%) y de alcohol (31,0%), la Dra. González Ramos⁴⁶, en la provincia de La Habana, encontró sin embargo, un 29,0% de consumo de bebidas calientes; cifra elevada en comparación a este trabajo.

Existe correspondencia, en un trabajo realizado por Quirós Aluija⁴⁰, en Camagüey, donde prevalecieron factores de riesgo en orden decreciente como el consumo de tabaco, consumo de alcohol, prótesis desajustadas, deficiente higiene bucal y bordes filosos; igualmente la Dra. Peña Hernández⁵⁰ en su intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer bucal en Holguín obtuvo el tabaquismo como factor de riesgo predominante (42,0%).

Las actividades de promoción y prevención en la atención primaria permiten orientar el autoexamen bucal y modificar los hábitos asociados con el uso del tabaco y el alcohol; ésta es la estrategia óptima para el control del cáncer bucal a largo plazo. Sin embargo, actualmente la medida más eficaz para aumentar la curación del cáncer bucal es una terapéutica temprana, consecuencia de un diagnóstico incipiente, que sólo se lleva a cabo mediante un examen sistemático y minucioso.

El consumo de alcohol y tabaco son los factores predisponentes conocidos más importantes, de forma individual o asociados en la posible aparición del cáncer bucal generalmente en mayores de 45 años, ya que el alcohol potencia el efecto carcinógeno del tabaco, cuando están asociados, pero también puede actuar por si solo como irritante local de las mucosas, alterar el metabolismo de las células epiteliales y como solvente, sin embargo todo factor de riesgo que afecte la cavidad oral, es la señal de que las mucosas y tejidos bucales están reaccionando de manera atípica ante los estímulos crónicos; siendo el resultado de un proceso

multifactorial que guarda un fatal desenlace para aquellos que mantienen una conducta de riesgo, por lo que debemos trabajar para cambiar su rumbo hacia un estado saludable del paciente y su entorno. De nuestro esfuerzo como profesionales de la salud, depende que elevemos la cultura sanitaria de nuestra comunidad y progresivamente se reduzca la morbilidad y la mortalidad por cáncer bucal.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cáncer bucal antes y después de la labor educativa.

Grupos de edades	Nivel de conocimientos				Nivel de conocimientos			
	Antes				Después			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No	%	No	%	No	%	No	%
15-19	3	3,8	12	15,0	13	16,2	2	2,5
20-34	4	5,0	4	5,0	6	7,5	2	2,5
35-59	18	22,5	23	28,8	36	45,0	5	6,2
60-65	5	6,2	11	13,7	13	16,2	3	3,8
Total	30	37,5	50	62,5	68	85,0	12	15,0

En el análisis de la tabla 4, acerca del nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cáncer bucal antes y después de la labor educativa, se percibe un incremento favorable del nivel en lo que se refiere a educación para la salud de la población, en sentido general, con un aumento de personas con un adecuado nivel de conocimiento; con respecto al estudio inicial, elevándose de un 37,5% a un 85,0%.

La Dra. Robledo González⁵¹, en la ciudad de Córdoba, Argentina, mostró que el 41,0% de las personas entrevistadas desconocía la existencia del cáncer bucal, por lo cual esta autora plantea la necesidad de informar más a la población sobre factores de riesgo, manifestación precoz del cáncer bucal y de la importancia de la consulta temprana; criterio que coincide con el nuestro.

Igualmente, la Dra. Rodríguez González⁴⁸, en Cárdenas, Matanzas, obtuvo a través de su investigación, un aumento considerable del nivel de conocimiento en su población a un (89,6%).

El Dr. Valentín González³⁹, en Matanzas, encontró que el 62,6% de los pacientes presentaban un nivel inadecuado y solo se pudo incrementar a nivel adecuado un 6,0 %, esta diferencia puede deberse a la puesta en práctica durante muchos años de nuestros programas de atención integral a la familia y la comunidad.

En el estudio realizado por Hernández Melendez⁵², en Limonar, provincia de Matanzas, alcanzó bajos niveles de educación para la salud (44,8%) y constató la necesidad de esta actividad a la población y al personal de asistencia, al encontrar resultados similares antes y después de haber aplicado las labores educativas, difiriendo con esta investigación.

En un estudio realizado por el Dr. Ramos Francisco⁵³, donde después de aplicada la intervención educativa para modificar conocimientos sobre cáncer bucal en trabajadores de la fábrica de tabaco en Villa Clara, obtuvo un aumento del nivel de conocimiento a un (86,5%) similares resultados al de esta intervención.

Mediante una intervención educativa, la Dra. Carralero Alarcón⁵⁴, en la provincia Holguín, logró elevar el nivel de conocimiento, ya que de un total de 27 encuestados, 23 alcanzaron esta categoría, representando el 85,0% de su muestra, reflejando así una coincidencia con nuestros resultados.

Ricardo Montes⁵, en Velazco, alcanzó un resultado favorable de un 89,2%; coincidiendo con los resultados obtenidos. Aguilera López⁵⁵, en su intervención educativa realizada en Gibara, Holguín, logró elevar el conocimiento a un 92,1%.

Como los pacientes están pobremente informados acerca de este problema de salud y su prevención, se le debe explicar muy bien acerca del examen bucal que

se está haciendo cuando se realiza este servicio, y la importancia del control de factores de riesgo del cáncer bucal para que las tasas de supervivencias asciendan a más del 50 % en los cinco años siguientes al desarrollo de la enfermedad.

Aún así, un aumento en el nivel de conocimiento sobre salud buco-dental, no supone necesariamente cambios en los estilos de vida y patrones de conducta de las personas lo cual se evidenció en la persistencia de hábitos inadecuados para lo cual es necesaria una labor educativa más extensa, dirigidas a incrementar los conocimientos sobre las enfermedades bucales, sus factores de riesgo, incentivar la práctica de hábitos higiénicos correctos y estilos de vida favorables para la salud.

Esta intervención educativa logró elevar el nivel de conocimientos en los pobladores de Lindero, con una percepción positiva respecto a la estrategia educativa. Estos resultados demuestran la efectividad del Programa Educativo y el impacto que tuvo el empleo de técnicas participativas sobre el grupo de estudio, y que movilizaron el componente afectivo-motivacional de las actitudes de los participantes.

Conclusiones.

- Predominó el grupo de edad de 35 a 59 años y el sexo masculino.
- El técnico medio fue el nivel educacional más representado.
- La exposición a factores de riesgo presentes en la población se logró disminuir después de la aplicación del programa de intervención educativa.
- El nivel de conocimientos sobre cáncer bucal fue inadecuado antes de la intervención y posterior a ella se incrementó notablemente.

Recomendaciones

Sugerimos continuar desarrollando programas educativos en la comunidad que permitan profundizar en las técnicas de promoción, prevención y educación para la salud, lo que contribuirá decisivamente a elevar su motivación, participación, implicación y protagonismo, para que se conviertan en promotores de salud bucal.

Referencias Bibliográficas

- 1- García R, Pérez Oscar N, Arredondo López M, Castillo Betancourt E M. Factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma bucofaríngeo. Rev. Cubana Estomatol. 2017[citado 16 junio 2019]; 43(1).Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072006000100001&lng=es&nrm=iso.
- 2- Aldape Barrios BC. El dentista general y el cáncer bucal. Facultad de Odontología UNAM. Revista Mexicana de Odontología Clínica. 2018 [citado 16 junio 2019]; 2(7). Disponible en:<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=56530>.
- 3- Kumar M, Nanavati R, Modi TG, Dobariya C. Oral cancer: Etiology and risk factors: A review. J Can Res Ther. 2017[citado 19 mayo 2019]; 12(2):458-63. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/articulo.3869746>.
- 4- Devadiga A, Prasad KVV. Knowledge about oral cancer in adults attending a Dental Hospital in India. Asian Pac J Cancer Prev. 2019[citado 16 junio 2019]; 11(6):1609-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034703&lng=es&niso.
- 5- Patton LL, Elter JR, Southerland JH, Strauss RP. Knowledge of oral cancer risk factors and diagnostic concepts among North Carolina dentists: Implications for diagnosis and referral. J Am Dent Assoc. 2018[citado 16 septiembre 2019]; 136(5):602-10. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872005000500007&script=sciarttext>.
- 6- Ricardo Montes Y. Intervención educativa sobre cáncer bucal en trabajadores de la Fábrica de Confecciones. [Tesis] Velasco: Facultad de Ciencias Médicas Holguín; 2019. 95p. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cum-29018>.
- 7- Verdecia Jiménez AI, Álvarez Infante E, Parra Lahhens. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. Univ Virt de Salud. 2017[citado 16 junio 2019]; 18(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu>.

- 8- Kumar M, Nanavati R, Modi TG, Dobariya C. Oral cancer: Etiology and risk factors: A review. J Can Res Ther. 2018 [citado 19 junio 2019];12(2):458-63. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cum-29115>.
- 9- Quintana Díaz JC, Rodríguez Llánez R, Castillo A, Alvarez Campos L. Comportamiento del plan de detección precoz del cáncer bucal en Artemisa. Rev Cubana Estomatol. 2017 [citado 16 junio 2019]; 33(3): 105-108. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475071996000300002&lng=es&nrm=iso.
- 10- Colectivo de autores. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. 2^a ed. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2011.
- 11- Ochoa Borges A, Enamorado Rosabal N. Incidencia de pacientes fumadores en un grupo poblacional. Rev Cubana Enfermer. 2017 [citado 16 junio 2019]; 20(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300004&lng=es&nrm=iso.
- 12- Rodríguez Guerrero K, Clavería Clark RA, Peña Sisto M. Consideraciones actuales sobre envejecimiento y cáncer bucal. MEDISAN. 2018 [citado 20 febrero 2019]; 20(12). Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/962>.
- 13- González Ramos RM, Madrazo Ordaz DE, Osorio Núñez M. Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. Rev Cubana Estomatol. 2018 [citado 16 junio 2019]; 50(3):284-291. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/138/32>.
- 14- Cole PH, Rodu B. Analytic Epidemiology: Cancer Causes. Epidemiology of Cancer. De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer. Principles & Practice of Oncology. Filadelfia. Lippincott Williams & Wilkins. 2018 [citado 25 mayo 2019]: 241-252. Disponible en: <http://www.oral-cancer.org/espa%C3%B1ol/cancercauses/filadelfia.html>.
- 15- Hassona Y, Scully C, Abu Ghosh M, Khoury Z, Jarrar S, Sawair F. Mouth cancer awareness and beliefs among dental patients. Int Dent J. 2018 [citado 19 junio 2019]; 65(1):15-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6786432.pdf>.

- 16-Rodríguez T, Altieri A, Chatenoud L, Gallus S, Bosetti C, Negri E, et al. Risk factors for oral and pharyngeal cancer in young adults. *Oral Oncol.* 2018[citado 16 abril 2019];40(2):207-13. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-2566583>.
- 17-Hashemi, Mohammad, Moazeni-Roodi, Abdolkarim, Sarabandi, Karami. Assosiation between genetic polymorphisms of long noncoding RDA H19 and cáncer risk: a meta- analysis. *Medline.* 2019[citado 16 junio 2019]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-1489283>.
- 18-Achiong Estupiñán F, Morales Rigau JM, Dueñas Herrera A, Acebo Figueroa F, Bermúdez González Carmen L, Garrote Rodríguez I. Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2018[citado 16 junio 2019]; 44(1):Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032006000100001&lng=es&nrm=iso.
- 19-García Cárdenas B, Gálvez Moya M, de la Hoz Rojas L. Acciones educativas sobre factores de riesgo del cáncer bucal en estudiantes de pre-universitario. *Medicentro. Villa Clara.* 2019[citado 28 julio 2019]; 23(3):271-277. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-31544800>.
- 20-Rodríguez García LO, Reyes Puig AC, Blanco Ruiz AO. Intervención educativa sobre la salud bucal en un círculo de la tercera edad. *La Habana del Este. Odontología Online.* 2019[citado 28 septiembre 2019]. Disponible en: [https://www.odontologiaonline.com/verarticulo/Intervencion educativa sobre la salud bucal en un círculo de la tercera edad.La Habana del Este.html](https://www.odontologiaonline.com/verarticulo/Intervencion%20educativa%20sobre%20la%20salud%20bucal%20en%20un%20c%C3%ADrculo%20de%20la%20tercera%20edad.La%20Habana%20del%20Este.html).
- 21-Mora Alpízar M, Montenegro Valera I, Pérez Martell T, Rodríguez Hernández A. Programa de pesquiasaje del cáncer bucal: Su impacto en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2018 [citado 16 junio 2019]; 17(3): 240-243. Disponible en:https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000300006&lng=es&nrm=iso.
- 22-Astellsague X, Quintana MJ, Martínez MC, Nieto A, Sánchez MJ, Monner A. The role of tobacco and type of alcoholic beverage in oral carcinogenesis. *Int J Cancer.* 2019[citado 16 noviembre 2019]; 107:104494. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/esbiblio-1091052>.

- 23-Pancharethinam D, Daniel MJ, Subbiah S, Srinivasan SV, Jimsha VK. Relationship between sociodemographic factors and oral cancer awareness and knowledge: A hospital-based study. *J Educ Ethics Dent*. 2018 [citado 16 junio 2019]; 76(2):565-643. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol46_3_08/hie06308.htm.
- 24-Ernani V, Saba NF. Oral Cavity Cancer: Risk Factors, Pathology, and Management. *Oncology*. 2019 [citado 16 julio 2019]; 20(8): 2397-2403. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mde-31404781>.
- 25-Núñez Pérez BL, Peguero Morejón HA. La prótesis dental en la literatura. *Rev Haban Cienc Méd*. 2018 [citado 10 enero 2019]; 11(4):28-35. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2018000400015&lng=es.
- 26-Andressen A, Leira A, Albornoz L. Riesgo probable de cáncer bucal y lesiones precancerosas en mujeres mayores de 30 años residentes de las comunidades de cumboto y la trilla en Ocumare de la costa. *Acta Odontol Venez*. 2017 [citado 28 septiembre 2019]; 44(3): 371-375. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001636520060003000114&lng=es&nrm=iso.
- 27-Herrera Serna BY, Lara Carrillo E, Toral Rizo VH, do Amaral RC. Efecto de las políticas de control de factores de riesgo sobre la mortalidad por cáncer oral en América Latina. *Rev Esp Salud Pública*. 2019 [citado 20 junio 2019]; 23(5):22-28. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-31450912>.
- 28-Orozco P, Vazquez S, Venegas B, Rivera C. Prevalencia de queilitis actínica en trabajadores expuestos a las radiaciones ultravioletas en Talca, Chile. *Rev clínica Periodoncia Implantología*. 2018 [citado 16 junio 2019]; 6(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0719-01072013000300005>.
- 29-González Valdés M, Hernández Malpica S. Conductas de riesgo relacionadas con el cáncer en un grupo de jóvenes universitarios. *Rev médica electrónica*. 2019 [citado 16 junio 2019]; 41(4):28-35. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3018>.

- 30-Carta de Ottawa para la promoción de salud. 17 de noviembre de 1986. Canadá.
- 31-Santana Garay JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2019 [citado 16 junio 2019]. Disponible en: <http://infomed.sld.cu>.
- 32-Ruíz Campaña EE, Morales Corella V, Calzadilla González A, Morffi Serrano Y, Córdova Vega MC, Córdova Vega CM. Intervención educativa sobre salud bucal en diabéticos. Gibara, Edumed 2018. [citado 16 junio 2019]; 365:12142. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/esmdl-31297343>.
- 33-Jordán Padrón M, Blanco Pereira ME. Educación sanitaria integral del adolescente en el Instituto Preuniversitario Urbano José Luis Dubrocq, de Matanzas. Rev Méd Electrón. 2017 [citado 23 febrero 2019 feb 20];37(3):20. Disponible en:<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v37n3/rme020315.pdf>.
- 34-Jova García A, Gálvez Moya M, Ramos Hurtado I. La promoción de salud bucal en los adolescentes. Medicent Electrón. 2018 [citado 16 junio 2019]; 22(2): 4. Disponible en:<http://www.medicentro.sld.cu/index.php/article/view/2681/2193>.
- 35-Sandner O. Las neoplasias malignas de la boca y de la región maxilofacial. Caracas. Fundación Ediciones y Publicaciones del Vicerrectorado Académico. 2018 [citado 16 septiembre 2019];12(5). Disponible en: <http://www.misionesbolivarianas.gob.ve>.
- 36-López González M, Samonte Davila H, Rabelo Rodríguez Y. Estudio Comunitario sobre factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas. Avances, ISSN-e. 2017[citado 16 junio 2019];15(3): 333-346. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5879432.pdf>.
- 37-Rodríguez Lorenzo E, Osorio Nuñez M, Morales Díaz R. Factores de riesgo del cáncer bucal. Intervención educativa. Avances, ISSN-e 1562-3297. 2018[citado 16 junio 2019]; 3(10):28-33. Disponible en: <https://www.revhabanera.sld.cu>.
- 38-Patterson Pérez FC. Intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la Habana.Rev haban cienc méd.2018 [citado 16 junio 2019]; 13(8).Disponible

en:http://scieloprueba.sld.cu/scielo.phsript=sci_artext&pid=S172959X254812552&lng=es.

39-Valentín González F, Rodríguez González G, Conde Suárez H, Vila Morales D. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. Revista Médica Electrónica. 2018 [citado 16 junio 2019]; 39(2). Disponible en: <http://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2202>.

40-Quirós Aluija Y, Miranda Naranjo M, Jiménez Uley L, Mejías Peralta M. Propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la población adulta. Archivo Médico de Camagüey. 2017[citado 20 septiembre 2019]; 10(6).Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n6-2006/2150.htm>.

41-Durades Ruiz Y, Goulbourne Durades Y, Villalón Fernández P, Goulbourne Hernández R, Lobaina Sánchez M. Comportamiento de algunos factores de riesgo del cáncer bucal, Guántanamo. Rev Inf Cient. 2018[citado 28 septiembre 2019]; 92(1 Supl. 1):956-965. Disponible en: <https://www.revinfcientifica.sld.cu>.

42-Ruíz Campaña E, Morales Corella V, Calzadilla González A, Morffi Serrano Y, Córdova Vega M, Córdova Vega M. Intervención Educativa sobre cáncer bucal en diabéticos en el CMF #8, Gibara 2019. [citado 28 mayo];25(8). Disponible en: <http://infomed.sld.cu>.

43-Herrera Ccoicca MC, Petkova Gueorguieva M, Chumpitaz Cerrate V, Chávez Rimache LK. Conocimientos sobre cáncer bucal en pacientes odontológicos de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Rev Cubana Estomatol. 2020[citado 10 enero];57(1):e2226. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2226>.

44-Moreno Almaguer Marlene. Intervención educativa del Cáncer bucal [Tesis]. Sector Vista Alegre, Venezuela 2017. 85p. Disponible: <https://www.eumed.net/2019/01>.

45-García Heredia GL, Miranda Tarragó JD. Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Estomatol. 2018[citado 28 enero 2019]; 46(4):79-90. Disponible en:<http://scielo.sld.cu/pdf/est/v46n4/est09409.pdf>.

- 46-González Ramos RM, Batista Vila M, Batista Bosh MM, Mesa Mendiola I. Lesiones bucales diagnosticadas por Programa de PDCB. Facultad de Estomatología, La Habana 2017- 2018.(citado 28 mayo 2019); 27(1). Disponible en: [//https:// www.revmhabana.sld.cu](https://www.revmhabana.sld.cu).
- 47-Valentín González F. Estrategia de Intervención Educativa para aumentar la percepción del registro ante el Cáncer Bucal. [Tesis]. Cárdenas;2018 89p. Disponible en: [//https://tesis.sld.cu/ValentinGlez.pdf](https://tesis.sld.cu/ValentinGlez.pdf).
- 48-Rodríguez González GM, Valentín González F, Conde Suárez HF, Vila Morales D. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en un sector de la población. Rev Med Electrón. 2017[citado 26 mayo 2019]; 39(2). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2589432.pdf>.
- 49-Borges Ferreira T, Garbin CA, de Carvalhosa AA, Castro PH, Hidalgo LR. Epidemiología del cáncer oral en un laboratorio en el Estado de Mato Grosso. Cad Saude Publica. Brasil. 2017[citado 20 enero 2019];24: 197-82. (46-2) Disponible en: http://www.brazjhealth.com/rev2013/24_42.2_pub.
- 50-Peña Hernandez M, Zaldivar Pupo OL, Ruiz Delgado M. Intervencion educativa sobre factores de riesgo del cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol. 2018 ([citado 10 marzo 2019]; 57(1):e2226. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2136>.
- 51-Robledo González GM. Nivel de conocimiento poblacional sobre cáncer bucal en la ciudad de Córdoba, Argentina. Claves odontol. 2018 [citado 10 abril 2019]; 15(61):23-30. Disponible en: [http:// www.clavesodontol.sld.cu/revistas/revista15_61_2008. html#art6](http://www.clavesodontol.sld.cu/revistas/revista15_61_2008.html#art6).
- 52-Hernández Melendez M. Intervención Educativa sobre los principales factores de riesgo asociados al cáncer bucal. Limonar, Matanzas. Revista de Ciencias Médicas. 2018[citado 28 mayo 2019];42(2) Disponible en: [//https://scielo.sld.cu](https://scielo.sld.cu).
- 53-Ramos Francisco YM, Calero Barreto PA. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre cáncer bucal en trabajadores de fábrica tabaco. Villa Clara Revista Caribeña de Ciencias Sociales. 2019[citado 28 julio 2019]; 24(5).

Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/01/cancer-bucal-trabajadores.htm>.

54-Carralero Alarcón LM, Crespo Cuenca L, Moreno Almaguer M. Intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal. Panadería René Ávila Reyes. Holguín. 2017[citado 16 junio 2019]; 36(19):45-36. Disponible en: <http://infomed.sld.cu>.

55-Aguilera López K. Calzadilla González A. Aguilera Bauzá S M. Ruíz Campaña EE. Toledo Aguilera BA. Calzadilla González A. Intervención Educativa sobre Cáncer Bucal en trabajadores del Centro Escolar Camilo Cienfuegos Gorriarán. Gibara 2017[citado 16 junio 2019]; ISSN: 978-959-7237-26-6 CD evento Edumed 2018.

Anexo 1

Consentimiento Informado de los pacientes:

Yo: _____ participo voluntariamente en una investigación que tiene como objetivo elevar los conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer bucal. Estoy dispuesto a participar en la entrevista clínica requerida en la investigación y permito el uso de la información contenida en mi historia clínica por parte de los investigadores, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y es confidencial.

Conozco que la investigación se realizará en el consultorio al que pertenece la población, mediante un examen bucal con material estéril y no implica daños para mi salud.

Estos resultados tienen fines investigativos. Autorizo su utilización en publicaciones y con otros fines investigativos siempre y cuando resulten beneficiosos para el desarrollo de la ciencia. Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria. Cooperaré con la localización a través de mí de otros miembros de mi familia en caso de que esto resultase necesario. He realizado todas las preguntas que considere necesarias acerca de la investigación.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento,

Firma: _____

Fecha: _____ Lugar: _____ Hora: _____

Anexo 2

Cuestionario

“El poder de una respuesta honesta a una pregunta sincera, tiene un gran efecto para la solución de problemas”.

Estamos realizando un estudio para elevar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer bucal. Si desea colaborar con esta investigación le invitamos a responder las preguntas que aparecen a continuación. ¡Muchas Gracias!

Edad: _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Escolaridad: Primaria _____ Secundaria _____ Técnico Medio _____

Pre Universitario _____ Universitario _____

Características del cáncer bucal

1. El cáncer bucal es una enfermedad:

- a) Que existe: Sí _____ No _____
- b) Infecciosa: Sí _____ No _____
- c) Maligna: Sí _____ No _____
- d) Curable: Sí _____ No _____
- e) Hereditaria: Sí _____ No _____
- f) Que solo afecta a los adultos: Sí _____ No _____
- g) Que se puede prevenir: Sí _____ No _____

2. Las siguientes conductas representan un riesgo para el cáncer bucal:

- a) Ingestión habitual de alimentos líquidos o sólidos muy condimentados, picantes o muy calientes: Sí _____, No _____
- b) Llevar una dieta rica en frutas, verduras, cereales y leguminosas: Sí _____, No _____
- c) Tener bordes filosos en los dientes: Sí _____, No _____
- d) Hábito de fumar: Sí _____, No _____
- e) Usar pasta dental con flúor: Sí _____, No _____
- f) Visitar al estomatólogo solo cuando tiene problemas en la boca o los dientes: Sí _____, No _____
- g) Hábito de ingestión de bebidas alcohólicas: Sí _____, No _____
- h) Hábito de morderse labios o carrillos (mejillas): Sí _____, No _____
- i) Llevar una higiene bucal inadecuada: Sí _____, No _____

3. Valoración acerca del cáncer bucal. Usted piensa que:

a) Con la edad que tiene puede padecer cáncer bucal: Cierto____, Falso____

b) En algún momento de su vida podrá padecer de cáncer bucal:

Cierto____, Falso____

c) Cuando uno se cuida no llega a padecer cáncer bucal: Cierto____, Falso____

4. Usted ha recibido información acerca del cáncer bucal mediante:

a) Familiares: Sí____, No____

b) Amistades: Sí____, No____

c) Escuela: Sí____, No____

d) Televisión: Sí____, No____

e) Periódicos: Sí____, No____

f) Radio: Sí____, No____

g) Materiales impresos (folletos, revistas, etc): Sí____, No____.

h) Estomatólogos o técnicos de atención estomatológica: Sí____, No____

i) Médicos o enfermeras: Sí____, No____

5. Características de la información recibida

a) Motivación despertada: Ninguna____ Aburrida____ Interesante____ No ha
tenido información____

b) Calidad de la comunicación: Ninguna____ Poco entendible____
Suficientemente entendible____

6. Cree usted que es importante aprender a revisarse la boca para detectar: Si
____ No____

7. Cree usted que la erradicación de los factores de riesgo disminuirán la
aparición del cáncer bucal: Si____ No____

Anexo 3

Clave:

Respuestas correctas:

1. Si, a los incisos: a, c, d, g. No a los incisos: b, e, f.
2. Si, a los incisos: a, c, d, f. No a los incisos: b, e.
3. Cierto, a todos los incisos.
4. Si, a todos los incisos.
5. a) Interesante. b) Suficientemente entendible.
6. Si.
7. Si.

Evaluación.

1. Respuesta correcta de todos los incisos (1 punto por cada inciso): total 7 puntos.
2. Respuesta correcta de todos los incisos (1 punto por cada inciso): total 9 puntos.
3. Respuesta correcta de todos los incisos (1 punto por cada inciso): total 3 puntos.
4. Respuesta correcta de todos los incisos (1 punto por cada inciso): total 9 puntos.
5. Respuesta correcta de todos los incisos (1 punto por cada inciso): total 2 puntos.
6. Respuesta correcta de todos los incisos (1 punto por cada inciso): total 1 punto.
7. Respuesta correcta de todos los incisos (1 punto por cada inciso): total 1 punto.

Total de respuestas correctas 32.

Si responde:

- Con 23 o más respuestas correctas obtiene el paciente un nivel de conocimiento adecuado.
- Menos de 23 preguntas correctas obtiene el paciente un nivel de conocimiento inadecuado.

Anexo 4

Instructivo para la aplicación del programa:

Más conocimiento, más prevención, más educación para la salud.

1ra Sesión: Para conocerte mejor.

Objetivo general: Dar a conocer el contenido del programa educativo de salud bucal: Más conocimiento, más prevención, más educación para la salud.

Objetivos específicos:

Lograr que los integrantes del grupo:

- Se conozcan e integren.
- Conozcan el contenido del Programa Educativo. (Anexo 5)
- Recoger las expectativas del grupo.

Procedimientos:

- Apertura del programa.
- Recogida de las expectativas del grupo.

Este es el momento donde los integrantes del grupo reflejan lo que esperan o no del programa. Para ello se le entrega un papel para que escriban, de manera breve, las expectativas que tienen del programa.

Al finalizar se desarrollará la técnica de presentación afectivo-participativa: La tela de araña, para romper las inhibiciones iniciales y propiciar el conocimiento e integración de los miembros del grupo.

Retroalimentación: El coordinador pregunta aspectos generales sobre el programa, de tal manera que compruebe si se entendió el mismo, los temas a tratar y los principales objetivos. Se aclaran aquellos aspectos que todavía no se comprendan.

Espacio Físico: Para gran parte de la sesión se requiere colocar las sillas en forma de círculo, logrando el contacto visual de todos los integrantes entre sí.

Personal: Un coordinador y un ayudante. Es importante que estos se encuentren preparados en la realización de la técnica para lograr los objetivos propuestos.

Tiempo de aplicación

- Antes de la sesión: Adecuación del espacio físico: 10 minutos.

Durante la sesión:

- Técnica de Apertura: 10 minutos.
- Recogida de las expectativas: 15 minutos.
- Explicación del programa: 15 minutos.
- Técnica de Presentación: 30 minutos.
- Retroalimentación: 10 minutos.

Total de la sesión: 90 minutos.

Material didáctico: Un rollo de hilo de estambre.

2da Sesión: ¿Qué es el cáncer bucal?

Objetivo general: Explicar que es el cáncer bucal.

Objetivos específicos:

Que los integrantes del grupo conozcan:

- Conocer la definición de cáncer bucal.
- Cómo se comporta la misma en el mundo, en Cuba y en su provincia.
- Características de la enfermedad.

Procedimiento:

Para cumplir con los objetivos propuestos en esta sesión se desarrollará una charla educativa y se realizarán preguntas al terminar.

Retroalimentación:

Realización de la técnica afectivo-participativa para evaluar y reforzar el conocimiento sobre el tema tratado en la sesión.

Espacio Físico: Para la realización de la sesión los participantes se ubicarán sentados en fila frente al coordinador que realizará la presentación del tema y posteriormente el conversatorio. Luego, para la técnica de retroalimentación se formarán dos equipos detrás de dos mesas y el coordinador se ubicará de frente y en el centro en otra mesa.

Personal: Un coordinador que se encargará de presentar el tema, realizar el conversatorio y moderar la técnica afectivo-participativa y dos facilitadores que garantizarán en cada equipo la realización adecuada de la competencia.

Tiempo de aplicación:

- Antes de la sesión: Adecuación del espacio físico: 10 minutos.

Durante la sesión:

- Presentación del tema: 20 minutos.
- Conversatorio: 15 minutos.
- Discusión: 15 minutos.
- Técnica: Con la chispa encendida: 30 minutos.

Total de la sesión: 90 minutos.

Material didáctico: Hojas de papel.

3ra Sesión: Factores de riesgo del cáncer bucal.

Objetivo general:

Dar a conocer a los participantes cuáles son los factores de riesgo asociados al cáncer bucal.

Objetivos específicos:

- Elevar el nivel de conocimiento acerca de los factores de riesgo asociados al cáncer bucal.
- Abordar cómo se relaciona cada uno en la aparición de esta enfermedad.

Para cumplir con los objetivos propuestos en esta sesión se desarrollará una charla educativa y se realizarán preguntas al terminar.

Retroalimentación inicial:

Aplicación de la técnica afectivo-participativa.

Espacio físico:

Los participantes se colocan en forma de círculo de tal manera que todos puedan observarse entre sí para la realización de las técnicas.

Personal:

Se necesita de un coordinador que dirija la discusión y un facilitador que apoye dichas actividades.

Tiempo de aplicación:

Antes de la sesión:

- Adecuación del espacio físico: 10 minutos.

Durante la sesión:

- Aplicación de la primera técnica 15 minutos.
- Aplicación de la segunda técnica 45 minutos.
- Discusión final: 10 minutos.
- Aplicación de la técnica: 10 minutos.

Total de la sesión: 90 minutos.

Material didáctico:

Hojas de papel, Tarjetas con preguntas.

4ta sesión: Factores de riesgo más comunes en su comunidad.

Objetivo general: Valorar la importancia de conocer los factores de riesgo más comunes en la comunidad.

Objetivos específicos:

- Dar a conocer la importancia de conocer los factores de riesgo más comunes en la comunidad, para el mejoramiento de la salud de todos sus pobladores.
- Lograr que los participantes sean capaces de identificar a qué factores están expuestos.

Procedimiento:

Aplicar la técnica afectivo-participativa: El dominó analítico. Se entregarán fichas de dominó donde cada una tiene un espacio en blanco y partiendo del problema o la afirmación inicial (ficha) deberá, por turno, llenar su media ficha con un dato, hecho o comentario personal relacionado con la situación fomentada. Se debe propiciar una discusión profunda y siempre presionar con el tiempo.

Retroalimentación inicial: Un miembro del equipo anuncia el tema de la sesión y pregunta sobre qué tema se desarrollará en el programa educativo, recogiendo las opiniones en la pizarra. Luego cierra el momento haciendo énfasis en el tema a tratar en la sesión.

Espacio físico: Para la realización de la charla se colocan las sillas en círculo para lograr una mayor interrelación y que se vea al expositor como parte del grupo también. Durante la competencia se dividen en dos círculos para colegiar las respuestas. Finalmente se vuelven a unir para confeccionar las adivinanzas.

Personal: Un coordinador y dos auxiliares, los que se encargarán de dirigir la actividad en cada uno de sus momentos.

Tiempo de aplicación:

Antes de la sesión:

- Adecuación del espacio físico: 10 minutos.

Durante la sesión:

- Charla educativa: 20 minutos.
- Demostración: 10 minutos.
- Juego de tarjetas: 20 minutos.
- Técnica: Adivina, adivinador: 20 minutos.

Total de la sesión: 80 minutos.

Material didáctico: Fichas de dominó elaboradas

5ta sesión: Alcoholismo y tabaquismo y su relación directa con el cáncer bucal.

Objetivo general: Lograr que los participantes conozcan acerca del alcoholismo y tabaquismo como enfermedades que se relaciona directamente con el cáncer bucal.

Objetivos específicos:

- Describir ambos factores de riesgo de forma independiente.
- Relacionar estos factores de riesgo entre si y establecer una relación directa con la aparición del cáncer bucal.

Procedimiento:

Aplicar la técnica afectivo-participativa: La pesca de los clichés. Se utiliza para reflexionar sobre mitos y conocimientos inadecuados. Se dibujan círculos concéntricos en el piso donde se colocan círculos de cartón que en el dorso tendrán escritos los clichés con los que se quiere trabajar, cada participante reflexiona sobre los planteamientos y valora si los comparte o no. Después en conjunto se discuten cómo y por qué estos se aceptan.

Retroalimentación inicial:

Aplicación de la técnica de lluvia de ideas. Se harán preguntas sobre el alcoholismo y el tabaquismo, las que permitirán que los participantes respondan a partir de su

realidad y experiencia de manera rápida y concreta. Estas se recogerán en una pancarta o un pizarrón; no se permitirá discutir las ideas que surgen. Solo se aclararán cuando no se hayan comprendido. Todos los participantes dirán al menos una idea.

Una vez terminada esta parte, se estimulará la valoración de las mejores propuestas que ilustren el tema y que resuman la opinión de la mayoría del grupo. Se llegará a conclusiones. Esto se ayudará con el proceso de eliminación de ideas repetidas o no esenciales.

Procedimiento:

Aplicar la técnica afectivo-participativa.

Retroalimentación final:

Aplicación de la técnica: El ingrediente secreto. Se escribirá en varios papelitos los nombres de distintos alimentos y se echarán en un recipiente, luego se selecciona una persona para que tome uno de estos papeles y determine si los alimentos escritos son beneficiosos o perjudiciales para su salud.

Espacio físico:

Los participantes se colocan en forma de círculo de tal manera que todos puedan observarse entre sí. La técnica: El ingrediente secreto, se colocará en el centro para que cada uno tome un papelito.

Personal: Un coordinador que dirija la actividad y un facilitador que apoye la misma.

Tiempo de aplicación:

Antes de la sesión:

Adecuación del espacio físico 10 minutos.

Durante la sesión:

- Aplicación de la técnica: Lluvia de ideas: 15 minutos.
- Aplicación de la técnica: Vamos a pescar un mito: 30 minutos.
- Aplicación de la técnica: El ingrediente secreto: 15 minutos.

Total de la sesión: 70 minutos.

Material didáctico:

Hojas de papel, plumones, círculos con clichés elaborados.

6ta Sesión: Autoexamen bucal.

Objetivo general: Dar a conocer a los participantes cómo realizar el autoexamen de la cavidad bucal.

Objetivos específicos:

- Explicar qué es el autoexamen bucal y su importancia.
- Describir paso a paso cómo se realiza el mismo.

Procedimiento

Para cumplir con los objetivos propuestos en esta sesión se desarrollará una charla educativa y una demostración, realizando preguntas al concluir.

Material didáctico:

Hojas de papel, espejo.

7ma Sesión: Despedida triunfal.

Objetivo general: Analizar los principales resultados del programa educativo.

Objetivos específicos:

- Realizar un balance de lo positivo, negativo e interesante.
- Despedir el programa educativo.

Procedimiento: Para la realización de la sesión primero se aplicará la técnica: Sondeo de motivaciones, en la cual se le entregará un papel en blanco a los integrantes del grupo donde deben escribir, con una sola palabra, cómo se han sentido con la realización del programa educativo. Luego se recogen y se leen en voz alta, realizando un breve comentario al respecto.

Para finalizar se realizará la técnica de despedida: Me voy de viaje. Todos se sentarán en un círculo. Se comenzará diciendo: Me voy de viaje y me llevo un abrazo; y abraza a la persona a su derecha. Entonces, esa persona tiene que decir: Me voy de viaje y me llevo un beso; y le da a la persona de su derecha un abrazo y un beso. Cada persona repite lo que se ha dicho y añade una nueva acción a la lista. Continuará hasta que todos hayan tenido su turno. Al final, el coordinador dice: Nos vamos de viaje y nos llevamos un fuerte aplauso. Concluyendo de esta manera la actividad.

Retroalimentación: Se les pide a los participantes que mencionen los principales temas tratados a lo largo de las sesiones. Los mismos son recogidos en un papelógrafo o pizarrón por parte del coordinador.

Espacio físico:

Para la realización de la sesión los participantes se ubicarán en forma de círculo para lograr un contacto visual mayor.

Personal: Un coordinador que dirija la actividad y un facilitador que apoye la misma.

Tiempo de aplicación:

Antes de la sesión:

Adecuación del espacio físico: 10 minutos.

Durante la sesión:

Retroalimentación: 5 minutos.

Técnica: ¿Qué te pareció?: 5 minutos.

Herramienta del pensar PNI: 10 minutos.

Técnica de despedida: Me voy de viaje: 15 minutos.

Total de la sesión: 45 minutos.

Material didáctico: Plumones, Hojas de papel, lápices.

Anexo 5

Contenido del Programa Educativo

2da Sesión: ¿Qué es el Cáncer bucal?

Definición de Cáncer.

El cáncer, enfermedad que afecta tanto a las formas de vida animales como a las vegetales, es una alteración celular que como resultado, las células afectadas adquieren un potencial de proliferación casi ilimitado, en detrimento del huésped.

El cáncer bucal, se puede decir que es una enfermedad ampliamente distribuida en el mundo, con diversa prevalencia según las regiones y el grado de desarrollo. Constituye una patología con implicancias psicosociales cuando los casos llegan a la consulta en períodos avanzados y demandan tratamientos mutilantes con la consiguiente imposibilidad de reintegrarse al trabajo en corto plazo y problemas de adaptación social.

Es un serio problema de salud pública que causa gran morbilidad y mortalidad no habiendo mejorado en décadas. Es por tanto un verdadero desafío para nuestro país. Su pronóstico depende fundamentalmente del diagnóstico precoz de lesiones sospechosas en boca, por lo cual es importante mantener adiestrados a los profesionales de la salud particularmente estomatólogos y médicos para reducir las devastadoras consecuencias de esta enfermedad.

El cáncer bucal incluye: el cáncer del labio, la cavidad bucal y la bucofaringe, es la sexta causa más frecuente de incidencia de cáncer para todos los grupos de edad a nivel mundial, particularmente en regiones donde los hábitos de tabaquismo y alcoholismo tienen una alta prevalencia. Es más frecuente en hombres, se incrementa linealmente a partir de los 40 años de edad y presenta amplias variaciones geográficas y temporales. Más de 500 000 casos nuevos anuales se diagnostican en todo el mundo.

3ra Sesión: Factores de riesgo del cáncer bucal.

Factores de riesgo.

Muchos de los factores de riesgo que predisponen a que una persona desarrolle un cáncer en la boca han sido ya estudiados e identificados epidemiológicamente.

Tabaquismo.

El tabaquismo, que está asociado a cerca del 75% de los cánceres de la boca, causa una crónica irritación de las membranas mucosas de la boca, tanto el humo como el calor emanado de un cigarrillo, cigarros y pipas. El masticar o inhalar tabaco causa irritación por contacto directo con las membranas mucosas. Es el factor de riesgo más importante en la aparición del cáncer bucal.

Alcoholismo.

El consumo de licor es otra actividad que le acompaña un alto riesgo de cáncer de boca. Existe un fuerte efecto sinérgico sobre el cáncer de boca cuando el individuo es un gran fumador y alcohólico. Su riesgo está aumentado incluso comparado con individuos que son solamente grandes fumadores o alcohólicos.

Se ha demostrado una correlación positiva entre el consumo excesivo de alcohol y el cáncer de la boca, por eso los grandes bebedores corren un riesgo 10 veces mayor de adquirir cáncer bucal.

Alimentos calientes.

El consumo de bebidas con altas temperaturas, como el café, el té, los chocolates y la leche, produce irritación crónica de la mucosa bucal y del tubo digestivo. Por otro lado, se ha reportado que las comidas calientes, picantes o muy condimentadas son relativamente irritantes en las vías digestivas.

Trauma crónico.

El trauma crónico constituye un factor de riesgo físico muy importante en el origen del cáncer en el complejo bucal. La irritación traumática repetida ocurre por algún objeto duro que tritura o lacera los tejidos blandos de los órganos bucales, así se origina un daño de las células que requiere de reparación continua y a largo plazo induce a la multiplicación anormal de las mismas.

Higiene bucal deficiente.

La higiene bucal deficiente es el principal factor de riesgo de las enfermedades infecciosas de la boca y es muy común en los pacientes con cáncer bucal. Una higiene bucal pobre permite el crecimiento de colonias de microorganismos que generan daño crónico en los tejidos bucales y con el tiempo conduce a la pérdida dentaria.

Exposición a la radiación ultravioleta.

Existen abundantes pruebas de que la radiación ultravioleta procedente del sol induce a un aumento de la incidencia del cáncer de piel y es por ello que la exposición periódica al sol es de gran importancia en la formación del carcinoma espinocelular o epidermoide en los labios.

6ta Sesión: Autoexamen bucal.

Usted puede formar parte activa del cuidado de su salud continuando poniendo a su disposición un método fácil para realizarse el autoexamen bucal. Solo necesita un espejo y buena iluminación.

¿Por qué debes examinar tu boca?

- Porque el autoexamen es una práctica recomendada por instituciones internacionales como método fácil, útil, económico y apropiado para detectar cualquier alteración bucal incluyendo el cáncer.
- Porque 70% de los casos de cáncer de boca pueden ser curados siempre y cuando la enfermedad sea detectada en estadíos tempranos de su desarrollo.
- Porque con el autoexamen aprenderás a conocer las estructuras normales de tu boca y estarás capacitado para descubrir cualquier anomalía futura que pudiera aparecer.

¿Cuándo debes realizar el auto-examen?

- Debes autoexaminarte por lo menos una vez al mes, así, esta práctica llegará a convertirse en un hábito para ti.
- Puedes hacerlo después del cepillado.
- Debes hacerlo con calma y atención, si estás apurado déjalo para otra ocasión.

El auto-examen tiene tres momentos:

1. Examen de la cara.
2. Examen de la boca.
3. Examen del cuello.

1.1. ¿Cómo practicar el auto-examen de la cara?

Sitúate frente a un espejo con una buena iluminación y observa tu cara, con las manos palpa todas las regiones de la misma, aprende a distinguir la consistencia de cada una mira cada lado para detectar diferencias, alteraciones de tamaño o

forma, bultos, durezas, manchas, asperezas. ¿Existe alguna alteración en la cara, modificación en la piel, o en los lunares?

2.1. ¿Cómo practicar el auto-examen de la boca?

Lava tus manos, sitúate de nuevo frente al espejo, ahora examinarás tu boca, para esto debes mirar y tocar cuidadosamente cada región siguiendo siempre el mismo orden.

Orden del examen bucal:

Labios, carrillos, paladar, lengua, piso de la boca.

Los dientes y las encías se irán examinando junto a la región vecina que corresponda.

Examen de los labios.

Los labios se examinan desde la piel hasta la parte húmeda, pasando por el área que se pinta, de una comisura labial a la otra, en ellos encontrarás los frenillos labiales y mediante la palpación, pequeños bulticos que son las glándulas salivales accesorias.

Examen de los carrillos.

Se comienza por el lado derecho desde la comisura hasta la zona más posterior y del surco superior al inferior, allí normalmente se encuentra la salida del conducto de la glándula parótida.

Examen del paladar.

También llamado cielo de la boca. En su parte anterior encontramos las rugosidades palatinas, en la línea media de algunas personas hay unas formaciones duras, llamadas torus palatinos, más atrás hay un área más acolchonada, rica en glándulas salivales accesorias.

Examen de la lengua.

Muévela en todos los sentidos, examina cuidadosamente todas sus partes: dorso, en esta región encontramos: las papilas, bordes, cara ventral, vértice o punta. Aprovecha y mira tu garganta, pon atención en las amígdalas y la úvula o campanilla.

Examen del piso de la cavidad bucal.

Levanta la lengua, verás las elevaciones que producen las glándulas salivales y en la línea media los conductos de salida de la saliva. Palpa de atrás hacia adelante. En esta región con frecuencia aparecen várices.

3.1. Examen del cuello.

Comprueba su aspecto, realiza movimientos de flexión y extensión, luego palpa la parte superior, las laterales y la línea media, tratando de descubrir algún abultamiento.

Signos de alarma.

Abultamientos; úlceras; manchas oscuras, blancas o rojas; sangramentos; secreción de pus; puntos dolorosos; durezas.

¿Qué debes hacer?

Si encuentras algún signo de alarma no te asustes porque puede ser una alteración sin importancia, sin embargo, debes acudir inmediatamente al estomatólogo para que te examine a profundidad y aclare las dudas.

¡¡¡Enséñalo a tu familia!!!

Puede ser muy agradable enseñarlo a la familia y así contribuir a que sean más responsables de su salud.

Consejos:

Practique el autoexamen de la boca mensalmente y conviértelo en un hábito

El autoexamen es un método ideal para la prevención del cáncer de boca

No olvides visitar anualmente al estomatólogo.