

*Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque.*

*Clínica Estomatológica Docente San José de las Lajas*

*Intervención educativa sobre factores de riesgo del  
cáncer bucal en adultos mayores. San José 2019.*

*Autores: Dra. Liliana Díaz Díaz*

*Especialista de 1er. grado en Estomatología General Integral*

*Máster en Odontogeriatría*

*Instructor*

*Correo: [lilianadd@infomed.sld.cu](mailto:lilianadd@infomed.sld.cu)*

*Teléfono: 54837054*

*Dirección: Edificio 51, apto 2. Micro 2, San José.*

*Centro de procedencia: Clínica Estomatológica Docente "Cecilia Caridad Ramos Hernández"*

*Dra. Claidis Sánchez Escalona*

*Especialista de 1er. grado en Periodoncia*

*Máster en Medicina Natural y Bioenergética.*

*Diplomado en Homeopatía*

*Instructor*

*Dra. Danay Sosa García.*

*Especialista de 2do. grado en Medicina General Integral*

*Especialista de 1er. Grado en Fisiología*

*Máster en Enfermedades Infecciosas*

*Profesor Auxiliar*

*Mayabeque. 2019*

## **Resumen**

**Introducción:** El cáncer constituye un problema de salud que se incrementa proporcionalmente al envejecimiento de la población.

**Objetivo:** La investigación pretende modificar el nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre los factores de riesgo del cáncer bucal.

**Método:** Se realizó una intervención cuasi-experimental en adultos mayores del CMF # 9 de San José, Mayabeque, en el periodo de diciembre de 2018 hasta mayo de 2019. El universo fue de 142 adultos mayores y se seleccionó una muestra de 32. Se realizó en tres etapas: diagnóstica, interventiva y evaluativa.

**Resultados:** Se incrementó el grado de responsabilidad sobre los alimentos que deben ingerir para su prevención.

**Conclusiones:** Se elevó el grado de conocimientos sobre la definición de cáncer y los síntomas de alerta, así como pasos a seguir y periodicidad del autoexamen del complejo bucal.

**Palabras claves:** intervención educativa, cáncer bucal, adulto mayor.

## **Introducción**

El avance sostenido de la sociedad contemporánea requiere de cambios progresivos en su Sistema 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. <sup>(1)</sup>

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 cáncer es un término que se aplica a más de 200 enfermedades susceptibles de afectar a cualquier parte del organismo, amenaza la supervivencia, está etiquetada socialmente, puede suponer mutilaciones, no sigue un patrón determinado, es de tratamiento aversivo particularmente la quimioterapia y la radioterapia, interrumpe la vida cotidiana, y además produce cambios en los hábitos del paciente y en su auto imagen. <sup>(1, 2)</sup>

Se prevé que para el 2030 la mortalidad por cáncer se incremente entre 7 y 17 millones a nivel mundial, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. <sup>3</sup>

La organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>4</sup>, calcula que en el 2005 murieron de cáncer 7,6 millones de personas y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones.

Los tumores malignos de la cavidad bucal al igual que los de otras partes del organismo, son capaces de dar al traste con la vida de los pacientes. Promedian una tasa bruta mundial de 9,2 en el hombre y de 3,2 en la mujer por 100 000 habitantes.

El cáncer bucal representa un significativo reto a nivel mundial con un promedio de 500 000 nuevos casos identificados cada año. El rango de supervivencia a los cinco años es del 50% pero cuando las lesiones son tratadas precozmente, el rango de supervivencia a los cinco años se incrementa al 80% y mejora la calidad de vida del enfermo ya que pueden llevarse a cabo tratamientos menos agresivos y complejos. <sup>5</sup>

Constituye un grave problema de salud que afecta a un gran número de personas en todo el mundo, siendo capaz de producir notables secuelas anatómicas y fisiológicas en

quienes lo padecen. La incidencia, la prevalencia y la severidad de esta enfermedad varían de un país a otro.<sup>5</sup>

Por otra parte, según los criterios de la OMS<sup>6</sup>, entre el año 2000 y 2050, la población mundial de 60 años o más se multiplicará más de tres veces, pasando de 600 millones a 2000 millones. La mayor parte de ese aumento se producirá en países en desarrollo, donde pasarán de 400 a 1700 millones de personas adultas mayores.

Se estima que para el año 2025 existirán alrededor de 1200 millones de ancianos. El envejecimiento en las personas está asociado a la aparición o aumento de afecciones estomatológicas, entre ellas las alteraciones periodontales, disfunción masticatoria, el cáncer bucal y en menor grado, la caries dental.<sup>7</sup>

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.<sup>8</sup>

De hecho, según el anuario estadístico de salud<sup>9</sup> en el país las 10 primeras causas de muerte han mantenido igual orden en los últimos tres años, ocupando el primer lugar la tasa de mortalidad por tumores malignos, seguida de la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón.

El cáncer bucal se mantiene entre las diez primeras localizaciones de tumores desde el año 1970, ocupa entre el séptimo y décimo lugares.

Las informaciones más recientes demuestran que la medida más eficaz para aumentar la curación del cáncer bucal es una terapéutica temprana, consecuencia de un diagnóstico de las lesiones incipientes que se lleva a cabo mediante un examen sistemático y acucioso. Esto se ha comprobado en los ensayos de programas desarrollados en servicios estomatológicos cubanos donde se ha demostrado la posibilidad de ejecutar dicho examen sin entorpecer las atenciones estomatológicas planificadas.<sup>10</sup>

El riesgo de morir por cáncer bucal en el año 2011 fue de nueve personas por cada 100 000 habitantes, y ocupa la quinta posición, solo precedida por pulmón, intestino, mama y próstata. Al compararlo con la tasa del país supera en tres personas el número de fallecidos por esta causa.<sup>11</sup>

A pesar de la aplicación de acciones de salud encaminadas al control del cáncer bucal realizadas en Cuba desde hace varias décadas, no se ha logrado disminuir la mortalidad ni la incidencia de los casos invasivos. En este sentido, la conducta observada en nuestro país es semejante a la detectada a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud<sup>4,11</sup> al plantea que a pesar de los esfuerzos realizados en el campo de la prevención, se ha reportado un incremento en la incidencia del cáncer oral y una de las más bajas sobrevividas a los 5 años (menos de 50% de los paciente sobreviven más de 5 años). Contrariamente a los esfuerzos realizados, la

cobertura del programa en ocasiones es inadecuada y los intervalos de revisión no se cumplen. La documentación y datos que de ella se derivan en muchas ocasiones no siguen los caminos establecidos trayendo como resultado un control precario de los casos y sub-registros.

El propósito de motivar a la comunidad para que se convierta en un conglomerado consciente y presto a defender su salud, necesita de los elementos cognoscitivos que sustenten las razones de la evitación de las costumbres que inciden en los riesgos neoplásicos, y en las características de aquellas alteraciones bucales que pueden desencadenar un cáncer bucal.

### **Justificación del problema**

Al consultar estudios realizados por diferentes autores cubanos, en los últimos años en la provincia Mayabeque, se demostró una alta incidencia y prevalencia de cáncer bucal en el adulto mayor, asociada a factores de riesgo específicos, como son: el tabaquismo, el alcoholismo, dientes con bordes filosos, prótesis desajustadas, dieta escasa en frutas y vegetales; virus, hongos, oncogenes, la mala higiene bucal, entre otros. En el municipio San José de Las Lajas, los adultos mayores del CMF # 9 se exponen a los factores de riesgos antes mencionados. Es evidente que el cáncer bucal es una enfermedad persistente por lo que sigue siendo un serio problema de salud cuyo control depende de la labor del equipo de salud y del grupo básico de trabajo que deben encaminar sus acciones a informar a la población sobre el conocimiento de las causas y los factores de riesgo asociados a las lesiones premalignas y malignas. Si a lo anterior sumamos lo difícil que resulta el tratamiento de esta entidad, así como lo reservado de su pronóstico nos percataremos que la prevención es el único camino que nos conduce a solucionar esta problemática; todo lo planteado anteriormente unido a las deficiencias en el autoexamen del complejo bucal, así como la ausencia de datos para definir la magnitud del problema, revela la necesidad de realizar esta intervención educativa con vista a disminuir la frecuencia de aparición de factores de riesgo y con ello mejorar la calidad de vida de la población. Esto se logrará realizando una educación para la salud basada en conocimientos científicos, pero transmitidos con sencillez y motivación.

Por lo que se decide plantear como **problema científico**: la existencia de inadecuados conocimientos en los adultos mayores del CMF # 9 de San José de las Lajas sobre los factores de riesgo del cáncer bucal.

### **Preguntas científicas:**

1. ¿Cuáles serán las características de la estrategia de intervención educativa que permita modificar el nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre los factores de riesgo del cáncer bucal?
2. ¿Se logrará estimular un cambio de actitudes con la intervención educativa, que permita elevar el nivel de conocimientos de los adultos mayores?

Para llevar a cabo la investigación y responder a las interrogantes anteriores nos propusimos de forma general elevar el nivel de conocimientos de los adultos mayores del CMF # 9 de San José de las Lajas sobre los factores de riesgo del cáncer bucal y de forma específica identificar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer bucal, aplicar una estrategia de intervención educativa que modificara el nivel de conocimientos y evaluar los resultados de la aplicación de la estrategia desde la Atención Primaria de Salud.

### **Método**

Para lograr los objetivos antes propuestos se realizó una investigación de intervención educativa con diseño cuasi-experimental, con pre- test y post- test, en adultos mayores

del Consultorio Médico de Familia # 9 del municipio San José de Las Lajas, Provincia Mayabeque, en el período comprendido de diciembre de 2018 hasta mayo de 2019. El universo estuvo constituido por el total de adultos mayores del CMF # 9 (142). Se seleccionó una muestra probabilística mediante un procedimiento simple aleatorio (al azar), para lo cual se tuvo en cuenta su consentimiento informado, quedando conformada por 32 adultos mayores.

A dichos adultos mayores se les aplicó un cuestionario inicial en relación al conocimiento sobre la definición de cáncer, los síntomas de alerta del cáncer bucal, la importancia de realizarse el autoexamen del complejo bucal y los pasos a seguir en su ejecución, la periodicidad con que se debe realizar este autoexamen, los factores de riesgo del cáncer bucal, los alimentos que previenen su aparición y las visitas a consultas de APS en un periodo de tiempo. Posteriormente se implementó un proyecto de intervención educativa sobre los aspectos considerados de interés y tres meses después se aplicó el mismo cuestionario para determinar los conocimientos adquiridos. La información sobre los conocimientos antes y después de la capacitación se recogió de una fuente primaria, por lo que se aplicó una encuesta que fue confeccionada por los autores y sometida a una prueba de pilotaje para comprobar la claridad de su confección. Este formulario estuvo constituido por 8 preguntas cerradas referidas al tema y dirigido a recompilar información sobre los conocimientos de la población geriátrica sobre factores de riesgo del cáncer bucal.

El estudio constó de tres etapas: diagnóstica, interventiva y evaluativa.

La presente investigación se apoyó en una planilla encuesta donde se vaciaron los datos recogidos durante el estudio, para esto se tuvo en cuenta la literatura revisada y criterios de expertos con conocimientos sobre el tema a través del método de consenso.

Los datos fueron analizados y procesados mediante material de escritorio, calculándose porcentajes.

A lo largo de la investigación se cumplieron los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas en la actualidad: beneficencia, no maleficencia, justicia y autodeterminación y además se tuvieron en cuenta que los adultos mayores recibieran la información necesaria para decidir la participación o no en la investigación y se les expresó además que se garantizaría la discreción en el manejo de la información.

A los que estuvieron de acuerdo, se les solicitó firmar una Planilla de Consentimiento Informado para dejar constancia de su aprobación.

### **Análisis y discusión de los resultados**

**Tabla 1:** Nivel de conocimientos de adultos mayores sobre la definición de cáncer.

Nivel de conocimientos	Tiempo				Total	
	Antes		Después		No.	%
	No.	%	No.	%		
SUFICIENTE	10	15.63 <sup>c</sup>	32	50 <sup>a</sup>	42	65.63
INSUFICIENTE	22	34.38 <sup>b</sup>	0	0 <sup>d</sup>	22	34.38
EE(±) y Signif.		5.4127	P<0.0001		64	100

<b>Total</b>	32	50	32	50
--------------	----	----	----	----

En la tabla 1 se observa un predominio de adultos mayores con nivel de conocimientos insuficiente sobre la definición de cáncer antes de la intervención con el 68.8%. Después de la intervención el 100% fueron calificados con nivel de conocimientos suficiente. Al aplicar la prueba de ajuste del chi-cuadrado los resultados evidenciaron significación estadística entre el conocimiento antes y después del programa educativo. Los resultados obtenidos después de la capacitación demuestran los conocimientos alcanzados en relación con esta patología, evidenciándose que el nivel de información sobre el concepto de cáncer es insatisfactorio.

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* <sup>(40)</sup>, 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* <sup>(51)</sup>, en Sri Lanka, por *Amarasinghe* <sup>(52)</sup> y en la India por *Devadiga* <sup>(53)</sup> y *Kumar* <sup>(54)</sup> 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* <sup>(55)</sup> demostró que el conocimiento sobre el concepto de cáncer es limitado y se requieren estrategias educacionales para mejorarlo.

Otra estrategia de intervención educativa con 189 pacientes identificados con lesiones malignas de cabeza y cuello, elevó significativamente el conocimiento en estos pacientes y concluyó que este tipo de intervención debe ser diseñada para el paciente de pobre educación, así como en personas mayores a fin de incrementar el éxito. <sup>(56)</sup>

**Tabla 2:** Nivel de conocimientos de adultos mayores sobre los síntomas de alerta del cáncer bucal.

Nivel de conocimientos	Tiempo				Total	
	Antes		Después		No.	%
	No.	%	No.	%		
SUFICIENTE	5	7.81 <sup>cd</sup>	27	42.19 <sup>a</sup>	32	50
MEDIANAMENTE SUFICIENTE	10	15.63 <sup>bc</sup>	4	6.25 <sup>cd</sup>	14	21.88
INSUFICIENTE	17	26.56 <sup>b</sup>	1	1.56 <sup>d</sup>	18	28.13
EE(±) y Signif.		4.6585	P<0.0001			
<b>Total</b>	32	50	32	50	64	100

En relación con el nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre los síntomas de alerta del cáncer bucal (tabla 2) se puede analizar que el 53.2% de los mismos antes de

la intervención fueron evaluados con conocimientos insuficientes, el 31.2% alcanzó conocimientos medianamente suficientes, mientras que después de la intervención fueron catalogados con conocimientos suficientes el 84.4% en cuanto a este tema se refiere. Se puede apreciar diferencia estadísticamente significativa al relacionar el nivel de conocimiento de los adultos mayores antes y después de la intervención educativa y los síntomas de alerta del cáncer bucal.

El autor coincide con la mayoría de la literatura revisada que plantea que los síntomas de alerta del cáncer bucal son las manchas blancas y rojas persistentes, las úlceras que no sanan, las lesiones de crecimiento y aspecto duro, la dificultad en la deglución, entre otros. <sup>(8)</sup>

Una sencilla intervención educativa en adultos mayores en la APS eleva el conocimiento de los mismos sobre la sintomatología de alerta del cáncer bucal, hecho que se demuestra en la presente investigación.

Autores como *Robledo* <sup>(57)</sup> en la ciudad de Córdoba en Argentina, realizó entrevistas a 400 personas y obtuvo que el desconocimiento en cuanto a los síntomas de alerta del cáncer bucal 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.

En Costa Rica, *Howard y Castillo* <sup>(58)</sup> con 7768 personas entrevistadas telefónicamente, pudo apreciar que la población tiene poco conocimiento sobre los síntomas que alertan 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.

*Seoane J y cols.* <sup>(59)</sup> 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 los síntomas de alerta de la enfermedad.

*López y cols.* <sup>(49)</sup> 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.

Acerca del conocimiento sobre signos de alarma y actitud ante su detección, *Mendoza y otros* <sup>(48)</sup> en una intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores realizada en Pinar del Río en 2013 apreciaron que después de aplicada la intervención se logró una modificación favorable en esta población, ya que se obtuvo un incremento del conocimiento en ambas variables.

**Tabla 3:** Nivel de conocimientos de adultos mayores sobre si es importante realizarse el autoexamen del complejo bucal.

Nivel de conocimientos	Tiempo				Total	
	Antes		Después		No.	%
	No.	%	No.	%		
SUFICIENTE	10	15.63 <sup>b</sup>	30	46.88 <sup>a</sup>	40	62.5
INSUFICIENTE	22	34.38 <sup>a</sup>	2	3.13 <sup>b</sup>	24	37.5
EE(±) y Signif.	5.4127		P<0.0001		64	100
<b>Total</b>	32	50	32	50		

La tabla 3 muestra como los adultos mayores encuestados manifestaron antes de la capacitación conocimientos insuficientes sobre si es importante realizarse el autoexamen del complejo bucal en el 68.8%. Después de la intervención el 93.7% fueron calificados con nivel de conocimientos suficiente. El análisis estadístico resultó significativo al comparar esta variable y el conocimiento de los adultos mayores en el tiempo (antes y después).

Se compararon estos resultados con otros estudios <sup>(2)</sup> donde el 23% resultó calificado de bien y el 73% obtuvo calificación de mal, lo que demuestra el poco conocimiento sobre la realización del autoexamen. El autoexamen se orienta fundamentalmente para detectar los llamados signos de alarma.

Park <sup>(55)</sup> también estudió esta variable y evidenció la falta de conocimientos sobre la importancia del autoexamen del complejo bucal en una población de adultos mayores. Luego de aplicar una estrategia educativa el conocimiento se elevó significativamente.

**Tabla 4:** Nivel de conocimientos de adultos mayores sobre los pasos a seguir en la ejecución del autoexamen del complejo bucal.

Nivel de conocimientos	Tiempo				Total	
	Antes		Después		No.	%
	No.	%	No.	%		
SUFICIENTE	4	6.25 <sup>c</sup>	29	45.31 <sup>a</sup>	33	51.56
MEDIANAMENTE SUFICIENTE	8	12.5 <sup>c</sup>	3	4.69 <sup>c</sup>	11	17.19
INSUFICIENTE	20	31.25 <sup>b</sup>	0	0 <sup>c</sup>	20	31.25
EE(±) y Signif.	4.6585		P<0.0001		64	100
<b>Total</b>	32	50	32	50		

Con respecto a los pasos a seguir en la ejecución del autoexamen del complejo bucal, el 62.5% de la población encuestada desconocía antes de la intervención cuales eran los pasos a seguir. Después de impartidas las clases se observó que un gran porcentaje fueron capaces de identificar e interiorizar la técnica y la importancia del autoexamen del complejo bucal, donde se elevó el nivel de conocimiento en un 90.6% (tabla 4). La prueba del chi-cuadrado halló diferencias muy significativas entre los pasos a seguir en la ejecución del autoexamen del complejo bucal y el conocimiento en el tiempo (antes y después).

El autor considera que el autoexamen del complejo bucal (AECB) es factible de realizarse con un programa educativo previo, que es más efectivo, donde el mensaje debe ser sencillo y breve para que su ejecución sea posible realizarla por la población de todos los niveles culturales.

El AECB es una variante de la exploración del complejo bucal, no es realizado por un facultativo especializado, sino por el propio sujeto que se le ha motivado a realizar un examen de su boca y cuello para la identificación de posibles condiciones preneoplásicas o neoplasias malignas incipientes; es una maniobra de gran utilidad y complemento en todo programa de detección del cáncer bucal. <sup>(8)</sup>

*García Heredia y otros* <sup>(60)</sup> en el IV Taller Nacional sobre Cáncer Bucal realizado en diciembre de 2015 afirma que en la parte educativa de estos programas se debe realizar un adiestramiento, a todos los miembros de la comunidad, sobre la metodología del autoexamen.

Sobre este aspecto *Mendoza Fernández y cols.* <sup>(48)</sup> alcanzaron resultados discretos antes de la intervención, pues solo el 38% de los participantes tenían nivel de conocimientos adecuado sobre la importancia de revisarse la boca para detectar alteraciones. Sólo un 12% refirió conocer y aplicar correctamente la técnica del autoexamen de la cavidad bucal, lo cual fue un elemento a tener en cuenta para el diseño y ejecución del programa educativo, con vistas a satisfacer las necesidades de aprendizaje, fundamentalmente en esta problemática. Se obtuvieron resultados favorables al final de la intervención, con un alto nivel de significación en la asimilación del autoexamen bucal por los adultos mayores.

Otros autores <sup>(2, 10, 57)</sup> lograron con su labor educativa que los ancianos, que inicialmente tuvieron conocimientos inadecuados sobre dicha temática, los modificaron favorablemente. Dichos autores refieren la importancia que reviste el autoexamen para la detección precoz del cáncer bucal, quienes incentivan al personal estomatológico para ejecutar acciones educativas en la población.

**Tabla 5:** Nivel de conocimientos de adultos mayores sobre la periodicidad con que se debe realizar el autoexamen del complejo bucal.

Nivel de conocimientos	Tiempo				Total	
	Antes		Después		No.	%
	No.	%	No.	%		
SUFICIENTE	12	18.75 <sup>bc</sup>	28	43.75 <sup>a</sup>	40	62.5
INSUFICIENTE	20	31.25 <sup>ab</sup>	4	6.25 <sup>c</sup>	24	37.5
EE(±) y Signif.	5.4127		P<0.0001		64	100
<b>Total</b>	32	50	32	50		

Al explorar el nivel de conocimientos sobre la periodicidad con que se debe realizar el autoexamen del complejo bucal (tabla 5) se encontró que antes de la intervención era insuficiente en el 62,5% de la población de estudio. Después de la intervención se elevó el nivel de conocimientos en un 87.5%, existiendo asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento de los adultos mayores antes y después de impartido el programa educativo y la periodicidad con que se debe realizar el autoexamen del complejo bucal.

La literatura médica revisada informa que el AECB debe realizarse por lo menos, cada 6 meses y ante el hallazgo de cualquier anomalía consultar de inmediato a su estomatólogo o médico de la familia. <sup>(8)</sup>

No se encontró en la literatura consultada autores que intervengan sobre esta variable específica. Se considera oportuno crear acciones de salud para orientar a la población realizarse el autoexamen del complejo bucal con la menor periodicidad posible.

**Tabla 6:** Nivel de conocimientos de adultos mayores sobre los factores de riesgo del cáncer bucal.

Nivel de conocimientos	Tiempo				Total	
	Antes		Después		No.	%
	No.	%	No.	%		
SUFICIENTE	3	4.69 <sup>b</sup>	22	34.38 <sup>a</sup>	25	39.06
MEDIANAMENTE SUFICIENTE	10	15.63 <sup>b</sup>	7	10.94 <sup>b</sup>	17	26.56
INSUFICIENTE	19	29.69 <sup>a</sup>	3	4.69 <sup>b</sup>	22	34.38
EE(±) y Signif.	4.6585		P<0.0001		64	100
<b>Total</b>	32	50	32	50		

En cuanto al nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre los factores de riesgo del cáncer bucal (tabla 6) se aprecia que el 59.4% de los ancianos antes de la intervención tuvieron conocimientos insuficientes, el 31.2% alcanzó conocimientos medianamente suficientes, mientras que después de la intervención el 68.8% de los mismos alcanzaron conocimientos suficientes, apreciándose la diferencia significativa en cuanto al conocimiento antes y después de la intervención.

Con respecto a la relación de los factores de riesgo del cáncer bucal, el autor señala con mayor frecuencia la ingestión de alimentos calientes, el uso de prótesis dental desajustada por varios años, fumar e ingerir bebidas alcohólicas, lastimarse la lengua con el filo de los dientes, entre otros, y considera importante en la Atención Primaria de Salud el conocimiento de estas afecciones para el adecuado seguimiento y la correcta dispensarización y control de los pacientes con estos factores, lo mismo plantean otros autores. <sup>(61)</sup>

En Cuba, *Quirós y otros* <sup>(62)</sup> en una 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 y recomendaron crear una estrategia educativa en posteriores estudios y evaluar los resultados obtenidos.

*Peña y otros* <sup>(50)</sup> realizaron 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 otros* <sup>(63)</sup> realizaron una intervención educativa a 12 especialistas en Medicina General Integral donde apreciaron que antes de la intervención el 75% estaba poco informado acerca de los factores de riesgo del cáncer bucal y después de la intervención el 70% estaba bien informado y el 30% medianamente informado.

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. <sup>(64, 65)</sup>

**Tabla 7:** Nivel de conocimientos de adultos mayores sobre los alimentos que previenen la aparición del cáncer bucal.

Nivel de conocimientos	Tiempo				Total	
	Antes		Después		No.	%
	No.	%	No.	%		
SUFICIENTE	10	15.63 <sup>bc</sup>	30	46.88 <sup>a</sup>	40	62.5
MEDIANAMENTE SUFICIENTE	6	9.38 <sup>cd</sup>	0	0 <sup>d</sup>	6	9.38
INSUFICIENTE	16	25 <sup>b</sup>	2	3.13 <sup>cd</sup>	18	28.13
EE(±) y Signif.	4.6585		P<0.0001		64	100
<b>Total</b>	32	50	32	50		

En la tabla 7 se analiza el conocimiento de la población geriátrica sobre los alimentos que previenen la aparición del cáncer bucal; al aplicar la encuesta en la etapa diagnóstica se constató el desconocimiento en el 50.0% de ellos, luego de aplicada nuevamente la encuesta se logró un incremento notable de los conocimientos en un 93.7% de la muestra de estudio. La prueba del chi-cuadrado halló diferencias muy significativas entre el conocimiento de los adultos mayores sobre los alimentos que previenen la aparición del cáncer bucal y el tiempo (antes y después).

Casi todos los estudios revisados, coinciden en que los alimentos que previenen la aparición del cáncer bucal son las frutas y los vegetales frescos y que una dieta escasa en frutas y vegetales, a base de grasas y carbohidratos, comidas saladas, picantes o calientes puede provocar cáncer bucal. (20, 33, 48, 66)

*García Heredia y Miranda Tarragó* (2) en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana indagaron sobre la dieta que previene el cáncer bucal y solo el 19.2% de los ancianos reconocieron la importancia de la ingestión de frutas y vegetales.

Al valorar los factores de riesgo; el tabaquismo, el alcoholismo y la dieta fueron los más significativos en el estudio.

Otros autores como *Howard M y Castillo J* (58) apreciaron un mayor porcentaje en el conocimiento inadecuado de las personas entrevistadas sobre los alimentos que previenen el cáncer bucal. Según los resultados obtenidos, desconocían que la ingestión de alimentos calientes, picantes y condimentados podía provocar cáncer bucal y se trazaron como estrategia incrementar los conocimientos sobre el tema.

Los resultados anteriores concuerdan con el nivel de conocimientos alcanzado por los adultos mayores sobre la dieta y su relación con el cáncer bucal.

## Conclusiones

- ✎ Se elevó el grado de conocimientos sobre la definición de cáncer en la totalidad de los adultos mayores estudiados.
- ✎ Se aumentó el nivel de conocimientos acerca de los síntomas de alerta del cáncer bucal en casi la totalidad de la muestra.

- ✗ La mayoría de los adultos mayores elevaron el conocimiento sobre la importancia, los pasos a seguir en su ejecución y la periodicidad con que se debe realizar el autoexamen del complejo bucal.
- ✗ Los factores de riesgo del cáncer bucal resultó el tema de mayor discrepancia entre los adultos mayores y solo se elevó el nivel de conocimientos en casi las tres cuartas partes de los mismos.
- ✗ Se incrementó el grado de responsabilidad sobre los alimentos que se deben ingerir para prevenir la aparición del cáncer bucal en casi la totalidad de ellos.

## Referencias bibliográficas

1. Alvarado Solórzano AM, Restrepo Escudero MT. Cáncer Bucal, aproximaciones teóricas. Rev Dom. Cien [Internet] Ago 2018 [acceso 2018 Dic 12];2(Esp): 167- 85. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5761579.pdf>
2. García Heredia GL, Miranda Tarragó JD. Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Estomatol [Internet] Oct- dic. 2016 [acceso 2018 Mar 22];46(4):[aprox. 14 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072009000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
3. Cortinas C. Cáncer y Ambiente. La Habana: Editorial La Ciencia para Todos. Fondo de Cultura Económica. México. ISBN 968-16-5403; 2017.p. 67- 123.
4. Organización Mundial de la Salud. Programas Nacionales de prevención de cáncer [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [acceso 2018 Mar 22]:[aprox. 145 p.]. Disponible en: [http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf)
5. Oramas Díaz J. Presentación del libro Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. Educ Med Super. 2012;18(2): 1-19.
6. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento Activo: Un marco político 2011 [Internet]. OMS; 2011. p. 82- 84. [acceso 2017 Oct 22]:[aprox. 145 p.]. Disponible en: [http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf)
7. Llanes Torres HM, López Sepúlveda Y, Vázquez Aguilar JL, Hernández Pérez R. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [Internet]. 2018 [acceso 2018 Dic 22];21(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707>
8. Verdecia Jiménez AI, Álvarez Infantes E, Parra Lahens J. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. Correo científico médico [Internet] Ene-mar. 2017 [acceso 2018 Feb 12];18(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000100007&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100007&nrm=iso)
9. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico de Salud 2014. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. La Habana: Ministerio de Salud Pública; [Internet]. 2017 [acceso 2018 Feb]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
10. Herrans González J, Collado López J. Diagnóstico precoz del cáncer de cavidad oral. Guía Clínica. Atención Primaria en la Red; 2011.
11. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017. Costa Rica: El Ministerio; 2012.
12. Coca Granado RM, Pérez Arechaga D, Vila Morales D, Jiménez Rodríguez Y, Márquez Rancaño E, Delís Fernández R. Frecuencia de metástasis a la glándula

- submandibular en pacientes con carcinomas escamosos de cavidad bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2017 [citado 2018 Abr 22];53(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/829>
13. Liu W. Malignant transformation of oral leukoplakia: a retrospective cohort study of 218 Chinese patients. BMC Cancer. 2017 [Citado 14 abril 2018];10:685. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/10/685>
  14. Lima JS, Pinto S, Sousa SO, Correa L. Oral leukoplakia manifests differently in smokers and non-smokers. Braz Oral Ros 2018 Nov-Dec; 26(6):543-9.
  15. 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 2018; 48(4):320-329.
  16. Mendoza Fernández M, Ordaz González AM, Abreu Noroña AC, Romero Pérez O, García Mena M. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet] Jul- ago. 2017 [acceso 2018 Dic 05];17(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  17. 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 colitva 2013 Dec;18(12):3461-3473.
  18. González Naya G, Montero del Castillo ME, Aldama Bellón Y, Alfaro Mon M, Arce Hecharri J, Barciela González Longoria MC, et al. Estomatología General Integral. Editorial Ciencias Médicas: La Habana; 2017: 366- 68.