

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MATANZAS
HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. JULIO MIGUEL ARISTEGUI VILLAMIL”



**ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
PARA AUMENTAR LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO
ANTE EL CÁNCER BUCAL**

TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE DOCTOR EN
CIENCIAS ESTOMATOLÓGICAS.

AUTOR:
DR. FEDERICO VALENTÍN GONZÁLEZ

CÁRDENAS
2014

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MATANZAS
HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. JULIO MIGUEL ARISTEGUI VILLAMIL”



ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA AUMENTAR LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO ANTE EL CÁNCER BUCAL

TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE DOCTOR EN CIENCIAS ESTOMATOLÓGICAS.

AUTOR:
DR. FEDERICO VALENTÍN GONZÁLEZ

TUTORES:
DR. CS. JULIO CÉSAR SANTANA GARAY
DR.C. DADONIM VILA MORALES

CÁRDENAS
2014

PENSAMIENTO

“La verdadera medicina no es la que cura, sino la que precae. La higiene es la verdadera medicina. Más que recomponer los miembros deshechos del que cae rebotando por el despeñadero, vale indicar el modo de apartarse de él”.

José Martí

DEDICATORIA

A mis nietos, cuyo futuro es fuente de inspiración en mi quehacer diario.

A mis tres hijos, quienes han sabido darme su apoyo en todo momento y llenar de orgullo mi existencia con su sola presencia.

A mis padres por su incondicional apoyo, sin límites en sus sacrificios.

A mi esposa, por compartir mi profesión y mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesores que han contribuido a mi formación como estomatólogo, en especial a mis tutores, Dr. Cs. Julio César Santana Garay, ejemplo de incesante investigador quien me ha gratificado con su tutoría y amistad y al Dr.C Dadonim Vila Morales, quien con su sabiduría y profesionalidad me supo guiar en la realización de esta investigación.

A mis amigos Pedro Reynaldo y Rosario, por su incondicional ayuda en la obtención de bibliografía e impresión, gracias por su amistad.

Al Ing. Omar Cabrera Jiménez, por su valiosa ayuda, sin límites de tiempo y dedicación.

En fin, a todas las personas que me han brindado su ayuda en la realización de esta investigación, incluso aquellas que no han sido expresadas y que son parte de la misma, en especial a los pacientes diagnosticados, los voluntarios sanos y los estomatólogos que participaron en ella, a todos

Mi eterno agradecimiento.

SÍNTESIS

Se realizó un estudio de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal, en el territorio atendido por el Hospital General Docente de Cárdenas. Ante la situación epidemiológica de esta enfermedad en el territorio, se desarrolló un proyecto multidisciplinario a partir de los objetivos del Programa de Detección del Cáncer Bucal. Primera etapa: se hizo una investigación descriptiva en 301 pacientes afectados por cáncer y precáncer bucal desde enero de 2001 hasta diciembre de 2007, se determinaron factores de riesgo más comunes, fue mayor la frecuencia del cáncer en la cavidad bucal sobre el labio, sexo masculino, piel blanca, hábitos tóxicos como tabaquismo, alcoholismo y la exposición excesiva al sol. Segunda etapa: se identificó el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en 150 pacientes diagnosticados de lesiones premalignas y en 300 voluntarios sanos que acudieron a consulta por otros motivos, también se entrevistaron 60 estomatólogos del territorio. Se determinó alto desconocimiento sobre cáncer bucal, factores de riesgo, acciones preventivas y signos bucales de alarma en los grupos de pacientes sanos y enfermos, en los estomatólogos hubo imprecisiones. Tercera y cuarta etapas: se diseñó y ejecutó una Estrategia de Intervención Educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal según las necesidades de aprendizaje. Después de aplicada, se verificó el conocimiento adquirido así como la validación satisfactoria de la misma y se creó una multimedia para la implementación de dicha estrategia.

ÍNDICE
Pág.

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. GENERALIDADES DEL CÁNCER BUCAL Y SU PREVENCIÓN	8
1.1.- Generalidades del cáncer bucal.....	9
1.2.- Epidemiología de las lesiones preneoplásicas bucales	13
1.3.- Epidemiología del cáncer bucal de origen epitelial.....	17
1.4.- Repercusión social de los carcinomas en el complejo bucal	20
1.5.- El Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) en Cuba y sus perspectivas.....	22
1.6- Retos en cuanto a la percepción del riesgo ante el cáncer bucal.....	26
1.7 La Estrategia de Intervención Educativa como método de prevención de salud	31
1.8 La investigación educativa y el trabajo intersectorial.....	35
CAPÍTULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO	40
2.1.- Metodología empleada para la determinación de los aspectos demográficos y factores de riesgo en pacientes remitidos por el PDCB.....	43
2.2- Metodología empleada para la determinación del nivel de conocimientos sobre cáncer bucal en la población y en los profesionales	47
Pautas para la aplicación de la estrategia de intervención educativa	53
2. 4 Consideraciones bioéticas	55

CAPÍTULO 3. RESULTADOS	57
3.1 Caracterización de pacientes con lesiones preneoplásicas y cáncer bucal.	57
3.2- Análisis de la morbilidad de las lesiones preneoplásicas y cáncer bucal en el periodo 2001-2007 según variables seleccionadas.....	58
3.3- Nivel de conocimiento del cáncer bucal, en pacientes remitidos y no remitidos por el PDCB y de los estomatólogos.....	62
3.4- Resultados de la aplicación de la Estrategia de Intervención Educativa como método científico para potenciar los objetivos del PDCB.....	65
3.5 Validación de la estrategia a través del cambio de estilos de vida y criterios de especialistas.....	76
3.6 Valoración de los resultados obtenidos y propuestas de fortalecimiento al PDCB	78
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN	81
4.1 Características de la población, espacial y temporal, de pacientes afectados por lesiones preneoplásicas y cáncer bucal	81
4.2.- Análisis de la morbilidad de las lesiones preneoplásicas y cáncer bucal en el periodo 2001-2007	82
4.3.-Análisis del nivel de conocimiento del cáncer bucal, en pacientes remitidos y no remitidos por el PDCB y de los estomatólogos	89
4.4 Análisis de la validación de la Estrategia de Intervención Educativa.....	96
CONCLUSIONES	96
RECOMENDACIONES	93

INTRODUCCIÓN

El avance sostenido de la sociedad cubana contemporánea requiere de cambios progresivos en su Sistema Nacional de Salud que incrementen el nivel de satisfacción sanitaria de la población; así se han mejorado los programas educativos y preventivos de salud, en los cuales el estado ha invertido cuantiosos recursos. Estos proyectos sociales se dirigen hacia la concientización de los problemas de salud y sus riesgos, el mejoramiento de los estilos y la calidad de vida, las medidas profilácticas para evitar enfermedades, el control de los factores de riesgo y el diagnóstico precoz de los procesos morbosos.¹ El cáncer, 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 anatomo-patológicos, 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.²

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, luego de aparecer un documento del gobierno norteamericano denominado *Smoking and Health. United States. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service.* (Fumar y salud. Reporte del comité asesor para la Cirugía General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos).³ En este artículo, se mostró la

relación directa del tabaco con varios tipos de cáncer, lo que causó una reacción de miedo o terror en todo el mundo, pues por primera vez, una institución gubernamental de alto nivel, con estupenda notoriedad científica, oficializó la correspondencia entre el tabaquismo y varias enfermedades fatales.

Las causas múltiples de morbilidad y mortalidad en Cuba se han reducido de forma significativa para muchas enfermedades, y la población ha alcanzado una expectativa de vida al nacer cercana a los 77 años de edad, algo similar a los países desarrollados del mundo. Esa reducción tiene un alto impacto humanista, siempre capaz de perfeccionarse, lo que demuestra la eficacia del carácter preventivo y el monto asignado de recursos humanos y materiales que proporciona la política de la Revolución Cubana en materia de salud. Sin embargo, la existencia de factores relacionados con el estilo de vida, como los hábitos tóxicos, la dieta y la exposición a diversos agentes exógenos, afectan de forma negativa los índices de morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónicas como las neoplasias. Esto ha contribuido a que la incidencia de tumores malignos haya aumentado en Cuba, al punto que en muchas provincias el cáncer constituye la primera causa de muerte, por encima de las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares.⁴

Se ha podido comprobar, por investigaciones realizadas en países industrializados occidentales, que el cáncer de la mucosa bucal representa el octavo tumor más frecuente y los índices epidemiológicos indican una tendencia al incremento progresivo.⁵ La *American Cancer Society* (Sociedad Americana del Cáncer) diagnosticó cáncer bucal a aproximadamente 34 360 personas adultas en 2007 y de ellas hubo 7 550 defunciones; las principales causas fueron: el consumo de tabaco

(el 90% de los casos de cáncer bucal se asocia a fumar cigarrillos, puros o pipas, mascar tabaco y frotar tabaco en polvo en las encías), el consumo de alcohol y la excesiva exposición al sol que origina cáncer en los labios.⁶

En Cuba, el cáncer bucal se ubica entre las primeras diez localizaciones de incidencia oncológica y representa el 4% de todas las neoplasias malignas entre los hombres. En la primera década de este siglo, las tasas de incidencia se han mantenido entre 7.8 y 11.3 por cien mil hombres y entre 2.9 y 4.7 por cien mil mujeres; a razón de ocho hombres por cada tres mujeres. Las tasas de mortalidad oscilan entre 3.8 y 5.2 por cien mil hombres y entre 1.6 y 2.1 por cien mil mujeres. La tasa de supervivencia observada en cinco años se estima en alrededor de 41.6%. Las diferencias en la morbilidad según el sexo no se deben a causas hereditarias o metabólicas que predisponen, sino al estilo de vida en los hombres; a esto se suma el efecto temporal que aumenta con la edad y la combinación de varias condicionantes de riesgo. Esta situación de salud bucal ocurre en Cuba y en el resto del mundo, lo que refuerza la importancia de desarrollar investigaciones educativas para promover salud e introducir las estrategias preventivas del daño bucal como herramientas para la reducción de la morbilidad del cáncer.⁷⁻¹⁰ La cifra ascendente de cáncer bucal se advirtió al evaluar los datos registrados en las tasas desde 2001 (año en que se inició el estudio) en este municipio, que era de 5.1 por 100 mil habitantes.¹¹

Desde el año 1982, el Ministerio de Salud Pública en Cuba aplicó un “Programa de Detección del Cáncer Bucal” (PDCB), pionero en el mundo y dirigido a reducir la morbilidad y la mortalidad del cáncer de la boca, mediante la prevención y el

diagnóstico precoz por medio del examen del complejo bucal.⁷ Sin embargo, el cáncer bucal tiende a incrementar su incidencia en algunas regiones del país, como la zona nororiental de la provincia de Matanzas que es atendida por el hospital de Cárdenas; los reportes de Anatomía Patológica en esa institución muestran un aumento progresivo de pacientes con lesiones premalignas y malignas del complejo bucal, lo que presupone dificultades en la instrumentación del referido programa. Esta situación motivó a la realización de varias investigaciones epidemiológicas en el campo de la oncología bucal y de la estomatología general integral, con participación activa de cirujanos maxilofaciales y otros profesionales de la salud desde la atención primaria. Así se justificó la necesidad de confeccionar y aplicar una estrategia de intervención educativa en la comunidad, para contrarrestar este creciente problema de salud bucal.

La prevención primaria debe estar encaminada principalmente a modificar los hábitos y conductas de riesgo, para evitar el inicio del proceso cancerígeno a largo plazo, lo que solo puede lograrse si se identifican uno o varios de los factores desencadenantes y de esta forma elevar la percepción de riesgo, definida por el autor como “un proceso nervioso superior, que le permite al organismo a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar una información que indique la probabilidad de sufrir un daño, enfermedad o muerte en presencia de determinadas circunstancias”, lo cual orienta la educación para la salud y brinda una referencia en el cumplimiento de acciones de protección y control del riesgo, que incluye elevar los conocimientos profilácticos y cambiar el comportamiento vulnerable.¹²⁻¹³

La combinación de la prevención primaria y la prevención secundaria es un método ampliamente recomendado para mejorar la situación epidemiológica de las enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer bucal. Esta alianza tiene la ventaja de que incluye acciones educativas, preventivas y terapéuticas con fines profilácticos para aquellos que ya estén enfermos. Hasta el momento, en la literatura científica de Cuba y el resto del mundo, revisadas por el autor, se han publicado varias investigaciones que exhiben datos clínico-epidemiológicos, estudios etiológicos o causales, y resultados terapéuticos del cáncer en el complejo bucal, pero no abundan las estrategias comunitarias o institucionales que fortalezcan las acciones educativas y preventivas dirigidas a los individuos más vulnerables dentro de la población. Incluso, en los escasos estudios encontrados, no hay participación activa de los especialistas en Cirugía Máxilo- Facial, sino que se realza el papel del Estomatólogo General Integral desde los servicios básicos, y tampoco se describen las acciones de promoción y control específico que se pueden ejecutar desde el hospital hacia las áreas de salud.¹⁴⁻¹⁵

Ante el notable aumento de la incidencia del cáncer bucal en el territorio que recibe cobertura por el hospital de Cárdenas y que coincide con la mortalidad por cáncer bucal registrada nacionalmente en este mismo periodo (anexo 1), se evidenció la urgencia de buscar una solución multidisciplinaria para este problema de salud si el Programa de Detección del Cáncer Bucal, ejecutado en Cuba por 30 años, debe ser creativamente aplicado de acuerdo con las características histórico-concretas, físicas, administrativas, culturales y organizativas de cada localidad; entonces surgió la necesidad de desarrollar y fortalecer las acciones de prevención con proyección

hacia la comunidad. Dicha afirmación conduce al siguiente problema científico: ¿Cómo elevar la percepción del riesgo en la población adulta, que aspire a su vez, a incentivar la actuación de los estomatólogos hacia la labor preventiva sobre el Cáncer Bucal?

Todo lo anterior justificó la presente investigación, destinada a concebir una estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal en la población adulta de este territorio y, de esta manera, contribuir a fortalecer los objetivos preventivos propuestos por el PDCB, reforzar el papel educativo y preventivo del personal profesional que brinda atención estomatológica, y a partir de los resultados de esta experiencia, proponer su generalización al resto del país.

La novedad científica radica en que por vez primera se realiza en nuestro país una tesis doctoral para proveer una estrategia de intervención educativa sobre el cáncer bucal, para su aplicación a la población adulta y el perfeccionamiento a los estomatólogos sobre el PDCB, así como la publicación en Latinoamérica, por vez primera también, de una estrategia de intervención educativa para la prevención y diagnóstico precoz del cáncer bucal.

La problemática antes expuesta, permitió plantear las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes remitidos con lesiones premalignas y malignas?

- ¿Cómo ha sido la exposición a los factores de riesgo que han actuado sobre ellos?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en los pacientes remitidos a través del PDCB? ¿Qué criterios posee la población que no ha sido remitida por el PDCB? ¿Qué saben los estomatólogos sobre el PDCB?
- ¿Pudiera diseñarse y ejecutarse una intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo y fortalecer el programa, además de reforzar el papel educativo y preventivo del personal profesional, en el territorio asignado?
- ¿Qué resultados ofrecería la aplicación de esta estrategia de intervención educativa desde la atención secundaria hacia la comunidad?

Hipótesis

Si se identifican correctamente las características demográficas y los factores de riesgo presentes en la población enferma de lesiones preneoplásicas y neoplásicas del complejo bucal, además del nivel de conocimiento sobre estos aspectos en grupos poblacionales más amplios y en los estomatólogos que le brindan atención médica en relación con el Programa de Detección del Cáncer Bucal; se podrá diseñar, ejecutar y evaluar una estrategia educativa que eleve la percepción del riesgo ante el cáncer bucal desde la atención secundaria hacia la comunidad.

Para dar respuesta a estas preguntas e hipótesis se estructuraron los siguientes objetivos de la investigación:

Objetivo general:

Instrumentar una estrategia de intervención educativa para elevar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal de la población y de los estomatólogos que le brindan atención, en el territorio del Hospital General Docente “Julio Miguel Arístegui Villamil” de Cárdenas.

Objetivos específicos:

1. Identificar los aspectos demográficos y la presencia de factores de riesgo en pacientes remitidos por el PDCB hacia el Hospital de Cárdenas.
2. Identificar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en pacientes remitidos por el PDCB, en adultos no remitidos y en estomatólogos.
3. Diseñar una estrategia de intervención educativa hacia la población y los estomatólogos, según las necesidades de aprendizaje sobre el cáncer bucal.
4. Evaluar los resultados de la aplicación de esta estrategia de intervención educativa desde la atención secundaria, hacia la comunidad.

El informe final de tesis está conformado por cuatro capítulos, en el primero se abordan los aspectos teóricos que fundamentan la investigación, con el segundo se pretende mostrar los elementos metodológicos utilizados para la obtención y análisis de los datos según objetivos específicos, además las consideraciones bioéticas aplicadas. El tercer capítulo se ha destinado a evidenciar los principales resultados obtenidos a partir de la implementación de una estrategia de intervención educativa y la validación de la misma, a partir de cambios en los estilos de vida y criterios de los especialistas. Finalmente se expondrán las discusiones con un sentido crítico de los hallazgos encontrados tanto en este estudio como en investigaciones nacionales e internacionales a través del cuarto capítulo.

CAPÍTULO 1. GENERALIDADES DEL CÁNCER BUCAL Y SU PREVENCIÓN

Con la realización de este capítulo, se abordaron los aspectos teóricos que fundamentan la investigación. El mismo está conformado por ocho epígrafes que reseñan las generalidades del cáncer bucal en el mundo y en Cuba, la epidemiología de las lesiones preneoplásicas y malignas de origen epitelial en el complejo bucal y el impacto social de esta enfermedad oncológica. También se muestra un análisis crítico de la aplicación del PDCB en Cuba, un resumen de los estudios internacionales que demuestran la necesidad de elevar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal a través de trabajo educativo y el método científico aplicado en la investigación a través de la estrategia de intervención educativa, lo que incluye la intersectorialidad.

1.1.- Generalidades del cáncer bucal

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, dentro de una generación y en el sur de la India, donde el cáncer bucal, debido al consumo de nuez de betel, es la forma de cáncer más frecuente entre los hombres.¹⁶⁻²¹

En España, uno de los países de más alta prevalencia oncológica de Europa, el cáncer bucal se ha relacionado con el consumo de tabaco, alcohol, prótesis desajustadas y exposición solar. En este país, los estudios epidemiológicos concluyen que se diagnostican unos cuatro mil nuevos casos por año, de los cuales el 90% corresponden a personas mayores de 40 años y el 50% muere a los cinco

años de su detección. Al tener en cuenta la importancia que tiene la prevención de esta enfermedad, el aumento de la morbilidad y la mortalidad, las secuelas de las operaciones y el costo de los tratamientos, algunos países han proyectado programas regionales para detectar estas lesiones lo más temprano posible. En el país ibérico, el Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos ha realizado campañas nacionales en la que más de 12 mil dentistas de toda España revisaron gratuitamente la boca a los pacientes que lo permitieron.²²⁻²⁴

En los Estados Unidos de América, los dentistas de estados como New York, New Jersey y Pensilvania, en abril de 2007, realizaron exámenes gratuitos a la población para encontrar lesiones premalignas y malignas de la boca.²⁵ Mientras, en Argentina, la provincia de Buenos Aires involucró a más de 200 odontólogos, en el marco de la “Campaña de Prevención y Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal” con el fin de “estimular la conciencia preventiva de los profesionales”; al mismo tiempo, en la provincia de Córdoba y en Valparaíso, Chile; las autoridades odontológicas realizaron campañas para informar a los profesionales la forma de combatir esta enfermedad.^{26,27}

A pesar de las políticas de salud bucal, en Estados Unidos hay un incremento en la incidencia del cáncer bucal, asociado al consumo del tabaco (80 al 90% de los casos) y al alcohol. La Sociedad Americana del Cáncer (*American Cancer Society*), estimó la alarmante cifra de 30 mil nuevos casos para el año 2001 y para el año 2010 la cifra ascendió a 37 mil; es decir, siete mil más que nueve años atrás. Los investigadores estiman que cuando los pacientes combinan el tabaquismo y el alcohol, aumentan sus riesgos de desarrollar cáncer bucal, pues ocurre un

sinergismo químico que daña el ADN del epitelio bucal. Además, en ese país se ha creado un serio problema de salud por la creciente inmigración desde el sur de Asia, donde el cáncer bucal tiene alta incidencia.^{28,29}

En el continente asiático, la realidad es más compleja debido a las creencias religiosas y culturales, que conservan una serie de hábitos nocivos a la salud bucal; estas costumbres actúan como factores de riesgo, que elevan las tasas de morbilidad y mortalidad del cáncer bucal. En todos estos países utilizan el tabaco y el alcohol, pero el daño aumenta porque mastican la nuez de betel, las hojas de tabaco, el qat y el rapé (polvo de tabaco). En la India, Pakistán y Sri Lanka la combinación de betel y tabaco es el factor de riesgo más significativo, muy por encima del consumo habitual de cigarrillos.³⁰⁻³⁹ En otros territorios como Taiwán y Tailandia, las investigaciones epidemiológicas han demostrado que los masticadores de la nuez de betel y tabaco, tienen un alto riesgo de muerte 31.4 veces más alto entre los muy adictos, que llevaban 30 años de consumo, y representó el 86.2% en la incidencia de cáncer bucal.^{34-36,39}

Para los países árabes, el cáncer bucal también es un problema de salud. En estudio realizado en Yemen, en el año 2004, concluyó que las neoplasias malignas de la boca inciden en el 17.2% de los hombres y el 19.6% de las mujeres, lo que se relaciona con la práctica de masticar qat con tabaco; la lengua, la gíngiva y la mucosa del carrillo acumularon el 85% de las lesiones bucales.³⁷ Arabia Saudita reporta poca incidencia de cáncer bucal, aunque existen zonas, como Jizan y Najran con alta incidencia en las mujeres.³⁸

Con resultados más alentadores, *Franceschi*⁴⁰ observó que el cáncer bucal ha disminuido en algunos países, sin que existan programas para su control. En Cuba, el Ministerio de Salud Pública como se ha planteado, dispone de un Programa de Detección del Cáncer Bucal, cuyo objetivo fundamental es disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer de la boca mediante la prevención y el diagnóstico precoz por medio del examen bucal de la población. Este programa, se implementó en el año 1982, por iniciativa del profesor Dr.Cs. Julio César Santana Garay, y se oficializó en 1986 por resolución ministerial. Posteriormente, en 1992, este se incluyó en las directrices del Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población.

En el año 2002, el PDCB fue revisado e integrado como un componente del programa estomatológico, según se acordó por la Comisión Técnica del Programa de Cáncer Bucal y la Dirección Nacional de Estomatología. En sus diferentes reformulaciones, con cambios de métodos y estilos de trabajo en su aplicación, el programa (PDCB) ha mantenido la promoción de salud por medio de la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer como su eje central.⁸

Aunque se puede apreciar en los últimos años, una mayor atención a la calidad del programa, todavía persisten múltiples problemas en el mismo que se exemplifican en los resultados reflejados por los reportes de distintas regiones del país y así vemos como *Valentín y otros*¹¹ en un estudio sobre la mortalidad por cáncer bucal en el municipio de Cárdenas durante el año 2005, sugiere que se hace necesario exigir el cumplimiento de las medidas organizativas para controlar con más rigor este programa en dicho municipio, debido al alza creciente que se observó. Otros investigadores nacionales como *Martín*,⁴¹ *Albornoz*,⁴² *García*,⁴³ *Quirós*,⁴⁴ *Morales*,⁴⁵

Mora,⁴⁶ Peña,⁴⁷ Rodríguez,⁴⁸ Miranda⁴⁹ y Pérez,⁵⁰ refieren en conjunto, en distintos lugares del país, que existen serios problemas organizativos y de control que conspiran contra la buena marcha del programa, así como también un aumento en los factores de riesgo, asociado a un nivel de escolaridad bajo, por lo que se puede encontrar una alta incidencia de manchas blancas en la mucosa bucal o llegan al segundo nivel de atención en estadios avanzados, por consiguiente se hace necesario incrementar los pesquisajes y las actividades de promoción de salud debido a la importancia del programa. En un estudio de cinco años realizado en Cárdenas, Ariosa y Valentín⁵¹ encontraron que en el período de 1999-2003, la incidencia en el cáncer de labio fue de 65% y la lengua 21.7%, el color de piel blanco 91.7%, el 75% del sexo masculino y que el 38.3% tenía más de 70 años, lo que corrobora la teoría del envejecimiento celular.

1.2.- Epidemiología de las lesiones preneoplásicas bucales

Las lesiones preneoplásicas, también llamadas premalignas, precancerosas, cancerizables y últimamente se recomienda por la OMS, lesión epitelial precursora, son aquellas que forman un tejido morfológicamente alterado en el cual las posibilidades de que se inicie un cáncer son más altas que en su contrapartida tisular morfológicamente normal.⁵²

Todos los autores coinciden en que la *leucoplasia* y la *eritroplasia* de la mucosa bucal son las principales lesiones del complejo bucal, estas dos lesiones tienen una distribución más universal, aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la última clasificación ofrecida en el año 2005, las relaciona, solo a ellas dos, como Lesión epitelial precursora.⁵³

Leucoplasia de la mucosa bucal

El término *leucoplasia* fue acuñado en 1877, por Ernst Schwimmer a partir de las palabras griegas *leuko* (blanco) y *plakos* (placa). La Leucoplasia es una enfermedad crónica de las membranas mucosas de la boca, que puede aparecer en otras partes del cuerpo, en forma de placas superficiales de color blanco sucio que pueden variar al gris. En 1978, la OMS la definió como “toda placa blanca situada sobre la mucosa bucal que no puede ser eliminada mediante el raspado o clasificada como ninguna otra enfermedad diagnosticable”. La definición actual proviene de la Conferencia de Uppsala, en Suecia, de 1994 y propone que la *leucoplasia...*” es una lesión de la mucosa bucal, predominantemente blanca, que no puede ser caracterizada clínica o patológicamente como otra entidad específica. Algunas *leucoplasias* se pueden transformar en cáncer bucal.”⁵⁴⁻⁶⁰

La *leucoplasia bucal* es de origen multifactorial y está considerada como la lesión más frecuente, pues representa cerca del 85% de todas las lesiones bucales con capacidad de transformación maligna; esta malignización varía según distintos autores, que puede ser de un 6% y llegar hasta el 18%. Se ha demostrado que el tabaquismo es el agente etiológico más importante, dado por su acción irritativa local y su efecto sistémico, por incluir más de 300 sustancias cancerígenas. El alcoholismo también es considerado un factor de riesgo para las leucoplasias dentro de la cavidad bucal, mientras que la radiación solar ultravioleta está muy relacionada con las *leucoplasias labiales* en pacientes con piel de color claro. Aunque afecta a ambos sexos, tiene predilección por los hombres (75%), más frecuente entre los cuarenta y los sesenta años de edad con un promedio de 58 años, con mayor frecuencia en

mucosa del labio y del carrillo, encía y paladar duro, así como no tiene preferencia por el color de la piel.⁶¹⁻⁶⁵

Autores como *Aguas Lanfrenchi*,⁵⁶ *Graveland*⁶⁶ y *Martínez Jimeno*⁶⁷ coinciden en que el abuso combinado de tabaco y alcohol puede favorecer la transformación preneoplásica o neoplásica de la mucosa bucal hasta 15 veces superior que en una persona que adolecen de estos hábitos y aumenta el riesgo de desarrollar lesiones en la mucosa bucal hasta en un 90%.⁶⁸

En Uppsala 1994, las *leucoplasias* se clasificaron en homogéneas y no homogéneas, mientras que éstas últimas se subdividen en nodular, verrucosa y erosiva; esta última es la que presenta mayor riesgo a cancerizarse. Todos los diagnósticos histopatológicos de *leucoplasia* deben hacer referencia a la presencia o ausencia de displasia epitelial y los cambios displásicos se gradúan como leve, moderados o severos. En la displasia leve los cambios son mínimos y están confinados al tercio inferior del epitelio; en la moderada, los cambios ocurren en los dos tercios inferiores del epitelio, mientras que en la severa, los cambios ocupan más de dos tercios, pero no todo el espesor epitelial, además, existe una gran variabilidad inter examinador a la hora de definir los grados de displasias y se ha hecho un llamado a la calibración a los especialistas en anatomía patológica. En cuanto al tratamiento se recomienda la eliminación de la lesión, la supresión del tabaco y el alcohol, y el uso de vitaminas antioxidantes A, C y E; con solo esta medida, entre el 50-60 por ciento de las leucoplasias desaparecen a los 6-12 meses de abandonar el hábito.^{59,69-72}

Eritroplasia de la mucosa bucal

La OMS define la *eritroplasia* como aquella mancha o placa roja que no puede, clínica o patológicamente, diagnosticarse como otra entidad nosológica. Es una entidad en que los factores etiopatogénicos son desconocidos. No existen estudios epidemiológicos y aparte de su aspecto clínico, prácticamente lo que se conoce es la gran tendencia a desarrollar carcinomas, aunque según *Chafer y Waldron* la incidencia es muy baja, de solo el 0,09%, predominio en personas de edad más avanzada (6ta.- 7ma. décadas), no tiene predilección por sexo y más del 90% de ellas presenta, al menos, displasia. Afortunadamente, esta es mucho menos frecuente que las *leucoplasias*, habitualmente por debajo del 0,1%, pero en su estudio histológico más del 90% presentan displasias, en muchos casos severas; es por ese motivo y que muchos cánceres incipientes se manifiestan como parches rojos. Numerosos autores consideran las Eritroplasias no como lesiones pre cancerosas sino como auténticos cánceres *in situ* o incipientes y de ese modo los manejan.^{52,56, 60, 66, 73-75}

*Arriagada y otros*⁷⁶ refieren que alrededor del 90% de las *eritroplasias* presentan en la histopatología alteraciones displásicas graves, de estas la mitad son carcinomas invasores de células escamosas y 40% corresponden a displasias graves o carcinomas *in situ*. El 10% restante corresponde a displasias leves o moderadas, por lo tanto, al realizar su exéresis, el margen de seguridad debe ser mayor que en el caso de las *leucoplasias*.

La clasificación clínica que más se prefiere fue planteada por Shear en el año 1973, esta se basa en la potencialidad de transformación maligna y las divide en tres grupos:

- Eritroplasia de aspecto homogéneo, que está caracterizada por lesiones de color rojo bien definido.
- Eritroplasia no homogénea, donde alternan manchas rojas con zonas leucoplásicas (Eritroleucoplasia)
- Eritroplasia granular porque su superficie tiene ese aspecto, muy semejante a los carcinomas espinocelulares.

El tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica de la lesión con margen de seguridad y las mismas indicaciones de las Leucoplasia en lo relacionado a los medicamentos antioxidantes y la dieta.^{60, 74} (Figura 1)

1.3.- Epidemiología del cáncer bucal de origen epitelial

Los carcinomas espinocelulares son las neoplasias de mayor incidencia en la boca y se relacionan con los factores de riesgo que producen el cáncer bucal. Dentro de los tumores epiteliales también se encuentran los melanomas y los adenocarcinomas, tumores malignos de glándulas salivales menores, pero no serán objeto de estudio por su baja incidencia y las limitadas evidencias de sus orígenes.

Carcinoma epidermoide, espinocelular o carcinoma bucal de células escamosas

Aproximadamente el 90% de los cánceres que aparecen en la boca responden al tipo de carcinoma espinocelular o de células escamosas. Estos tumores son el resultado de un proceso progresivo de malignización que comienza con lesiones *in situ*. Por ello, hace tiempo que los especialistas buscan dar con un método de diagnóstico precoz, sencillo y eficaz para identificar y tratar a tiempo este cáncer, cuando el pronóstico de supervivencia es más favorable.⁷⁷ Según el tipo histológico

del tumor y su localización o región anatómica donde asiente este, intervendrán determinados factores etiológicos o de riesgo, serán distintas las características epidemiológicas, sintomatología, forma de progresión de la enfermedad, estrategia terapéutica y pronóstico.⁷⁸ En Estados Unidos⁷⁹ la incidencia fue de 10.5/100 000 habitantes/año en el 2010 mientras que en España⁸⁰ se estima en 11/100 000 habitantes/año y según Silverman⁸¹ y Parkin⁸² en los países en desarrollo varía del 1 al 46 %, del total de tumores malignos, en dependencia del área geográfica.

Diversos estudios epidemiológicos han mostrado que los principales factores de riesgo asociados al *carcinoma espinocelular* bucal son el tabaquismo y el alcoholismo.^{83,84} Se ha identificado una clara relación dosis-respuesta entre el tabaco y esta enfermedad, con un incremento en el riesgo para desarrollarlas directamente proporcional a la duración e intensidad de la exposición. El alcohol, por sí mismo, causa cambios neoplásicos, independientemente de los efectos carcinogénicos directos sugeridos, que actúa en forma primaria como promotor. Otros factores de riesgo para la aparición del cáncer bucal y que son compartidos por muchos investigadores son la edad del paciente, irritación crónica producida por piezas dentarias o prótesis mal ajustadas, mala higiene bucal, avitaminosis A, C y E, compuestos químicos empleados en algunas profesiones (níquel, textiles, ácido sulfúrico), así como las infecciones por el Virus del Papiloma Humano y la concurrencia del Síndrome de Plummer-Vinson.^{73, 83-90}

Los *carcinomas espinocelulares* bucales, en etapas iniciales son asintomáticos, y cuando hay síntomas, los más frecuentes son tumefacción, ardor y dolor. En un estudio de 72 biopsias de pacientes con estos carcinomas bucales, en el

Departamento de Patología de la Universidad de Medellín, hallaron que la sintomatología fue, en orden de frecuencia: dolor, ardor, pérdida de peso y disfagia. *Santana y Miranda* del INOR (Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología) y del departamento de Patología de la Facultad de Estomatología de La Habana, en un estudio de 311 casos, en etapas tempranas, señalan que 175, eran asintomáticos y que en los 136 pacientes restantes como sintomatología se encontró dolor, molestias, ardor y en menor grado el sangramiento en solo cinco casos.⁹¹⁻⁹³

En relación a las características anatomoclínicas de estas lesiones se encontró que tanto *Hunter*⁹⁴ como *Santana y Miranda*⁹³ apreciaron que el color rojo predominó para el 90,9% y el 78,2% respectivamente. Al analizar la edad de los pacientes afectados por estos carcinomas bucales, muchos autores consideran a la edad avanzada como un factor de riesgo, aunque en la actualidad se ven con más frecuencia en pacientes por debajo de los 35 años, pero todos los autores sí consideran que los pacientes mayores de 50 años son los de mayor predominio en estos casos. Las formas anatomoclínicas se muestran según la clasificación de *Santana Garay*.^{91,95} (Figura 2)

Sobre el color de la piel, el estudio realizado por *Santana*⁹¹ mostró que el 84% de los pacientes tenía la piel blanca, mientras que un artículo de la Fundación de Cáncer Oral (OCF) de Estados Unidos relata que el cáncer bucal es dos veces más frecuente en la población de piel negra que en la blanca, pero no se ha demostrado una relación racial o étnica específica. Lo que sí se ha evidenciado es que el cáncer de labio es casi exclusivo de la raza blanca, el cáncer faríngeo es muy común en la

raza amarilla y en la raza negra solo hay más riesgo dentro de la cavidad bucal sobre todo por la alta frecuencia de hábitos tóxicos.⁹⁶

Todos los autores están de acuerdo en ser más común en hombres que en mujeres y esto se relaciona con los factores de riesgo, sin embargo, *Molinari*⁹⁷ refiere que la relación hombre-mujer varía de un país a otro desde 10:1, en Francia a 1,5:1, en Irlanda, Inglaterra y Gales; por su parte el Instituto del Cáncer de Makaragama, en Sri Lanka, demostró en un estudio de 10 años que la proporción entre hombres y mujeres era de 3,7 por 1.⁹⁸

El diagnóstico precoz permite una supervivencia de más del 80% de los afectados y garantiza un tratamiento menos agresivo. La falta de detección precoz hace que las tasas de supervivencia desciendan al 50%, en los cinco años siguientes. La *American Cancer Society* (Sociedad Americana del Cáncer) determinó que el 83% de los pacientes con cáncer bucal y faríngeo sobreviven un año después del diagnóstico, por lo que es muy importante el papel que juega el estomatólogo en la detección precoz de esta enfermedad. Con respecto al tratamiento, debe ser radical y lo más indicado es la cirugía con margen de seguridad, acompañada de radioterapia y quimioterapia en aquellos casos complicados que lo requieren.^{99,100}

1.4.- Repercusión social de los carcinomas en el complejo bucal

Los estudios epidemiológicos actuales han demostrado que el cáncer bucal es de origen multifactorial, pero científicamente se ha demostrado que la aparición del mismo depende de dos componentes muy importantes: la base genética y el estilo de vida. Las condiciones de vida son los medios y recursos con que cuenta la sociedad para satisfacer sus necesidades, lo cual representa la expresión particular

del modo de vida como forma de vivir y reproducirse por lo que integra: la lengua, las condiciones del territorio, la cultura, las tradiciones y la autoconciencia; de ahí la importancia del estilo de vida, considerado como la expresión particular de utilizar o disponer de las condiciones de vida que se tiene. Cada persona posee una información genética que le da cierto grado de vulnerabilidad a padecer tumores, sin embargo, los carcinomas del complejo bucal tienen un origen mucho más claro, lógico y secuencial en relación con el estilo de vida, por lo que el comportamiento y la conducta del ser humano definen si hay un mayor o menor riesgo de padecer neoplasias malignas en los epitelios bucales.¹⁰¹⁻¹⁰⁵

Bajo esta premisa de que el cáncer bucal es una enfermedad que se relaciona con el estilo de vida, se puede decir que el medio social influye en la aparición y en la evolución del mismo. Los humanos generalmente adquieren hábitos tóxicos, como el tabaquismo y el alcoholismo, durante la adolescencia y la juventud, luego llegan a crear una dependencia, que con el paso de los años produce efectos nocivos sobre su salud y del mismo modo van limitando la actividad social. Cuando aparece un cáncer bucal se producen secuelas anatómicas y fisiológicas en quien lo padece, y simultáneamente el paciente sufre desde el punto de vista físico, psíquico y social.¹⁰⁶

El tratamiento mutilante, duradero y limitante de las neoplasias malignas en la boca, atenta contra la autoestima del paciente, dificulta sus relaciones sociales y crea dificultades para diversas funciones como la masticación y el lenguaje. Las grandes operaciones necesarias para eliminar el cáncer bucal provocan afectaciones extensas, en su mayoría estéticamente desagradables y funcionalmente persistentes. Esta situación, limita en gran medida la interacción del paciente en el

medio familiar, laboral y social, pues el rostro y la boca son importantes para establecer las relaciones interpersonales, comunicar los estados emocionales e incorporarse a una vida comunitaria plena.^{107,108}

Por otro lado, los tratamientos del cáncer en el complejo bucal, implican grandes gastos económicos, de ahí el valor del diagnóstico temprano y que la medicina del futuro no pase por los hospitales, sino por una prevención encarada en forma racional, lógica y de bajo costo económico. En el 65% de los casos diagnosticados de cáncer bucal en etapas avanzadas, su tratamiento se traduce en un importante deterioro en la calidad de vida, el cual también impide una vida social y laboralmente activa y mucho pudiera obtenerse con la prevención y la supresión de los hábitos tóxicos, sin embargo, en el mundo hay grandes intereses financieros que limitan la erradicación de las drogas como el tabaco y el alcohol.^{109,110}

1.5.- El Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) en Cuba y sus perspectivas

La lucha contra el cáncer debe ser interdisciplinaria y debe encaminarse, sobre todo, hacia la prevención en tres fases o niveles:

- La prevención primaria que es la que se realiza para disminuir la probabilidad de que se produzca la enfermedad y se dice ser la más importante.
- La prevención secundaria pasa por la detección y terapéuticas tempranas de la lesión preneoplásica o cancerosa, lo que conlleva a un diagnóstico y tratamiento precoz, que permitirá curarla con mayor facilidad.
- La prevención terciaria que consiste en actuar sobre la enfermedad cancerosa cuando ya está bien establecida, con secuelas o sin ellas y los tratamientos

realizados en esta fase de la prevención son muy agresivos y sería deseable no llegar a estas situaciones, por lo que debemos potenciar las medidas preventivas en sus fases primaria y secundaria, para una mejor rehabilitación del paciente.^{101,111-112}

*Oliveira y otros*¹¹³ realizaron un estudio sobre el diagnóstico tardío del cáncer bucofaríngeo y encontraron que los primeros síntomas de dolor se sintieron al menos cuatro meses antes de ser diagnosticados en estadios III y IV, el 40% de los pacientes y la principal causa de este diagnóstico tardío fue el desconocimiento de los factores de riesgo por su bajo nivel de escolaridad. Aunque existe una ejecución potencial del examen sistemático en el complejo bucal, para detectar el cáncer en estadios tempranos, tanto en consultas como en visitas de terreno, se han realizado estudios que demuestran que el PDCB implantado en Cuba no ha tenido un impacto sustancial y no se le está dando la cobertura para el cual fue concebido.^{43,114-116}

*Hermida Rojas*¹¹⁷ refiere que aun cuando el PDCB, puesto en marcha desde el año 1982, ha contribuido a que disminuya la incidencia de cáncer bucal, resulta alarmante que cada año se le diagnostique esta enfermedad a un grupo considerable de personas. Este es un problema de salud que trasciende a varias provincias de Cuba y que requiere de una solución multidisciplinaria, donde todos sean activos. Es evidente la importancia que reviste contemplar esta situación, en los Análisis de la situación de salud en estomatología, como importante herramienta para la detección precoz de estas lesiones, el cual permite identificar y priorizar problemas de salud en la comunidad, así como la implementación de un plan de ejecución que incluya actividades de promoción, prevención y educación que necesitan un

perfeccionamiento, cuyo propósito sea dirigido al paciente, a la familia y a su entorno, donde estomatólogos y médicos se muestren más activos y que comprometa a otras especialidades del segundo nivel.

Martins y otros¹¹⁸ consideran que en el origen del cáncer bucal influyen factores de riesgo que son difíciles de eliminar y otros que son complicados de controlar como el Virus del Papiloma Humano, se hace más importante el trabajo educativo, el seguimiento social, el diagnóstico precoz y la rehabilitación integral de quienes padecen esta enfermedad.

En Cuba, con la implementación del PDCB, se puso en marcha el primer programa de esta naturaleza en el mundo para disminuir la incidencia de estas lesiones. En sus inicios, este programa utilizó a los estomatólogos para realizar el examen bucal y propuso que todos los sujetos de 15 y más años recibieran anualmente un estudio de la boca y el cuello en el momento de acudir a la consulta estomatológica, pero la cobertura completa no se ha alcanzado debido probablemente a que la población supuestamente sana no demanda el chequeo periódico de su boca y dentro de los objetivos de este programa se contempló desarrollar actividades de promoción y educación para la salud, diagnóstico temprano, rehabilitación y seguimiento evolutivo de los casos, capacitación del personal, así como la actividad investigativa de controlar y evaluar estas acciones en los servicios estomatológicos.

Al cumplimiento de estas acciones se adicionó posteriormente la atención del Médico de la Familia en su consultorio, así como en las visitas de terreno que deben realizar anualmente estos médicos y la Licenciada en Atención Estomatológica destinada a examinar a todo sujeto mayor de 35 años.¹⁵ Este programa, constituye un paradigma

en el estudio y control de esta enfermedad para el mejoramiento de la calidad de vida de la población, pero necesita potenciar las acciones que dan salida a sus objetivos específicos, desde el nivel de atención primaria hasta el nivel nacional, para de esa forma poder lograr disminuir la incidencia de la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal así como un mejor control y utilización de los factores predisponentes y protectores, respectivamente, a través de un incremento en el nivel de conocimiento de la población adulta y de la sensibilidad del personal profesional involucrado en la aplicación del mismo.

A pesar de lo referido se ha venido constatando en los últimos años que los resultados alcanzados con la aplicación de este programa no han sido los esperados, se evidencian dificultades en el control y evaluación de algunas actividades contempladas en el mismo, las más importantes son las de tipo administrativo, como el control del cumplimiento del PDCB a todos los niveles, verificación de las remisiones a través del modelo establecido (MOD 47-22-1) en las diferentes áreas de salud, así como el control de las funciones del médico de familia, del estomatólogo y del coordinador de las acciones para el control del cáncer bucal, si a ello adicionamos la no existencia de acciones dirigidas al cirujano maxilofacial que contemplen actividades de prevención desde la atención secundaria hacia la comunidad con proyección en la atención primaria y la necesidad de promover el desarrollo de investigaciones relacionadas con el cáncer bucal a partir de la evaluación del riesgo en los pacientes, tanto en atención primaria como secundaria y la necesaria motivación del personal profesional con este problema de salud, por

todo lo señalado, es que para darle salida a los objetivos propuestos se propone por el autor una estrategia de intervención educativa.

1.6- Retos en cuanto a la percepción del riesgo ante el cáncer bucal

En los últimos años, a pesar del desarrollo tecnológico que ha permitido elevar la supervivencia de los pacientes con cáncer, los resultados con el cáncer bucal han sido más discretos. Se ha podido apreciar un aumento de la incidencia de esta enfermedad en distintas áreas geográficas, donde las instituciones asistenciales y académicas, han realizado estudios del nivel de conocimiento en la población sana, los enfermos y el personal de salud que les brinda atención estomatológica.

Estudios realizados con la población, en los que se ha medido su nivel de conocimientos sobre cáncer bucal, demuestran que Asia es el continente más afectado por creencias religiosas y culturales. En Malasia, *Halawany y otros*,¹¹⁹ apreciaron que aunque la mayoría de los pacientes eran jóvenes, el desconocimiento sobre la percepción al cáncer bucal era alto. Otras investigaciones hechas en Irán, por *Pakfetrat y otros*;¹²⁰ Bangla Desh, por *Croucher*,¹⁰ Sri Lanka, por *Arnarasinghe*⁷⁸ y en la India por *Devadiga*¹²¹ y *Kumar*,¹²² coincidieron en que el nivel de conocimiento de los pacientes atendidos fue deficiente, agregaron que la población está mal informada y que se necesitan intervenciones educativas para mejorar la percepción del riesgo. En Australia, *Park*¹²³ demostró que el conocimiento del cáncer bucal es limitado y se requieren estrategias educacionales para mejorarlo.

En el continente americano, se realizó un estudio para valorar el conocimiento sobre el cáncer bucal entre los veteranos de Carolina del Norte, en los Estados Unidos, y

se encontró un considerable déficit de conocimientos entre estos, además de que el uso del tabaco fue el principal factor de riesgo de esta población.¹²⁴ Robledo²⁶ en la ciudad de Córdoba en Argentina, realizó entrevistas a 400 personas y obtuvo que el desconocimiento era elevado y evidenció la necesidad de informar a la población sobre: los factores de riesgo, la manifestación precoz del cáncer bucal y la importancia de la consulta temprana, así como la necesidad de capacitar a los odontólogos para el diagnóstico de las manifestaciones iniciales. Por último, relacionado con el conocimiento de la población, en Costa Rica, Howard¹²⁵ con 7768 personas entrevistadas telefónicamente, pudo apreciar que la población costarricense tiene poco conocimiento sobre el cáncer bucal, ha recibido poca información sobre la enfermedad y que el odontólogo por lo general, no realiza exámenes clínicos completos que le permitan diagnosticar precozmente el cáncer bucal.

En cuanto a lo relacionado con el conocimiento, Seoane y otros¹²⁶ realizaron un estudio con 791 odontólogos de práctica general en el cual pudieron apreciar la cesación de tabaquismo y alcoholismo en una parte de sus pacientes así como mejoramiento en su dieta, posterior a la información que sobre factores de riesgo y protectores les habían impartido a dichos profesionales. En la Florida, el personal de enfermería no está bien preparado para la prevención y detección precoz del cáncer bucal y se propone una participación más activa en los cuidados del complejo bucal.¹²⁷ Por otra parte, en Murcia, España, las higienistas dentales de práctica privada reconocieron (84.3%) que su entrenamiento académico sobre cáncer bucal era insuficiente para su actividad profesional.¹²⁸

Al realizar investigaciones sobre el conocimiento por parte de los profesionales de la odontología, en Sri Lanka, Ariyawardana¹²⁹ reconoció que el 63% no está adecuadamente entrenado para ejecutar el examen bucal, por lo que existe la necesidad de una educación continuada. Estudios realizados en Italia, Alemania e Irlanda sobre el conocimiento del estomatólogo se informa que generalmente existe un dominio básico sobre los factores de riesgo del cáncer bucal, pero no necesario para los procedimientos diagnósticos y la palpación de nódulos linfáticos, así como no realizan labor educativa en relación con la prevención y detección precoz del cáncer bucal,¹³⁰⁻¹³² además, en Alemania, Hertranpf¹³³ realiza otra investigación donde demuestra la importancia de las intervenciones educativas al comprobar el conocimiento de los estomatólogos después de un año de realizada la intervención en el cual utilizó como medios de enseñanza la presentación oral, posters y DVD.

En Estados Unidos, se realizaron estudios en Massachusetts con los profesionales de atención primaria y resultados de que el 57% de los estomatólogos y el 24% de los médicos identificó correctamente los síntomas más comunes del cáncer bucal precoz y en Maryland, en un cuestionario a 800 dentistas, estos pudieron identificar el uso del tabaco y el alcohol como factores de riesgo, pero un porcentaje muy bajo identificó el resto de los factores de riesgo, por lo que reconocen que estos profesionales necesitan el conocimiento apropiado acerca de los factores de riesgo y los procedimientos diagnósticos para educar a sus pacientes y ejecutar apropiados exámenes para detectar el cáncer bucal.¹³⁴⁻¹³⁵

Un estudio realizado en Venezuela con médicos y odontólogos de la atención primaria en el estado de Miranda expone que existe desconocimiento acerca del

examen para la detección del cáncer bucal, signos de alarma, lesiones premalignas de la cavidad bucal y poca preocupación por el personal médico sobre esta enfermedad. Los referidos estudios han evidenciado la necesidad de estrategias educativas.¹³⁶ En la India, se estableció entrenar a todos los estudiantes de las escuelas dentales para abarcar territorios, tanto urbanos como rurales, con el objetivo de atender a los jóvenes que tienen una alta tendencia a la masticación del tabaco y a sus derivados y así evitar en el futuro, una posible epidemia.³⁰ También en el continente asiático; en Babol, República Islámica de Irán, se realizó una estrategia de intervención educativa con 400 personas que en un inicio tuvieron 76% de desconocimiento sobre cáncer bucal y después de aplicada la lectura del folleto relacionado con esta enfermedad, habían elevado significativamente el conocimiento acerca de los factores de riesgo y síntomas del cáncer bucal.⁹

Seoane-Lestón y otros¹³⁷ realizaron una estrategia de intervención educativa con los dentistas de toda España, impartió un curso de cuatro horas enfocándolo a partir de los principales problemas que inciden sobre el cáncer bucal y se refiere que posteriormente los participantes en esta actividad, en línea, obtuvieron conocimientos sobre cómo actuar ante la enfermedad, López y col¹³⁸ realizaron una intervención educativa a 90 dentistas españoles mayores de 40 años durante cuatro semanas, en línea, utilizando información verbal, video y folletos, donde se pudo comprobar el incremento en el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo, signos y síntomas del cáncer bucal.

En Ontario, Canadá, se realizó una estrategia de intervención educativa con 189 pacientes identificados con lesiones malignas de cabeza y cuello, determinó que

elevó significativamente el conocimiento en estos pacientes y que este tipo de intervención debe ser diseñada para el paciente de pobre educación así como a personas mayores a fin de incrementar el éxito.⁸⁶

En Cuba, los estudios relacionados con el conocimiento sobre cáncer bucal no han estado a la altura esperada y solo se encuentra a *Quirós y otros*⁴⁴ que en su investigación en Camagüey, realizaron una intervención educativa con la población y concluyeron que el nivel de información sobre prevención de cáncer bucal fue insatisfactorio y que una vez aplicada la intervención, el 73.2% de la muestra no tuvo percepción del riesgo a enfermar, debido que a pesar de tener los conocimientos, continuaron manteniendo los factores de riesgo, por tanto fue evidente la necesidad de elevar la promoción y educación para la salud en todos los consultorios médicos ,por eso, recomienda crear una estrategia educativa en posteriores estudios y evaluar los resultados obtenidos.

*Peña y otros*¹³⁹ realizan una intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer bucal en un Hospital Prisión Provincial en Holguín, durante un año y con 80 pacientes, que luego de aplicado el programa educativo, elevó el nivel de conocimiento de los factores de riesgo del cáncer bucal de 6.3% a 91.2%; Landrián y otros¹⁴⁰ realizaron una intervención educativa a 12 especialistas en Medicina General Integral donde apreciaron que antes de la intervención el 75% estaba poco informado y después de la intervención el 70% estaba bien informado y el 30% medianamente informado.

Como comentario final de este acápite se observa que a pesar de que no se encuentran muchos estudios de intervención relacionados con el cáncer bucal, sobre

todo en nuestro país, debido a la importancia que han adquirido las intervenciones educativas como medio de promoción de salud para la prevención de enfermedades, si se encuentran intervenciones en el ámbito internacional relacionadas con salud, como las realizadas por *Rodríguez y otros*¹⁴¹ en España, *Sabbadi*¹⁴² en Canadá, *Góngora y otros*¹⁴³ e *Iglesias y otros*¹⁴⁴ en México y *Aráuz*¹⁴⁵ en Costa Rica y en el plano nacional, se pueden apreciar con muy buenos resultados, intervenciones sobre salud general de *Rodríguez y otros*¹⁴⁶ en Santiago de Cuba, *Fernández*¹⁴⁷ y *Sarmiento y otros*¹⁴⁸ en Pinar del Rio y en Camagüey por *González*,¹⁴⁹ *Chávez*¹⁵⁰ y *Rodríguez y otros*,¹⁵¹ mientras en salud bucal se encuentran investigaciones reportadas por *Díaz*¹⁵² en Matanzas, *Fernández*¹⁵³ en Cienfuegos, *Mendoza*,¹⁵⁴ *Borges*¹⁵⁵ y *Limonta*¹⁵⁶ en Santiago de Cuba, *Albert*¹⁵⁷ en Pinar del Rio así como *Osorio*¹⁵⁸ en la Facultad de Estomatología de La Habana, todas con resultados alentadores que confirman que la aplicación de las intervenciones educativas son un medio eficaz para elevar la percepción de riesgo y garantizar estilos de vida saludables mediante la promoción de salud y la prevención de enfermedades, sobre todo, en aquellos con factores de riesgo que pueden afectar la salud por la enfermedad que presenten o puedan llegar a presentar.

1.7 La Estrategia de Intervención Educativa como método de prevención de salud

La presencia de las estrategias como resultado científico de la investigación, es cada vez más extensa y se diseñan para resolver problemas de la práctica y vencer dificultades con optimización de tiempo y recursos, por lo que: (1) permiten proyectar un cambio cualitativo en el sistema a partir de eliminar las contradicciones entre el

estado actual y el deseado; (2) implican un proceso de planificación en el que se produce el establecimiento de secuencias de acciones orientadas hacia el fin a alcanzar; lo cual no significa un único curso de las mismas y (3) interrelacionan dialécticamente en un plan global los objetivos o fines que se persiguen y la metodología para alcanzarlos.

Con respecto a las definiciones estudiadas, se asume la otorgada por *F. Barreras*,¹⁵⁹ al definir como estrategia al “Conjunto de tareas, procedimientos o acciones previamente planificadas que conducen al cumplimiento de objetivos preestablecidos y que constituyen lineamientos para el proceso de perfeccionamiento de los programas”. Según este autor, formular una estrategia requiere “tener claridad en el estado deseado que se quiere lograr y convertirlo en metas, logros, objetivos a largo, mediano y corto plazo y después planificar y dirigir las actividades para lograrlo. De esta forma – continúa Barreras -, vence dificultades con una optimización de tiempo y recursos... y generalmente implica una constante toma de decisiones, de elaboración y reelaboración de las acciones de los sujetos implicados en un contexto determinado. Al final - agrega - se obtiene un sistema de conocimientos que opera como un instrumento, que permite a los sujetos interesados determinada forma de actuar sobre el mundo, de transformar los objetos y situaciones que estudia.

La intervención se refiere a las medidas aplicadas a un individuo, a un grupo o una comunidad; con el fin de contribuir a promover, mantener y restaurar la salud. El enfoque estratégico “propone que el pasado es igual al presente y que por consiguiente se puede predecir el futuro con sólo conocer el pasado y también proponer qué hacer en el futuro (probabilidad, factibilidad y viabilidad de la situación

objetivo y los medios para alcanzarla)". Se puede considerar un enfoque metodológico de la planificación de intervenciones, ya que es una nueva forma de pensar y concebir la planificación, mediante el desarrollo de una serie de categorías centrales (situación, oponentes, incertidumbre, conflicto, escenarios, explicaciones), interrelacionadas entre sí y capaces de representar las relaciones direccionales y causales de determinados tipos de problemas que se suponen sean objeto de intervención por parte de determinado actor social. Al aplicar el enfoque estratégico en la planificación en salud se produce una mayor dedicación al análisis sectorial concentrándose fundamentalmente en el diagnóstico institucional.¹⁶⁰

Los aspectos que caracterizan al enfoque estratégico en una intervención son:

1. Reconoce la existencia de más de una racionalidad para interpretar la realidad (existencia de oponentes y conflictos).
2. Concede mayor importancia a alcanzar la visión deseada, que a la velocidad con que se alcance.
3. No considera a la planificación tributaria sólo del Sector Salud.
4. Al reconocer la existencia de conflictos, otorga gran importancia al proceso de construir viabilidad a las intervenciones a diseñar por lo que establece procesos de concertación/negociación.
5. Considera que la realidad a modificar está sometida a cambios, lo que hace que exista un alto grado de incertidumbre.

Por ello, nos adscribimos al concepto de Barreras de Planificación Estratégica como: "Un proceso que parte de la descripción y explicación de una realidad determinada por diferentes actores sociales que pertenecen a ella, y que logra, a través de

acciones de intervención que tienen en cuenta el conflicto y la incertidumbre que la caracterizan, transformar esa realidad y obtener la visión que los actores involucrados desean alcanzar".¹⁶⁰

Por otra parte, la planificación no es unipersonal, sino que depende de otros. Ello nos lleva a la conclusión de que "hasta que no emergan él o los otros que planifican, no habrá pensamiento estratégico". Los recursos humanos juegan un decisivo papel en este proceso y en su metodología, y ello es debido a las rupturas de los recursos humanos que los diferencian de los recursos materiales y financieros. Para la mayoría de los autores, en la planificación estratégica existen seis momentos de reflexión para la acción que son representaciones que, el actor o fuerza social que planifica construye, para la comprensión y transformación de la realidad que lo problematiza.

No obstante, es bueno señalar, que no existe, ni tiene por que existir en una metodología flexible, uniformidad en todos los autores sobre el número de los momentos que componen la planificación estratégica. Unos (entre ellos Mario Róvere) describen seis, otros (entre ellos Carlos Matus, Hugo Quiroga y Leonor Jiménez) cuatro, aunque en esencia incluyen las mismas actividades.

Los principios que se tomaron en cuenta para conformar la estrategia fueron:

Una introducción, que se refiera a la justificación de la estrategia dada, basada en la fundamentación de la existencia de insatisfacciones con respecto a lo que se desarrolla en un campo, contexto o área del saber determinados.

1. Un diagnóstico de la situación actual, que informe acerca del estado real del objeto de estudio y sobre el problema en torno al cual se desenvuelve esa estrategia.
2. Una descripción del estado deseado, expresa en la formulación de objetivos y metas - generales y específicos - previstos para un período de tiempo.
3. Una planeación estratégica que identifique e involucre actividades y acciones que respondan a los mencionados objetivos propuestos y a los recursos logístico-materiales que se emplearán, así como a los recursos humanos e instituciones a cuyo cargo está el cumplimiento de esos objetivos. La planificación del cumplimiento de los objetivos, a través del empleo de las acciones, recursos, medios y métodos; se hace por etapas.
4. La instrumentación de la estrategia, que consiste en explicar cómo y en qué condiciones se aplicará, durante qué tiempo, y con la participación de los factores claves, es decir, de quiénes.
5. La evaluación de la estrategia, contentiva de indicadores e instrumentos de medición y validación de los resultados esperados y obtenidos, así como para identificar los logros alcanzados y los obstáculos encontrados, teniendo como referente axiológico el de la aproximación lograda al estado deseado.

1.8 La investigación educativa y el trabajo intersectorial

En la actualidad se concibe el aprendizaje no solo como un proceso de realización individual, sino también como una actividad social, como un proceso de construcción y reconstrucción por parte del sujeto, que se apropiá de conocimientos, habilidades,

aptitudes, efectos, valores y sus formas de expresión. Este aprendizaje se produce en condiciones de interacción social en un medio socio-histórico concreto.¹⁶¹

El conocimiento y oportuna aplicación de la estrategia educativa propuesta, permite planificar nuevas actuaciones desde un escenario docente que contribuyan a perfeccionar un trabajo teórico-práctico, sustentados en los principios enunciados en el enfoque histórico-cultural desarrollado por L. S. Vigotsky y seguidores que se propone lograr en primera instancia, un hombre pleno, íntegro, capaz de auto desarrollarse y al mismo tiempo comprometerse con las estrategias de desarrollo de su sociedad. Todo lo cual, contribuye a que la misma sea una importante herramienta para elevar el nivel de conocimiento y la percepción del riesgo en la prevención del cáncer bucal.

Según estudios realizados por diferentes autores como Vila¹⁶² se resumen en tres las posiciones teórica-metodológicas en la investigación científica, en específico, la pedagógica:

- Positivista (con sus diversas posturas o interpretaciones), empírico-analítica, lógico-empírico, etc.
- Fenomenológica, existencialista, pragmática e intuicionista.
- Enfoque histórico cultural.

El positivismo no condujo a ningún sistema de reflexión, de él se desprende una interpretación arbitraria de los hechos. Trata de encontrar, mediante acciones de un individuo aislado la clave de todos los problemas sociales; sus conclusiones sirvieron para tratar de justificar las ideas biologizadoras en la pedagogía.¹⁶³ La posición teórica metodológica, existencialista, pragmática e intuicionista se caracteriza de

forma general: la realidad es múltiple, construida por el sujeto, es holística e interrelacionada. El investigador es “comprendivo” con lo observado y “capaz” de “interpretar” y “descubrir” las percepciones desde el punto de vista de los sujetos, articulando una intersubjetividad en relación con el fenómeno estudiado.¹⁶⁴

Para el desarrollo de estudios de este tipo, lo primero que se debe hacer es una exploración, en la que el interés básico es obtener conocimientos de primera mano de las situaciones sociales que se requieren estudiar. Las principales actividades que se desarrollan en este tipo de investigación siguen o se asemejan a un patrón clínico de acuerdo con la información que van a obtener los observadores. En la actualidad se reconoce como elemento principal que limita esta posición, privarse de utilizar formas más objetivas de validación como su contraparte que teórica-metodológica para actuar eficientemente en sus contextos.

La posición teórico-metodológica del enfoque histórico cultural¹⁶⁵ concibe la adopción de una posición hacia la acción y transformación en el ámbito educativo, persigue la búsqueda de la esencia, pero no como suma, sino como una integración en procesos que provocan saltos cuantitativos en cualitativos y viceversa hasta lograr un nuevo estado. Sus hechos pueden ser estudiados por separado pero cada uno de ellos aprehendidos sistémica e integralmente como parte de un todo que modifica y viceversa ya que el despliegue de la investigación depende del lugar donde surge la contradicción.

Por todo lo anteriormente enunciado, el autor concibe la aplicación de esta posición en su diseño estratégico, asumiendo los paradigmas descritos por el DrC. Vila Morales y citados por el DrC. *Eladio Miguel Traviesas*¹⁶⁶ en su tesis, donde

presenta la epistemología pedagógica de los procesos interventivos en salud consistente en los siguientes paradigmas:

Paradigma clásico o conductista de la enseñanza: en este el salubrista juega un papel activo en el proceso educativo y se ve al paciente como un ente pasivo en el mismo.

Paradigma constructivista: se concibe al paciente con un rol protagónico exclusivo responsable de su percepción de la enfermedad y se exime al personal salubrista de responsabilidad, los cuales solo orientan de manera muy elemental.

Paradigma sociocrítico de los procesos de intervención: el diseño respeta y valoriza al salubrista y al paciente en el medio en que ambos se desarrollan, preconcibe un protagonismo integral, donde no se entiende la intervención en salud sin un rol activo de los actores sociales.

Para el desarrollo de la investigación se considera el concepto de acción intersectorial como el trabajo con más de un sector de la sociedad para actuar en un área de interés común, que incluye tanto a sectores gubernamentales como a los no gubernamentales.¹⁶⁷⁻¹⁶⁹ La estrategia concebida por el autor se sustenta en la participación activa en el proceso enseñanza-aprendizaje de los individuos, la familia, la comunidad en general y todos los sectores sociales lo que incluye a las organizaciones políticas y de masas, por otro lado, se entiende como acción intersectorial en salud a una relación bien definida y mutuamente beneficiosa entre dos o más sectores para actuar sobre un aspecto y lograr resultados de salud de una manera más efectiva, eficiente y sostenible de lo que podría lograr uno de estos sectores de manera individual.¹⁷⁰

*Castell-Florit*¹⁷¹refiere que los factores que intervienen en el desarrollo de la acción intersectorial de salud en Cuba, han sido clasificados en tres grandes grupos:

Factores que demandan la acción intersectorial: problemas de salud cuya naturaleza demandan una solución que va más allá de las posibilidades del sector salud.

Factores que condicionan la respuesta intersectorial: incluye estrategias, planes, programas y proyectos de salud, con objetivos de salud, mecanismos de coordinación y comunicación entre sectores, sistemas de información para la gestión y participación social de las acciones de salud.

Factores que caracterizan y desencadenan la respuesta intersectorial: a este grupo pertenece la voluntad política. Se hace referencia al lugar en que tiene su ejecución la acción intersectorial y expresan entre lo que prevé y la capacidad de respuesta estructural.

Partiendo de las premisas de la intersectorialidad en salud y las bondades de la misma en el abordaje de los problemas de salud como el que nos ocupa, es que el autor la propone como una herramienta de trabajo en la disminución de la morbilidad y mortalidad por cáncer bucal.

CAPÍTULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO

En la elaboración de esta investigación se emplearon los elementos metodológicos destinados a dar respuesta a las interrogantes planteadas en la introducción. El mismo contiene cuatro epígrafes que explican los métodos utilizados para la obtención y el análisis de los datos según los objetivos específicos, además se exponen las consideraciones bioéticas aplicadas.

Se presenta un tipo de investigación aplicada en el nivel primario de atención desde la atención secundaria, según el tipo de estudio se clasifica como una investigación de intervención educativa y desarrollo tecnológico. Se plantea que es una intervención educativa porque se emitió un juicio valorativo del estado de salud bucal de la población objeto de estudio, de los conocimientos de la población estudiada y de los profesionales involucrados en su atención estomatológica en relación con el PDCB, así como de las acciones que modifican estos aspecto; se efectuó una evaluación inicial y una final a la aplicación de la intervención. Esta investigación es de desarrollo tecnológico porque se ofreció como resultado un material educativo que aporta información y ayuda a la elevación de conocimientos y percepción de riesgo del cáncer bucal en los grupos objeto de estudio. En ella se contemplaron los paradigmas de la investigación cualitativa y cuantitativa, los primeros fueron necesarios para argumentar la necesidad de desarrollar la prevención y los conocimientos sobre factores de riesgo y protectores del cáncer bucal, a partir de la elevada morbilidad en la población estudiada. Los criterios cuantitativos se utilizaron para la etapa diagnóstica en las entrevistas y encuestas a pacientes afectados, voluntarios sanos con o sin riesgo y personal profesional que les brindaba atención estomatológica.

Para la selección de los métodos utilizados, se tuvo en cuenta la problemática descrita y se consideraron los siguientes métodos teóricos:

La inducción-deducción: se infieren las ventajas que brinda una estrategia de intervención educativa para el desarrollo del conocimiento sobre factores de riesgo, factores protectores y signos de alarma, lo que permite disminuir la morbilidad por cáncer bucal.

El método de tránsito de lo abstracto a lo concreto: sustenta el autor que la efectiva inclusión teórica de la prevención del cáncer y la consolidación práctica de estos conocimientos a través de una estrategia de intervención educativa, contribuirá a disminuir la morbilidad por esta enfermedad.

El método de modelación: en la concreción de la estrategia que permite una consecución lógica de acciones que transformen la realidad inicial.

La investigación, de forma general, fue realizada en cuatro etapas, con sus respectivos objetivos y métodos de ejecución las cuales se implementaron de la siguiente manera:

- Etapa I. Diagnóstico epidemiológico del cáncer bucal en el territorio.
- Etapa II. Medición del nivel de conocimientos sobre cáncer bucal, factores de riesgo y acciones preventivas, en un sector de la población y al personal profesional que brinda atención estomatológica a la misma. (Diagnóstico educativo)
- Etapa III. Diseño y ejecución de una Estrategia de Intervención Educativa dirigida a la población adulta y al personal profesional que brinda atención estomatológica a la misma.

- Etapa IV: Evaluación y validación de los resultados de la aplicación de la Estrategia de Intervención Educativa.

La realización de esta investigación ocupó el periodo desde enero de 2001 hasta diciembre de 2011, y se instrumentó desde el Servicio de Cirugía Máxilo- Facial del Hospital General Docente de Cárdenas “Dr. Julio Miguel Aristegui Villamil”, ubicado en la región nororiental de la provincia Matanzas.

Para la etapa del diagnóstico epidemiológico se realizaron encuestas a pacientes afectados y voluntarios sanos con o sin riesgos. Se definió como universo a todos los pacientes enmarcados en el territorio con lesiones premalignas y malignas y, de ellos, se tomó una muestra de 150 pacientes enfermos de lesiones premalignas.

Para la realización de la segunda etapa en que se realiza el diagnóstico educativo, se encuestaron estos 150 pacientes con lesiones premalignas y 300 pacientes sanos con o sin riesgos seleccionados para conformar un grupo control y medir su conocimiento sobre el cáncer bucal. Además, una muestra de 60 profesionales, de un universo de 85 estomatólogos generales básicos o estomatólogos generales integrales que brindaban atención en el territorio durante la investigación, todos por factibilidad, se utilizó para la medición de conocimientos el programa de detección de cáncer bucal establecido en el país y los datos obtenidos permitieron adquirir elementos para posteriormente diseñar y ejecutar una estrategia de intervención educativa que fue realizada en la tercera etapa.

Durante la cuarta etapa se realizó la evaluación y validación de la estrategia a partir de los resultados alcanzados con el cumplimiento de las actividades propuestas.

Cada una de las etapas será descrita de forma pormenorizada en los siguientes acápite.

2.1.- Metodología empleada para la determinación de los aspectos demográficos y factores de riesgo en pacientes remitidos por el PDCB

Para el cumplimiento del primer objetivo específico trazado se realizó un estudio observacional descriptivo para determinar las características demográficas de los pacientes remitidos por el PDCB, así como la incidencia de factores de riesgo que habían actuado sobre ellos. En esta primera etapa, se entrevistaron todos los pacientes mayores de 15 años, remitidos al servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital General Docente de Cárdenas “Dr. Julio Miguel Aristegui Villamil” a través de la consulta del PDCB, en el periodo de enero de 2001 hasta diciembre de 2007. El estudio se ejecutó por tres investigadores, especialistas en Cirugía Máxilo-Facial, que fueron debidamente entrenados en equipo y calibrados por unificación de criterios para el proceso de recolección de la información. El universo estuvo formado por 301 pacientes con diagnóstico histológico de lesión premaligna o maligna en el complejo bucal, atendidos en esos siete años, y el 100% cumplió con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico clínico e histopatológico de lesión epitelial precursora del cáncer o carcinoma espinocelular ubicados en el complejo bucal.
- Residir en alguna de las áreas de salud atendidas por el Hospital General Docente de Cárdenas.

- Capacidad psicológica para responder a las preguntas de la entrevista (sujeto mentalmente apto).
- Contar con un colaborador (familiar o amigo allegado) para la entrevista en caso de dudas sobre algunos de los datos de la investigación de considerarse necesario debido al bajo nivel cultural o enfermedad discapacitante. (sujeto más suplente en caso de dudas).
- Manifestar por escrito su consentimiento para participar en el estudio, según los criterios bioéticos.

Criterios de exclusión:

- No estar facultado psicológicamente para ser entrevistado o encuestado.
- Decisión voluntaria de no participar en el estudio o de abandonarlo una vez comenzado el mismo.

Procedimientos para la recogida de información

El método para obtener la información fue la entrevista docente, que se inició de una correcta comunicación con el paciente para lograr su aprobación y se rigió por un Cuaderno de recolección de datos (anexo 2), diseñado por el autor y avalado por siete especialistas en Cirugía Máxilo Facial con experiencia en el tema y con la aprobación del director nacional del PDCB quién es además tutor de esta investigación y quién tuvo el visto bueno del Consejo Científico y de la Comisión de Grado de estomatología, según las variables objeto de estudio y validado en un grupo piloto de 11 pacientes. Luego, una vez que el paciente firmó su consentimiento educado (anexo 3), se aplicó el formulario de forma privada, con respeto a los principios bioéticos establecidos para la investigación en humanos.

La encuesta fue aplicada por los investigadores participantes, en la consulta y/o en el domicilio de los pacientes. En los casos de los pacientes que ya habían fallecidos por cáncer bucal al comenzar la investigación, esta se le realizó a un familiar allegado y se completó con la información de la Historia Clínica. Es de señalar, en algunos pacientes operados (enfermos), hubo necesidad de verificar la dirección en las oficinas del Carnet de Identidad. En los pacientes operados de lesiones preneoplásicas y cáncer bucal, con el examen físico del complejo bucal se pudo confirmar la zona anatómica y el estado de la mucosa bucal en el momento de la encuesta.

La recopilación de la información sobre el examen físico se hizo a través de una ficha de recolección de datos, que abarcó interrogatorio y observación:

Interrogatorio: recogió los datos referidos por el paciente o su colaborador en caso necesario. Se utilizó un lenguaje claro, sencillo y de fácil comprensión, de acuerdo con los términos estomatológicos cubanos.

Observación: evaluó el estado de salud bucal de los pacientes, según los objetivos, y se ejecutó con las maniobras y la metodología propuesta por el Programa Nacional de Diagnóstico del Cáncer Bucal (PDCB). Se realizó con la ayuda de un espejo bucal, lámpara, guantes, depresores linguales y torundas de gasa. Este incluyó una observación exhaustiva de la higiene bucal y las estructuras protésicas instaladas.

Se exploraron los sitios anatómicos en estudio, con vistas a detectar posibles patologías concomitantes con el cáncer bucal, en el orden establecido y que se encuentra su referencia en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población.¹⁵

Definición, clasificación y operacionalización de las variables

El cuaderno de recolección de datos diseñado contempló variables relacionadas con las (1) características demográficas: edad, sexo, color de la piel; (2) los hábitos tóxicos: tabaquismo y alcoholismo y (3) la presencia de otros factores de riesgo del cáncer bucal: irritantes locales, prótesis defectuosas, higiene bucal deficiente, exposición al sol, comidas calientes o muy condimentadas y morderse el carrillo. Para los efectos de esta investigación se utilizaron las variables incluidas en este cuestionario y se analizaron aquellas imprescindibles para la elaboración de la estrategia que se propone, las cuales se operacionalizaron (anexo 4). Se recogieron además datos del aspecto clínico e histológico de la enfermedad, su localización anatómica y su clasificación T.N.M. y estadios. A los sujetos del grupo control con riesgo o sin él, se les analizó su escolaridad así como su nivel de conocimiento de factores de riesgo, acciones preventivas y signos bucales de alarma del cáncer bucal (anexos 5 y 6).

Procedimiento para el análisis de la información y procesamiento estadístico.

Los datos de la encuesta fueron resumidos mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) y se presentaron en forma de tablas y figuras.

Se procesaron los datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 11.1. Estos se introdujeron de manera doble y separada (por dos operadores diferentes) por lo que se obtuvieron dos Bases de Datos (BDs) con la misma información. Ambas fueron comparadas de forma automatizada utilizando el módulo “Valídate” del sistema EPI-INFO. El listado resultante de esta comparación contenía las diferencias entre las dos bases, las cuales fueron comparadas con los datos registrados en los

cuestionarios y rectificadas. Con este proceso, se garantizó la limpieza de los datos incorporados en las bases para ser utilizadas en el análisis estadístico y se realizó exportación de los datos al programa estadístico que se empleó para el procesamiento de la información generada.

2.2- Metodología empleada para la determinación del nivel de conocimientos sobre cáncer bucal en la población y en los profesionales

Para determinar el nivel de conocimiento del cáncer bucal, factores de riesgo, acciones preventivas y signos de alarma en los grupos objeto de estudio, el método de obtener la información fue mediante la entrevista docente y la aplicación de la encuesta para medir el nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa que se diseñó. Se recogieron las variables socio demográficas presentes en los participantes del estudio y así se caracterizó a los encuestados.

Los instrumentos se confeccionaron principalmente por preguntas de selección múltiple y de esta manera fueron abordados los contenidos por temas, se agruparon en diez preguntas para cada grupo, las que se evaluaron en calificaciones de dos, tres, cuatro o cinco puntos. Para la evaluación final se consideró como satisfactoria, los que obtuvieron excelente (cinco) y bien (cuatro) o insatisfactoria, regular (tres) y mal (dos), según la tabla de decisiones de diez bloques.

La selección de los entrevistados para medir el nivel de conocimientos, se realizó por factibilidad en 300 pacientes sanos con riesgo o sin él (anexo 6), que acudieron a consulta por otros motivos de Enero a Julio del 2009; mientras que de los 301 pacientes enfermos, se seleccionaron 150 casos (por criterio de autoridad) atendidos

en el referido período de estudio. Para la recopilación de la información se tuvo en cuenta el nivel de escolaridad y el lugar de residencia, urbano o rural y una vez obtenida la información, fue incluida en tablas diseñadas para este fin.

El método utilizado en un sector de la población adulta objeto de estudio, fue la encuesta, para lo cual se estableció una adecuada comunicación con el paciente, para obtener su aprobación siguiendo el orden previamente establecido en el cuaderno de recolección de datos diseñado por especialistas para este fin (anexos 7 y 8). Una vez que el paciente firmó su consentimiento informado, (anexos 3 y 6) se aplicó el formulario de forma privada tanto en consultas o en visitas a domicilio, se respetaron los principios bioéticos al indagar en la intimidad de las personas entrevistadas.

El método utilizado para medir el conocimiento sobre el PDCB en el personal profesional fue mediante la aplicación de una encuesta, diseñada por el autor y avalada por siete especialistas en Cirugía Máxilo Facial y el tutor, (anexos 9-10) el cual fue aplicado según lo establecido en las diferentes instituciones ubicadas en el territorio objeto de estudio. La selección de los encuestados se realizó por factibilidad, se tuvo en cuenta que fueran estomatólogos generales básicos o estomatólogos generales integrales. Se tomó como decisión muestral a 60 profesionales de un universo de 85, lo que representó el 70.6%. Los resultados obtenidos fueron incluidos en tablas diseñadas para este fin. En este caso también se aplicó el test antes y después de la estrategia propuesta.

2.3.- Metodología para el diseño, ejecución y evaluación de una estrategia de intervención educativa con fines a elevar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal

En la materialización de esta estrategia de intervención, se abarcaron los elementos señalados en atención a la propuesta de F. Barreras¹⁶¹ enriquecida por los aportes de otros autores y que indica como componentes esenciales de la misma:

A.-Fundamentación teórica

A base de los análisis realizados en la fundamentación teórica perteneciente al Capítulo I, y después de realizado un análisis documental de otra información relevante al tema así como la utilización de algunos de los resultados obtenidos en la caracterización de los pacientes estudiados se elaboró una introducción para la estrategia de intervención. Los elementos fundamentales que se tuvieron en cuenta fueron: importancia del cáncer bucal, incidencia, datos epidemiológicos, resultados de la implementación del PDCB en Cuba con la situación del territorio del hospital Julio M. Aristegui de Cárdenas, provincia de Matanzas, en relación a este problema de salud y una valoración sobre diferentes razones que coadyuvan al aumento de la morbilidad de esta enfermedad.

Se asume que el cáncer bucal es hoy un importante problema de salud, de causa multifactorial, que afecta todo el mundo, todo lo cual hace que múltiples profesionales de la salud en el ámbito internacional y de nuestro país en particular, centren sus proyectos investigativos en buscarle solución a esta problemática.

El cáncer bucal ocupa el quinto lugar entre las enfermedades estomatológicas, considerada una enfermedad crónica no transmisible, que pasa por diferentes períodos en el curso de la evolución bio-psico-social. En Cuba, desde agosto de 1982, se creó el Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) cuyo objetivo es disminuir la morbilidad y mortalidad del mismo mediante la prevención y el diagnóstico precoz por medio del examen del complejo bucal, a pesar de la puesta en práctica de este programa, resulta preocupante que en la ciudad de Cárdenas perteneciente a la provincia de Matanzas se le diagnostique esta enfermedad a un grupo considerable de personas y aunque los datos epidemiológicos varían de un área de salud a otra, que son atendidos en el Hospital General Docente "Julio M. Aristegui Villamil," la realidad es que el cáncer bucal no ha dejado de ser un problema de salud en el ya referido municipio y que al comparar las tasas de fallecidos con la media nacional, aportadas por el Anuario estadístico del Ministerio de Salud Pública en estos mismos años, se aprecia que a partir del año 2004 las tasas son algo superiores.

El limitado conocimiento de la población en cuanto a factores de riesgo, acciones preventivas, signos de alarma y cáncer bucal, así como la no obtención de los resultados esperados en la aplicación del programa por el personal profesional en lo relativo a la prevención y diagnóstico precoz pudieran ser factores para el aumento de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad. Se suma además la ausencia de una estrategia multidisciplinaria diseñada para darle solución a este problema de salud, todo lo cual valió de motivación para la realización de esta investigación, con la finalidad de potenciar los objetivos trazados por el PDCB. En cuanto al carácter de

las acciones presentadas, en la primera fase predominan las de diagnóstico y de coordinación; en la segunda fase, sobresalen las de ejecución de la estrategia; mientras que en la tercera fase, tienen un carácter de verificación.

Después de realizar un análisis del resultado obtenido y mediante la aplicación de los instrumentos investigativos propuestos se pudo conformar un diagnóstico de la situación del cáncer bucal en el territorio estudiado, para ello se utilizó el método de Hanlon. Se aplicó además herramientas como la Matriz DAFO (anexo 11) para identificar amenazas, debilidades, fortalezas y oportunidades relacionadas con la aplicación del PDCB en esta área. Se realizaron además visitas motivacionales a diferentes centros de trabajo y unidades asistenciales.

B.- Descripción del estado deseado y diseño de los contenidos a desarrollar

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se partió de un diagnóstico, el cual generó el propósito de modificar la situación actual y alcanzar un estado que permita potenciar los objetivos del PDCB en el contexto en que se desarrolla la investigación, logrando así la elaboración de un objetivo general para la intervención y objetivos específicos que se deben realizar en la medida en que este se alcance.

C.-Planeación estratégica

La estrategia de intervención educativa estuvo dirigida en dos direcciones, con sus objetivos específicos y tres etapas (1) diagnóstico epidemiológico y educativo, (2) diseño y ejecución y (3) evaluación y validación. Cada una de ellas conformadas con acciones a cumplir, además de tener en cuenta la forma organizativa de la enseñanza, los responsables, participantes, el periodo de cumplimiento y

evaluación, que finalizó con orientaciones generales para el cumplimiento de la misma.

Para la etapa diagnóstica, además de las encuestas ya descritas, se motivó a directivos en punto solicitado por el investigador en reunión ordinaria, donde se mostraron los resultados obtenidos. Las diferentes actividades educativas efectuadas en las unidades, fueron monitoreadas por el investigador mediante observación participativa, así como se efectuó un estudio sobre los temas abordados en los trabajos de terminación de residencia y su correlación con el problema de salud identificado.

El diseño se realizó siguiendo los elementos señalados en la propuesta de F. Barreras¹⁵⁹ y la ejecución de la estrategia, se produjo a través de un curso taller para los profesionales como forma organizativa de enseñanza, para lo cual se requirió de diapositivas, transparencias o láminas, computadoras, pizarra, video casetera, además de monografías confeccionadas al efecto por el investigador. Esta forma de docencia promovió el desarrollo de capacidades, el trabajo independiente, la participación activa, consciente y creadora de todos los profesionales integrantes. Además se tuvo en cuenta el lugar de la reunión accesible y adecuada para todos, así como la fecha de la misma. Se motivó al personal sobre la necesaria inclusión del tema en los trabajos de terminación de residencia.

En la instrucción de la población adulta se emplearon la charla y la demostración, entre otras, con la primera se le brindó información de forma amena, sencilla, permitiendo hacer una presentación hablada de uno o más temas. Con la segunda se mostró en forma práctica como hacer las cosas, haciendo evidente las habilidades

del demostrador y promoviendo la confianza de los adultos. Permitió una amplia participación a través de “aprender haciendo”, de esta forma la población adquiriese los conocimientos necesarios sobre el cáncer bucal y su repercusión en el estado de salud, tanto general como bucal, y una vez incorporados dichos conocimientos, los mismos constituyeran una herramienta decisiva en la motivación de los individuos para lograr un cambio de actitud. El material didáctico empleado fueron diapositivas, transparencias, láminas y computadoras y las técnicas que se realizaron actuaron en los niveles cognitivo, afectivo y conductual de los individuos. El *curriculum* de la estrategia de intervención educativa aparece en el anexo 14.

Para la etapa de evaluación de los conocimientos adquiridos, se empleó el mismo sistema de puntos descrito en la etapa diagnóstica. Los resultados de la evaluación en esta etapa permitieron realizar una valoración cualitativa y cuantitativa con respecto a la etapa inicial, se estimularon los mejores resultados y se aplicó una matriz DAFO para aplicaciones futuras. Conclusiones finales y elaboración del informe.

En cuanto al procesamiento estadístico de las evaluaciones, se compararon los resultados de antes y después de aplicada la estrategia. Se usó el estadígrafo distribuido chi cuadrado (χ^2) con significación para $p \leq 0.05$.

Pautas para la aplicación de la estrategia de intervención educativa

Tiempo de duración: se propuso para el cumplimiento de la primera etapa los meses de enero del 2009 a septiembre del 2009, la segunda etapa (Implementación) de octubre del 2009 a octubre del 2010 y la tercera etapa en el mes noviembre del 2010

a junio del 2011, se culmina con el informe final que se realizó, en los meses de septiembre a noviembre del 2011.

Evaluación: sistemática, por un responsable designado para tal fin que recogió los aspectos positivos, negativos e interesantes de cada acción que se realizó en el cumplimiento de las etapas, teniendo en cuenta los instrumentos utilizados para cada una de ellas.

Responsables: departamento municipal de Educación para la Salud del municipio de Cárdenas, facilitadores de cada área de salud y autor del trabajo de tesis.

Participantes: Cirujanos Máxilo- faciales del Hospital General Docente (responsables de la aplicación de la intervención), Licenciadas en Atención Estomatológica del Servicio de Cirugía Máxilo Facial, facilitadores y jefes de departamentos de Estomatología de las diferentes áreas de salud, personal profesional estomatológico y población objeto de estudio, todos pertenecientes a la población que atiende el hospital de Cárdenas.

Formas de organización docentes: conferencias, charlas educativas, discusión grupal, curso taller y multimedia con fines educativos sobre los temas abordados:
Población adulta objeto de estudio: temas educativos impartidos (anexo 12).

Tema I: Cáncer bucal. Factores de riesgo y signos de alarma.

Tema II: Lesiones premalignas y estados premalignos.

Tema III: Presentación de Multimedia e intervención de experiencias personales. Acciones preventivas.

Tema IV: Elementos necesarios para mejorar los estilos de vida.

Estomatólogos que brindan atención a dicha población:

Tema I: "Programa de detección del cáncer bucal". (Curso taller) (Anexo 13).

Tema II: "Lesiones y estados premalignos." (Conferencia)

Tema III: "Neoplasias del epitelio de revestimiento" (Conferencia)

2. 4 Consideraciones bioéticas

El protocolo de esta investigación fue revisado desde el punto de vista científico y metodológico por el Consejo Científico del hospital de Cárdenas, el cual evaluó además, la adherencia a los principios bioéticos implícitos en todo estudio realizado con seres humanos. La información obtenida en la ejecución de la etapa diagnóstica fue consultada previamente con los pacientes incluidos en la investigación, los cuales confirmaron de forma voluntaria su disposición a participar, siendo informados de forma oportuna sobre las características del estudio. En la información interpersonal no se empleó lenguaje técnico, sino sencillo y comprensible para el sujeto. Se le explicó a cada paciente que la información relacionada con su identidad sería tratada de manera confidencial. El investigador no coaccionó, ni influenció para participar o mantenerse en el estudio, considerado este la máxima expresión del principio de autonomía.

Se efectuó un examen estomatológico ordinario, por lo que no fue necesario acudir a procedimientos o maniobras que pudieran provocar daños físicos o psíquicos en los pacientes encuestados, se realizaron charlas educativas destinadas a limitar los factores de riesgo presentes para con ello extremar los posibles beneficios. Del mismo modo, se mantuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes para lo cual se mantuvo una imparcialidad en la distribución de beneficios con estos, pues en el tratamiento del cáncer bucal existen normas y métodos, contemplados en

protocolos inviolables que norman el diagnóstico, las terapias, el seguimiento y la evolución periódica de la enfermedad. Se aplicaron los tratamientos idóneos tanto curativos como preventivos sin distinción alguna, para avanzar en el tratamiento del dolor y así evitar la multiplicación de procedimientos y/o tratamientos innecesarios.

Es válido señalar que se estableció una comunicación fluida con los pacientes y con los estomatólogos, para lo cual se cumplió con los principios bioéticos, con rigurosa seriedad en este último al igual que en pacientes y se respetó sus derechos a colaborar de forma voluntaria, sin dejar de conservar el secreto médico.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS

En este Capítulo se pueden apreciar los principales resultados obtenidos en el período de tiempo en que se desarrolló la investigación. El mismo contiene los resultados a partir de un estudio de la distribución espacial y temporal de las lesiones preneoplásicas y cáncer bucal. En un segundo término se ofrecen los resultados de la morbilidad de estas lesiones, según variables estudiadas: edad, sexo, color de la piel, hábitos tóxicos, diagnóstico histológico y localización de la lesión. El nivel de conocimiento existente en un sector de la población sobre cáncer bucal, factores de riesgo, protectores y signos bucales de alarma así como el conocimiento relacionado con el PDCB por parte de los profesionales de la estomatología, y los resultados obtenidos a partir de la implementación de una estrategia de intervención educativa constituyen el tercer y cuarto acápite y para concluir la validación de la misma, a partir de cambios en los estilos de vida y el criterio de los especialistas.

3.1 Caracterización de pacientes con lesiones preneoplásicas y cáncer bucal

En la tabla 1 se presentó la distribución de pacientes afectados por lesiones preneoplásicas y cáncer bucal en el período comprendido de enero 2001 a diciembre 2007 donde se pudo apreciar el incremento en orden progresivo de casos en estos dos aspectos. En las lesiones preneoplásicas se diagnosticaron 23 casos en el 2001, contra 57 en el 2007; en las lesiones neoplásicas, en el 2001 se diagnostican siete casos y en el 2007 resultaron 20.

Al analizar las tasas por cien mil habitantes de lesiones preneoplásicas y cáncer bucal podemos apreciar aún más claramente este aumento, pues en lesiones preneoplásicas la tasa en el año 2001 fue de 14.8 y en el 2007 fue de 34.1; en cáncer bucal en el 2001 fue de 4.5 contra. $11.9 \times 100\,000$ habitantes en el 2007

En la figura 3 que exhibe espacial y temporal los municipios atendidos por el hospital, se pueden observar los casos reportados, aunque por la cantidad de habitantes de cada uno no se puede establecer comparación. Como es de suponer, Cárdenas es el municipio más llamativo y esto está dado por su cantidad de habitantes, pero el Consejo Popular de Máximo Gómez, en que la Oficina Nacional de Estadísticas de Perico establece una población de 10 586 habitantes, presenta en los tres aspectos tasas que pueden estar por encima de la media. (Anexo 16)

Se pudo precisar que se estudiaron 301 casos en el periodo comprendido entre los años 2001- 2007 en las localidades mencionadas anteriormente. De estos, 224 pacientes con lesiones preneoplásicas y 77 con lesiones malignizadas. Puede apreciarse que en las dos columnas el número de casos va en aumento, al punto de que al llegar al año 2007, los casos duplican o más los casos del 2001. Es de destacar que mientras en el municipio de Cárdenas la población aumenta, en Martí, decrece.

3.2- Análisis de la morbilidad de las lesiones preneoplásicas y cáncer bucal en el periodo 2001-2007 según variables seleccionadas

En la tabla 2 se aprecia que del total de pacientes estudiados, el 63.7% correspondió a pacientes del sexo masculino, mientras que el 36.3 al femenino. De estos pacientes, los 224 casos con lesiones premalignas 57.6 % eran masculino, y 42.4% del sexo femenino. En caso de las lesiones malignas, 63 pacientes (81.8%) son masculinos. En general, existe predominio del sexo masculino sobre el femenino, más marcado en las lesiones malignas (4.5 casos X1), no así en el número de las lesiones premalignas en que el sexo femenino se acerca al masculino.

La tabla 3 muestra que en el universo estudiado, el 87.4 % de los pacientes son de piel blanca. Los pacientes piel blanca con lesiones premalignas fueron la mayoría (84.8%) así como en pacientes con lesiones malignas (96.1%), cifra superior en este grupo de pacientes. Los casos reportados de color de piel negros y mestizos son minorías con 6.3 y 5.6% respectivamente y en el caso del color de piel amarilla, aunque la densidad poblacional es ínfima, es significativo la existencia de un caso en cada tipo de lesión. De forma general, existió predominio de los pacientes de piel blanca sobre las demás en la investigación, aunque es importante señalar que las lesiones de labio solo se encontraron en pacientes de piel blanca.

Como se observa en la gráfica A, se puede afirmar que la *leucoplasia* fue la afección más frecuente en las lesiones premalignas. El *carcinoma espinocelular* fue la única lesión epitelial maligna encontrada y a la vez, en este tipo de lesiones, la que está más en relación con los factores de riesgo que se estudian en la presente investigación. Los hallazgos en relación con el tipo de lesiones premalignas y malignas evidencian que la lesión epitelial precursora más frecuente es la *leucoplasia*, identificando en esta investigación el 99.1% y de las malignas, el *carcinoma espinocelular*. En sentido general se comprobó que las *leucoplasias* fueron el 73.8% y el *carcinoma de células escamosas* el 25.5%.

La tabla 4 precisa los grupos de edades más afectados donde se observa en lesiones premalignas el de 41-60 años con el 52.7% de estas lesiones. En el grupo menores de 40 años se pueden apreciar cifras elevadas, al tener en cuenta las edades para el inicio de estas lesiones, aunque no lleguen a la incidencia de los grupos señalados anteriormente. En las lesiones malignas el grupo de 61 o más

años presenta las mayores cifras con 59.7% y llama la atención, que en el grupo de 40 años o menos aparecen cinco casos para el 6.6% y al unir los dos tipos de lesiones, el grupo de 41-60 años como el de mayor aporte con el 47.7% de los casos. La edad media para los pacientes con lesiones premalignas (52.13 años) fue menor que la edad media de los pacientes con lesiones malignas (64.15). La edad mínima fue de 19 años en las lesiones premalignas y de 30 años para el cáncer bucal.

La tabla 5 exhibe la distribución de las lesiones por zonas anatómicas de la cavidad bucal y se pudo observar en las lesiones premalignas una mayor incidencia en el labio inferior y la mucosa del carrillo, ambas con 63 casos para el 27.8% y la encía superior con el 11.1%; mientras en las malignas es apreciable el labio inferior con 34 casos y 42.0% siguiéndole la lengua móvil y suelo de boca con el 12.3 % y 9.8 % respectivamente. El resto de las zonas anatómicas se mantienen con cifras muy similares, ya que en realidad no son altas. En general, las lesiones premalignas más frecuentes estuvieron localizadas en labio inferior y en la mucosa del carrillo, ambas con 55.6%; mientras que el labio inferior, lengua (móvil y base) y suelo de boca las lesiones malignas predominaron con el 69%.

La gráfica B muestra el estadio en que se encontraron las lesiones malignas en el momento de realizar la biopsia tanto incisional como escisional y que para la clasificación TNM, fueron recogidos los datos aportados en el modelo Solicitud de Biopsia que se enviaron al Departamento de Anatomía Patológica El estadio más frecuente observado fue el T1 N0 M0 (59.7%), seguido del T2 N1 M0 (19.5%) y el T2 N0 M0 (15.6%).

La tabla 6 precisa que tanto en lesiones premalignas como con cáncer bucal predominó el área urbana sobre la rural con el 90.6% y el 87.1% y en sentido general, el área urbana representó el 89.4% de los pacientes afectados. Es de destacar que algunas personas, aunque tengan lugar de residencia en zonas urbanas, laboran en zonas agrícolas, y esto es muy importante en la relación con el cáncer de labio.

La tabla 7 muestra la distribución de hábitos tóxicos y agentes exógenos en lesiones premalignas y cáncer bucal, se pudo apreciar la alta cifra de fumadores y bebedores en los pacientes estudiados. En lesiones premalignas el tabaquismo estuvo al 84.0 %, el alcoholismo al 42.0 % y ambos unidos actuando en sinergia al 40.1 % y algo muy similar ocurre en las lesiones malignas donde el 91.0 % fuma, el 57.1 % bebe e igualmente los que fuman y beben con esta misma cifra. En sentido general el tabaquismo está presente en el 85 % de estos casos, los que beben en el 45.8 % y los expuestos a ambos hábitos tóxicos al 44.5 %. El resto de los factores de riesgo no tienen cifras apreciables como las anteriores a excepción de la higiene bucal deficiente que en sentido general tiene 30.9 % y las prótesis desajustadas con 27.4 %. Es de señalar que se conoció, a pesar del consentimiento informado, hubo pacientes del sexo femenino que no reconocieron ser bebedoras cuando sí lo eran. Se observa además la relación de las acciones preventivas para el cáncer bucal donde se aprecia en ambos tipos de lesiones un resultado bajo, aunque los porcientos de cumplimiento son mejores en las lesiones premalignas.

3.3- Nivel de conocimiento del cáncer bucal, en pacientes remitidos y no remitidos por el PDCB y de los estomatólogos

La tabla 9 sintetiza las variables demográficas en pacientes no afectados que se tomaron como grupo control. Estos pacientes fueron seleccionados en las consultas al no concurrir por lesiones que pertenecieran a las patologías estudiadas y también tomando para este grupo control personas que por sus hábitos tóxicos presentaban factores de riesgo (tabaquismo y alcoholismo) pero que no estaban afectados por lesiones. Este grupo control se trató de que estuvieran representados todos los grupos de edades y en estos el más numeroso es el de 41- 60 años con 49.6% de los casos.

La tabla 10 analiza el nivel de escolaridad de los pacientes afectados con lesiones preneoplásicas y cáncer bucal y se pudo apreciar que el grupo con nivel de Secundaria Básica vencida, fue el más numeroso en lesiones premalignas con el 43.3% y seguir en orden el de Preuniversitario con 27.2%, mientras en las lesiones malignas predominó el grupo que venció la Educación Primaria con 44.1% y los de Secundaria Básica con 41.6%. En sentido general, fueron los grupos de Primaria y Secundaria los más representados con 29.2 y 42.9% respectivamente. Es de señalar que en las lesiones premalignas el grupo de Preuniversitario presentó una alta presencia. Se recogió además, las variables escolaridad y color de la piel de las 300 personas seleccionadas en el grupo control, se apreció las que vencieron Secundaria Básica como el grupo mayor con 53.3% y le siguió en orden los de Preuniversitario con 34.0%. Predominaron las personas de piel blanca con 195 casos y los menos numerosos, son los de piel amarilla con solo dos casos.

En la gráfica C se mostraron los pacientes seleccionados para realizar la estrategia de intervención educativa que fueron escogidos de los casos afectados por lesiones premalignas, teniendo en cuenta que los afectados por lesiones malignas por su cantidad no serían representativos para la muestra, además de que ya algunos habían fallecido.

La tabla 11 relacionó los pacientes afectados por lesiones con el grupo control. De los pacientes remitidos por el PDCB se seleccionaron 150 de los 224 afectados por lesiones premalignas y a ambos grupos se les realizó una encuesta sobre los factores de riesgo que pueden contribuir al cáncer bucal para evaluar el nivel de conocimiento de ellos sobre estos aspectos. Se pudo apreciar que se encontraron diferencias significativas entre estos dos grupos una vez aplicado el test χ^2 pues la probabilidad calculada fue menor de 0.05, probabilidad prefijada con antelación. Se considera entonces la posibilidad de que los pacientes afectados habían sido alertados en sus consultas médicas anteriores, sobre algunos de estos factores, pero en general el nivel de conocimiento fue deficiente.

La tabla 12 comprueba que el nivel de conocimientos sobre los factores protectores o acciones preventivas para prevenir el cáncer bucal, tanto del grupo de afectados como en el de control, fue también deficiente, aunque en el de control se apreciaron en los tres aspectos verificados, niveles de conocimientos superiores a los de los pacientes afectados, aunque desde el punto de vista estadístico no se constataron diferencias significativas entre ambos grupos. ($p=0.80$)

La tabla 13 evidencia los conocimientos sobre los signos bucales de alarma relacionados con el cáncer bucal, donde se observó mayor dominio en la relación de las úlceras con estas patologías, tanto en el grupo de pacientes afectados como el de control, con el 94% y 93% respectivamente, seguido por las manchas blancas con 78.6% y 67.0%. En sentido general el conocimiento sobre los signos de alarma es pobre, en conjunto se consideraron las lesiones duras solo en un 56.6%, los abultamientos en 54.4% y las manchas rojas con el 44.2%. En este caso se encontraron diferencias estadísticas significativas entre los pacientes sanos y enfermos en relación al nivel de conocimientos sobre signos de alarma.

La tabla 14 describe los conocimientos acerca del cáncer bucal antes de aplicar la encuesta sobre los aspectos para medir el nivel de conocimientos sobre cáncer bucal (anexos 7-8) y donde se apreció un nivel de conocimientos muy pobre, debido a que los pacientes afectados desaprobaron el 27.3% y el 64% obtuvo tres puntos, mientras en el grupo control desaprobó el 14.0% y obtuvo tres puntos el 67.0%. En conjunto el 18.5% desaprobó y el 66.6% obtuvo tres puntos; los que obtuvieron cinco puntos fueron el 3.3% y con cuatro puntos el 12.2%. Si valoramos como positivo presentar más del 80% de conocimientos (puntuación de cuatro y cinco) se apreció que solo 15.5% lo obtuvieron. En relación al test aplicado se puede concluir que los grupos estudiados son diferentes estadísticamente ($p=0.001$)

En la tabla 15 se pone de manifiesto el bajo nivel de conocimiento de los estomatólogos en cada una de las preguntas del cuestionario aplicado antes de la estrategia de intervención educativa (anexos 9-10) y se apreció que ninguna de las interrogantes llegó al 75% de respuesta correcta; destaca el autor como negativo, los

resultados obtenidos en las preguntas dos, cuatro y ocho, donde las respuestas estuvieron en el orden de 30.0%, 40.0% y 33.3% respectivamente. Con relación a los factores de riesgo del cáncer bucal, enmarcados en la interrogante cuatro, se pudo constatar que la inmensa mayoría relaciona al tabaquismo y el alcoholismo como factores de riesgo, pero el resto de estos factores son casi desconocidos por muchos.

El conocimiento de los estomatólogos (diagnóstico educativo) en relación al cáncer bucal, factores de riesgo y acciones preventivas (gráfico D); al aplicar la Tabla de decisiones de diez preguntas formuladas en el cuestionario, se clasificó como bajo, si tenemos en cuenta que el 51.6% obtuvo calificación de tres y 5.0% calificación de dos. Solo el 6.7% obtuvo calificación de cinco, de forma conclusiva se observó evaluación satisfactoria en 43.4% e insatisfactoria en el 56.6% de los encuestados. En relación a la edad y los años de graduado, se pudo apreciar que mientras mayor fue el promedio de edad y de años de graduado, la evaluación fue más satisfactoria a excepción de la calificación de dos, obtenida por tres encuestados.

3.4- Resultados de la aplicación de la Estrategia de Intervención Educativa como método científico para potenciar los objetivos del PDCB

Etapas de la Estrategia. (Figura 4)

Se efectuaron las coordinaciones necesarias para sensibilizar al personal profesional estomatológico y a los directivos que desarrollan la educación para la salud en los municipios de Cárdenas y Martí y en el Policlínico de Máximo Gómez con la finalidad de desarrollar una campaña de promoción de los factores de riesgo, protectores o

acciones preventivas y signos de alarma del cáncer bucal en la población objeto de estudio.

Primera etapa. Diagnóstico.

Para la etapa de diagnóstico educativo se propuso el siguiente objetivo:

- Medir el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal, factores de riesgo, factores protectores y signos bucales de alarma que posee la población adulta perteneciente al territorio de Cárdenas.(anexos 7, 8)

Acciones:

- Se encuestaron pacientes que acudieron a consulta remitidos por el PDCB.
- Se encuestaron pacientes que acudieron a consulta de Cirugía Máxilo Facial que no fueron remitidos por el PDCB.
- Se motivó a los directivos, responsables de la promoción y educación para la salud en el territorio de Cárdenas, representantes de organizaciones políticas y de masas, acerca de la necesidad de acrecentar los conocimientos sobre el cáncer bucal, factores de riesgo y protectores relacionados con esta enfermedad, en la población objeto de estudio.
- Valoraron las formas de trabajo metodológico de intervención a utilizar para alcanzar el objetivo propuesto o enfrentar el problema de salud identificado.
- Se efectuaron intervenciones en las diferentes actividades educativas que se implementaron en las unidades de salud y en centros de trabajo y estudio.

Como resultados de esta etapa se constató lo siguiente:

- Según los resultados obtenidos a través del estudio epidemiológico se verificó la existencia de un aumento progresivo de lesiones preneoplásicas y cáncer bucal, a pesar de existir diferencias epidemiológicas en cuanto a la distribución espacial y temporal de los pacientes con lesiones preneoplásicas y cáncer bucal en las diferentes áreas de salud, las mismas no son apreciables, por lo que se puede concluir que el incremento producido ha involucrado de forma similar, a todo el territorio que se atiende en el Hospital General Docente del municipio de Cárdenas.
- Al determinar el nivel de conocimientos del cáncer bucal, factores de riesgo y factores protectores o acciones preventivas de la población adulta objeto de estudio, arrojó como resultado limitaciones en el conocimiento necesario, que permita prevenir el cáncer bucal así como desconocimiento de los factores protectores y factores de riesgo que de forma directa pueden incidir en la enfermedad, evidenciándose también que la población más sensible presenta un bajo nivel de escolaridad.
- La no obtención de los resultados esperados en la aplicación del PDCB por el personal profesional estomatológico en lo relativo a la prevención y diagnóstico precoz.
- La selección de los pacientes con lesiones preneoplásicas y cáncer bucal que fueron atendidos en el periodo del 2001 al 2007 en el hospital de referencia tuvo como propósito determinar la incidencia de lesiones preneoplásicas y cáncer bucal en la población objeto de estudio, quedando demostrada la elevada incidencia de estas lesiones.

Se puede afirmar que se ha producido un ascenso progresivo en la aparición de lesiones preneoplásicas y cáncer bucal. Si se adiciona la falta de sensibilidad de la población adulta, ocasionada por un marcado desconocimiento y el insuficiente accionar del profesional estomatológico, se puede señalar que la elevada morbilidad y mortalidad por cáncer bucal continúa siendo un problema de salud en ascenso.

Una vez terminado el proceso de diagnóstico se conformaron los siguientes objetivos para esta estrategia:

Objetivo general: Fortalecer el PDCB en el territorio que atiende el Hospital General Docente “Julio M. Aristegui Villamil”.

Objetivos específicos:

- Educar a la población referida sobre los factores de riesgo del cáncer bucal.
- Promover las acciones preventivas en la población objeto de estudio.
- Promocionar la enseñanza del autoexamen bucal.
- Controlar que se cumpla el seguimiento preventivo/ curativo a los pacientes remitidos por el PDCB por parte del personal profesional estomatológico.

Segunda etapa. Diseño y ejecución

Para lograr los objetivos establecidos en la etapa anterior, se estableció en esta etapa el siguiente propósito:

- Elevar el nivel de conocimientos sobre el cáncer bucal, factores de riesgo y protectores en la población adulta que recibe atención en el Hospital General Docente de Cárdenas.

Esta intervención educativa tuvo como escenario fundamental las salas de espera y aulas docentes de las instituciones de salud, es importante destacar las posibilidades

brindadas por los medios de difusión masiva municipales (radio y televisión local) para divulgar y promocionar con un mayor alcance.

Actividades:

- Introducción al tema mediante el uso de técnicas afectivo-participativas que le permitió al auditorio la familiarización con los temas abordados.
- Implementación de charlas educativas con el uso de técnicas demostrativas, con carácter vivencial y práctico.
- Se confeccionó e instaló una Multimedia con fines educativos relacionadas con factores de riesgo, acciones preventivas y signos bucales de alarma del cáncer bucal.
- Encuentros conclusivos que tuvieron como finalidad la consolidación de los contenidos que tributaron en potenciar los conocimientos adquiridos.

Tercera etapa: Evaluación

Esta etapa fue de evaluación y tuvo como propósito someter a valoración las acciones ejecutadas y los resultados alcanzados en el proceso de ejecución de la estrategia de intervención educativa, es decir, controlar lo realizado.

Objetivo:

- Controlar cómo se cumplieron las acciones propuestas en las etapas anteriores de la estrategia de intervención educativa.

Actividades:

- Se efectuaron reuniones con directivos de los departamentos municipales de Educación para la Salud para determinar las modificaciones y adecuaciones con el objetivo de obtener resultados superiores en próximas aplicaciones.

- Diagnóstico final a un sector de la población objeto de estudio, pertenecientes a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que recibió las actividades contempladas en la implementación de la estrategia de intervención.
- Se aplicó la matriz DAFO al PDCB en nuestro territorio, sobre las acciones de la estrategia y su influencia en el desarrollo del conocimiento del cáncer bucal, factores de riesgo y protectores. (anexo 11).

La segunda dirección de la estrategia se encaminó a elevar la preparación sobre el Programa de Detección del Cáncer Bucal al priorizar el conocimiento relacionado con cáncer bucal, factores de riesgo y acciones preventivas en el personal profesional que brinda atención estomatológica en el territorio de Cárdenas.

Primera etapa. Diagnóstico

Para la etapa de diagnóstico educativo se propuso el siguiente objetivo:

- Medir el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal, factores de riesgo, acciones preventivas y signos bucales de alarma que posee el personal profesional que brinda atención estomatológica en el territorio de Cárdenas. (anexo 9)

Acciones:

- Se aplicó un cuestionario al personal profesional estomatológico para establecer la relación entre el conocimiento que poseen y lo que deben saber sobre cáncer bucal, factores de riesgo y acciones preventivas.
- Se motivó a los directivos y facilitadores de las diferentes áreas de salud, acerca de la necesidad de acrecentar los conocimientos sobre el cáncer bucal, factores de riesgo y protectores o acciones preventivas relacionados con esta enfermedad, en el personal profesional.

- Valoraron las formas de trabajo metodológico de intervención a utilizar para alcanzar el objetivo propuesto o enfrentar el problema de salud identificado.
- Se efectuaron intervenciones en las diferentes actividades educativas que se implementaron en las unidades de salud.
- Realizar un estudio de los temas abordados en los trabajos de terminación de residencia en Estomatología General Integral y se relacionó con el problema de salud identificado.

Segunda etapa. Diseño y ejecución

Para el diseño y ejecución se propusieron los siguientes objetivos:

- Sensibilizar al personal profesional sobre su necesaria preparación, que tribute hacia mejores resultados en la aplicación del PDCB.
- Elevar el nivel de conocimientos sobre el cáncer bucal, factores de riesgo y protectores en el personal profesional estomatológico que brinda atención en el territorio de Cárdenas.
- Potenciar los resultados obtenidos en la población adulta, con la educación continua y personalizada que realiza el personal profesional.

Esta intervención educativa tuvo como escenario fundamental las instituciones de salud, con las cuales se coordinó previamente, es importante destacar las posibilidades brindadas por las técnicas de información computarizadas. Actividades:

- Introducción al tema mediante el uso de técnicas afectivo-participativas que le permitieron al auditorio profesional la sensibilización con los temas abordados.
- Implementación del curso taller con el uso de técnicas demostrativas, con carácter vivencial y práctico.

- Encuentros conclusivos que tuvieron como finalidad la consolidación de los contenidos que tributaron en potenciar los conocimientos adquiridos.
- Se incentivó la necesaria inclusión del problema de salud identificado en los estudios de terminación de residencia.

Tercera etapa. Evaluación

La misma tuvo como objetivos:

- Controlar cómo se cumplieron las acciones propuestas en las etapas anteriores de la estrategia de intervención educativa.
- Valorar el resultado de las acciones ejecutadas mediante el cumplimiento de las etapas anteriores.

Actividades:

- Se realizaron reuniones con directivos y facilitadores de las diferentes áreas de salud, para determinar las modificaciones y adecuaciones con el objetivo de obtener resultados superiores en próximas aplicaciones.
- Diagnóstico final a un grupo de profesionales objeto de estudio, que recibió las actividades contempladas en la implementación de la estrategia de intervención.
- Se realizaron encuestas grupales para valorar el cumplimiento de las expectativas de los profesionales, mediante las acciones realizadas en la etapa de ejecución.
- Chequear la inclusión sistemática del problema identificado en los estudios de terminación de residencia.
- Estimulación de los mejores resultados en la presentación de estos trabajos y su generalización al colectivo.

Se aplicó la matriz DAFO al PDCB en nuestro territorio, sobre las acciones de la estrategia y su influencia en el desarrollo del conocimiento de los profesionales sobre cáncer bucal, factores de riesgo y protectores (anexo 11).

La tabla 16 exhibe, cómo después de aplicado el diagnóstico educativo por el conjunto de actividades específicas para mejorar el conocimiento sobre el cáncer bucal, este se incrementó en ambos grupos (afectados y control) y en sentido general mejoraron todos los aspectos a tener en cuenta, fundamentalmente los de mayor riesgo como el tabaquismo con el 96%, el alcoholismo con 86.8% y ambos unidos con el 90%. El resto de los aspectos mejoraron también ostensiblemente. No se encontraron diferencias estadísticas entre ambos grupos, el conocimiento adquirido fue similar para todos los sujetos estudiados.

La tabla 17 muestra el salto cualitativo que experimentó después de aplicar la estrategia en relación con los factores protectores o acciones preventivas para prevenir el cáncer bucal, en el cual después de recibir los conocimientos necesarios alcanzaron el nivel óptimo de beneficios a la salud y además de la ayuda que puedan aportar sirviendo como promotores informales de salud para todas aquellas personas que les rodean. Los tres aspectos valorados (dominio del autoexamen bucal, chequeo bucal periódico y dieta antioxidante) obtuvieron respuestas afirmativas en más del 92%. El valor p calculado fue superior a lo prefijado por lo que se considera que no existió evidencia para decir que estos grupos sean iguales.

La Tabla 18 permite observar el salto cualitativo de los conocimientos en relación con los signos de alarma del cáncer bucal después de haber aplicado la estrategia

educativa tanto en los pacientes afectados como en el grupo control. En todos, se elevó significativamente el nivel de conocimientos acerca de los signos de alarma, como es el caso de las úlceras con 99.3% y las manchas blancas con 99.1% y el resto se comportó por encima del 90%. Después de aplicada la intervención educativa, se pudo constatar que los dos grupos asimilaron los conocimientos de igual forma, ser sano o enfermo no es un factor para la obtención de estos conocimientos

Se observa en los resultados obtenidos en la evaluación del nivel de conocimiento de pacientes encuestados después de aplicada la Estrategia de Intervención Educativa (Tabla 19) encontrados a través de la encuesta para medir el nivel de conocimiento que lo califica (anexos 7 y 8), se pudo apreciar igualmente el aumento en el nivel de conocimiento, ya que no se observan desaprobados y con calificación de tres solamente aparecen 5.7% del total de encuestados (pacientes enfermos y grupo control); mientras, con calificación de cuatro aparece el 33.7% y con cinco el 60.6% de todos los encuestados, para un total de 94.3% en estos dos últimos acápite. A criterio del autor esta sería una cifra satisfactoria debido a que con nota de tres aun queda un espacio apreciable de desconocimiento que puede propiciar en que pueda aparecer una lesión y por lo tanto como insatisfactoria solo el 5.7%, mientras que antes de realizar la encuesta, como satisfactoria solo se encontró el 15.5% (notas de cuatro y cinco) y como insatisfactoria el 84.5% de los encuestados (calificación de tres y desaprobados). Como conclusión del test estadístico aplicado se puede considerar que ambos grupos se comportaron de forma similar en la obtención de conocimientos

La tabla 20 evidencia el cambio experimentado en la población por la estrategia de intervención educativa antes y después de aplicada esta, al demostrarse el impacto alcanzado al relacionarla con los conocimientos que poseían antes de aplicarse y que el χ^2 en los casos enfermos alcanza un valor de 208.370 y en el grupo control de 350.394; ambos muy importantes por el conocimiento alcanzado y el beneficio adquirido y $p= 0.001$ para los dos grupos, por lo que las posibilidades de error son mínimas.

La tabla 21 pone de manifiesto el elevado nivel de conocimiento alcanzado por los estomatólogos una vez aplicada la estrategia de intervención educativa, que consistió en un curso taller, de cuatro horas y una de encuentro conclusivo relacionado con tres temas de la asignatura Medicina Bucal II que se imparte en el cuarto año de la carrera. Como se puede apreciar, el nivel de conocimiento con puntuación de cinco y cuatro fue de 98.3%, mientras que antes de la estrategia había sido de 43.4%. Es de destacar que los estomatólogos mostraron interés de superación en estas clases que recibieron y para la realización del curso taller, los 60 estomatólogos se dividieron en cuatro grupos para de esta forma hacer más fácil la comprensión de los temas. De forma estadística también se comprobó la diferencia significativa entre los dos momentos de aplicación de la encuesta. El valor $p=0.001$ nos muestra que no se manifiesta margen de error alguno.

La Tabla 22 demuestra el cambio cualitativo experimentado por los estomatólogos después de aplicada la estrategia en que 98.3% obtuvo calificación de satisfactoria y solo 1.7% de insatisfactoria, se pudo apreciar la necesidad de los cursos post grado relacionados con temáticas sobre el Programa de Detección del Cáncer Bucal con el

objetivo de garantizar el buen desempeño de este programa. El valor $p=0.001$ nos da la medida de la calidad de esta estrategia de intervención educativa aplicada al personal profesional que tiene que ver directamente con la atención a los pacientes sospechosos de cáncer bucal y el exitoso desarrollo de este programa.

3.5 Validación de la estrategia a través del cambio de estilos de vida y criterios de especialistas.

La estrategia de intervención educativa propuesta, se puede considerar efectiva, como muestran las tablas 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22; en la misma se llevaron a cabo un conjunto de actuaciones de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollaron por parte de los agentes de intervención, con el objetivo de que la población objeto de estudio, lograran los objetivos propuestos, promoviendo un cambio de conducta en término de conocimientos, actitudes o prácticas. Prueba de lo anteriormente expuesto es el nivel de conocimientos adquiridos por la población, en un inicio donde encontramos una población con nivel de conocimiento predominantemente insuficiente, se logró un predominio de individuos con conocimientos suficientes, que lograron mejorar sus estilos de vida hacia saludables en 94.3%. Por todo lo expuesto se pueden catalogar como buenas las actividades educativas realizadas al cumplir los principios básicos de la planificación como flexibilidad, realismo, variedad, continuidad, racionalidad y comprensividad semántica entre otros. Resulta pertinente la realización de intervenciones con rapidez y alcance donde predomina la intersectorialidad.

La Tabla 23 verifica que cuatro años después de realizada la intervención educativa al grupo control, estos mejoraron su estilo de vida, al chequear 294 de estos

pacientes y comprobar que el 60.9% lograron abandonar o disminuir su hábito tabáquico y solo 39.1% admitió seguir fumando igual, aunque el 100% de los casos aseguraron realizar las acciones preventivas correctamente y en ninguno de los casos, al realizarle el examen bucal, se encontró signos de lesión.

Una vez aplicada la intervención educativa, la misma fue puesta al criterio valorativo de un grupo de 12 especialistas seleccionados para instrumentarla con 15 personas de sus correspondientes consultorios con factores de riesgo (anexo 14). El método utilizado fue el Check-List, un método heurístico empleado en la definición de problemas que en este caso consiste en corroborar la posibilidad de implementar la intervención educativa, con el propósito declarado en el trabajo de tesis.

Se les solicitó a los especialistas dar respuesta a un cuestionario donde reflejaran la opinión que les merecía, según los resultados alcanzados (anexo 15). Al aplicarlo, se constató que según sus criterios, el 100% de los especialistas consideraron muy adecuados los fundamentos científicos que sustentan la estrategia, las insuficiencias están dadas porque en ella se dirige, en primera instancia, a elevar el conocimiento del personal estomatológico y el 75% de los especialistas considera necesario, que en un futuro, al médico del consultorio y a la Licenciada en atención estomatológica, sean incorporados con un papel más protagónico en su aplicación.

Con respecto a los excesos de la estrategia, no reconocen su existencia el 100% de los encuestados, el 100% coincide en que la estructura de la estrategia es adecuada y el 100% que la misma ofrece solución al problema planteado en la investigación. Son reconocidos una correspondencia adecuada entre las acciones, requerimientos y actividades con los objetivos generales propuestos y la pertinencia de la estrategia

para la formación de un promotor de salud, con un elevado conocimiento sobre cáncer bucal y su repercusión en la salud del hombre. Criterios defendidos por el 91.6% de los especialistas.

Ante la solicitud de alguna recomendación o incluir otros aspectos a evaluar se manifiesta por los especialistas: valorar la posibilidad de que sea aplicada a personal médico y para médico, de acuerdo a sus características y necesidades.

3.6 Valoración de los resultados obtenidos y propuestas de fortalecimiento al PDCB

Esta investigación que ha cursado durante diez años y por varias etapas, ha permitido conocer el comportamiento epidemiológico del cáncer bucal en la población atendida por el Hospital General Docente “Julio M. Aristegui Villamil” de Cárdenas, en el periodo comprendido de enero 2001 a diciembre 2007 , donde se aprecia la existencia de tasas elevadas de lesiones premalignas y malignas, las cuales se han elevado gradualmente, caracterizado esto por el pobre nivel de conocimiento de la población de cómo evitar estas enfermedades.

A partir de esta investigación, se pudo conocer los factores de riesgo que más amenazan a la población y cómo poder valorarlos para prevenir el cáncer bucal así como los signos de alarma ante esta enfermedad, acerca de los cuales se realiza una Estrategia de Intervención Educativa en dos direcciones y se pudo apreciar el desconocimiento de la población sobre ellos, así como el de los estomatólogos responsabilizados con su atención, se elevó el nivel de conocimiento de estas

propias personas y del personal profesional que los atiende, después de realizada la estrategia.

Los beneficios y ventajas del presente estudio, permiten con otros pacientes y grupos control, poder utilizarlos como promotores informales de salud, así como el personal profesional que los atiende, para disminuir la incidencia de cáncer bucal en el territorio y en la provincia, además de alertar a las direcciones de salud sobre las causas de los incumplimientos encontrados en la matriz DAFO (anexo 11), por lo que para potenciar los objetivos del PDCB se sugiere a la dirección nacional del programa adicionar las siguientes actividades:

- Realizar actividades de promoción, educación y prevención primaria de forma continua y personalizada en los pacientes con riesgo, según clasificación epidemiológica, al utilizar estrategias de intervención educativas en APS como la que proponemos u otras similares.
- Hacer uso adecuado de las TIC (Multimedia) como medio educativo en los centros laborales y de estudio que lo permitan, de manera similar al empleado en nuestra investigación, al tener como referente nuestros resultados.
- Realizar labor educativa en pacientes remitidos y/o operados de lesiones premalignas y cáncer bucal en atención secundaria.
- Proponer en los cursos de Post Grado para estomatólogos y médicos la realización de estrategias de intervención educativa de acuerdo con los resultados de esta investigación.
- Incorporar a los Análisis de la Situación de Salud de estomatología en los niveles municipal y provincial, al cáncer bucal como problema a resolver, debido a que en

estos momentos no se encuentra incluido en esta problemática al no tenerse en cuenta los factores de riesgo que desencadenan esta enfermedad, principalmente tabaquismo y alcoholismo, al apreciarse una elevación de estos factores de riesgo, sobre todo en adolescentes y jóvenes y a la disminución de la edad en la aparición de estas lesiones.

El autor considera que debido a la alta incidencia de tabaquismo en personas jóvenes y al tener en cuenta los efectos combinados que ejercen las condiciones ambientales, sociales y culturales con esta adicción, resulta necesaria la realización de intervenciones educativas con rapidez y alcance donde la intersectorialidad sea un factor primordial y que sean concebidas pedagógicamente con un formato que se dirija hacia la tendencia del paradigma sociocrítico de los procesos de intervención, enunciado por Vila Morales,¹⁶⁰ que preconiza un protagonismo integral, donde no se concibe la intervención en salud sin un rol activo de los actores sociales.

Comentario: se pudo apreciar en el desarrollo de este capítulo, como se incrementó la incidencia de casos en el período 2001-2007 además que la forma de poder elevar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal no es otra que mediante promoción de salud por estrategias de intervención educativas, fundamentalmente con carácter interactivo, como lo muestra la confección y aplicación de una multimedia destinada a elevar el conocimiento sobre factores de riesgo y acciones preventivas, herramienta útil para elevar la percepción de riesgo, en su creación se utilizaron técnicas informáticas como photoshop, 3Dflashanimator, Mediator 9.0 y Adobe auditions.

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

Con este capítulo, se ha propuesto exponer la discusión de los principales resultados obtenidos durante el desarrollo de esta investigación, siguiendo el mismo orden en los análisis de acuerdo con el establecido en los capítulos precedentes y con un sentido crítico de los hallazgos encontrados tanto en este estudio como en investigaciones nacionales e internacionales.

4.1 Características de la población, espacial y temporal, de pacientes afectados por lesiones preneoplásicas y cáncer bucal

El perfil socio demográfico de esta investigación se realizó con los pacientes de los municipios de Cárdenas, Martí y el Consejo Popular de Máximo Gómez del municipio de Perico. Este territorio terminó el año 2001 con 153 377 habitantes y cerró el 2007 con 167 143; aunque se observa que Cárdenas y Varadero incrementan su población, mientras Martí decrece entre un período y otro (anexo 16). Los principales renglones económicos están dados por el turismo, el petróleo y las construcciones en Varadero.

En relación con los casos atendidos en el período de estudio, se pudo estimar un incremento de enfermos, que indican una progresión negativa en los dos aspectos estudiados donde se llega a duplicar o hasta triplicar en el año 2007, los casos del año 2001; llegando a tener tasas por 100 000 habitantes verdaderamente altas como 34.1 en lesiones preneoplásicas y 11.9 en cáncer bucal. La mayor cantidad de pacientes se encuentran concentrados en Cárdenas, que es el municipio cabecera y el cual tiene una densidad de población mucho mayor que el resto. Con estos datos estadísticos, se logró constatar que existe una tendencia creciente a la aparición de lesiones preneoplásicas y cáncer bucal en los territorios estudiados.

Estudios realizados en otros países por diferentes autores, coinciden con los resultados obtenidos por el autor. En Cuba, en distintos territorios del país, se ha podido comprobar que a pesar de poseer un programa bien estructurado y organizado de detección del cáncer bucal, que en sus inicios tuvo un impacto considerable pues a partir de su implementación se alcanza un mejor control de la enfermedad, sin embargo, no se eliminan los hábitos tóxicos que actúan como factores de riesgo primordiales, lo que contribuye a que cada año se le diagnostique esta enfermedad a un grupo considerable de personas.^{4, 43, 44, 48, 114, 115}

Un estudio realizado en Irán sobre los aspectos socio demográficos relacionados con el cáncer bucal revelaron que existen diferencias en los hábitos de acuerdo con las características demográficas entre los pacientes y que el conocimiento social acerca del cáncer bucal es muy importante, además de la necesidad de programas educativos en áreas rurales.¹⁷²

4.2.- Análisis de la morbilidad de las lesiones preneoplásicas y cáncer bucal en el periodo 2001-2007

En el estudio de pacientes según sexo y tipo de lesión se observan las discrepancias en cuanto a la relación hombre-mujer y se puede apreciar en las lesiones preneoplásicas, un acercamiento entre géneros, debido según algunos investigadores a la teoría de la liberación de la mujer , en que estas han ido adquiriendo los hábitos de los hombres y por consiguiente, los factores de riesgo que predisponen a la enfermedad; en el sexo masculino encontramos 57.6% de los casos y en el femenino el 42.4% para una relación de 1.35 hombres por mujer, no se encuentran otros datos en la bibliografía consultada. En las lesiones malignas,

mientras en nuestro estudio la relación es de 4.5 por 1, nos encontraremos cifras muy distintas como por ejemplo *Molinari*,⁹⁷ nos da 10:1 en Francia y 1.5:1 en Irlanda; en Brasil, Melo¹⁷³ refiere que el 86% de los casos son hombres y en Asia, de *Silva*⁹⁸ relaciona en Sri Lanka 3.7:1, en Tailandia, Loyha³⁹ 1.3 hombres por mujer y en Yemen, para Sawair³⁷ los hombres representan el 17.2% de todos los cánceres y las mujeres el 19.6%, mientras en Arabia Saudita la relación es 1:1.³⁸

El color de la piel relacionado con el tipo de lesión nos muestra en el universo estudiado, en las lesiones premalignas y malignas, el 88% de los pacientes son de piel blanca. Este color con lesiones premalignas fueron la mayoría (84.8%) así como en lesiones malignas (96.1%), cifra superior en este grupo de pacientes. De forma general, existió predominio de la piel blanca sobre los demás en el presente estudio, no pudiendo, por cuestiones raciales de las distintas zonas geográficas, realizar comparaciones, sin embargo en los Estados Unidos reportan una frecuencia dos veces mayor en la población negra que en la blanca, pero señalan los especialistas lo poco probable de encontrar una razón genética, ya que no se toman en cuenta factores socioeconómicos como los niveles de ingreso, educación, la accesibilidad a la salud, así como un mayor consumo de tabaco como de alcohol, por parte de los diferentes grupos étnicos;⁹⁶ por el contrario, Brasil¹³⁸ informa 90% de los casos con cáncer bucal como de piel blanca. *Santana*⁹³ reporta en un estudio anterior 84% de pacientes de piel blanca en casos atendidos en el INOR.⁵⁶ Si tenemos en cuenta el alto índice de pacientes de piel blanca afectados por cáncer bucal y la proporción entre los colores de piel en nuestra zona geográfica y en Cuba, creemos que se hace necesario un estudio genético en nuestra población, que pueda llegar al

conocimiento del alto predominio del color de piel blanco, a pesar de presentar los mismos factores de riesgo e igualdad de conocimientos sobre estos y los factores protectores.

La relación entre el diagnóstico y el tipo de lesión (gráfica A), como dato interesante solo encontramos entre las lesiones preneoplásicas, *Leucoplasia* y *Eritroplasia*, que son las estudiadas, relacionadas con la clasificación de la OMS del 2005 y al compararlas con otros estudios, los datos son muy similares. *Shafer y Waldrom*⁵² refieren una incidencia muy baja de *eritroplasia* 0.09% en relación con la *leucoplasia* y en este estudio, se reportó 0.9%, siendo también muy baja pero que al tratarlas se debe ser muy cuidadoso pues muchos autores relacionan a la *eritroplasia* con carcinomas *in situ*.^{55, 60, 73, 74} Las lesiones malignas (25.6%) fueron reportadas como *carcinomas de células escamosas*, en que todos los autores la reportan con una incidencia de más del 95% en las lesiones epiteliales malignas.^{84, 85, 87 99,101} Al evaluar a los pacientes se apreció un 74.4% presentando lesiones preneoplásicas y 25.6% lesiones malignas, siendo la relación entre ellas de 2.9 premalignas por cada maligna. Un estudio realizado en el Hospital de Morón en el periodo 2000-2004 alcanzó un resultado de 79.5% lesiones premalignas y 20.5% lesiones malignas, cifras algo más satisfactorias que las del presente estudio.¹⁷⁴

En relación de la edad con la incidencia, se encuentran pocas referencias relacionadas con las lesiones preneoplásicas, pero puede apreciarse un aumento del alza a en el grupo 41-60 años coincidiendo con *Banoczy*,⁵² *Aguas*⁵⁶ y *Bagán*⁵⁸ que señalan la mayor frecuencia entre 40 y 60 años. En cáncer bucal, a nivel mundial las cifras se corresponden con las del presente estudio y así vemos como en la India,

Estados Unidos, Brasil, México y Venezuela, señalan un incremento sustancial a partir de los 50 años y el pico lo experimentan en el grupo de 61-70 , aunque en esta investigación lo hacen de 71-80 años. Muchos investigadores señalan que este aspecto de la mayor incidencia en esta etapa, puede deberse al envejecimiento celular y al mayor tiempo de exposición a los factores de riesgo; también en Venezuela, y así debe ser igual en otros países, ven con preocupación cómo aumenta la frecuencia de cáncer bucal en pacientes entre 20 y 30 años de edad en asociación con el tabaquismo y que este cambio pueda deberse a la infección por el Virus del Papiloma Humano. ^{89, 107, 173, 175}

En la bibliografía consultada no se encuentran datos relacionados con las tasas de lesiones premalignas y por ejemplo, *Escribano y Boscones*,¹⁷⁶ señalan que en la India la incidencia es de 5.2 a 30/1000 en varones fumadores. *Petti y otros*¹⁷⁷ agrupan datos de 17 países en los que realizan estudios de prevalencia entre 1986-2000 y arrojaron una prevalencia mundial unificada de 2.6%. Para *Santana*⁹³ en su estudio en el I.N.O.R. (Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología) la edad media para estas lesiones es de 58.6 años, está algo más elevada que la nuestra en 6.7 años.

En cuanto al cáncer bucal, un análisis comparativo con otros estudios realizados, se puede apreciar que mientras en el presente estudio el promedio de edad al momento del diagnóstico fue de 64.1 años, en Estados Unidos ¹⁰⁰ fue de 64 años, mientras en México, en el Instituto Nacional de Cancerología registran un promedio de edad de 60.5 años.⁸⁹ Brasil reporta la edad media como 61 años, estando en correspondencia

la disminución de la edad con los altos niveles de factores de riesgo.¹⁷³ En el Hospital Clínico de Salamanca⁸⁴ y la Sociedad Española de Cirugía Oral y Máximo Facial refieren como promedio de edad 61 y 60.6 años respectivamente,¹⁷⁸ ya que también en las Islas Canarias se reporta una edad media para los hombres de 62 años y 63 para las mujeres. Al realizar una comparación con los estudios realizados, tenemos que la edad promedio al momento del diagnóstico, en Estados Unidos es similar a la nuestra, en el resto está 3 ó 4 años más temprano a excepción de Pakistán,³³ que está 11 años por debajo en el promedio de edad.¹⁷⁹

Al analizar los pacientes según tipo y localización anatómica de la lesión, se ha podido comprobar que en las lesiones preneoplásicas obtuvieron la mayor incidencia el labio inferior (27.8%), mucosa del carrillo (27.8%) y la encía superior (11.1%), no se pudo encontrar dato alguno en publicaciones nacionales sobre la incidencia por zonas anatómicas y en el plano internacional, *Banoczy*⁵² señala igual a este estudio, a la mucosa del carrillo, lengua y labio inferior como los de mayor incidencia. Como dato de interés se puede apreciar en estos países los factores de riesgo predominantes como los mismos que en Cuba, es decir, tabaco y alcohol. En relación con el cáncer bucal, toda la bibliografía consultada relaciona al labio inferior, lengua (tanto móvil como base) y el suelo de boca como los de más alta incidencia;¹⁸⁰⁻¹⁸² sin embargo, hay zonas geográficas como la surasiática que debido a la masticación de tabaco y betel, las zonas anatómicas de más alta incidencia son la mucosa del carrillo, lengua y espacio retromolar, mientras en otras áreas asiáticas y del Caribe suramericano tienen altas tasas de incidencia en cara dorsal de la lengua, bóveda palatina y mucosa del carrillo por fumar invertido, así también refieren en

Estados Unidos un aumento del cáncer de lengua y paladar en los últimos años, dentro de su territorio, debido al Virus del Papiloma Humano en la población entre 20 y 44 años, mientras en el resto de las zonas anatómicas se ha mantenido en la misma proporción.^{30,32,183,184}

Al estudiar las lesiones malignas y relacionarlas con la estadía de la enfermedad (gráfica B), aunque el 59.7% de los 77 casos con cáncer bucal tienen clasificación T1N0M0; es decir, que la lesión está por debajo de los dos cm y por consiguiente, se encuentra en el rango de una mejor supervivencia, pensamos que pudo haber error en la clasificación al momento de llenar el modelo de solicitud de biopsia si tenemos en cuenta la alta mortalidad que se ha identificado. En la bibliografía nacional solo encontramos los datos brindados por Peña⁴⁷ y otros, que en su estudio en Camagüey encontraron 53.16% en estadio III y 21.52% en estadio IV; es decir, en estadios avanzados. Para Gutiérrez Portillo¹⁸⁵ es importante el aumento gradual de la incidencia en mujeres y jóvenes menores de 40 años por lo que se impone la detección temprana y que el 60% de los pacientes que han desarrollado cáncer bucal suelen comenzar tratamiento en una etapa demasiado avanzada, lo que dificulta mucho la curación. Otros autores como Cortés¹⁸⁶ en Islas Canarias y en el NIDCR¹⁸⁷ (*National Institute of Dental and Craniofacial Research*), refieren que el mayor por ciento se encuentra en el tamaño T3-T4. Es universalmente aceptado por muchos autores que al momento del diagnóstico, más del 50% de los casos se encuentran en estados avanzados.^{39, 96, 113, 130, 186, 188}

Acorde con la distribución de pacientes por tipo de comunidad donde vive encontramos que el 87.1% de las lesiones malignas pertenecían a zonas urbanas,

así como también el 90.6% de las premalignas. *Hossain Madain y cols*¹³⁷ recomiendan adicionar alguna información sobre los factores de riesgo del cáncer para los estudiantes de zonas rurales y tanto *Mora Alpízar*⁴⁶ como *Hermida Rojas*¹⁰⁵ le dan mayor importancia a la zona rural por ser más propicia a los factores de riesgo debido a las diferencias sociales, educacionales y culturales; capaces de generar una frecuencia desigual en la formación de la lesión. En nuestro territorio, existen comunidades que a pesar de ser algo intrincado y su población ser eminentemente agrícola, están clasificadas como zonas urbanas al tener agua potable de acueducto, electrificación y calles asfaltadas.

En el análisis de los factores de riesgo y acciones preventivas en los pacientes estudiados, se pudo apreciar que el tabaquismo, el alcoholismo y la sinergia del tabaco-alcohol son los factores de riesgo más importantes. Al realizar una comparación con otras zonas geográficas vemos que el tabaco está involucrado también en estos países pero acompañado por otros factores como el masticar betel en Asia,^{29, 31} el fumar invertido en algunas zonas de Asia y la costa del Caribe de Colombia y Panamá⁹² y en Europa^{18, 22, 25} y América^{20, 21, 189} en que los riesgos están muy relacionados con los estudios realizados en Cuba^{45, 48, 53, 190} y a la vez, con este estudio.

Al analizar los factores protectores o acciones preventivas que pueden prevenir el cáncer bucal, se pudo apreciar que el nivel de cumplimiento de estas actividades es muy pobre, sobre todo en lo relacionado con las lesiones malignas. En la bibliografía consultada, solo aparecen los procederes que se deben realizar como el chequeo bucal periódico y la dieta antioxidante.^{70, 190-193} Otros investigadores hacen énfasis en

el autoexamen bucal,^{194,195} atendiendo a que en España el 68% de la población solo acude al estomatólogo cuando tiene un problema o dolor mientras en los Estados Unidos¹⁶⁴ se recomienda también la utilización del autoexamen, teniendo en cuenta el aumento de esta patología en un 225% desde 1974 al 2007, principalmente en hombres jóvenes y blancos y provocado fundamentalmente por el Virus del Papiloma Humano (VPH), que el daño causado por los factores de riesgo que predominan actualmente como el tabaquismo y alcoholismo. El estudio más completo hasta el momento en relación con los factores protectores, fue realizado por *Hermida y otros*¹⁰⁵ en un estudio con 60 pacientes, demostrando el desconocimiento total del autoexamen bucal, siendo además el consumo de antioxidantes en la dieta pobre y muchos mostraron desinterés por su salud bucal y un estilo de vida inadecuado, muy similar a los pacientes estudiados en esta investigación.

Resumiendo, se puede afirmar por estas y otras publicaciones la baja concientización o bajo nivel de conciencia pública sobre la enfermedad, lo cual es un factor muy importante para detectar el cáncer bucal en etapas tempranas y se realicen diagnósticos y tratamientos poco invasivos por un profesional de salud capacitado que permita alcanzar una calidad de vida superior y mejorar el período de supervivencia.

4.3.-Análisis del nivel de conocimiento del cáncer bucal, en pacientes remitidos y no remitidos por el PDCB y de los estomatólogos

El nivel de escolaridad de los pacientes afectados no es frecuente encontrarlo en las investigaciones relacionadas con el cáncer bucal, en este estudio se hallaron

referencias que relacionan el bajo nivel de escolaridad con la posibilidad de enfermar por lesiones premalignas o cáncer bucal, dos de ellas en nuestro país. Esta información guarda relación con la presente investigación donde los pacientes afectados por cáncer bucal son el 44.1% con primaria vencida y el 41.6% secundaria básica. En el grupo control se apreció un nivel de escolaridad un poco mejor en relación a los pacientes afectados.^{44, 113, 189}

Al analizar las consideraciones de los encuestados sobre los factores de riesgo, se puede apreciar que existió un mejor conocimiento por parte de los pacientes remitidos por PDCB en cuanto al tabaquismo, alcoholismo y exposición al sol; esto puede deberse a que estos pacientes afectados ya habían sido alertados por sus facultativos sobre la peligrosidad de estos factores, pudiéndose afirmar que el nivel de conocimientos de la población en general, incluyendo al grupo control de 300 pacientes, es muy bajo.

La *American Cancer Society* (Sociedad Americana del Cáncer)¹⁹⁷ y el *National Cancer Institute* (Instituto Nacional del Cáncer),¹²³ ambas de Estados Unidos, recomiendan la evaluación de la cavidad bucal periódicamente a toda persona mayor de 50 años con hábitos tabáquicos y alcoholismo acentuado, y de bajo nivel socioeconómico, debido también al desconocimiento de los factores de riesgo, al igual en Gran Bretaña.¹⁹⁸ En Malasia¹¹⁹ mientras más alto es el nivel de educación, más conocedores son acerca del cáncer bucal y cómo prevenirlo. Tanto en México como en España, que registran los mismos factores de riesgo, refieren que la población no es consciente de la existencia del cáncer bucal, ni de sus causas.^{128, 199}

En Cuba no se encuentran investigaciones donde se valore el nivel de

conocimientos de estos factores que puedan afectar la mucosa bucal, aunque los autores consultados recomiendan eliminarlos parcial o totalmente.^{53, 93,117, 174}

Al realizar una valoración de las consideraciones sobre los factores protectores o acciones preventivas, se pudo apreciar que existe un pobre nivel de conocimientos en nuestra población y esto se traduce por la insuficiente información que recibe. El grupo control presentó una mejor calificación en las respuestas afirmativas, pero en ambos grupos las respuestas estuvieron por debajo del 30%, a excepción del chequeo bucal periódico, donde el grupo control fue de 41.3%. En la bibliografía consultada, las tres acciones preventivas que evaluamos son expuestas solas o en conjunto, pero no aparece investigación alguna, que haya estudiado el nivel de conocimiento de la población en relación con ellos.^{72, 121, 190-193, 200, 201}

Al valorar las consideraciones sobre los signos bucales de alarma, se apreció a las úlceras y las manchas blancas con los mejores índices de información. En general, el índice de respuestas afirmativas se muestra pobre. Existen publicaciones, que relacionan estos signos de alarma con un conocimiento deficiente sobre ellos, pero no mencionan si esta caracterización es basada en estudios realizados.^{66, 92, 197, 198,}

²⁰² En Cuba, en la bibliografía revisada, no existen hallazgos sobre el nivel de conocimiento de la población relacionado con estos signos de alarma. *Santana y Miranda*⁹⁵ los mencionan en su estudio sobre lesiones incipientes del cáncer bucal.

Al realizar el análisis de los resultados en la evaluación del nivel de conocimientos sobre factores de riesgo, factores protectores o acciones preventivas y signos bucales de alarma, el cual fue realizado mediante la encuesta, se puede apreciar que el nivel de conocimientos fue pobre, sobre todo en los pacientes remitidos por PDCB,

que a pesar de haber recibido algunas indicaciones cuando fueron informados de la confirmación histológica, presentaron el 27.3% de desaprobados y 64.0% con tres puntos de calificación, mientras que el grupo control presentó un 14.0% de desaprobados y 67.0% con tres puntos. Una vez procesados estos resultados que confirmaron el bajo nivel de conocimiento lo cual puede estar relacionado con una deficiente información y posiblemente con un nivel de escolaridad que no les permita comprender la peligrosidad de los factores de riesgo, el beneficio de las acciones preventivas y la alerta de los signos de alarma, se procedió a realizar la implementación de la Estrategia de Intervención Educativa consistente en la aplicación de técnicas afectivo participativas de Educación para la Salud con el uso de técnicas demostrativas y el uso de una multimedia creada al efecto, así como encuentros conclusivos con la finalidad de la consolidación de los conocimientos adquiridos.

*García Heredia y Miranda Tarragó*²⁰³ en un estudio realizado en un círculo de abuelos en La Habana encontraron que el 73% de los encuestados obtuvo calificación de deficiente, resultado del bajo nivel de conocimientos sobre factores de riesgos y acciones preventivas, siendo estos pacientes sanos y la mayoría estaba comprendido en el grupo de 60-69 años, esta cifra coincide con los resultados obtenidos por el autor del presente estudio. Estudios realizados en las poblaciones pertenecientes a países de Asia, como Bangla Desh, Irán y Malasia reportan un bajo nivel de conocimiento sobre los aspectos ya mencionados, basados en entrevistas que fueron realizadas en las consultas o a domicilio.^{10,119,120} En Australia¹²¹ se escogieron 100 pacientes adultos de las consultas dentales, con resultados entre el

16 y el 49% de desconocimiento en entrevistas efectuadas cara a cara; en Estados Unidos¹²² solo el 34% de la población de veteranos en Carolina del Norte tenía conocimientos aceptables; en Argentina²⁶ se realizó entrevistas por un muestreo sistemático utilizando la guía telefónica resultando que entre el 41 y 45% tuvieron conocimiento de las preguntas del cuestionario y solo 32% recuerda que se le haya realizado un correcto examen bucal. En Costa Rica¹²⁵ un cuestionario realizado a 7768 personas por estudiantes de sexto año de Odontología concluyó que la población tiene poco conocimiento, solo 32% y que 9.7% reporta que su odontólogo le realiza un buen examen bucal. Se pudo conocer que en todos los estudios realizados, en distintos países, el nivel de conocimiento de la población es bajo.

Al analizar el conocimiento científico de los estomatólogos sobre el Programa de Detección del Cáncer Bucal, se constató como insatisfactorio con un 56.6% el conocimiento de los profesionales encuestados ya que individualmente las preguntas no alcanzaron el 75% de respuesta correcta. Estudios similares realizados en países como Sri Lanka,¹²⁹ un cuestionario postal reveló que el 63% no está adecuadamente entrenado para ejecutar el examen bucal; países europeos, como Italia, Alemania e Irlanda, realizaron estudios con los odontólogos a través de cuestionarios por correo, arriban a la conclusión de que los profesionales deben reforzar y actualizar sistemáticamente sus conocimientos sobre cáncer bucal y protagonizar un papel más acentuado en la prevención y detección de esta malignidad.¹³⁰⁻¹³² En Estados Unidos, ^{133,134} estudios realizados en Maryland y Massachusetts demostraron un bajo nivel de conocimiento en los dentistas, por último, Cabrera¹³⁵ en estudio realizado en Venezuela en la Misión Barrio Adentro,

constató que los Odontólogos tuvieron bajo nivel de conocimiento y poca preocupación por esta enfermedad. De forma general, todos los estudios analizados en esta investigación, reportan deficiencias en cuanto al conocimiento y la práctica de los estomatólogos en la atención al cáncer bucal.

Luego de considerar el nivel de conocimientos alcanzados después de aplicada la Estrategia de Intervención Educativa por la población, se pudo verificar que tanto en los afectados como en el grupo control, se elevaron considerablemente los conocimientos de cómo evitar la enfermedad, especialmente en relación con las acciones preventivas donde los valores alcanzados estuvieron por encima del 92% y los signos de alarma, donde se destacaron los relacionados con las manchas blancas 99.1% y las úlceras 98.8%. Lo mismo sucedió pero en menor cuantía con los factores de riesgo, alcanzándose los mejores resultados en los conocimientos acerca del tabaquismo con el 96%, el alcoholismo el 86.8% y la higiene bucal deficiente el 86.4%. En todas las tablas, los resultados alcanzados por el grupo control siempre estuvieron discretamente por encima de los afectados. En la bibliografía consultada no se encontraron investigaciones con las cuales poder realizar comparaciones debido a que no estudiaron los mismos aspectos.

Al evaluar el resultado final de esta estrategia de intervención educativa en la población (tabla 19), se verificó que esta tuvo calidad, debido a las respuestas satisfactorias emitidas por los encuestados. Una vez realizado el test comprobatorio se constató el 94.3% con calificación de cuatro y cinco, por tanto, las actividades de Educación para la Salud se hacen necesarias para cumplir los objetivos propuestos en el cumplimiento del Programa de Detección del Cáncer Bucal, para elevar el nivel

de conocimiento en nuestra población y disminuir la morbilidad de esta enfermedad. *Motallebnejad*⁸⁵ y otros realizaron el primer estudio comunitario acerca del conocimiento del cáncer bucal en la población del norte de Irán, donde antes de la intervención tenían 76% de desconocimiento en las 400 personas en que aplicaron un cuestionario para obtener información acerca del cáncer bucal y sus factores de riesgo y posterior a la lectura de un documento relacionado con ello, pudieron alcanzar conocimientos. *Sommer*⁸⁶ y otros en Canadá, establecen una estrategia educativa con 189 pacientes con lesiones de cabeza y cuello y refieren haber tenido un impacto significativo. Al relacionar los conocimientos antes y después de aplicada la estrategia en la población, se comprobó mediante la prueba del X² el impacto alcanzado con el nivel de conocimientos en ambos grupos, (afectados y grupo control) sin poder compararlos con las dos investigaciones analizadas anteriormente debido a que este aspecto no lo tienen en cuenta.

Posterior a la ejecución de la estrategia de intervención educativa con el grupo de 60 estomatólogos a partir del curso taller de cuatro horas y un encuentro conclusivo de una hora, se obtuvieron resultados muy satisfactorios con 98.3% de conocimientos (puntuación de 4 y 5). En la literatura revisada solo aparece la investigación realizada en España por Seoane y colaboradores¹³⁷ en el cual se imparte un curso experimental en línea de cuatro horas con un cuestionario individual antes y después del curso, con resultados satisfactorios en el examen sistemático de la mucosa bucal, la promoción de hábitos saludables y conocimiento de los aspectos clínicos; refieren además la necesidad de aplicar estrategias educativas a los dentistas en España

para elevar el conocimiento y mejorar la sistematicidad del examen bucal y con ello disminuir la morbilidad por cáncer.

4.4 Análisis de la validación de la Estrategia de Intervención Educativa

Al implementar la Estrategia de Intervención Educativa y tomar como premisas las orientaciones pedagógicas de *Sanabria*,²⁰⁴ *Vidal*²⁰⁵ y *Jordán y otros*²⁰⁶, se pudo comprobar la efectividad de esta al identificar cambios favorables en los estilos de vida en los pacientes del grupo control pasados cuatro años, donde se observó que el 60.9 % abandonó o disminuyó el hábito del tabaquismo, como principal factor de riesgo del cáncer bucal y el 100% manifestó realizar las acciones preventivas contempladas en el programa de la intervención educativa (tabla 23), que al compararse con otros estudios relacionados con el cáncer bucal de resultados satisfactorios, no se señala en ellos que hayan realizado controles en un periodo de tiempo mediato, como en esta investigación que se realizó a los cuatro años.^{9, 10, 143,}

^{144, 158, 166}

Existen investigaciones relacionadas con salud bucal y con otras ramas de la salud que en la adquisición de conocimientos obtuvieron resultados similares a este estudio, con una amplia gama de enfoques, pero todas ellas con el propósito de incrementar el nivel cognoscitivo de la población y que estos pacientes puedan ser utilizados como promotores informales, para el mejoramiento de la salud, tanto individual como colectiva.^{145-150,207-209}

El criterio valorativo de los especialistas no se pudo relacionar con otros estudios sobre cáncer bucal en los cuales no se observa validación en dichas intervenciones

educativas, mientras en esta investigación las doce especialistas seleccionadas, creen acertado el método empleado ya que al instrumentarlo a grupos de 15 personas y con la colaboración de los representantes de los diferentes sectores sociales de la comunidad, pudieron en un periodo de tiempo corto, recibir criterios satisfactorios de los participantes y de las propias especialistas (Anexo 16).^{129-135,137}

La intervención practicada que tiene como factor de riesgo principal el tabaquismo, se pueden apreciar investigaciones con resultados similares sobre este mismo factor de riesgo pero en otras especialidades, las cuales fueron evaluadas al año, en las cuales la efectividad de la intervención, al igual que en la presente investigación, estuvieron por encima del 50% por lo que mejora notablemente el estilo de vida de esta población.^{164, 210}

CONCLUSIONES

En la realización de esta investigación se pudo arribar a las siguientes conclusiones:

Se encontró un alza de lesiones premalignas y cáncer bucal en todas las áreas de salud del territorio. Predominó el cáncer de la cavidad bucal sobre el de labio, el sexo masculino, el color de la piel blanca y no tuvo significado alguno el lugar de residencia. Los factores de riesgo que predominaron fueron el tabaquismo, alcoholismo, higiene bucal deficiente, exposición al sol y prótesis desajustada.

Se identificó un elevado nivel de desconocimiento sobre cáncer bucal, factores de riesgo, factores protectores y signos de alarma en la población objeto de estudio, así como bajo nivel de conocimiento en los estomatólogos encuestados en relación al PDCB.

Se diseñó y ejecutó una Estrategia de Intervención Educativa en dos direcciones que elevó el nivel de conocimiento tanto a pacientes afectados como a población en general. También sensibilizó y elevó el conocimiento de los estomatólogos a través de formas organizativas de la enseñanza, relacionadas con el PDCB.

La implementación de la Estrategia de Intervención Educativa, al apoyarse en el caso de la población con una multimedia en relación con el tema, elevó significativamente el nivel de conocimiento sobre el cáncer bucal y la forma de prevenirlo, lo que permite potenciar los objetivos propuestos por el PDCB.

RECOMENDACIONES

Por la necesaria interdisciplinariedad en la solución del problema de salud identificado, se recomienda a la dirección del Departamento Provincial y Municipal de Estomatología, a la dirección municipal de educación para la salud y a los directivos de los departamentos de estomatología del citado territorio:

Realizar estudios más extensos con la implementación de Estrategias de Intervención Educativa para poder elevar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal tanto en la población como en el personal profesional que les brinda atención estomatológica.

Aplicar los resultados obtenidos en esta investigación, mediante plegables y otros medios de divulgación en las consultas de Consejería de Salud de cada institución estomatológica, en la atención primaria y secundaria de salud.

Reestructurar nuevas estrategias que sirvan para evaluar el conocimiento sobre cáncer bucal, factores de riesgo, acciones preventivas y signos de alarma y extenderlo a toda la provincia, tanto a la población como al personal profesional que los atiende.

Adicionar al PDCB acciones preventivas en el nivel secundario con proyección en la atención primaria hacia la comunidad, cuyo accionar conjunto permita alcanzar los objetivos propuestos e incluir como problema, en el Análisis de la Situación de Salud de cada consultorio médico, los factores de riesgo del cáncer bucal al poder apreciar que no se tienen en cuenta y el alza experimentada en la actualidad con esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Unidad Nacional para el Control del Cáncer. Pautas para la gestión 2010: Editorial Ciencias Médicas; 2010 p. 19-22.
2. Cáncer: una visión histórica. Universidad de Salamanca. Club Santander Universitario; 2005 [Citado 12 mayo 2007]. Disponible en: <http://www.ClubSantander.com>
3. Smoking and Health. United State. Public Health Service. Office of the Surgeon General. [Citado 15 mayo 2010]. Disponible en: <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/resource/METADATA/NNBBMQ>
4. Aumentan en Cuba los casos de cáncer. Medicina y Salud. [Citado 19 octubre 2010]. Disponible en: <http://salud.cibercuba.com>
5. Silva A, Padovani JA, Maniglia JV, Soares CD, Pavarino EC, Golony-Bertollo EM. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. Braz J Otorhinolaryngol 2013;79(2):239-47.
6. Bush SC, Nazar-Stewart V, Weissfeld JL, Romkes M. Case-control study of oral and oropharyngeal cancer in whites and genetic variation in eight metabolic enzymes. Head and Neck 2008; 30(9): 1139(9).
7. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Estomatología. Programa Nacional de Control del Cáncer Bucal en Cuba: principales dificultades y proyecciones de trabajo. Balance año 2005. La Habana; 2006.
8. Losi-Guembarovski R, Paes R, Poliseli F, Nappi V, Kuasne H, Leichsenring A. et al. Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. Cad Saúde Pública. 2009 Feb; 25(2).

9. Motallebnejad M.M, Khanian M, Alizadeh R, Dabbaghian I. Community survey of knowledge about oral cancer in Babol: effect of an education intervention. Eastern Mediterranean Health Journal 2009; 15(6): 1489-6.
10. Croucher R, Islam SS, Nunn H. Campaign awareness and oral cancer knowledge in UK resident adult Bangladeshi: a cross-sectional study. Br J Cancer 2011; 105(7):925-30.
11. Valentín F, Ariosa JC, Rodríguez GM, Rodríguez JC, Conde HF. Mortalidad por cáncer bucal en el Municipio de Cárdenas. Año 2005. Rev Méd Electrón. 2006 nov.dic; 28(6).
12. Liu Z, Li G, Wei S, Niu J, El-Naggar AK, Sturgis EM, Wei Q. Genetic variants in selected pre-micro RNA genes and the risk of squamous cell carcinoma of the head and neck. Cancer 2010; 116(20): 4753-7.
13. Demez PH, Moreau PR. Perception of head and neck cancer quality of life within the medical world: a multicultural study. Head Neck. 2009; 31 (8):1056-67
14. Alvarez E, Preciado A, Montoya S, Jiménez R, Posada A. Características clínico-epidemiológicas del carcinoma escamocelular bucal, Colombia. Rev Cubana Estomatol. 2010; 47 (1): 81-95.
15. Sosa M de la C. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Manual de organización y procedimientos para el control del cáncer bucal. La Habana; 2011. p. 204-26.
16. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. Oral Oncol 2009 Apr-May; 45 (4-5):309-16.

17. Awojobi O, Scott SE, Newton T. Patients perceptions of oral cancer screening in dental practice: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2012 Dec; 15(4):55-4
18. Lyhne NM, Christensen A, Alanin MC, Bruun MT, Jung TH, et al. Waiting times for diagnosis and treatment of head and neck cancer in Denmark in 2010 compared to 1992 and 2002. *Eur J Cancer* 2013 may; 49(7):1627-33.
19. Mouth cancer- Mouth Cancer Symptoms- Oral Cancer/ Bupa UK. Published by Bupa's Health Information Team, March 2010 [Citado 14 octubre 2011]. Disponible en: http://www.bupa.co.uk/individuals/healthinformation/directory/m/mouth_cancer
20. Hertranpf K, Wiltfang J, Katalinic A, Timm O, Wenz HJ. Recent trends in incidence and mortality of oral and pharyngeal cancer in Schleswig-Holstein in Northern Germany. *Community Dent Health* 2012 Dec; 29(4):268-73.
21. Chirley M, Wamberto M, Rodiva S, Vasconcelos L, Soares R, Siqueira M. Morbidity and mortality from cancers of the mouth and pharynx in brazilian capitals. *Rev AMRIGS* 2012 Jan-mar;56(1):38-45.
22. Listl S, Jansen L, Stenzinger A, Freier K, Emrich K, Holleczek B, et al. Survival of patients with oral cavity cancer in Germany. *PLoS One* 2013; 8(1).
23. González R, Delgado E, Gay C. A survey of oral surgeons tobacco-use-related knowledge and intervention behaviors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012 Jul 1; 17(4):e588-93.
24. Campaña Nacional de Prevención del Cáncer Oral. [Citado 7 abril 2009]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com>
25. Iniciativa de conocimiento del cáncer Oral. [Citado 10 enero 2010]. Disponible en: <http://www.oral-cancer.org/espanol/screening.html>

26. Robledo GM. Nivel de conocimiento poblacional sobre cáncer bucal en la ciudad de Córdoba, Argentina. Claves Odontol 2008; 15(61):23-30
27. Colil C, Cueto A, Fernández A, Esguep A. Cáncer orofaríngeo: caracterización de la mortalidad en urbanización Valparaíso-Viña del Mar 2001-2010. Int J Odontostomat 2013; 7(1): 80-12.
28. Oral Cancer Foundation. [Citado 14 octubre 2011]. Disponible en: <http://oralcancerfoundation.org/>
29. Ahluwalia KP. Assessing the oral cancer risk of South-Asian immigrants in New York City. Cancer 2005 Dec 15; 104(12 Suppl):2959-61.
30. Kuruvilla J. Utilizing dental colleges for the erradication of oral cancer in India. Indian Journal of Dental Research 2008; 19(4):349-53.
31. Krishna SV, Mejía G, Roberts K, Logan R. Epidemiology of oral cancer in Asia in the past decade-an update (2000-2012). Asian Pac J Cancer Prev 2013; 14(10):5567-77.
32. Guha N, Warnakulasuriya S, Vlaanderen J, Strait K. Betel quid chewing and the risk of oral and oropharyngeal cancers: a meta-analysis with implications for cancer control. Int J Cancer 2013 Dec; 10(3).
33. Setpute PS, Hazarey V, Ahmed R, Yadav L. Cancer stem cells in head and neck squamous cell carcinoma a review. Asian Pac J Cancer Prev 2013; 14(10):5579-87.
34. Lee CH, Ko AM, Warnakulasuriya S, Ling TY, Rajapakse PS, Zain RB, et al. Population burden of betel quid abuse and its relation to oral premalignant disorders in South, Southeast and East Asia: an Asian betel-quid consortium study. Am J Public Health 2012 Mar; 102(3):17-24.

35. Lee CH, Ko AM, Yen CF, Chu KS, Gao YJ, Warnakulasuriya S, et al. Betel quid dependence and oral potentially malignant disorders in six Asian countries. *Br J Psychiatry* 2012 Nov; 201(5):383-91.
36. Chen SC, Huand BS, Lin CY. Depression and predictions in Taiwanese's survivors with oral cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(8):4571-1.
37. Sawair FA. High relative frequency of oral squamous cell carcinoma in Yemen: qat and tobacco chewing as its etiological background. *Int J Environ Health Res* 2007 Jun; 17(3):185-95.
38. Kujan O, Sloan P. Dilemmas of oral cancer screening an update. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(5):3369-73.
39. Loyha K, Vatanasapt P, Pronthet S, Parkin DM. Risk factors for oral cancer in northeast Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13(10):5087-90.
40. Franceschi S, Bidoli E, Herrero R, Muñoz N. Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. *Oral Oncol.* 2000; 36:106-15.
41. Martín J, Medina LD, Márquez E, Concepción JJ, Pérez M, Rodríguez Z. Comportamiento del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en la Clínica Estomatológica "Celia Sánchez Manduley". Santa Clara. [Citado 21 marzo 2007]. Disponible en: <http://www.odontología-online.com>
42. Albornoz C, Rivero O, Manso L. El diagnóstico clínico y la detección precoz del cáncer bucal. *AMC* 2010 Sep-Oct; 14(5).
43. García M, Lence JJ, Sosa M, Martín LA, Fernández L. Mortalidad del cáncer bucal en Cuba (1987-1996). *Rev Cubana Oncol* 1999;15(2):114-8.

44. Quirós Y, Miranda M, Jiménez L, Mejías M. Propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la población adulta. Arch Méd Camagüey 2006;10(6).
45. Morales D, Rodríguez L, García M. Importancia del Programa de Detección Temprana del cáncer bucal en Cuba. Rev. Habanera cienc méd 2009 Oct-Nov; 8(4).
46. Mora MC, Montenegro I, Pérez T, Rodríguez AL. Programa de pesquisaje del cáncer bucal. Su impacto en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(3):240-3.
47. Peña A, Arredondo M, Vila L. Comportamiento Clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev Cubana Estomatol 2006; 43(1).
48. Rodríguez E, Osorio M, Morales R. Comportamiento de las lesiones bucales y sus factores de riesgo. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad Finlay-Albarrán. [Citado 15 enero 2008]. Disponible en: <http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulorev>
49. Miranda JD, Rodríguez I, Fernández L, García G, Trujillo E. Pacientes remitidos por el Programa de Detección del Cáncer Bucal: Facultad de Estomatología de La Habana: 1996-2006. Rev Cub Estomatol 2010 Oct-Dic; 47(4):381-391.
50. Pérez O. Planificación estratégica en la prevención del cáncer bucal. Odontología ejercicio profesional. Marketing dental y Gerencia en Odontología. [Citado 30 septiembre 2008]. Disponible en: <http://www.conganat.org/7congreso/final>
51. Ariosa JC, Valentín F; Rodríguez GM, Rodríguez JC. Cáncer bucal. Estudio de cinco años. Rev Méd Electrón 2006; 28(6).
52. Lesiones blancas y cancerizables. [Citado 5 octubre 2010]. Disponible en: <http://www.medmayor.el/odontologia/tercero/lesionesblancasycancerizables.doc>

53. Epithelial precursor lesions. World Health Organization Clasification of Tumours. International Agency for Research on Cancer (IARC). Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. IARCPress. Lyon, 2005.
54. Bascones A, Seoane J, Aguado A, Quintanilla J. Cáncer y precáncer oral. Bases clínico-quirúrgicas y moleculares. Madrid: Ediciones Avances Médicos-Dentales; 2003. p. 113-24.
55. Zhanq X, Li C, Sonq Y, Reichart PA. Oral leukoplakia in China: a review. *Oral Maxilofac Surg* 2010 Dec; 14(4): 195-202.
56. Aguas SA, Lanfrenchi HE. Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. *Rev Facultad Odontología (UBA)* 2004; 19(47):21-30.
57. Arnaoutakis D, Bishop J, Westra W, Califano JA. Recurrence patterns and management of oral cavity premalignant lesions. *Oral Oncol* 2013 Aug; 49(8):814-7.
58. Leucoplasia Oral. [Citado 15 marzo 2009]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/ga-ante/2000-impresiones2/htm>
59. Batista Z, Rodríguez I, Miranda J, Rengifo E, Rodríguez T, Fernández MA. Caracterización histopatológica de la leucoplasia bucal en La Habana durante 10 años. *Revista Cubana de Estomatología* 2011; 48(4)330-340
60. Albornoz C, Rivero O, Bastian L. Avances en el diagnóstico de las lesiones cancerizables y malignas del complejo bucal. Artículos originales. *AMC* 2010 oct; 14(5).
61. Liu W. Malignant transformation of oral leukoplakia: a retrospective cohort study of 218 Chinese patients. *BMC Cancer*. 2010 [Citado 14 octubre 2011]; 10:685. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/10/685>

62. Roed-Petersen B, Gupta PC, Pindborg JJ, Singh B. Association between oral leukoplakia and sex, age and tobacco habits. [Citado 14 octubre 2011]. Disponible en: <http://en.scientificcommons.org/46060769>
63. Lima JS, Pinto S, Sousa SO, Correa L. Oral leukoplakia manifests differently in smokers and non-smokers. *Braz Oral Ros* 2012 Nov-Dec; 26(6):543-9.
64. Warnakulasuriya S, Reibel J, Bouquot J, Dabelsteen E. Oral epithelial dysplasia classification systems: predictive value, utility, weaknesses and scope for improvement. *J Oral Pathol Med*. 2008 Mar; 37(3):127-33.
65. Vilela J, Caseto O, Tanajura E, Lima F, Cortellazi K. Prevention and detection of oral cancer: participatory planning as a strategy to broaden coverage in the elderly population. *Cién. Saude colitiva* 2013 Dec;18(12):3461-3473.
66. Graveland AP, Bremmer JF, Maaker M, Brink A, Cobussen P, Zwart M, et al. Molecular screening of oral precancer. *Oral Oncol* 2013 Dec; 49(12):1129-35.
67. Martínez G. El abuso del alcohol y el tabaco produce cada año en Tenerife 150 casos de cáncer oral. [Citado 12 noviembre 2008]. Disponible en: <http://www.eldia.es/2007-05-15/vivir/vivir413.htm>
68. Menezes RF, Bergmann A, Thuler. Alcohol consumption and risk of cancer: a systematic literature review. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(9): 4965-72.
69. Amagasa T, Yamashiro M, Uzawa N. Oral premalignant lesions: from a clinical perspective. *Int J Clin Oncol* 2011 Feb; 16(1):5-14.
70. Ho MW, Risk JM, Woolgar JA, Field EA, Field JK, Stecic JC, ET AL. The clinical determinants of malignant transformation in oral epithelial dysplasia. *Oral Oncol* 2012 Oct ;48(10) :969-76.

71. Lodi G, Sardella A, Bez C, Demarosi F, Carrassi A. Interventions for treating oral leukoplakia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006 [Citado 14 octubre 2011]; (4). Disponible en: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab001829.html>
72. Sandoval M, Font R, Mañós M, Dicenta M, Quintana MJ, Bosch FX. The role of vegetable and fruit consumption and other habits on survival following the diagnosis of oral cancer: a prospective study in Spain. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2009 Jan;38(1):31-9.
73. Boy SC. Leukoplakia and erythroplakia of the oral mucosa a brief overview. *SADJ* 2012 Nov; 67(10):558-60.
74. Moret Y, López J, Sánchez C. Quimioprevención de condiciones potencialmente malignas y cáncer bucal. *Acta odontol venez* 2010 Mar; 48(1).
75. Abram MH, Heerden WF, Rheeder P, Girdler BV. Epidemiology of oral squamous cell carcinoma. *SADJ* 2012 Nov;67(10):550-3.
76. Arriagada O, Venegas E, Cantín M, Zavando D, Manterola C, Suazo I. Rol de las características clínicas e histológicas como factores pronósticos para la sobrevida en pacientes con carcinoma de células escamosas de la cavidad oral. *Rev Chil Cir Oct-Nov* 2010; 62(5):441-448.
77. Sánchez S, Juárez T, Espinel MC, Mould J, Gómez H, de la Fuente J. Hospital discharges for oral cancer in the Mexican Institute of Social Security, 1991-2000. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46(1):101-8.
78. Amarasinghe HK, Johnson NW, Laloo R, Kumaraarachchi M, Warnakulasurilla S. Derivation and validation of a risk-factor model for detection of oral potentially malignant disorders in populations with high prevalence. *Br J Cancer* 2010 July 27;103(3):303-9.

79. Oral Cancer Incidence (new cases) by age, race and gender. National Institute of Dental and craniofacial Research. National Institutes of Health. [Citado 20 octubre 2010]. Disponible en:
<http://worldwidescience.org/topicpages/standardized+incidence+ratio.html>
80. Instituto Nacional de Estadísticas: Defunciones según causa de muerte en 1992. Estadísticas del movimiento natural de la población. Resultados básicos T. I. Madrid: I.N.E. Artes gráficas; 1995. p.11-2.
81. Cuba Y. El tabaquismo como factor de riesgo em enfermedades bucales. Ver. Fundac. Juan José Carraro. 2010 Sep-Oct; 15(32):20-29.
82. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence eighteen major cancer in 1985. Int J Cancer 1993; 54:594-606.
83. Pentenero M, Giaretti W, Navone R, Rostan I, Gassino L, Broccoletti R, et al. Evidence for a possible anatomical subsite-mediated effect of tobacco in oral potentially malignant disorders and carcinoma. J Oral Pathol Med 2011 Mar; 40(3):21-7.
84. Bórquez P, Capdeville F, Madrid A, Veloso M, Carcamo M. Sobrevida global y por estadios de 137 pacientes con cáncer intraoral: experiencia del Instituto Nacional del Cáncer. Rev. Chil. Cir. 2010 Ago; 63(4): 351-5
85. Kawakita D. Impact of smoking status on clinical outcome in oral cavity cancer patients. Japan. Oral Oncol. 2011 Oct [Citado 19 octubre 2008]; 11. Disponible en:
<http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21996543>
86. Sommer L, Sommer DD, Goldstein DP, Irish J. Patient perception of risk factors in head and neck cancer. Head & Neck 2009; 31(3):355-60.

87. Muwonge R. Role of tobacco smoking, chewing and alcohol drinking in the risk of oral cancer in Trivandrum, India: a nested case-control design using incident cancer cases. *Oral Oncol* 2008 May; 44(5):446-54.
88. Varela L, Ruano A, Juiz MA, Barros JM. Tobacco consumption and oral and pharyngeal cancer in Spain male population. *Cancer Lett* 2010 Feb; 288(1):28-35.
89. Gaytán LA, Penche AG, Quezada D. Trends in frequency and prevalence of oral cancer and oral squamous cell carcinoma in Mexicans. A 20 years retrospective study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011 Jan; 1(16):1-5.
90. Buelvas AR, Agudelo AA. Gradiente social, envejecimiento y diagnóstico tardío del cáncer oral. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2011; 29(3): 320-8.
91. Bagan J, Sarrion G, Jiménez Y. Oral cancer: clinical features. *Oral Oncol* 2010 Jun; 46(6):414-7.
92. Álvarez E, Preciado A, Montoya S, Jiménez R, Posada A. Características clínicas e histopatológicas del carcinoma escamocelular bucal en el periodo 1990-2004 en Medellín, Colombia. Artículos originales. *Revista Cubana de Estomatología* 2011; 48(4):320-329.
93. Santana JC, Miranda J. Características clínicas iniciales de los carcinomas de la boca. *Rev Cubana Estomatol*. 1982; 19:110.
94. Hunter KD, Yeoman CM. An update on the clinical pathology of oral precancer and cancer. *Dent Update* 2013 Mar; 40(2):120-2.
95. Santana J, Miranda J. Principales signos de los carcinomas incipientes de la boca. *Rev Cubana Estomatol*. 1982; 19:120.

96. Weng Y, Korte JE. Racial disparities in being recommended to surgery for oral and oropharyngeal cancer in the United State. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011 Aug 24 [Citado 12 diciembre 2011]. Disponible en: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21883357>
97. Molinari R. Neoplasias de la cavidad oral. En: Manual de Oncología Médica. T.II. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1986. p. 468.
98. Curado MP, Hashibe M. Recent changes in the epidemiology of head and neck cancer. *Curr Opin Oncol.* 2009; 21(3):194-200.
99. Herce J, Rollon A, Lozano R, Infante P, Salazar C. Assessment of quality of life of oral cancer survivors compared with Spanish population norms. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2013 Apr; 42(4):446-52.
100. Goutzanis LP, Papadogeorgakis N, Pavlopoulos PM, Petsinis V, Plochoras I, Eleftheriadis E, et al. Vascular fractal dimensión and total vascular area in the study of oral cáncer. *Head & Neck* 2009; 31(3): 298-9.
101. Kingsley K, O'Malley S, Ditmyer M, Chino M. Analysis of oral cancer epidemiology in the US reveals state-specific trends: implications for oral cancer prevention. *BMC Public Health.* 2008 Mar 10; 8:87.
102. Erdei E. Self-reported ethnicity and genetic ancestry in relation to oral cancer and pre-cancer in Puerto Rico. *PLoS One* 2011 Aug 29;6(8):239-50.
103. Conway DI. Epidemiology of oral cáncer from a socioeconomic perspective. University of Glasgow. Thesis Doctoral 2008. [Citado 24 marzo 2011].
104. Puñal-Riobóo J; Varela-Lema L; Barros-Dios JM; Juiz-Crespo MA; Ruano-Raviña A. La ocupación como factor de riesgo del cáncer oral y de faringe. , *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2010 Sep-Oct; 61(5):375-83.

105. Hermida M, Santana JC, Díaz M de J, Rodríguez E, Borroto D, Gutiérrez E. El estilo de vida en pacientes con cáncer bucal. Mediciego. 2005 [Citado 03 marzo 2011]; 11 Supl2. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11-supl12-05/articulos/a14-v11sup1205.htm>
106. Gross ND, Patel SG, Carvalho AL, Chu PY, Kowalski LP, Boyle JO et al. Nomogram for deciding adjuvant treatment after surgery for oral cavity squamous cell carcinoma. Head & Neck 2008; 30(10):1352(7).
107. Chen AY, Fedewa S, Pavluck A, Ward EM. Improved survival is associated with treatment at high-volume teaching facilities for patients with advanced stage oropharyngeal cancer. Cancer 2010; 116(20): 4744-8.
108. Nachón M^aG. Prótesis Máximo facial: alternativa terapéutica para la recuperación integral del paciente con cáncer bucal. Instituto de Ciencias de la Salud. Hospital Escuela de la U.V. 2007
109. Sánchez de León R. Prevención del cáncer bucal. [Citado 24 marzo 2011]. Disponible en: www.salud.com/salud-dental/prevencion-del-cancer-bucal.asp
110. Texeira A, Almeida M. Oral squamous cell carcinoma: an epidemiological study conducted at Santa Casa de Misericordia Hospital of Fortaleza, Brazil. Rev Bras Cancerol 2009 jul-sept; 55(3):229-236.
111. Casariego ZJ. La participación del odontólogo en el control del cáncer oral: manejo de la prevención, tratamiento y rehabilitación. Revisión. Av Odontoestomatol Madrid 2009 Set-Oct; 25(5):1-26.
112. Medina ML, Medina MG, Merino LA. Consideraciones actuales sobre la presencia de papilomavirus humano en la cavidad oral. Av Odontoestomatol. 2010 Mar-Abr; 26(2):213-17

113. Oliveira LC, Medeiros O, Teixeira MC. Caracterizacao do diagnóstico tardío do cáncer de boca no estado de Alagoas. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010 Jul-Aug; 76(4):21-14.
114. Chacón I, Suárez D, Leyva Y, Rodríguez F, Navarro M. Comportamiento del programa de prevención de cáncer bucal. *Rev inf cient.* 2009; 61(1): 1-10
115. López del Castillo, A, Barrios C, Rojas O, Bastian PL, Santana JC. Eficacia del azul de toluidina y lugol en el diagnóstico precoz del cáncer bucal. *Arch Med Camagüey* 2010; 14(4).
116. Santana JC, Delgado C, Miranda J, Sánchez M. Oral cancer case findings program (COFP). *Oral Oncol.* 1997; 33(1):10-2.
117. Hermida M, Santana JC, Díaz M, Rodríguez E, Borroto D, Gutiérrez E. Epidemiología del cáncer bucal en la provincia Ciego de Ávila. Estudio de quince años (1991 a 2005). *Mediciego* 2007 [Citado 03 marzo 2011];13(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a7_v13_0107.htm
118. Martins JS, Coelho SC, Araújo ME, Bourget MM, Campos FL Diniz MV. Strategies and results of the oral cancer prevention campaign among the elderly in Sao Paulo, Brasil, 2001 a 2009. *Rev Panam Salud Pública* 2012 Mar; 31(3):32-16.
119. Halawany HS, Jacob V, Abraham NB, Al-Maflehi N. Oral cancer awareness and perception of tobacco use cessation counseling among dental students in four Asian countries. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013; 14(6):3619-23.
120. Pakfetrat A, Falaki F, Esmaily HO, Shabestari S. Oral cancer knowledge among patients referred to Mashhad Dental School, Iran. *Arch Iran Med.* 2010 Nov; 13(6): 543-8.

121. Devadiga A, Prasad KV. Knowledge about oral cancer in adults attending a Dental Hospital in India. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2010; 11(6):1609-13.
122. Kumar K, Vijay V. Knowledge, attitude and screening practices of general dentist concerning oral cancer in Bangalore city. *Indian Journal of Cancer* 2012 Jan-Mar; 49(1):33-38.
123. Park JH, Slack-Smith L, Smith A, Frydrych AM, O`Ferrill, Bulsara M. Knowledge and perceptions regarding oral and pharyngeal carcinoma among adult dental patients. *Aust Dent J* 2011 Sep; 56(3):284-9.
124. Hae-young K, Elter JR, Francis TG, Patton LL. Prevention and early detection of oral and pharyngeal cancer in veterans. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 2006 Nov;102(5):625-631.
125. Howard M, Castillo J. Cáncer bucal: conocimiento básico de la población en Costa Rica. *Publicación Científica, Facultad de Odontología. UCR.* 2004 Nº6: 94-99
126. Seoane J, Varela P, Tomás I, Seoane J, Diz P, Takkouche B. Continuing education in oral cancer prevention for dentists in Spain. *J Dent Educ* 2012 Sep; 76(9):1234:40.
127. Meng X, Duncan RP, Porter CK, Li Q, Tomar SL. Florida nurse practitioners attitudes and practices regarding oral cancer prevention and early detection. *J Am Acad Nurse Pract* 2007 Dec;19(12):668-75.
128. López P, Camacho F, Molina F. Knowledge and attitude towards risk factors in oral cancer help by dental higienists in the Autonomous Community of Murcia (Spain): a pilot study. *Oral Oncol* 2007; 43(6):602-6.

129. Ariyawardana A, Ekanayake L. Screening for oral cáncer/pre-cancer: knowledge and opinions of dentists employed in the public sector dental services of Sri Lanka. *Asian Pac J Cancer Prev* 2008; 9(4):615-8.
130. Colella G, Gaeta GM, Moscariello A, Angelillo IF. Oral cancer and dentists: knowledge, attitudes and practices in Italy. *Oral Oncol.* 2008; 44(4):393-9.
131. Hertrampf K, Wiltfang J, Koller M, Klosa K, Wenz HJ. Dentists perspectives on oral cáncer: a survey in Northern Germany and a comparison with international data. *Eur J Cancer Prev* 2010; 19(2):144-8.
132. Decuseara G, MacCarthy D, Menezes G. Oral cáncer: knowledge, practices and opinions of dentists in Ireland. *J Ir Dent Assoc* 2011; 57(4):209-14.
133. Hertrampf K, Wenz HJ, Koller M, Gunds S, Wiltfang J. The oral cancer knowledge of dentist in Northern Germany after educational intervention. *Eur J Cancer Prev* 2011 Sep; 20(5):431-7
134. Applebaum E, Ruhlen TN, Kronenberg FR, Hayes C, Peters ES. Oral cancer knowledge, attitudes and practices: a survey of dentists and primary care physicians in Massachusetts. *J Am Dent Assoc* 2009; 140(4):461-7.
135. Canto MT, Drury TF, Horowitz AM. Maryland dentists knowledge of oral cancer risk factors and diagnostic procedures. *Journal of the American Dental Association* 2008; 136(2):602-8.
136. Cabrera de Para A. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal. Artículo. Misión Barrio adentro, Venezuela. [citado 21 febrero 2012] . Obtenido en: <http://www.ilustrados.com/tema/9389/Nivel-conocimiento-sobre-Cancer-Bucal.html>.
137. Seoane J, Velo J, Warnakulasuriya S, Varela P, González A, Villa MA, et al. Knowledge of oral cancer and preventive attitudes of Spanish dentists. Primary

effects of a pilot educational intervention. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2010;15(3):422-6.

138. López P, Camacho F, Molina F, Sánchez M. Evaluation of the different strategies to oral cancer knowledge: a randomized controlled study. Psychooncology 2012 Sep 7.

139. Peña M, Zaldívar OL, Ruiz M. Intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer bucal. Correo Científico Médico. ISSN 1560-4381 CCM 2013;(1) Supl 1

140. Landrián CI, Espeso N, Hidalgo CR, García O. Capacitación del Médico General Integral en el Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal. Archivo Médico de Camagüey 2007;11(1).

141. Rodríguez C, Castaño C, García L, Recio JI, Castaña Y, Gómez MA. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. Rev Esp Salud Pública 2009; 83:441-52.

142. Sabbadi DA, Lawrence HP, Limeback H, Rootman I. Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. Community Dent Oral Epidemiol 2009 Oct; 37(5):451-62.

143. Góngora J, Segovia Y, Valdivia J, Galaviz JM, Prado CA. Educational interventions to improve the effectiveness in clinical competence of general practitioners: problem-based versus critical Reading-based learning. BMC Medical Education 2012 [Citado 21 febrero 2012]: 12:53 <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/12/53>

144. Iglesias C, Arenas L, Bonilla P, Cruz E. Intervención educativa en salud bucal con preescolares indígenas de México. Medigraphic Artemisa en línea 2008 Sep-Oct 45(5):247-52.

145. Aráuz GA, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Roselló M, Guzmán S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 2007;9(3):145-53.
146. Rodríguez V, Veloso BM, Ortíz E, Vier EM, Lalodrys E. Intervención educativa en pacientes con enfermedades cerebrovasculares isquémicas e hipertensión arterial. Medisan 2010; 14(3):318-7.
147. Fernández H, Cuní V. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. ISSN:1561-3194 Rev. Ciencias Médicas 2010 Jul; 14(3).
148. Sarmiento M, Gómez I, Ordaz AM, García CD, Casanova MC. Estrategia de intervención educativa en enfermedades de transmisión sexual. ISSN 1561-3194 Rev. Ciencias Médicas 2012 Ene-Feb; 6(1).
149. González Y, Alfonso Z, Hernández I, Pedrosa JC, Corrales Z, Gómez Y. Intervención educativa sobre el condiloma acuminado en mujeres de edad fértil. [Citado 21 febrero 2012] Obtenido de: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_38_3_12/gin08312.htm.
150. Chávez M, Virelles ME, Bermejo W, Viñas L. Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino. [Citado 22 febrero 2012] Obtenido en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n5/amc12508.htm>
151. Rodríguez Y, González E, Sardiñas O, Pérez R. Intervención educativa sobre Gingivoestomatitis Herpética para Médicos de Familia. ISSN 1025-0255 AMC 2009 Nov-Dic; 13(6).
152. Díaz Y, Hidalgo Gato I. Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. ISSN 1684-1824 Revista Médica Electrónica 2011; 33(1).

153. Fernández M. Intervención educativa en salud bucal. Odontología y Estomatología, Medicina Familiar y Atención Primaria; 2012.
154. Mendoza M, Ordaz AM, Abreu A, Romero O, García M. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. Rev Ciencias Médicas 2013 Jul-Ago; 17(4):24-32.
155. Borges MA, Nicot RF. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en niños. [Citado 22 marzo 2013] .Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/revista-medica/intervencion-educativa-conocimientos -salud-bucal/>.
156. Limonta E, Araújo T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. [Citado 20 abril 2012] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_3_07/san03300.htm
157. Albert JF, Blanco B, Otero I, Afre A, Martínez M. Intervención educativa sobre salud bucal en niñas de la escuela primaria “Gerardo Medina”. Rev Ciencias Médicas 2009 Jun; 13(2):80-9.
158. Osorio M. Confección, validación y aplicación de una prueba de conocimientos sobre alveolitis. (Tesis). Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez.” La Habana 2007.
159. Barreras F. Los resultados de investigación en el área educacional. Conferencia presentada en el Centro de Estudios del I.S.P. “Juan Marinello”. Matanzas; 2004.
160. Puentes C, Hurtado M. Análisis sectorial para la formulación de políticas de salud. Edu Méd Salud 1994; 28(2).
161. Miranda JD, Gispert E. Intersectorialidad de salud en la prevención del cáncer bucal. Revista Cubana Estomatología 2012;49(4):267-4.

162. Vila D, Hernández H. Propuesta de un perfil profesional para el diseño curricular colaborativo en estomatología. Revista Cubana de Estomatología 2013;49(1):125-9
163. Machado EF, Montes de Oca N. Acerca de los llamados paradigmas de la investigación educativa: la posición teórico-metodológica positivista. Revista Pedagogía Universitaria. 2008; XIII(1).
164. Machado EF, Montes de Oca N. Acerca de los llamados paradigmas de la investigación educativa: la posición teórico metodológica fenomenológica, intuicionista, pragmática y existencialista. Revista Pedagogía Universitaria. 2008;XIII(1).
165. Machado EF, Montes de Oca N. Acerca de los llamados paradigmas de la investigación educativa: la posición teórico-metodológica Marxista y Humanista. Revista Pedagogía Universitaria. 2008; XIII(1).
166. Traviesas EM. Intervención intersectorial para disminuir el tabaquismo y la enfermedad periodontal. (Tesis). Comunicación personal con el Dr.C Dadonim Vila Morales. La Habana. 2012.
167. Alvarez AG, García A, Rodríguez A, Bonet M. Voluntad política y acción intersectorial. Premisas claves para la determinación social de la salud en Cuba. Rev Cubana Higiene Epidemiol 2007; 45(3).
168. Health Canada. Intersectorial action toolkit. The cloverleaf model for success. Alberta/Northwest Territories Region. Edmonton AB T5J 4C3. Canada (serie en internet) [Citado Jun 2000]. Disponible en: www.health-santecanada.net.
169. Álvarez AG, García A, Gorbea MH. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública 2007; 33(2).

170. Hernández E. Intervención psicológica en salud. Conferencia para el modulo de intervención de la Maestría en Psicología de la salud. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba. 2005.
171. Castell-Florit P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev Cubana de Salud Pública 2007; 33(2).
172. Abdoul M. Socio-Demographic Factors Related to Oral Cancer. Journal of Social Sciences 2010; 6(2):141-5.
173. Melo L, Torreglosa M, Pavarino E, Cabral MC, Victor J, Goloni EM. Epidemiologic evaluation of head and neck patients in a university hospital of Northwestern Sao Paulo State. Rev Bras Otorrinolaringol 2008; 74(1):68-73.
174. Cepero F, Pérez Y, Cárdenas E, Morales MI, Quintero Y. Lesiones malignas y premalignas del complejo bucal en pacientes de la zona norte de Ciego de Ávila. Mediciego. 2007 [Citado 15 mayo 2009];13(1). Disponible en: <http://www.bus.sld.cu/revistasmciego/vol13--01--07/articulos/>
175. Young S. El aumento del cáncer oral se vincula con el virus del papiloma humano. Journal of Clinical Oncology. [Citado 08 octubre 2011]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>.
176. Escribano M, Boscones A. Leucoplasia Oral: Conceptos actuales. Av Odontoestomatol 2009 mar-abr; 25(2).
177. Petti S, Massoud M, Scully C. The magnitude of tobacco smoking-betel quid chewing-alcohol drinking interaction effect on oral cancer in South-East Asia. . A meta-analysis of observational studies. PLoS One 2013 Nov; 8(11).

178. García F. Carcinoma de células escamosas de la cavidad oral. Capítulo 31. Protocolos Clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Máximo Facial. [Citado 10 Noviembre 2009]. Disponible en: <http://archivos.Secom.Org/archivo/pdf/capítulo31.pdf>
179. Uno de cada 59 hombres canarios sufrirán cáncer oral antes de cumplir los 75 años. [Citado 15 mayo 2009]. Disponible en: <http://www.eldia.es/20070320/vivir6.htm>
180. Huang B, Valentino J, Wyatt SW, Gal TJ. Incidence of oral cavity and pharynx cancer in Kentucky. J Ky Med Assoc. 2008 Aug;106(8):355-60.
181. Poveda R, Bagán JV, Jiménez Y, Margaix M, Sarrión G. Changes in smoking habit among patients with a history of oral squamous cell carcinoma (OSCC). Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2010 Sep;15(5):721-6.
182. Gallegos JF, Ortiz AL, Rojas S, Flores R, Espinoza A, Minauro GG. Factores pronóstico en cáncer de boca. Acta Médica Grupo Ángeles. 2010 abril-junio; 8(2).
183. Martínez IA, Martínez V, Amezcua G, Gonzalez R, Carreon G, Palacio M, et al. Diagnóstico tardío de carcinoma escamo celular en boca: reporte de caso. Int. j. odontostomatol. 2011 Dic; 5(3):240-4.
184. Shibuski CH, Schmidt BL, Jordan RC. Tongue and tonsil carcinoma: increasing trends in the U.S. population ages 20-44 years. Cancer. 2005 May;103(9):1843-9.
185. Gutiérrez V. El cáncer oral. [Citado 24 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.clarinet.cl>
186. Cortés S. Aumentan los casos de cáncer oral. [Citado 24 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.consejos-e.com/Documentos/Salud-Mujeres-Hombres-Todos-los-públicos-Actual>
187. Oral Cancer 5-year survival rates by race, gender, and stage of diagnosis. National Institute of Dental and Craniofacial Research. National Institutes of Health.[Citado 21/02/2012]. Disponible en: <http://www.nidcr.nih.gov/datasets/statistics/finddatabytopic/oralcancer>.

188. El 50% de los pacientes con cáncer oral presentan lesiones avanzadas cuando llegan. [Citado 30 abril 2009]. Disponible en: www.accesomedia.com
189. Con que porcentajes ocurre en Estados Unidos. [Citado 24 marzo 2011]. Disponible en: <http://oralcancerfoundation.org//fats//factsspa>
190. Cáncer bucal. Tratamientos en Panamá. [Citado 24 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.panamadentalcenter.com/cancer-bucal-tratamientos-en-panama.html>
191. Rocha A. Influencia de la dieta en el desarrollo del cáncer y otras patologías en la cavidad oral. [Citado 24 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/noticia/2980/>
192. Peters ES, Luckett BG, Applebaum KM, Marsit CJ, Mc Clean MD, Kelsey KT. Diary products, leanness, neck and head squamous cell carcinoma. Head & Neck 2008; 30(9): 1193(12)
193. Carcinoma Epidermoide de la cavidad oral; 2010. [Citado 24 marzo 2011]. Disponible en: http://eusalud.uninet.edu/misapuntes/index.php/Carcinoma_Epidermoide_de_cavidad_oral_nol.htm
194. Prevención del cáncer bucal. [Citado 24 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.salud.com/salud-dental/prevencion-del-cancer-bucal.asp>
195. Campaña de prevención del cáncer oral. Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. [Citado 24 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.colegiopontevedra.com/boletinsep09/files/searchtext.xml>
196. Investigadores relacionan el sexo oral con el cáncer de boca. [Citado 24 marzo 2011]. Disponible en: <http://noticiaaldia.com/2011/02/investigadores-relacionan-el-sexo-oral-con-el-cancer-de-boca/>
197. Lamura A, Garriga E. Factores de riesgo, pesquisa y diagnóstico precoz en el cáncer de la cavidad bucal. Revisión de la literatura. Acta Odontológica Venezolana 2002;40(1).

198. West R, Alkhatib MN, McNeill A, Bedi R. Awareness of mouth cancer in Great Britain. *Br Dent J* 2006 Feb 11;200(3):167-9.
199. Rose BS, Jeong JH, Nath SK, Lu SM, Mell LK. Population-based study of competing mortality in head and neck cancer. *J Clin Oncol*. 2011 Sep ;29(26):3503-9.
200. Araujo de Toledo A, Jorge R, Koifman S. Dietary patterns and risk of oral and pharyngeal cáncer: a case-control study in Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010 Jan; 26(1).
201. Amarasinghe HK, Usgodaarachchi U, Kumaraarachchi M, Johson NW, Warnakulasuriya S. Diet and risk of oral potentially malignant disorders in rural Sri Lanka. *J Oral Pathol Med* 2013 Oct; 42(9):656-62.
202. Prevención del cáncer de boca. Salud Pública. Promoción de la Salud Bucodental. [Citado 15 mayo 2009]. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/3/3_5/3_5_1/_fter_prevenc/c_oral.jsp
203. García G, Miranda JD. Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Estomatol*. 2009 Oct.-Dic; 46(4).
204. Sanabria G. Diseño del programa educativo. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana: ENSAP; 2007.
205. Vidal M, Fernández JA. Investigación Educativa. *Educ Med Sup* 2009; 23(4).
206. Jordán M, Pachón L, Blanco ME, Achiong M. Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. *Rev Méd Electrón* 2011; 33(4).
207. García OL, Sexto NM. Intervención educativa para el desarrollo de conocimientos sobre salud bucal en la enseñanza primaria. *MEDISUR*. 2008; 6(2).
208. Crespo MI. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria "Lidia Doce". *MEDISAN*. 2010; 14(2).

209. Dávila ME, Mujica GM. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. *Acta Odontol Venez* 2008; 46(3):250-4
210. Wittchen HU, Hoch E, Klotsche J, Muehlig S. Smoking cessation in primary care- a randomized controlled trial of bupropione, nicotine replacements, CBT and a minimal intervention. *Int J Methods Psychiatr Res* 2011; 20(1):28-39.

Tablas

Tabla 1 Distribución de los pacientes según año del diagnóstico y tipo de lesión

Año	Lesiones Pre-Malignas			Lesiones Malignas		
	No. casos	%	Tasa x 100 000 habitantes	No. casos	%	Tasa x 100 000 habitantes
2001	23	10.3	14.8	7	9.1	4.5
2002	28	12.5	18.0	8	10.4	5.2
2003	20	8.9	12.4	6	7.8	3.7
2004	25	11.2	15.3	12	15.6	7.4
2005	27	12.0	16.4	15	19.5	9.1
2006	44	19.6	26.5	9	11.6	5.4
2007	57	25.5	34.1	20	26.0	11.9
Total	224	100	-	77	100	-

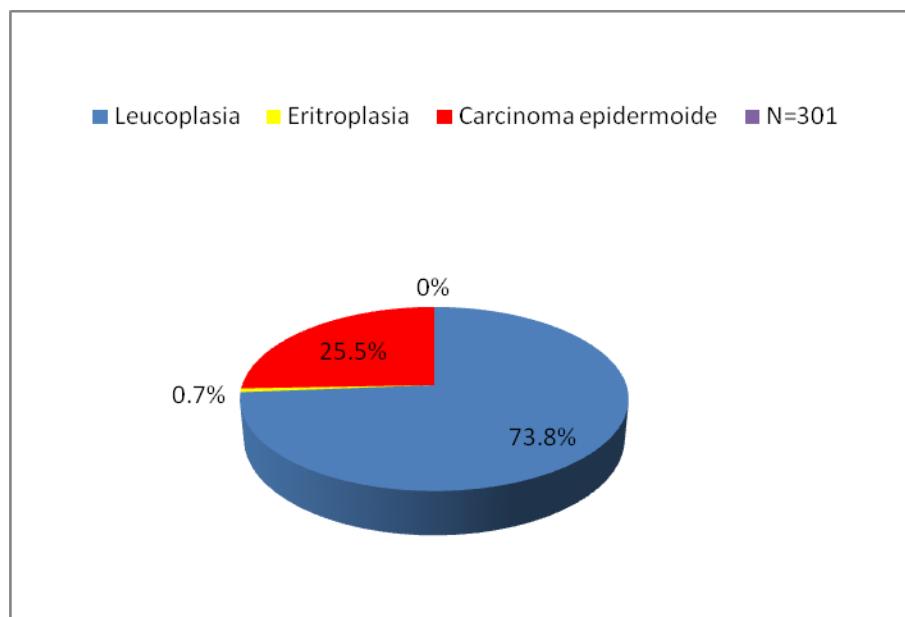
Tabla 2. Pacientes según sexo y tipo de lesión

Lesión	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Lesiones premalignas	129	57.6	95	42.4	224	100
Lesiones malignas	63	81.8	14	18.2	77	100
Total	192	63.7	109	36.3	301	100

Tabla 3. Pacientes según color de la piel y tipo de lesión

Lesión	Color de la piel									
	Blanca		Mestiza		Negra		Amarilla		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Lesiones premalignas	189	84.4	16	7.1	18	8.0	1	0.4	224	100
Lesiones malignas	74	96.1	1	1.3	1	1.3	1	1.3	77	100
Total	263	87.4	17	5.6	19	6.3	2	0.7	301	100

Gráfico A. Distribución porcentual por tipo de lesión.



Fuente: Tabla 3

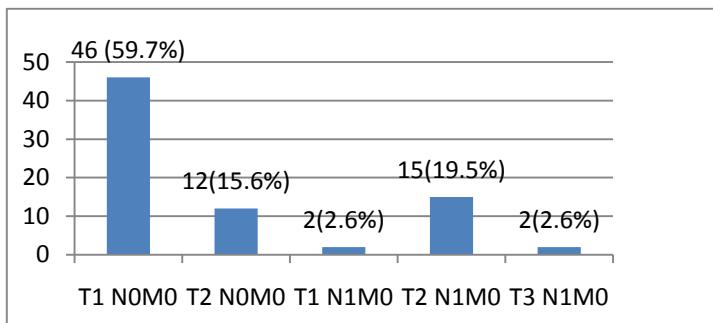
Tabla 4. Pacientes estudiados según grupo de edades. Año 2001-2007.

Grupo de edades	Lesiones premalignas		Lesiones malignas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<40 años	46	20.6	5	6.6	51	17.0
41-60 años	118	52.7	26	33.7	144	47.7
61 o más	60	26.7	46	59.7	106	35.3
Total	224	100	77	100	301	100
Edad media	52.13		64.15		-	
DS*	13.3		13.9		-	
Int. Confianza	(50.3-53.8)		(60.9-67.3)		-	
Edad mínima	19		30		-	
Edad máxima	88		93		-	

Tabla 5. Pacientes según tipo y localización de las lesiones

Localización	Lesiones premalignas n=224		Lesiones malignas n=77		Total N=301	
	No.	%	No.	%	No.	%
Labio inferior	63	27.8	34	42.0	97	31.6
Mucosa del carrillo	63	27.8	5	6.3	68	22.1
Suelo de boca	4	1.8	8	9.8	12	3.9
Lengua móvil	17	7.6	10	12.3	27	8.8
Base de lengua	2	0.9	4	4.9	6	1.9
Paladar duro	21	9.3	6	7.4	26	8.8
Paladar Blando	2	0.9	3	3.7	5	1.6
Espacio Retromolar	2	0.9	3	3.7	5	1.6
Encía inferior	13	5.8	2	2.4	15	4.8
Encía superior	25	11.1	4	4.9	29	9.4
Comisura labial	9	3.9	1	1.3	10	3.3
Labio superior	5	2.2	1	1.3	6	1.9

Gráfico B. Lesiones malignas según clasificación TNM.



n=77.

Fuente: Tabla 5

Tabla 6. Procedencia de los pacientes según lugar de residencia.

Procedencia	Lesiones premalignas		Lesiones malignas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Rural	22	9.8	10	12.9	32	10.6
Urbano	202	90.6	67	87.1	269	89.4
Total	224	100.0	77	100.0	301	100.0

Tabla 7. Presencia de factores de riesgo relacionados con el cáncer bucal en pacientes estudiados.

Factores	Lesiones premalignas n=224		Lesiones malignas n=77		Total N=301	
	No.	%	No.	%	No.	%
Factores de riesgo						
Tabaquismo	188	84.0	70	91.0	258	85.7
Alcoholismo	94	42.0	44	57.1	138	45.8
Tabaco y Alcohol	90	40.1	44	57.1	134	44.5
Exposición al sol	36	16.1	29	37.6	65	21.6
Irritantes traumáticos	61	27.2	19	24.6	80	26.6
Irritantes térmicos	1	0.4	-	-	1	0.3
Higiene bucal deficiente	69	30.8	24	31.1	93	30.9

Tabla 8. Cumplimiento de acciones preventivas relacionadas con el cáncer bucal en pacientes estudiados.

	Lesiones premalignas n=224		Lesiones malignas n=77		Total N=301	
Acciones preventivas	No.	%	No.	%	No.	%
Chequeo bucal periódico(anual)	58	25.8	10	12.9	68	22.5
Autoexamen bucal	31	13.8	8	10.3	39	12.9
Dieta antioxidante	45	20.0	6	7.7	51	16.9

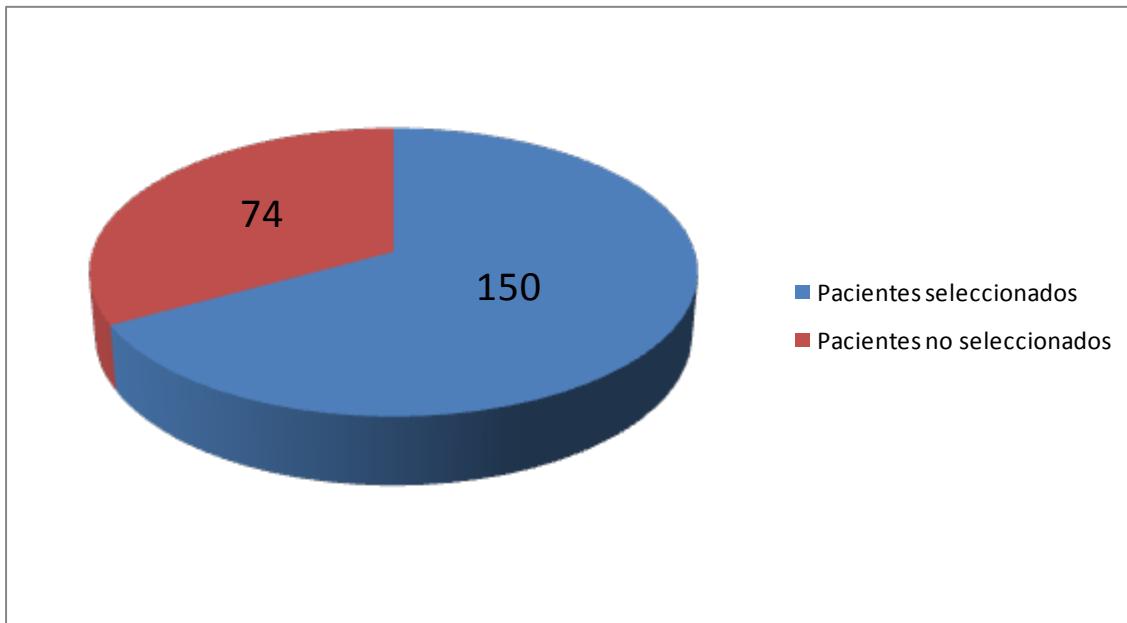
Tabla 9. Variables demográficas en pacientes no remitidos por PDCB. Grupo control.

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
<40 años	31	24.8	41	23.4	72	24
41-60	66	52.8	83	47.4	149	49.6
61 o más	28	22.4	51	29.2	79	26.4
Total	125	100	175	100	300	100

Tabla 10. Nivel de escolaridad en pacientes estudiados y grupo control.

Nivel de escolaridad	Pacientes afectados n=150		Grupo control n=300		Total N=450	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	39	26.1	22	7.3	61	13.6
Secundaria	65	43.3	160	53.3	225	50.0
Pre-universitario	41	27.3	102	34.0	143	31.7
Universitario	5	3.3	16	5.3	21	4.7
Total	150	100.0	300	100	450	100.0

Grafico C. Pacientes seleccionados para la estrategia de intervención educativa en el estudio con lesión premaligna, n=224



Fuente: Tabla 9

Tabla 11. Conocimiento de riesgo en pacientes afectados y grupo control sobre los factores de riesgo del cáncer bucal.

Aspectos	Conocimiento de riesgo				Total N=450	
	Pacientes remitidos por PDCB(150).		Pacientes no remitidos por PDCB(300).			
	No.	%	No.	%	No.	%
Tabaquismo	101	67.3	185	61.6	286	63.5
Alcoholismo	48	32.0	122	40.6	170	37.7
Tabaquismo-Alcoholismo	72	48.0	129	43.0	201	44.6
Alimentos calientes	12	8.0	57	19.0	69	15.3
Prótesis desajustadas	18	12.0	44	14.6	62	13.7
Bordes filosos	21	19.0	70	23.3	91	20.2
Higiene bucal deficiente	21	19.0	60	20.0	81	18.0
Bebidas calientes	14	9.3	37	12.3	51	11.3
Exposición al sol	38	25.3	104	23.1	142	31.5
Mordeduras	16	10.6	51	17.0	67	14.8

$$\chi^2 = 17.41 \text{ p}=0.04$$

Tabla 12. Nivel de conocimiento de pacientes afectados y grupo control respecto a acciones preventivas del cáncer bucal

Factores	Conocimiento de acciones				Total	
	Pacientes remitidos por PDCB(150).		Pacientes no remitidos por PDCB(300).			
	No.	%	No.	%	No.	%
Dominio del autoexamen bucal	25	16.6	85	28.3	110	24.4
Chequeo bucal periódico	41	27.3	124	41.3	165	36.6
Dieta antioxidante	36	24.0	99	33.0	135	30.0

$$\chi^2 = 0.44 \quad p = 0.80$$

Tabla 13. Nivel de conocimiento de pacientes afectados y grupo control sobre signos bucales de alarma relacionados con el cáncer bucal

Signos de alarma	Conocimiento de signos				Total	
	Pacientes remitidos por PDCB(150).		Pacientes no remitidos por PDCB(300).			
	No.	%	No.	%	No.	%
Mancha roja	48	32.0	151	50.3	199	44.2
Mancha blanca	118	78.6	201	67.0	319	70.8
Ulceras	141	94.0	279	93.0	420	93.3
Abultamientos	58	38.6	187	62.3	245	54.4
Lesiones duras	76	50.6	179	59.6	255	56.6

$$\chi^2 = 17.40 \quad p=0.001$$

Tabla 14. Evaluación del nivel de conocimiento de pacientes encuestados sobre factores de riesgo, acciones preventivas y signos de alarma.

Evaluación	Pacientes remitidos por PDCB(150).		Pacientes no remitidos por PDCB(300).		Total 450	
	No.	%	No.	%	No.	%
Excelente	4	2.7	11	3.7	15	3.3
Bien	9	6.0	46	15.3	55	12.2
Regular	96	64.0	201	67.0	297	66.0
Mal	41	27.3	42	14.0	83	18.5
Total	150	100.0	300	100.0	450	100.0

$$\chi^2 = 17.02 \text{ p}=0.001$$

Tabla 15. Nivel de conocimiento de los estomatólogos al aplicar el cuestionario antes de realizar la estrategia de intervención educativa.

Preguntas	Nivel de conocimiento			
	Satisf	%	Insatisf	%
Pregunta No 1 Lesiones preneoplásicas	40	66.6	20	33.3
Pregunta No 2 Estados premalignos	18	30.0	42	70.0
Pregunta No 3 Funciones del estomatólogo PDCB	37	61.6	23	38.4
Pregunta No 4 Factores de riesgo	24	40.0	36	60.0
Pregunta No 5 Signos bucales de alarma	44	73.3	16	26.7
Pregunta No 6 Acciones preventivas	38	63.3	22	36.7
Pregunta No 7 Estructuras normales	31	51.7	29	48.3
Pregunta No 8 Zonas anatómicas a examinar	20	33.3	40	66.6
Pregunta No 9 Formas clínicas del cáncer bucal	29	48.3	31	51.7
Pregunta No 10 ¿Cómo prevenir el cáncer bucal?	32	53.4	28	46.6

Gráfico D. Resultados en la evaluación del nivel de conocimiento de los estomatólogos sobre cáncer bucal, factores de riesgo y acciones preventivas antes de realizar la estrategia de intervención educativa.



Fuente: Tabla 14

Tabla 16. Conocimientos de pacientes afectados y grupo control sobre los factores de riesgo del cáncer bucal después de aplicada la estrategia.

Aspectos	Conocimiento de riesgo				Total N=450	
	Pacientes remitidos por PDCB n=150		Pacientes no remitidos por PDCB n=300			
	No.	%	No.	%	No.	%
Tabaquismo	142	94.6	290	96.6	432	96.0
Alcoholismo	130	86.6	261	87.0	391	86.8
Tabaq-Alcoholismo	134	89.3	271	90.3	405	90.0
Alimentos calientes	113	75.3	228	78.0	347	77.1
Prótesis desajustadas	122	81.3	246	82.0	368	81.7
Bordes filosos	122	81.3	256	85.3	378	84.0
Higiene bucal deficiente	127	84.6	262	87.3	389	86.4
Bebidas calientes	97	64.6	221	73.6	318	70.6
Exposición al sol	118	78.6	242	80.6	360	80.0
Mordeduras	123	82.0	262	87.3	385	85.5

$$\chi^2 = 0.96 \text{ p}=0.99$$

Tabla 17. Conocimientos de pacientes afectados y grupo control sobre las acciones preventivas del cáncer bucal después de aplicada la estrategia.

Factores	Conocimiento de acciones				Total N=450	
	Pacientes remitidos por PDCB n=150		Pacientes no remitidos por PDCB n=300			
	No.	%	No.	%	No.	%
Dominio del autoexamen bucal	141	94.0	285	95.0	426	94.6
Chequeo bucal periódico	146	97.3	294	98.0	440	97.7
Dieta antioxidante	135	90.0	279	93.0	414	92.0

$$\chi^2 = 0.03 \text{ p}=0.98$$

Tabla 18. Conocimientos de pacientes afectados y grupo control sobre los signos bucales de alarma después de aplicada la estrategia.

Signos de alarma	Conocimiento de signos				Total N=450	
	Pacientes remitidos por PDCB n=150		Pacientes no remitidos por PDCB n=300			
	No.	%	No.	%	No.	%
Mancha roja	140	93.3	291	97.0	431	95.7
Mancha blanca	148	98.6	298	99.3	446	99.1
Ulceras	147	98.0	298	99.3	445	98.8
Abultamientos	138	92.0	280	93.3	418	92.8
Lesiones duras	137	91.3	278	92.6	415	92.2

$$\chi^2 = 0.05 \text{ p}=0.99$$

Tabla 19. Evaluación del nivel de conocimientos de pacientes encuestados sobre factores de riesgo, acciones preventivas y signos de alarma después de aplicada la estrategia.

Evaluación	Pacientes remitidos por PDCB n=150		Pacientes no remitidos por PDCB n=300		Total N=450	
	No.	%	No.	%	No.	%
Excelente	88	58.7	184	61.3	272	60.6
Bien	51	34.0	101	33.7	152	33.7
Regular	11	7.3	15	5.0	26	5.7
Mal	-	-	-	-	-	-
Total	150	100.0	300	100.0	450	100.0

$$\chi^2 = 1.063 \text{ p}=0.59$$

Tabla 20. Nivel de conocimiento de los pacientes antes y después de la estrategia

Nivel de conocimiento	Pacientes remitidos por PDCB n=150		Pacientes no remitidos por PDCB n=300	
	Antes	Después	Antes	Después
Insatisfactorio	137	11	243	15
Satisfactorio	13	139	57	285

$$\chi^2 = 208.370 \quad p=0.001$$

$$\chi^2 = 350.394 \quad p=0.001$$

Tabla 21. Evaluación del nivel de conocimiento de los estomatólogos sobre cáncer bucal, factores de riesgo y acciones preventivas antes y después de realizar la estrategia de intervención educativa.

Evaluación	Cuestionario a estomatólogos ANTES		Cuestionario a estomatólogos DESPUÉS	
	No	%	No	%
Excelente	4	6.7	51	85.0
Bien	22	36.7	8	13.3
Regular	31	51.6	1	1.7
Mal	3	5.0	-	-
Total	60	100.0	60	100.0

$$\chi^2 = 77.822 \quad p=0.001$$

Tabla 22. Evaluación final del nivel de conocimiento de los estomatólogos sobre el PDCB después de realizar la estrategia de intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Estomatólogos (60).	
	Antes	Después
Insatisfactorio	34	1
Satisfactorio	26	59

$$\chi^2 = 43.93 \quad P=0.001$$

Tabla 23. Resultados en el grupo control cuatro años después de intervención educativa.

Grupo de edades N=294	No fumadores		Fumadores		Dejaron de fumar		Fuman un 50%		Fuman un 75%		Fuman igual	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
40 años n=70	6	8.5	64	91.5	15	23.4	13	20.3	11	17.2	25	39.1
41-60 años n=147	12	8.2	135	91.8	39	28.8	21	15.5	19	14.1	56	41.5
+61 años n=77	10	13.0	67	87.0	17	25.3	12	1.9	15	15.0	23	34.3
Total	28	9.5	266	90.5	71	26.7	46	17.3	45	17.0	104	39.1

Tabla 24. Validación de la estrategia por los estomatólogos actuantes en APS

Estomatólogos N=12	Bien		Regular		Mal	
	No	%	No	%	No	%
Estructura adecuada	12	100	-	-	-	-
Pertinencia de la estrategia	11	91.6	1	9.4	-	-
Factibilidad de aplicación	12	100	-	-	-	-
Resultados de aprendizaje	12	100	-	-	-	-

ANEXOS

Anexo 1 Fallecidos por cáncer bucal

Cuba 2001- 2007

Años	Total	Masculino		Femenino		Razón de tasa por sexo M/F
		Def	Tasa	Def	Tasa	
2001	503	384	6.8	119	2.1	3.2
2002	476	343	6.1	133	2.4	2.6
2003	514	378	6.7	136	2.4	2.8
2004	585	441	7.8	144	2.6	3.0
2005	582	435	7.7	147	2.6	2.9
2006	618	445	7.9	173	3.1	2.6
2007	579	425	7.6	154	2.7	2.8

Fuente: Anuarios estadísticos del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Anexo 2
Encuesta a Pacientes afectados
Investigación sobre lesiones preneoplásicas y cáncer bucal

Nombre:_____

Dirección:_____

Edad_____ Sexo M__ F__ Nivel de escolaridad_____

Color de la Piel B__ N__ M__ A__

Lesión Preneoplásica_____ Cáncer Bucal_____

Diagnóstico_____

No. Biopsia_____

Localización de la lesión

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Labio inferior | <input type="checkbox"/> Paladar blando |
| <input type="checkbox"/> Mucosa del carrillo | <input type="checkbox"/> Espacio retromolar |
| <input type="checkbox"/> Suelo de boca | <input type="checkbox"/> Encía inferior |
| <input type="checkbox"/> Lengua móvil | <input type="checkbox"/> Encía superior |
| <input type="checkbox"/> Base de lengua | <input type="checkbox"/> Labio superior |
| <input type="checkbox"/> Paladar duro | <input type="checkbox"/> Comisura labial |

Factores de Riesgo

Fuma_____ - de 10 cigarrillos_____ - de 20 cigarrillos_____

_____ - de 30 cigarrillos_____ - de 40 cigarrillos_____

_____ + de 40 cigarrillos_____ Tiempo fumando_____

No Fuma_____

Ingiere Bebidas Alcohólicas Si_____ No_____

En caso positivo:

_____ Ocasionalmente

1 ó 2 líneas diarias

Cualquier cantidad

Cuánto tiempo bebiendo_____

Otros factores de riesgo:

Sepsis bucal (Índice de Love)

Exposición frecuente al sol

Irritantes traumáticos

Irritantes térmicos

Portador de prótesis desajustada

Clasificación T.N.M.

T1 No Mo_____

T1 N1 Mo_____

T2 No Mo_____

T2 N1 Mo_____

T3 No Mo_____

T3 N1 Mo_____

Anexo 3

Acta de consentimiento informado del paciente afectado

Hospital General Docente Julio M. Aristegui Villamil. Cárdenas

Servicio de Cirugía Maxilofacial

Investigación sobre lesiones preneoplásicas y cáncer bucal

Yo: _____ he recibido la información necesaria relacionada con la investigación sobre lesiones preneoplásicas y cáncer bucal que se realiza para evaluar el impacto sobre la población. Estoy dispuesto a participar en este estudio, con el objetivo de ayudar a mejorar la calidad de vida de la población, para lo cual, responderé de forma clara y con honestidad todas las preguntas que me sean realizadas por el Doctor Freddy Valentín que es el responsable de esta investigación.

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Firma del Investigador: _____

Anexo 4
Operacionalización de las variables

Variable	Categorías	Naturaleza de la variable	Tipo de análisis
Grupo de Edad	Menos de 30 años 31-40 41-50 51-60 61-70 71-80 81 y más	Cuantitativa	Estadígrafos descriptivos: media, desviación estándar y mínimo, máximo, intervalo de confianza 95%
Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa	Tabla de frecuencias, tasas de incidencia según tipo de lesión y tasas de mortalidad
Color de la piel	Blanca Amarilla Mestiza Negra	Cualitativa	Tabla de frecuencias
Procedencia de los pacientes	Rural Urbano	Cualitativa	
Factores de riesgos	Tabaquismo Alcoholismo Tabaco y alcohol Exposición al sol Irritantes traumáticos Irritantes térmicos Higiene bucal deficiente	Cualitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas

Diagnóstico histológico	Leucoplasia Eritroplasia Carcinoma Epidemoide	Cualitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas
Riesgo	Alto Bajo	Cualitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas
TNM	T1 N0 M0 T2 N0 M0 T3 N0 M0 T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N1 M0	Cualitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas
Estadíos según TNM	Etapa 0 Etapa I Etapa II Etapa III Etapa IV	Cualitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas
Localización	Labio inferior Mucosa del carrillo Suelo de boca Lengua móvil Base de lengua Paladar duro Paladar Blando Espacio Retromolar Encía inferior Encía superior Comisura labial Labio superior	Cualitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas
Nivel de	Primaria	Cualitativa	Tabla de frecuencias

escolaridad	Secundaria Básica Pre Universitario Universitario		absolutas y relativas
Acciones preventivas	Dominio autoexamen bucal. Chequeo bucal periódico. Dieta antioxidante.	Cualitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas
Signos bucales de alarma	Mancha roja. Mancha blanca. Ulceras. Abultamientos. Lesiones duras.	Cualitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas

Operacionalización de las variables de la encuesta a la población sobre el nivel de conocimiento

Nivel de escolaridad	Primaria Secundaria Básica Pre Universitario Universitario	Cualitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas
Factores de riesgos	Tabaquismo Alcoholismo Tabaco y alcohol Alimentos calientes Prótesis desajustadas Bordes filosos Higiene bucal deficiente (Índice de Love) Bebidas calientes Exposición al sol Mordeduras	Cualitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas

Acciones preventivas	Dominio del autoexamen bucal Cheque bucal periódico Dieta antioxidante	Cualitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas
Signos de alarma	Mancha roja Mancha blanca Ulceras Abultamientos Lesiones duras	Cualitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas
Evaluación por preguntas	Muy bien Bien Regular Mal	Cuantitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas
Evaluación general	Satisfactoria (Muy bien-bien) Insatisfactoria (Regular-mal)	Cualitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas

Operacionalización de las variables de la encuesta a los profesionales sobre el nivel de conocimiento relacionado con el PDCB

Evaluación por preguntas	Muy bien Bien Regular Mal	Cuantitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas
Evaluación general	Satisfactoria (Muy bien-bien) Insatisfactoria (Regular-mal)	Cualitativa	Tabla de frecuencias absolutas y relativas

Anexo. 5

**ENCUESTA SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CÁNCER BUCAL Y
ESCALA DE RIESGO A PERSONAS SANAS CON O SIN FACTORES DE
RIESGO.**

A LLENAR POR EL INVESTIGADOR

Nombre: ----- No: -----

Ocupación: -----

1-Sexo: M_____ F_____

2- Edad: _____ Color de la piel: B____ M____ N____ A____

3-Nivel de Escolaridad:

Primaria: _____ Secundaria Básica: _____ Técnico Medio: _____

Pre-Universitario:_____ Universitario: _____

4-Antecedentes de interés en el encuestado:

4A- Fuma: _____ No fuma: _____

4B- Bebidas alcohólicas: Sí_____ No_____

4C-Sepsis Bucal _____ Exposición frecuente al sol_____

Irritantes traumáticos_____ Portador de prótesis desajustada_____

Irritantes térmicos _____ Higiene bucal deficiente _____

5- Otros antecedentes de interés:

Realiza UD. el chequeo bucal periódico: Sí_____ No: _____

Realiza UD. el auto cuidado bucal: Sí_____ No _____

Mantiene UD. una dieta saludable: Sí_____ No_____

Anexo 6

Acta de consentimiento informado de los voluntarios sanos

Yo _____

He recibido suficiente información sobre la investigación que con el título “Estrategia de Intervención Educativa para reducir la vulnerabilidad ante el cáncer bucal” se desarrolla en el territorio del Hospital General Docente “Dr. Julio M. Aristegui Villamil” de Cárdenas. Estoy de acuerdo en pertenecer al estudio en el cual se me informó que me realizarán una entrevista a través de una encuesta y un examen de la boca en el hogar o centro de trabajo.

El Dr. _____ me explicó que se desarrollará con absoluta discreción, no afectará mi salud ni el normal funcionamiento de mi vida.

Firma del voluntario

Firma del Doctor.

Anexo 7

Aspectos para medir el nivel de conocimientos sobre el cáncer bucal en la población.

Grupo afectado Grupo control

Edad cumplida | | años. Sexo: F M

Color de la piel: B N M A

Nivel de escolaridad: Prim. Sec. Pre-Univ. Univ.

1-Marque con una cruz(X) los aspectos que usted considera relacionados con el cáncer bucal.

- Ingerir alimentos calientes.
- Utilizar tenedor.
- Usar la misma prótesis dental por varios años.
- Fumar varias veces al día.
- Lastimarse la lengua con el filo de los dientes.
- Usar creyón labial.
- Tomar bebidas alcohólicas con frecuencia.
- Cepillarse los dientes solo una vez al día.
- Lavarse los dientes con pasta dental de bajo costo.
- Beber leche sola o saborizada bien caliente.
- Ingerir refrescos gaseados.
- Exponerse al sol con frecuencia.
- Fumar mientras se ingieren bebidas alcohólicas.
- Morderse los labios, la lengua o el cachete.

2-Sobre otros factores asociados al cáncer responda:

- a) ¿Sabe usted como se hace el autoexamen bucal? Si No
¿Sabe en qué consiste?
-

b) ¿Con que frecuencia se debe asistir a la consulta estomatológica en 2 años?

una vez dos veces tres veces Nunca

c) Señale con una cruz(X) los alimentos que previenen la aparición del cáncer bucal.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frutas frescas. | <input type="checkbox"/> Huevo frito |
| <input type="checkbox"/> Carnes asadas. | <input type="checkbox"/> Dulces bien azucarados. |
| <input type="checkbox"/> Viandas fritas. | <input type="checkbox"/> Vegetales frescos. |

3-Seleccione con una cruz(X) los signos bucales de alarma que se relacionan con el cáncer bucal.

- Mancha roja.
- Ulceras que no sanan.
- Abultamientos.
- Mancha blanca.
- Lesiones de crecimiento y aspecto duro.
- Sangramiento por la encía.
- Picazón en la lengua.
- Dolor dental.

Anexo 8

Instructivo para evaluar el instrumento que mide el nivel de conocimientos en la población.

Pregunta 1.

Ítems correctos	Ítems incorrectos	Puntuación
10-9	1	5
8-7	2-3	4
6-5	4-5	3
Menos de 5		2

Pregunta 2.

a) Si _____ Explicación coherente. 5 puntos.

No _____ No tener conocimiento. 2 puntos.

Explicación coherente: exposición sencilla en la que exista una conexión entre el modo de realizar el autoexamen bucal y su importancia.

b) Tres veces_____5 puntos.

Dos veces_____4 puntos.

Una vez_____3 puntos.

Nunca_____2 puntos.

c)

Ítems correctos	Ítems incorrectos	Puntuación
3	0	5
2	1	4
1	2	3
No marque		2

Pregunta 3.

Ítems correctos	Ítems incorrectos	Puntuación
5	0	5
4	1	4
3	2	3
Menos de 3		2

Nota: la calificación final estará dada por la tabla de decisiones de cinco preguntas.

Anexo 9

ENCUESTA A ESTOMATÓLOGOS.

Estimados colegas: esta encuesta forma parte de una Investigación con el fin de medir el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal y el Programa de detección del cáncer bucal (PDCB), nos resultaría de mucha utilidad su cooperación al responderlo. La información que usted nos proporcione solo se utilizará con fines científicos y es anónima.

Muchas gracias.

Edad|__|__ años Sexo: M F Años de graduado|__|__

Clasificación profesional:

E.G.B. Residente 1er año E.G.I. Residente 2do año E.G.I.
Especialista 1er grado E.G.I. Especialista 2do año E.G.I.

1.- Las lesiones premalignas o preneoplásicas de la cavidad bucal son:

Venas sublinguales prominentes <input type="checkbox"/>	Leucoplasia <input type="checkbox"/>
Fibrosis submucosa bucal <input type="checkbox"/>	Liquen plano <input type="checkbox"/>
Paladar de fumador <input type="checkbox"/>	Eritroplasia <input type="checkbox"/>
Paladar del fumador invertido <input type="checkbox"/>	Mucosas atróficas <input type="checkbox"/>

2.- Los estados premalignos de la cavidad bucal son:

Gránulos de Fordyse <input type="checkbox"/>	Liquen plano <input type="checkbox"/>
Mucosas atróficas <input type="checkbox"/>	Queilitis actínica <input type="checkbox"/>
Rugosidades palatinas <input type="checkbox"/>	Papilomatosis bucal florida <input type="checkbox"/>
Nevus pigmentado <input type="checkbox"/>	Fibrosis submucosa <input type="checkbox"/>
Queratosis focal <input type="checkbox"/>	Glositis romboidal media <input type="checkbox"/>

3.- Las funciones del estomatólogo en el P.D.C.B. son:

Realizar exámenes físicos para diagnosticar inflamaciones
Velar porque todo paciente de 35 años y más, que habite en su área le sea realizado el examen bucal, al menos una vez al año.
Hacer constar en la historia clínica ambulatoria del paciente la visita estomatológica y el examen de PDCB.
Participar en las evaluaciones periódicas sobre la marcha del programa.
Localizar a los pacientes inasistentes a la consulta de Cirugía Máximo Facial.
Diagnosticar y remitir casos sospechosos que afecten la mucosa bucal
Realizar extracciones dentarias a los casos que lo requieran como parte del tratamiento estomatológico normal
Enseñar el cepillado dental a todos los pacientes

4.- Dentro de los factores de riesgo del cáncer bucal, están:

- Antecedentes familiares de cáncer bucal Sexo
Higiene bucal deficiente Color de la piel negra
Bajo consumo de frutas y vegetales Hábito de fumar
Consumo de alcohol Prótesis mal ajustadas
Infecciones bucales a repetición Exposición al sol

5.- Seleccione los signos bucales de alarma que se relacionan con el cáncer bucal.

- Mancha roja Úlceras que no sanan Abultamientos
Movilidad dentaria Lesiones de crecimiento y aspecto duro
Mancha blanca Lengua depapilada Sangramiento gingival

6.-Como factores protectores o acciones preventivas al cáncer bucal, conocemos:

Visitar al estomatólogo como mínimo una vez al año

Alimentación rica en proteína animal

Practicar el auto examen bucal

Cepillarse los dientes tres o cuatro veces al día

Alimentación rica en frutas y vegetales frescos

Alimentación rica en dulces azucarados

7.- Dentro de las estructuras normales que pueden confundirse con estados patológicos, tenemos:

En suelo de boca _____

En paladar duro _____

En mucosa del carrillo _____

En cara dorsal de la lengua _____

En cara ventral de la lengua _____

8. Las zonas anatómicas a examinar en la boca por el PDCB, en orden son:

9.- Dentro de las formas clínicas del cáncer bucal, se identifican:

- Mancha roja Úlcera excavada Mancha blanca
Úlcera de bordes emergentes Mancha violácea Nodular atípica
Úlcera redondeada Nodular submucosa

10.- ¿Cómo se puede prevenir el cáncer bucal?

Anexo 10

Instructivo para evaluar el instrumento que mide el nivel de conocimiento de los estomatólogos.

Pregunta 1

Ítems correctos	Ítems incorrectos	Puntuación
7-8	1	5
5-6	2-3	4
4	4	3
Menos de 4		2

Pregunta 2

Ítems correctos	Ítems incorrectos	Puntuación
9-10	1	5
7-8	2-3	4
5-6	4-5	3
Menos de 5		2

Pregunta 3

Ítems correctos	Ítems incorrectos	Puntuación
7-8	1	5
5-6	2-3	4
4	4	3
Menos de 4		2

Pregunta 4

Ítems correctos	Ítems incorrectos	Puntuación
9-10	1	5

7-8	2-3	4
5-6	4-5	3
Menos de 5		2

Pregunta 5

Ítems correctos	Ítems incorrectos	Puntuación
7-8	1	5
5-6	2-3	4
4	4	3
Menos de 4		2

Pregunta 6

Ítems correctos	Ítems incorrectos	Puntuación
6	0	5
5	1	4
4	2	3
Menos de 4		2

Pregunta 7

Ítems correctos	Ítems incorrectos	Puntuación
5	0	5
4	1	4
3	2	3
Menos de 3		2

Pregunta 8

El orden normal 5 puntos, con una alteración en el orden 4 puntos, con dos alteraciones 3 puntos y si no hay uniformidad en el orden, 2 puntos.

Pregunta 9

Ítems correctos	Ítems incorrectos	Puntuación
7-8	1	5
5-6	2-3	4
4	4	3
Menos de 4		2

Pregunta 10

Se evaluará según la cantidad de acciones preventivas que el estomatólogo señale. Obtendrá 5 puntos si menciona cinco ó más, 4 si refiere cuatro acciones y 3 si señala tres medidas preventivas. Obtiene 2 puntos si menciona dos o menos de estas acciones realizadas por el estomatólogo.

Nota: la calificación final será al aplicar la tabla de decisiones de 10 preguntas.

Anexo 11

Matriz DAFO (Planeación estratégica.)

Realización de una DAFO, en forma de Tormenta de Ideas, con la participación de los otros dos cirujanos Maxilo-faciales, es decir, relacionar las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades que impactarían sobre la Estrategia de Intervención Educativa.

Las Debilidades incluyen lo que se necesita y no se posee por responsabilidad de los ejecutores.

Las Amenazas es lo que se necesita y no se posee por responsabilidad de factores externos.

Las Fortalezas son lo que se posee para lograr un resultado feliz en el cumplimiento de la misión.

Las Oportunidades son las condiciones existentes que puede favorecer el logro de los objetivos trazados.

DAFO: (encontrados al realizar el análisis del programa de PDCB en el territorio)

DEBILIDADES

- 1.-La ausencia o déficit del modelo oficial de remisión de PDCB en la APS
- 2.-Falta de jerarquización administrativa por los diferentes niveles en el territorio.
- 3.-Deficiente trabajo de las comisiones técnicas del programa
- 4.-Baja cobertura por pesquisa activa en los grupos de mayor riesgo (poca o ineficaz pesquisa en centros de trabajo, estudio u otros).
- 5.-Deficiente la realización del examen PDCB en la H.C. de estomatología, lo que se ha podido corroborar en los exámenes de los residentes de EGI.
- 6.-Seguimiento inadecuado de los casos con diagnóstico de lesiones y estados preneoplásicos en la APS.
- 7.-Tardanza en el llenado del modelo de retorno por parte del Cirujano Máxilo Facial y dificultades por el Dpto. de Estadísticas del Hospital para que esto se realice.
- 8.- Información deficiente en los servicios de Consejería de Salud en lo relacionado a la prevención del cáncer bucal.

- 9.- Desconocimiento por parte de los médicos especialistas en MGI que laboran en los Consultorios Médicos de la Familia sobre el Programa de Detección del Cáncer Bucal.
10. Insuficientes datos estadísticos por parte del departamento de estadísticas de la Dirección Provincial de Salud que impide la realización de investigaciones sobre morbilidad y mortalidad del cáncer bucal.
11. Errores en el diagnóstico de la causa de fallecimiento por parte del médico que realiza el certificado de defunción, dando por resultado un sub registro de la mortalidad por cáncer bucal.
12. En el Análisis de la Situación de Salud (ASS) de estomatología, no existe como problema el cáncer bucal, a pesar de que es la única causa de muerte que se puede encontrar en nuestra especialidad. Esto se corrobora al revisar los ASS municipal y provincial.

AMENAZAS

- 1.-Inadecuada retroalimentación con el nivel secundario de atención, por la no existencia del modelo oficial de remisión del PDCB.
- 2.-Demora y baja eficacia en el tratamiento de estos pacientes en el nivel primario de salud.
- 3.-Insuficiente educación para la salud y estrategia de comunicación social.
- 4.- Baja participación de la APS en la pesquisa y seguimiento de pacientes afectados por cáncer bucal.
- 5.- Insuficiente preparación de los MGB (Médico General Básico), MGI(Médico General Integral) y LAE(Licenciadas en Atención Estomatológica) para diagnosticar y tratar oportunamente a los pacientes afectados por este tipo de cáncer.

FORTALEZAS

- 1.-La existencia de un programa de prevención de cáncer bucal (PDCB) bien estructurado y a tono con el nivel alcanzado por la Salud Pública en nuestro país.
- 2.-La existencia de un personal calificado en Estomatología (Estomatólogos y Licenciadas en atención estomatológica) para realizar exitosamente este programa.

3.-La existencia de los medios educativos que permitan la formación de los líderes comunitarios y personal profesional.

OPORTUNIDADES

1.-Involucrar y educar a las organizaciones de masas en aspectos relacionados con la prevención y diagnóstico temprano del cáncer bucal.

ANEXO 12

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA AUMENTAR LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO ANTE EL CÁNCER BUCAL

Curriculum para el desarrollo de la estrategia de intervención educativa en la población.

Fundamentos teóricos metodológicos

Como resultado de un estudio sobre la morbilidad por cáncer bucal en el territorio que atiende el Hospital General Docente “Julio M. Aristegui Villamil” de Cárdenas y los análisis de salud en estos territorios, se ha puesto de manifiesto un incremento en la morbilidad por esta enfermedad, además de una marcada presencia de factores de riesgo como el tabaquismo y el alcoholismo. A partir de la educación para la salud, utilizada esta como una estrategia en la promoción de salud, capaz de elevar el nivel de conocimiento de la población, conduciendo al individuo y a la comunidad a un proceso de cambio de actitud y de conducta; que aparte de la identificación de sus necesidades intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad.

Todo currículo parte de la realidad, en esa realidad están sus bases y en relación a las bases en que se sostenga el *curriculum* estarán sus fundamentos. Cuando nos referimos a las bases estamos considerando: condiciones económicas, estructura social, estructura política (políticas educativas) y tradiciones culturales. Todos estos elementos en un contexto histórico dado condicionan los fines de la educación y el modelo de hombre a formar.

Perfil del egresado del curso

El egresado deberá alcanzar un enfoque de los problemas científicos con una mente crítica y abierta, lo que le permitirá mantenerse actualizado frente al desarrollo vertiginoso de las ciencias, con una concepción científica del mundo y principios éticos que favorezcan la adquisición de conocimientos en función eminentemente social, dirigida a servir a toda la comunidad, promoverá la salud general y bucal en la misma a partir de mensajes educativos que le faciliten alcanzar cambios en sus estilos de vida y con las que se formen valores, además debe apropiarse de un pensamiento salubrista, en fin la intervención debe proveer las herramientas para que el egresado se convierta en un promotor de salud.

A partir de la necesidad existente de elevar el nivel de conocimientos sobre el cáncer bucal, factores de riesgo, signos de alarma y acciones preventivas que posee la población objetivo , basado en la definición de que el curriculum es un proyecto educativo integral y no un aspecto determinado del proceso educativo, se evidencia que los diseños curriculares tienen que concebirse como una tarea de investigación con un carácter dinámico, donde los estudiantes y profesores se impliquen con una posición afectiva por el conocimiento y proyectarse al futuro que además surge y se desarrolla en condiciones sociales concretas que lo determinan, y por lo tanto, tiene un carácter contextualizado, que le imprime un sello particular y limita frecuentemente su extrapolación a otros contextos, por lo que resultó decisivo la realización de este para el desarrollo de la actividad educativa.

Objetivos generales:

A) Objetivos generales educativos:

Desarrollar en los participantes una personalidad integral, basándose en los principios de la ética médica cubana y la concepción científica del mundo, en función de las necesidades sociales y hacia el desarrollo del sistema de conocimientos, valores y conductas que sustenten un cambio de actitud que permita alcanzar logros positivos en la situación de salud general y bucal de la población.

B) Objetivos generales instructivos:

- Elevar el nivel de conocimientos sobre el cáncer bucal, factores de riesgo, signos de alarma y acciones preventivas.
- Propiciar el desarrollo de actividades comunitarias con participación activa de esta en conjunción con los sectores sociales.
- Favorecer el análisis individual y colectivo de los individuos para el reconocimiento de problemas de salud y las formas de controlar los mismos, desarrollando estilos de vida saludables.

C) Objetivos desarrolladores:

- Identificar las potencialidades de cada individuo que le permitan modificar los estilos de vida inadecuados que atentan contra su salud bucal.
- Conocer cuales elementos en los hábitos de cada paciente pudieran ser transformados positivamente para mejorar su salud bucal.

Esta intervención educativa consta de cuatro actividades programadas para realizarse semanalmente, con una duración de dos horas aproximadamente, a

continuación mostramos la distribución del tiempo en minutos de las actividades ejecutadas.

DISTRIBUCIÓN SEMANAL DEL FONDO DE TIEMPO DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA SEGÚN LAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN DE LA ENSEÑANZA.

No	Tema	P.G.	C.E.	LI	P.PP.	M.M.	D	D. G.	D.G.R	Total
I	Cáncer bucal. Factores de riesgo y signos de alarma.	10min	20min	20min				70min		120min
II	Lesiones premalignas y estados premalignos.		20min		30mir			70min		120min
III	Presentación de Multimedia e intervención de experiencias personales. Acciones preventivas.			20min		20 mir	20min	60min		120min
IV	Elementos necesarios para mejorar los estilos de vida.						50min		70min	120min
Total de minutos destinados		10 min	60min	20min	30min	20min	70min	200mii	70min	480min

Leyenda

- P.G. Presentación grupal
- L.I. Lluvia de ideas.
- C.E – Charla educativa.
- P.PP- Presentación en PowerPoint.
- D- Demostración.
- D.G- Discusión grupal.
- D.G.R- Discusión grupal reflexiva.
- M.M. Multimedia.

Orientaciones metodológicas y de organización de la estrategia de intervención educativa

La estrategia para el desarrollo de las actividades educativas se sustenta en la participación activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje, de los individuos, la familia, la comunidad en general y todos los sectores sociales, incluyendo organizaciones políticas y de masas. Utilizando la información recibida en las diferentes formas de organización de la enseñanza, para la creación individual y colectiva del conocimiento.

Organización General

La estrategia educativa, dirigida a la población adulta contó con un total de 8 horas distribuidas en dos horas por encuentros, programada una semanal. Todas las actividades fueron ejecutadas por el investigador principal y estomatólogos generales integrales adiestrados para este fin. En cada grupo de trabajo fueron seleccionados los facilitadores y relatores que contribuyeron a orientar a los miembros del grupo en cada una de las actividades programadas y a velar por la participación de los mismos. Para el desarrollo de las actividades grupales se contó en cada caso con el apoyo y participación activa de los actores sociales , representados estos por los diferentes sectores (FMC, CDR, secretarios de núcleos zonales del PCC y presidentes o representantes de los consejos populares) que participaron activamente en la elaboración de medios, distribución de estos y en el desarrollo del proceso educativo, tanto en los que se generaban en el consultorio médico como en las actividades que se realizaban en áreas alejadas de este , el proceso de interacción social que prevaleció en cada actividad es lo que peculiariza la estrategia educativa y es el resultado de los dividendos de la misma después de ser aplicada.

La presentación grupal dio inicio a las actividades educativas, seguido de una lluvia de ideas con la participación de la casi totalidad de los integrantes, quienes de forma rápida y sin discusión excesiva ni disgragaciones del tema principal, condujo a una identificación del problema de salud fundamental objeto de estudio y que precedió a una discusión grupal. Se realizaron tres charlas educativas en el primero, segundo y tercer tema respectivamente, el que dio inicio a la misma con una duración aproximada de 20 minutos en cada una, donde se cumplieron las etapas de esta técnica educativa contentiva en introducción, desarrollo y conclusiones , en este último aspecto se evalúa la actividad, realizando preguntas que exploren los conocimientos de adquisición rápida por el auditorio, en esta etapa el profesor aclara cualquier duda generada por las interrogantes realizadas, a lo largo de la charla se emplearon medios educativos que enriquecen lo que teóricamente se expresa.

Para la explotación de las posibilidades que brindan los avances de la tecnología en este segundo tema se realiza una presentación en *power point*, que posibilita afianzar los conocimientos trasmítidos durante la charla pero ahora con la incorporación del efecto visual en la adquisición del conocimiento, esta actividad tiene un tiempo de duración aproximada de 30 minutos.

Las discusiones grupales se generaron a partir de la información teórica brindada, en los tres primeros temas, a través de la expresión de dudas, la búsqueda de respuestas a las interrogantes, mediante el análisis inmediato de la información recibida, se reservaron 70 minutos para las dos primeras y 60 para la tercera actividad. Para la realización de esta actividad se entregan materiales elaborados que se analizan y se discuten posteriormente en el grupo; sé utilizaron técnicas afectivo participativas como

la presentación de experiencias personales, donde a partir de una narración o pensamiento el grupo genera una serie de elementos que se analizan y discuten, en esta resulta importante la participación de los individuos con estilos de vida adecuados, de los representantes de los consejos populares y de todos los sectores que se imbrican en el proyecto. La discusión grupal reflexiva es generada a partir del análisis de los miembros del grupo desde una perspectiva de análisis individual de la situación en torno a los elementos necesarios para modificar los estilos de vida y la proyección futura de la misma, La diferencia con la discusión grupal realizada en otros temas es que en ella, se utilizaron un sistema de tarjetas donde el individuo de forma individual realiza un análisis primero individual y después socializado de cómo concibe su pasado, el presente que está viviendo y su proyección futura donde debe abandonar estilos de vidas desfavorables, para esta actividad se destina 70 minutos en la última sesión de la estrategia.

La demostración, se realiza en un tiempo de 20 minutos en la tercera actividad para identificar como realizar el autoexamen bucal y las lesiones asociadas en pacientes que practican hábitos tóxicos, para la tercera actividad se destinan 50 minutos durante los cuales se pretende evidenciar en forma sencilla y práctica procedimientos para mejorar estilos de vida y las consecuencias para la cavidad bucal y en el organismo en general de sustentar estilos inadecuados, se utilizo en la demostración las mismas personas que formaban parte de los grupos de trabajo para la intervención educativa, con previo consentimiento de los mismos, además se utilizaron fotos, láminas y diapositivas de los temas abordados. Para la realización de todas estas técnicas nos apoyamos en medios educativos elaborados como

pancartas, volantes, carteles, video, PC, etc. También, se confeccionaron marcadores con mensajes de salud y con elementos alusivos a la estrategia que se entregaban en las actividades educativas, por los profesionales de la salud y presidentes de los consejos populares. La actividad final culminó con un brindis, precedido de las premiaciones a los mejores resultados.

Indicaciones metodológicas para el desarrollo de cada tema

Tema I. Cáncer bucal. Factores de riesgo y signos de alarma.

a) Sistema de objetivos.

1. Enunciar el concepto de cáncer bucal, factores de riesgo y signos de alarma.
2. Identificar visualmente el cáncer bucal.
3. Identificar teóricamente los factores de riesgo, los signos de alarma y su relación con el cáncer bucal.

b) Sistema de conocimientos.

Cáncer bucal concepto. Factores de riesgo y signos de alarma. Tipos. Relación con el cáncer bucal.

Comienza la actividad con una charla educativa, precedida de una presentación grupal, posteriormente se muestran imágenes de cáncer bucal en diferentes estadios en fotos elaboradas para el tema y a partir de esta presentación se genera la discusión grupal, aplicando en la misma para el consenso de la información transmitida una técnica de participación en lluvia de ideas.

Duración: 2 horas Lugar: Consultorio médico. Hora: 2: 00 p.m.

Charla educativa.

En el inicio de la actividad se realiza una exploración en el grupo para identificar el conocimiento que poseen sobre qué es el cáncer bucal, posteriormente, se formulan los conceptos reconocidos como válidos de cáncer, factores de riesgo y signos de alarma por la literatura:

1. El cáncer es una proliferación incontrolada, desordenada y acelerada de células de un tejido que invaden y destruyen, localmente y a distancia, otros tejidos sanos del organismo.
2. Son una serie de condiciones patológicas caracterizadas por una proliferación celular imprevista e incontrolada en la cavidad bucal.
3. También considerada como un proceso neoformativo de tejido anormal en regiones del individuo.

De estas definiciones podemos extraer dos características básicas que definen al cáncer bucal.

1. Proliferación celular incontrolada.
2. Capacidad metastásica.

Factores 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 los factores de riesgo 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.

Tipos:

Todos los autores coinciden que el tabaquismo es el factor de riesgo más importante en la aparición del cáncer bucal, pues se ha demostrado que más del 90% de los pacientes con carcinoma bucal han sido fumadores.

En el tabaquismo tenemos que hablar de dos tipos de dependencia: una dependencia física provocada por la nicotina y una dependencia psicológica y comportamental, que se debe a la asociación que el fumador ha establecido entre el tabaco y las diferentes situaciones y estados a los que se ve sometido a lo largo del día. Estas asociaciones son más difíciles de romper que la adicción física, y deben ser tenidas en cuenta cuando se quiere dejar de fumar.

Los fumadores se pueden clasificar en dos grandes grupos:

Fumador activo. Sujeto que consume directamente productos provenientes de las labores del tabaco aspira las sustancias tóxicas y cancerígenas provenientes de su combustión y propagadas por el humo que desprende la misma.

Fumador pasivo. Sujeto que pese a no consumir directamente productos provenientes de las labores del tabaco aspira las sustancias tóxicas y cancerígenas provenientes de su combustión y propagadas por el humo que desprende la misma.

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 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.

El consumo de alcohol, incrementa la activación de las nitrosaminas presentes en el humo del tabaco, lo que origina un potente efecto sinérgico entre ambos factores.

Es valioso señalar que 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, pues estos irritan desde un primer contacto con los tejidos bucales, sin importar el modo de masticación y la cantidad de alimentos que se ingieran.

El trauma crónico constituye un factor de riesgo físico muy importante, su acción repetida Tritura o lacera los tejidos blandos de los órganos bucales, así origina un daño celular que requiere de reparación continua y a largo plazo induce a la multiplicación anormal de las mismas.

Ejemplos de irritantes traumáticos son: las prótesis desajustadas, dientes o restos radiculares de bordes filosos, obturaciones defectuosas, introducción de objetos en la boca, la masticación incorrecta y algunos hábitos bucales como la disquinesia lingual, el mordisqueo de los labios, los carrillos o la lengua.

La higiene bucal deficiente, permite el crecimiento de colonias de microorganismos que generan daño crónico en los tejidos bucales, aunque por sí sola no es capaz de generar neoplasias, se ha insistido que la acción producida por algunos gérmenes, son capaces de producir cambios hiperplásicos en la mucosa bucal.

Existen abundantes pruebas de que la radiación ultravioleta procedente del sol induce a un aumento de la incidencia del cáncer de piel y de los labios en particular.

Algunos estudios han demostrado que los enjuagues bucales con alcohol aumentan el riesgo de contraer cáncer bucal. Además, otros estudios han demostrado que los fumadores y las personas que beben alcohol tienden a usar enjuagues bucales más a menudo, lo que relaciona los tres factores.

Algunos autores sugieren que las frutas y vegetales, que contienen antioxidantes que pueden “atrapar” las moléculas dañinas, pueden reducir el riesgo de contraer cáncer bucal. Por ello, se especula que las personas que consumen poco este tipo de alimentos tienen un aumento en el riesgo de enfermar de ahí la importancia de una dieta adecuada.

El conocimiento de signos de alarma, permite la prevención y atención oportuna en la aparición del cáncer bucal, se debe considerar que cada individuo puede experimentar los mismos de forma diferente. Dentro de ellos se pueden incluir:

- ✓ Una llaga que no sana en un labio o en la mucosa.
- ✓ Un parche rojo o blanco en las encías, la lengua o en el revestimiento de la mucosa de la boca.
- ✓ Un bulto en un labio, en la boca o la garganta.
- ✓ Sangrado, dolor o adormecimiento inusuales del área de la boca.
- ✓ Hinchazón de la mandíbula.
- ✓ Dolor de oído.
- ✓ Cambios en la voz.
- ✓ Dolor crónico de garganta.
- ✓ Sensación de que algo ésta atrapado en la garganta.
- ✓ Dolor o dificultad para tragar o masticar.

Preguntas de evaluación.

1-¿Qué es el cáncer bucal?

2-Relacione los factores de riesgo que Ud. conoce con la aparición del cáncer bucal.

3-¿Cuáles son los signos de alarma en el cáncer bucal?

Tema II. Lesiones premalignas y estados premalignos.

a) Sistema de objetivos:

1. Enunciar conceptos y clasificaciones de las lesiones y estados premalignos
2. Identificar las características clínicas de las lesiones y estados premalignos.

b) Sistema de conocimientos

Lesiones premalignas y estados premalignos. Concepto y clasificación.

Características clínicas de las lesiones y estados premalignos.

Se da inicio a la actividad con la charla educativa que se describe a continuación, posteriormente se proyectó la presentación de un power point elaborado para el tema y a partir de esta presentación se genera la discusión grupal, aplicando en la misma para el consenso de la información trasmitida una técnica afectivo-participativa de apoyos didácticos a partir de una discusión para analizar los contenidos.

Duración: 2 horas Lugar: Consultorio médico. Hora: 2: 00 p.m.

Charla educativa.

Para la introducción al tema a abordar se explora si el auditorio conoce que se entiende por lesiones y estados premalignos, después de esta breve introducción se comienza a aportar la información. Se formulan los conceptos reconocidos como válidos de lesiones y estados premalignos, por la literatura:

- Lesión premaligna: es una alteración morfológica de la mucosa de la boca, donde es más posible que ocurra un cáncer que en el tejido morfológicamente normal.

Clasificación de las lesiones premalignas:

- Leucoplasia.
- Eritroplasia

Leucoplasia: La OMS la define como una placa o mancha blanca de la mucosa bucal que no podían ser removidas por el lavado o raspado y que no puede ser clasificada ni clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad.

Características clínicas:

- Aunque afecta a ambos sexos, muestra preferencia (75%) por los hombres, más frecuente entre los cuarenta y sesenta años de edad, con un promedio de 58 años.
- Aparecen con más frecuencia en mucosa del labio o mucosa del carrillo, menos frecuente en suelo de boca, paladar duro, lengua, encía, y paladar blando.
- Según algunos autores las leucoplasias del piso de la boca, cara ventrolateral de la lengua y paladar blando, a pesar de no ser sitios muy frecuentes por estas lesiones, si están relacionados con alto riesgo de transformación maligna.

- Según su aspecto clínico pueden ser clasificadas en: leucoplasia homogénea cuando estamos en presencia de una lesión o mancha blanca, lisa, regular y bordes bien definidos.

Leucoplasia no homogénea, está a su vez puede ser:

Leucoplasia erosiva: mancha blanca con áreas en que el epitelio está erosionado (enrojecimiento)

Leucoplasia nodular: incluye gránulos o nódulos.

Leucoplasia verrugosa: superficie irregular con proyecciones puntiagudas o romas.

Eritroplasia: Es una mancha roja , aterciopelada, brillante, bien limitada a algunas zonas de la mucosa bucal, que no se corresponde clínicamente ni patológicamente con otra enfermedad, es una lesión que tiene gran capacidad de transformación maligna, y es poco frecuente.

La clasificación de las mismas se sustenta en sus características clínicas.

- Eritroplasia Homogénea: lesiones de color rojo brillante, aterciopeladas, suave con bordes bien delineados, que con frecuencia es bastante extensa, observándose más en el paladar blando, después lengua, piso de la boca.
- Eritroplasia no Homogénea: Denominada también como Eritroleucoplasia, porque alternan manchas rojas con parches de Leucoplasia, las áreas eritematosas son irregulares, de color rojo no brillante, son más frecuentes en la lengua y el piso de la boca.

- Eritroplasia granular: Son de superficie granular.
- Son más frecuentes en el sexo masculino, entre la sexta y séptima década de la vida, aunque puede aparecer en edades medianas.
- Son menos frecuentes que la Leucoplasia, pero con mayor potencialidad de transformación maligna.
- Se caracteriza por un crecimiento de tipo endofítico y no exofítica como en la Leucoplasia.
- Existen zonas rojizas de carácter inflamatorio que observamos en la mucosa del paladar duro. La acción de la candida puede agravar el cuadro y hacer resaltar el color rojo. Estas lesiones de origen infeccioso, regresan totalmente al eliminar las causas que la originaron. Ej. La irritación de una prótesis mal adaptada.

Estados premalignos.

- Estado premaligno: Es un estado o condición generalizada que se asocia con un riesgo significativamente mayor de cáncer.

Tipos:

1. Líquen plano.
2. Mucosas atróficas.
3. Queilitis actínica.
4. Papilomatosis bucal florida.
5. Nevus pigmentado.

6. Fibrosis submucosa bucal.

Liquen plano: es una enfermedad dermatológica de tipo inflamatoria, muy pruriginosa, con predilección por las áreas de flexión de muñecas, brazos, piernas, de evolución crónica o subaguda al presentar períodos de remisión seguidos de exacerbación que responden generalmente con períodos de alteración emocional, puede involucrar las mucosas, sobre todo la bucal.

Características clínicas.

- No hay predilección por el sexo.
- Es casi exclusivo de la raza blanca.
- Común después de la segunda década de vida.
- Las lesiones cutáneas se presentan en forma de brotes de pequeñas pápulas de color violáceo, contornos poligonales, de superficie lisa y brillante con tendencia a reunirse en placas, distribuidas de forma simétrica en las superficies flexoras de la muñeca, brazos y las piernas.
- En boca la forma tradicional o en trama es la más frecuente (líneas de color blanco azulado, con ligero relieve sobre el plano de la mucosa, en forma de red o encaje, entre las líneas el aspecto mucoso es normal).
- Se puede presentar en otras formas: anular, puntiforme, en placa y erosiva.
- Se sitúan de preferencia en la mucosa del carrillo, le siguen la mucosa lingual, labial y vestibular.
- Pueden ir acompañadas de síntomas subjetivos, siendo el más común el ardor y la sensación de quemadura.

- Esta dermatosis tiene gran potencial de sufrir transformación maligna en la mucosa bucal, sobre todo la erosiva.
- Resumiendo puede presentarse en forma: Nodular, Erosiva o en trama.

Nevus pigmentado: Formación limitada de la piel o mucosas, su origen, por lo general es congénito, se le considera más que una neoplasia, una malformación. Son manchas circunscriptas, pigmentadas, superficiales que son el resultado del acúmulo de células que contienen Melanina.

Características clínicas.

- Se presentan con igual frecuencia en ambos sexos y a cualquier edad.
- Las cutáneas son más comunes.
- En la mucosa de la boca, aparecen como una mancha melánica limitada, asintomática, de color negro, pardo o azulado, siendo en el paladar duro su localización más común, no obstante puede verse en mejillas, encías y labios. Su tamaño es de menos de un cm.
- Existen varios tipos de Nevus, el de unión y el nevus compuesto poseen gran potencialidad de sufrir transformación maligna. El dérmico, junto con los azules raramente sufren transformación.

Papilomatosis bucal florida. Es un estado preneoplásico o hiperplasia inflamatoria de la mucosa bucal, provocada por la acción de irritantes como las prótesis desajustadas, sepsis bucal, o masticación del tabaco. A veces crece sobre mucosas atróficas. Algunos pacientes han evolucionado hacia la malignidad (carcinoma verrugoso).

Características clínicas.

- Es más frecuente en hombres de edad avanzada.
- Se observa con mayor frecuencia en la parte móvil de la lengua y la mucosa del carrillo, aunque es posible encontrarla en otros sitios de la mucosa bucal.
- Se muestran como formaciones papilomatosas múltiples de ancha base de implantación sin infiltrar en profundidad.
- Consistencia blanda o duroelástica.
- Coloración igual al de la mucosa vecina o más rojiza que esta.
- Asintomática.
- Es una rara afección de la mucosa bucal, que ofrece el aspecto de una coliflor.

Mucosas atróficas. La atrofia de la mucosa de la boca, a causa sobre todo de estados carenciales, como son las anemias y las avitaminosis, constituye un terreno predisponente para la aparición de un carcinoma.

La lengua depapilada, lisa, roja, sensible, con atrofia de su mucosa de revestimiento (produce un tipo específico de glositis), es una condición que facilita la acción de los elementos carcinógenos y el posible desarrollo de un carcinoma.

Fibrosis submucosa bucal: esta es una rara alteración de la mucosa bucal, que se halla caracterizada por una atrofia epitelial, acompañada de una dureza o rigidez de la submucosa y de una decoloración peculiar.

Características clínicas.

- Enfermedad de comienzo insidioso y de evolución crónica, cuya aparición se mantiene oscura, se asocia con dietas condimentadas, trastornos endocrinos, deficiencias de Vitaminas o Proteínas.
- Más frecuente en mujeres entre los cuarenta y sesenta años.
- La enfermedad puede comenzar por un brote de vesículas, con posterioridad, como un signo fundamental, se encuentra un blanquecimiento de la mucosa.
- Salivación excesiva o xerostomía.
- Al final desarrolla rigidez de ciertas zonas de la mucosa bucal, apareciendo bandas fibróticas que se sitúan en dirección vertical y junto a los daños de los pilares provocan trismo.
- A nivel de la faringe las bandas fibrosas reducen su abertura.
- La lengua puede estar tomada y en etapas avanzadas hay pérdida de las papilas.
- En los labios se puede percibir una banda fibrótica alrededor de todo el perímetro bucal.

Queilitis actínica: afección provocada por la acción de los rayos del sol, constituye una reacción inflamatoria aguda o crónica de la submucosa y la mucosa del labio. Originada por una exagerada exposición al sol.

Características clínicas.

- La Queilitis Actínica, se acompaña casi siempre de una dermatitis aguda, comienza con un eritema, seguido por edema, formación de vesículas y en

ocasiones, hemorragias, las vesículas al romperse dejan escapar su contenido líquido y forman falsas membranas de color amarillento hasta rojizo, depende su contenido de elementos sanguíneos.

- En todos los pacientes la reacción no es igual, los de piel blanca son más susceptibles a la acción de los rayos del sol, pudiendo llegar a desarrollar una dermatitis de tipo crónica.
- La queilitis actínica aguda comienza con un eritema seguido por edema y formación de vesículas, cura en unos días, sin dejar huellas.
- La queilitis actínica crónica se presenta en personas expuestas al sol, hay hiperqueratosis con Papilomatosis, puede haber atipicidad celular, estas son estados precancerosos.

Preguntas de evaluación.

- 1- ¿Cuál es el concepto que identifica a las lesiones premalignas?
- 2- ¿Qué características clínicas tienen la leucoplasia y cuáles la eritroplasia?
- 3- Mencione los estados premalignos que usted conoce.

Tema III: Presentación de Multimedia e intervención de experiencias personales.

Acciones preventivas.

b) Sistema de objetivos:

1. Enunciar el concepto de prevención.
2. Elaborar mensajes educativos que contribuyan a reconocer estilos de vida desfavorables a la salud bucal.
3. Ejercitarse la realización del autoexamen bucal.

b) Sistema de conocimientos:

Prevención. Concepto.

Zonas anatómicas de la cavidad bucal. Metodología a seguir en el autoexamen bucal.

Se inicia la actividad con una charla educativa introductoria que se presenta a continuación, posteriormente se proyecta la presentación de una multimedia elaborada para el tema en conjunción con una técnica vivencial como son la narración de experiencias personales y a partir de esta presentación se genera la discusión grupal, que permite ver el problema con mayor amplitud y profundidad aplicando en la misma para el consenso de la información trasmisida una técnica afectivo-participativa, se presentan demostraciones de cómo realizar el autoexamen bucal y de manifestaciones bucales provocadas por la práctica de hábitos tóxicos en individuos que formaron parte del estudio y dieron el consentimiento para que fuese mostrado las manifestaciones diagnosticadas en sus tejidos bucales.

Duración: 2 horas

Lugar: Consultorio médico.

Hora: 2: 00 pm.

Charla educativa

Se introduce la actividad educativa mediante una interrogante ¿Conocen ustedes que es prevención en cáncer bucal?, ¿Cuál sería la mejor vía para alcanzarla?, después de analizadas las respuestas a estas interrogantes y aclarar sobre las mismas se comienza a suministrar información sobre el tema a tratar. La prevención: incluye un conjunto de acciones contra el cáncer bucal, tiene como objetivo general reducir su incidencia, prevalencia y gravedad. Pueden ser implementadas a los

niveles individual, familiar y comunitario, siempre previa concertación con los involucrados.

Es importante detectar el cáncer bucal tan pronto como sea posible porque el tratamiento funciona mejor antes de que la enfermedad se haya diseminado. El Instituto Nacional del Cáncer (NCI) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) animan a las personas a participar activamente en la detección temprana del cáncer bucal mediante la realización de autoexámenes mensuales. Para ello es necesario conocer las diferentes zonas anatómicas que conforman la cavidad bucal y respetar el orden a seguir, lo que permitirá que no quede alguna por examinar, las mismas son:

1- Labio: La exploración desde la piel hasta la mucosa, desde una a otra comisura y en altura hasta el surco vestibular, el cual se explora conjuntamente con la encía vestibular o labial hasta la zona canina.

2- Mucosa del Carrillo: Se comienza por el lado derecho, desde comisura hasta el espacio retromolar, también se explora el resto del surco vestibular y la encía labial.

La palpación debe ser bimanual y deben recordarse las estructuras anatómicas normales. La maniobra se repite del lado izquierdo.

3- Paladar: En este caso incluimos en un bloque de exploración el paladar duro, el blando con la úvula y los pilares anteriores, así como la encía palatina.

4- Lengua Móvil: Comenzamos realizando movimientos con la lengua hacia uno u otro lado y tomando el vértice con una gasa realizamos la maniobra palpatoria en los bordes, vértice y cara dorsal.

5- Suelo de Boca: Se examina la cara ventral de la lengua y toda la encía lingual levantando la lengua. La palpación es muy importante.

6- Raíz o base de lengua: Región más difícil, podemos ayudarnos frente a un espejo diciendo asa y exploramos así la raíz de la lengua y el resto de la bucofaringe.

7-Finalmente el examen del cuello: La exploración se completa cuando realizamos la palpación bilateral simultánea de ambos lados del cuello, lo cual permitirá establecer una comparación entre ambas zonas.

La Fundación de Educación de la Salud Oral (*Oral Health Education Foundation*) recomienda seguir los siguientes pasos, cuando se examine la boca, y prestar especial atención a cualquier placa blanca o roja, bultos o engrosamientos de la piel, tejido o encías, una llaga que no se cura adecuadamente después de una o dos semanas o una llaga que tiende a sangrar fácilmente o en exceso. Además, asegúrese de prestar atención a los dolores de garganta persistentes, ronquera o dificultad para mover las mandíbulas durante la masticación o deglución. Asegúrese de consultar su estomatólogo de inmediato si presenta cualquiera de estos síntomas.

Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el autocuidado, definiéndose como el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad. La práctica del autocuidado debe ser estimulada por los miembros del equipo de salud, quienes deben proveer a la población y junto con ella, de medios teóricos y prácticos para desarrollarla eficazmente. Mediante esto, se logrará una participación más activa y una optimización de los recursos destinados a ellos. Todo ello es posible a partir de la educación para la salud.

La actitud del individuo hacia su salud bucal es un aspecto o factor decisivo en la aparición del cáncer bucal, pues si no domina el autoexamen, ni se mantiene el

correcto cepillado, no se acude a consulta estomatológica periódicamente y sustenta hábitos dietéticos no favorables, se crean barreras que descuidan la detección precoz de cualquier lesión de la cavidad bucal.

Preguntas de evaluación.

1. ¿Qué entiende usted por acciones preventivas en salud?
2. Identifique las zonas anatómicas que conforman la cavidad bucal.
3. Describa la metodología a seguir en la realización del autoexamen de la cavidad bucal.

Tema IV. Elementos necesarios para mejorar los estilos de vida

Sistema de objetivos:

1. Identificar las características y motivaciones de los miembros del grupo respecto a mejorar los estilos de vida.

Duración: 2 horas Lugar: Consultorio médico. Hora: 2: 00 pm

En esta sesión se realiza una técnica de participación reflexiva grupal en conjunción con una técnica vivencial como la demostración.

Se realizará una técnica de participación reflexiva con el objetivo de determinar la situación individual de cada paciente en el presente, pasado y futuro con relación a sus estilos de vida. Se distribuirán tarjetas donde reflejarán en tres columnas estos tres momentos de la vida del paciente y de esta forma analizar y motivar a la reflexión de los participantes y comenzar ya a pensar qué hacer para mejorar o perfeccionar sus estilos de vida, así como las determinantes que hacen el mantenimiento de estilos de vida desfavorables y la posibilidad de mejorarlo en el futuro. La demostración se suscita a partir de la representación de situaciones que se presentan en los tres momentos de análisis de los participantes. Esta actividad sirve

de consolidación y afianzamiento de los conocimientos, que redunden en el logro del cambio de actitud, en esta actividad se generan compromisos individuales y colectivos, se convocó a lograr domicilios con estilos de vida saludables por parte del consejo popular, en esto contribuye de forma decisiva los sectores sociales, las organizaciones políticas y de masas que propician y fomentan el desarraigado a estilos de vida desfavorables. Al finalizar esta actividad se informan los momentos de evaluación de la estrategia, donde se identificaran las personas que han logrado el cambio de actitud , y al año de haber finalizado la intervención educativa las personas que mantengan estilos de vida saludables son consideradas promotores de salud.

PASADO	PRESENTE	FUTURO

Sistema de Evaluación:

Sistemática: Evaluación semanal al concluir cada actividad.

Preguntas de comprobación inicial y durante las actividades educativas.

La evaluación final de la estrategia, tendrá en cuenta los resultados alcanzados con las evaluaciones frecuentes. La misma se otorgará de forma cualitativa por la participación y la calidad de las actividades desarrolladas durante las cuatro

semanas, donde el peso fundamental recaerá en los resultados alcanzados al exhibir estilos de vida saludables.

Bibliografía.

- 1- [Centers for Disease Control and Prevention \(CDC\)](#). Vital signs: current cigarette smoking among adults aged >or=18 years --- United States, 2009. [MMWR Morb Mortal Wkly Rep.](#) 2010; 59(35):1135-40.
- 2- Querales Castillo J. Ambiente libre de humo de tabaco. Revista del Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel".2007; 38 (1).
- 3- Vouros ID, Kalpidis CD, Chadjipantelis T, Konstantinidis AB. Cigarette smoking associated with advanced periodontal destruction in a Greek sample population of patients with periodontal disease. J Int Acad Periodontol. 2009; 11(4):250-7.
- 4- Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población.
- 5- Patología Bucal W.G. Shafer.
- 6- W. Harry Archer.
- 7- Temas de Cirugía Bucal II.
- 8- Guías Prácticas de Estomatología pag472.
- 9- Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal. Editorial Ciencias Médicas 1986.
- 10-Guías Prácticas de Estomatología. Editorial Ciencias Médicas.
- 11-Santana Garay JC .Atlas de Patología del Complejo Bucal.1ra edición Cuba: Editorial científico tecnica,1985
- 12-Patología Quirúrgica Cirugía Máximo Facial. Segunda Parte.

13-Temas de Histopatología Bucal: Colectivo de autores. Facultad de Estomatología. 1987

14-Miranda Tarragó Dra. Josefa “Leucoplasia Bucal”. Dpto. de Patología F. de estomatología.

15- Hernández, Adela: [Las estrategias de aprendizaje como un medio de apoyo en el proceso de asimilación.](#)

16- Hernández, Adela. [Una visión contemporánea del proceso de enseñanza aprendizaje](#), en: La Educación Superior una visión contemporánea, CEPES-UH, 2002 ISBN 959-16-0208-1.

Anexo. 13

PROGRAMA PARA EL CURSO TALLER A LOS ESTOMATÓLOGOS.

Su metodología flexible de trabajo abarca:

- Clases teóricas: exposiciones para presentar, ilustrar y orientar contenidos.
- Clases prácticas tipo “taller”. Cada sesión tiene cuatro fases:

1^a. Introducción: El facilitador modela las acciones que permiten “ver” y representar la problemática abordada, explica las dificultades sólo a través de su enunciado verbal y aclara cómo incorporar las estrategias.

2^o. Práctica: Los participantes se organizan en equipos de trabajo, designan secretario y relator y elaboran por escrito las soluciones a las situaciones planteadas.

3^o. Proceso: Cada equipo presenta y explica sus respuestas: El facilitador orienta, aclara e induce a realizar comparaciones, tanto de las diferentes representaciones como de los procesos realizados.

4^o. Cierre: El facilitador resume los principales logros alcanzados individualmente y por el grupo y asigna tareas adicionales.

Actividad No 1.

Tema: “Programa de detección del cáncer bucal”.

Contenidos:

- Cáncer bucal: incidencia en el territorio.
- Programa de detección del cáncer bucal (PDCB). Objetivos. Universo de trabajo y Actividades.
- Comportamiento del PDCB en su contexto laboral.
- Propuestas que tributen en la obtención de resultados superiores.

Forma Organizativa de la Enseñanza: Curso Taller.

Tiempo de duración: 2 horas.

Objetivo: Contribuir al desarrollo del conocimiento sobre cáncer bucal en el personal profesional y sobre su necesaria sensibilización, que tribute hacia mejores resultados en la aplicación del PDCB.

Actividad No 2.

Tema: “Programa de detección del cáncer bucal”. (2da Parte).

Contenidos:

- Factores de riesgo, factores protectores y signos bucales de alarma relacionados con el mismo.
- Factores más frecuentes en el escenario de acción del EGB y el EGI: La Atención Primaria de Salud.
- Funciones del EGB y EGI en el PDCB.

Forma Organizativa de la Enseñanza: Curso Taller.

Tiempo de duración: 2 horas.

Objetivo: Elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo, factores protectores y signos bucales de alarma que posee el personal profesional que brinda atención estomatológica en el territorio de Cárdenas.

Será oportuno circular con antelación el tema y los objetivos de cada uno, la bibliografía que deben consultar, así como los contenidos que serán analizados. En el taller propiamente dicho, se presenta la proyección y los objetivos, además, se dan a conocer las reglas del debate. En su desarrollo se cumplen con los objetivos propuestos. Con posterioridad se realiza una valoración general del comportamiento de esta actividad y se otorga la calificación a cada participante.

Anexo 14

Listado de especialistas

Validación de la Estrategia de Intervención Educativa para elevar la percepción del riesgo sobre el cáncer bucal.

Policlínico “José Antonio Echeverría”

1. MsC. Dra. Lázara Ibáñez Piedra

Máster en urgencias estomatológicas. Especialista I Grado en EGI. Profesora Asistente.

2. MsC. Dra. Idoris Cruz García

Máster en urgencias estomatológicas. Especialista I Grado en EGI.

Policlínico “Héroes del Moncada”

3. MsC. Dra. Maritza Artze Caballero

Máster en urgencias estomatológicas. Especialista I Grado en EGI. Profesora Asistente.

4. MsC. Dra. Berena García Gutiérrez

Máster en salud comunitaria. Especialista I Grado en EGI Profesora Asistente.

5. MsC. Dra. Juana Sánchez Gay

Máster en urgencias estomatológicas. Especialista I Grado en EGI. Profesora Asistente.

6. MsC. Dra. Rosario Báez Somoano

Máster en urgencias estomatológicas. Especialista I Grado en EGI. Profesora Asistente.

7. MsC. Dra. Lisette Cuellar Ramírez

Máster en urgencias estomatológicas. Especialista I Grado en EGI. Instructora Docente.

Policlínico “Ramón Martínez”

8. MsC. Dra. Ileana Cruz García

Máster en ciencias de la educación superior. Especialista I Grado en EGI. Profesora Asistente

9. MsC. Dra. Bárbara Cazorla Durán

Máster en urgencias estomatológicas. Especialista I Grado en EGI.

Centro Estomatológico Varadero

10. MsC. Dra. Maritza Lima Luis

Máster en urgencias estomatológicas. Especialista I Grado en EGI. Profesora Instructora.

11. MsC. Dra. María del Carmen Rodríguez Zulueta

Máster en urgencias estomatológicas. Especialista I Grado en EGI.

12. MsC. Dra. Maylín Tarafa Chea

Máster en urgencias estomatológicas. Especialista I Grado en EGI.

Anexo 15

Cuestionario para los especialistas

Compañero(a) especialista en EGI:

Se precisa de su experiencia en la aplicación de la Intervención Educativa en el nivel primario de atención para que colabore respondiendo este cuestionario.

Año de graduado_____ Esp Primer grado_____ Esp Segundo grado_____

Posee categoría docente: Si_____ No_____

¿Cuál es su categoría docente?

Instructor_____ Asistente_____ Auxiliar_____ Titular_____

Años de experiencia en la docencia en Educación Superior:

0 – 3 años_____ 4 – 7 años_____ + de 7 años_____

Máster en Ciencias: Si_____ No_____

Luego de aplicada la Intervención Educativa propuesta, responda.

1. Fundamentos científicos generales que sustentan la estrategia de intervención educativa propuesta.
2. ¿Cuáles son las insuficiencias de la propuesta?
3. ¿Cuáles son los excesos de la propuesta?
4. ¿Cuáles son las limitaciones de la propuesta?
5. ¿Considera usted adecuada la estructura de la estrategia para darle salida al objetivo propuesto?
6. Relación entre las acciones, requerimientos y actividades propuestas y los objetivos específicos.

7. Pertinencia de la estrategia para la formación de un promotor de salud con un elevado conocimiento sobre el cáncer bucal.
8. Ofrece la solución al problema planteado.
9. Si usted desea expresar alguna recomendación o incluir otros aspectos a evaluar, puede hacerlo al finalizar este instrumento.

Anexo 16

Número de habitantes según localidades. Años Enero 2001-Diciembre 2007

Localidad	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cárdenas	98644	99064	102636	103534	104565	105889	107085
Varadero	20839	20986	24396	24990	25734	25990	26295
Martí	25308	24434	23560	23460	23425	23389	23177
M. Gómez	10586	10586	10586	10586	10586	10586	10586
TOTAL	155377	155070	161178	162573	164310	165854	167143

Fuentes: Comités Estatales de Estadísticas de cada municipio.

ANEXO DE FIGURAS

Figura 1: Lesiones premalignas o Lesión epitelial precursora



Figura 2: Formas anatomo-clínicas del cáncer bucal.

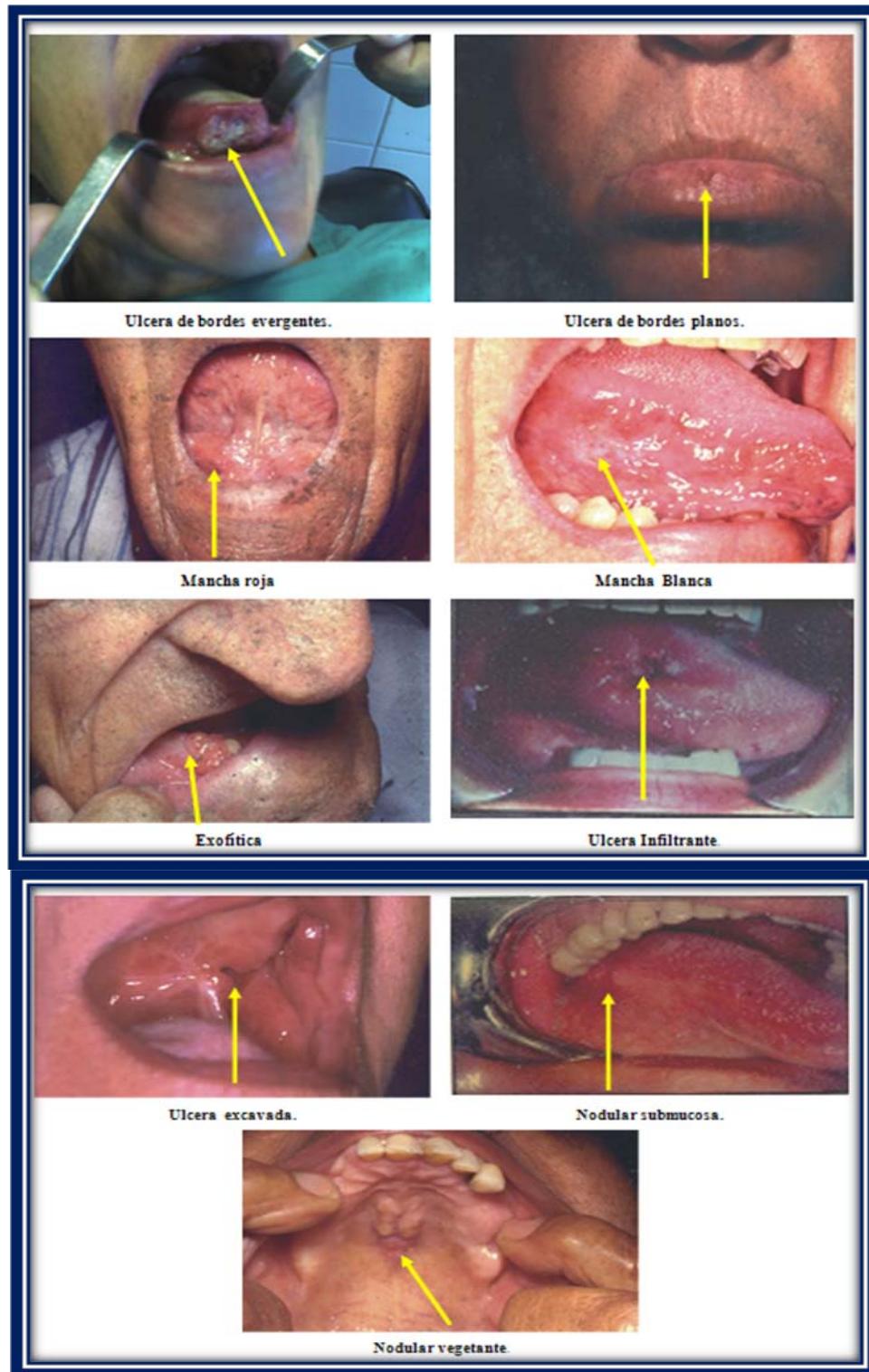


Figura 3

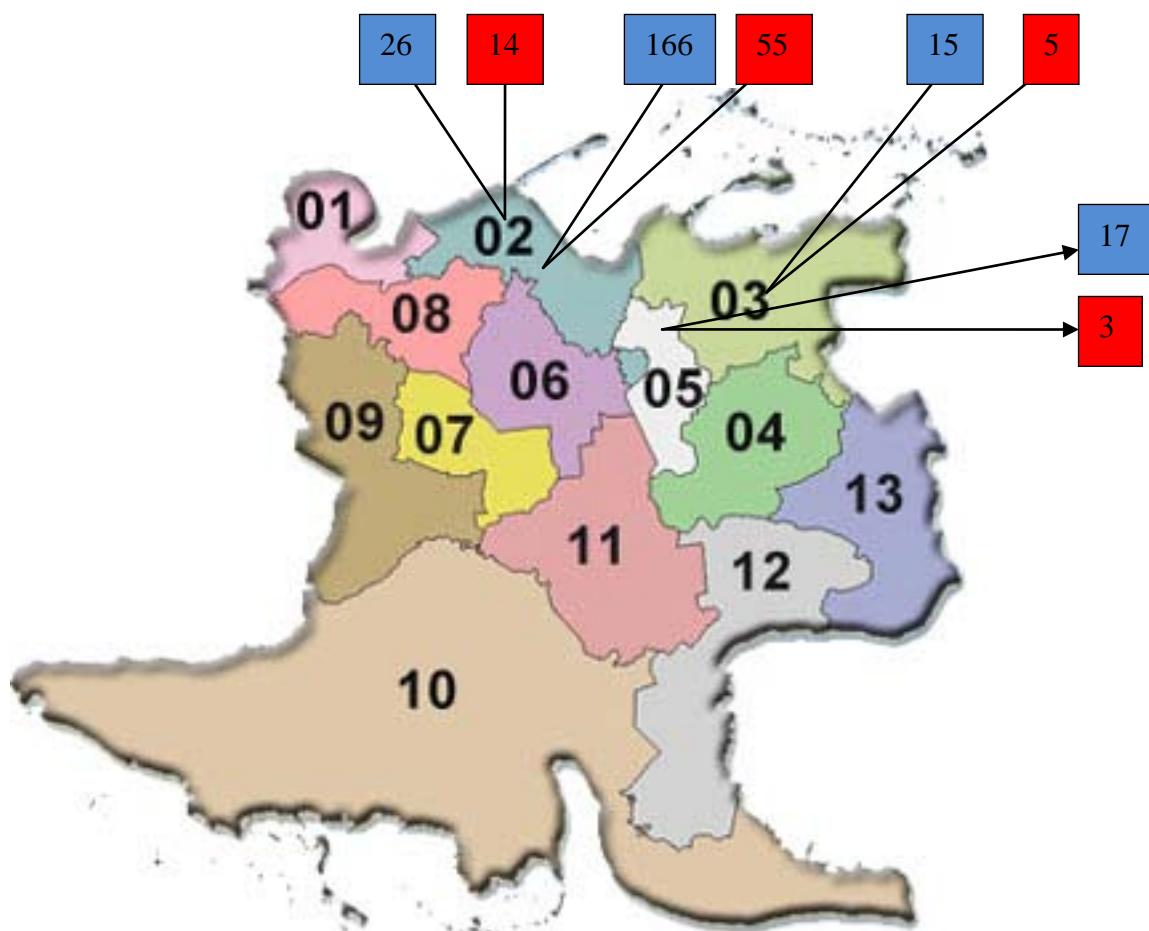
Distribución espacial y temporal de los pacientes con lesiones preneoplásicas y cáncer bucal según municipio de procedencia (2001-2007).

02 Cárdenas-Varadero.

03 Martí.

05 Máximo Gómez (Municipio Perico).

Fuente: Entrevistas.



Leyenda:



Lesiones preneoplásicas.

Cáncer bucal.

Figura 4: Etapas de la Estrategia de Intervención Educativa.

