

**MISIÓN MEDICA CUBANA
BARRIO ADENTRO**



**Intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en adolescentes
del municipio Francisco de Miranda ,2016.**

**Tesis en opción al título de especialista de primer grado en
Estomatología General Integral.**

**Dra. Yamileisy Alfonso Meneses.
Residente de segundo año de EGI.**

2016

“Año 58 de la Revolución.”

**MISIÓN MEDICA CUBANA
BARRIO ADENTRO**

**Intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en adolescentes
del municipio Francisco de Miranda ,2016.**

**Tesis en opción al título de especialista de primer grado en
Estomatología General Integral.**

**Dra. Yamileisy Alfonso Meneses.
Residente de segundo año de EGI.**

**Tutor: Dra. Iris Aguirre Espinosa.
Especialista de 1er Grado en EGI
Profesora asistente.**

2016

“Año 58 de la Revolución.”

PENSAMIENTO

La odontología es a la ciencia como la savia a los árboles.

“Hugo Rafael Chávez Frías”.

DEDICATORIA

A mis padres que siempre me han apoyado desde el inicio de mi carrera, a mi abuela motor impulsor de nuestra familia, mis tíos y toda la familia que de una forma u otra han jugado un rol importante en el cumplimiento de mis metas.

A mi esposo por haberme ayudado y siempre estar presente en las decisiones y tareas de mi vida. Te amo bebe.

AGRADECIMIENTOS

Deseo destacar y agradecer la ayuda de muchas personas que con su arduo y destacado trabajo permitieron que esta obra fuera concluida:

A la Dra. Iris Aguirre Espinosa por aportarme sus conocimientos y motivarse a investigar junto a mí.

A los profesores, compañeros de estudio y trabajo que me han brindado su apoyo y amistad incondicionalmente.

A los alumnos y profesores pertenecientes al municipio Francisco de Miranda del colegio Virgen de Coromoto por su buena disposición y ayuda al desarrollo de mi trabajo.

En fin a todos aquellos que cooperaron y pusieron su empeño en el cumplimiento de este trabajo.

A todos, muchas gracias.

Resumen

Se realizó un estudio, cuasi experimental de antes y después de intervención educativa en el período comprendido de octubre 2015 a noviembre del año 2016 en 75 estudiantes adolescentes del municipio Francisco de Miranda, Colegio “Virgen de Coromoto” con el objetivo de evaluar cómo influye la aplicación del Programa Educativo “Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal en Adolescentes”, en el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer bucal. Se aplicaron varias técnicas educativas distribuidas en 6 sesiones de trabajo. Los resultados se resumieron en porcentajes, presentándose en tablas para la mejor comprensión de los mismos. Antes de la intervención educativa el 32% de los estudiantes consideraban muy importante el autoexamen bucal, después de la intervención se elevó en un 100%. El 58% de los estudiantes consideraba que el objetivo del autoexamen bucal era detectar lesiones aunque no ocasionen dolor, después se elevó en un 100% de estudiantes. Una vez terminado el estudio el 92 % de los estudiantes conocían la frecuencia del autoexamen bucal. De manera general antes de la aplicación del programa el 89,3% de los estudiantes presentaban mal nivel de conocimientos y después de la intervención el 93,3% demostró buen nivel de conocimientos. Los resultados obtenidos posteriores a la aplicación del Programa Educativo fueron satisfactorios, porque el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer bucal se elevó considerablemente.

Palabras claves: Cáncer Bucal, prevención, adolescentes, intervención educativa.

Índice

Resumen

Introducción..... 1-4

Marco Teórico.....5-22

Materiales y Métodos.....23-36

Análisis y discusión de los resultados..... 37-56

Conclusiones..... 57

Recomendaciones..... 58

Referencias Bibliográficas..... 59-66

Anexos

Introducción

En la actualidad las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen una de las primeras causas de mortalidad a nivel mundial, Venezuela presenta un cuadro de mortalidad donde predominan también dichas enfermedades. El Ministerio del Poder Popular para la Salud al definir los objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población venezolana para el año 2008, estableció entre sus prioridades disminuir la morbilidad y mortalidad de estas enfermedades, así como los factores de riesgo asociados. Dentro de las enfermedades crónicas no trasmisibles se considera el cáncer como una de las tres enfermedades de mayor prevalencia del orbe. De continuar la tendencia ascendente, tanto en morbilidad como en mortalidad, se prevé que en el año 2025 desplace a las enfermedades cardiovasculares del primer lugar en la tabla de mortalidad general de dicho país (1-2).

Cáncer quizás sea una de las palabras más utilizadas y que más asusta cuando se habla de salud y de su reverso, la enfermedad. La palabra cáncer deriva del latín, y como la derivada del griego karkinos, significa 'cangrejo'. Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada, con ramificaciones, que se adhiere a todo lo que afecta, con la obstinación y forma similar a la de un cangrejo marino, y de ahí deriva su nombre. Se considera a veces sinónimo de los términos 'neoplasia' y 'tumor'; sin embargo, el cáncer siempre es una neoplasia o tumor maligno. Uno de los tipos de cáncer de cabeza y cuello más comunes es el cáncer de la cavidad oral, según la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, CIE-O, Códigos 140-146. (3-5)

El cáncer bucal es la sexta causa de muerte más común entre todos los cánceres, capaz de producir notables secuelas anatómicas y fisiológicas en quienes lo padecen. La incidencia, la prevalencia y la severidad de esta enfermedad varía de un país a otro; en Venezuela ocupa el 4to lugar entre las

patologías que afectan el complejo bucal. Se encuentra entre los 10 cánceres más comunes en el hombre, constituyendo el 4% de todos los cánceres anualmente. (6-8)

Los factores de riesgos a considerar dentro de esta enfermedad son el tabaquismo (chimo), el alcoholismo, la mala higiene bucal, las prótesis mal confeccionadas, o inadecuadamente conservadas que hayan perdido inevitablemente sus cualidades por continuar la persona usándolas más allá de su tiempo, han contribuido con la aparición de lesiones en los tejidos bucales. Las comidas calientes y condimentadas, medicamentos irritantes y traumatismos crónicos y repetidos de la mucosa (queilofagia, dientes mal obturados, dientes con bordes cortantes y filosos). Existen también factores biológicos en la etiología de este tipo de cáncer como son la edad mayor de 40 años, el sexo (masculino), la raza (piel blanca rosada) y la herencia. Otros autores hacen también referencia a las exposiciones prolongadas al sol y la infección por el virus del papiloma humano para algunos tipos de cáncer bucal. (7,9-14)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado una revisión de los conocimientos actuales sobre la epidemiología, etiología, patología, prevención, tratamiento del cáncer bucal y describe la estrategia para controlar la enfermedad en países en desarrollo, precisa las prioridades de la prevención primaria y del diagnóstico temprano de esta afección. Todo depende de que el paciente sea examinado a tiempo y de que en esa exploración la neoplasia sea certeramente diagnosticada. Define la estructura de los programas de prevención y detección y además afirma que la historia natural y el sitio anatómico proporciona una excelente oportunidad para la detección temprana, ya que la gran mayoría de estos cánceres están precedidos de lesiones precancerosas como las leucoplasias y que estas lesiones pueden ser detectadas 15 años antes que puedan convertirse en un cáncer invasor.¹⁷ En la actualidad ha quedado demostrado en diversos estudios que la medida más eficaz para la

curabilidad del cáncer bucal es la terapéutica temprana, consecuencia de un examen minucioso y sistemático.(15-20)

El año 1986 marcó un hito en el cambio de enfoque de la medicina curativa a la preventiva, fue en este año cuando se redactó la Carta de Ottawa en el marco de la I Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud donde se formula el objetivo “Salud para Todos en el año 2000”, que tomó como base la Declaración de Alma Atá y respondió a la demanda de una nueva concepción de la Salud Pública en el mundo. En esta Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa en 1986, se dio a conocer que “la promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la Promoción de la Salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.” Es aquella que se dirige a las personas sanas para promover acciones saludables o para decidir sobre la adopción de medidas que contribuyan a prevenir determinadas enfermedades y sus complicaciones. (20)

A partir de este momento, comienza un despegue de las actividades de EPS y en diferentes partes del mundo se han adaptado a sus características y necesidades, diversos programas que van desde el aprovechamiento de las vías curriculares, informales, hasta la utilización de la computación que explota la multimedia para la educación sanitaria de la población en los países de gran desarrollo, en el momento actual. (20-22)

Así mismo se comenzaron a realizar actividades educativas con la población para crear hábitos correctos de higiene bucal e incrementar sus conocimientos. Paralelo a ello se fueron modificando los planes de estudio, enfatizando en la Promoción de Salud y la integralidad de las acciones, capacitándose a profesionales y técnicos en técnicas educativas y afectivo-participativas que posibilitaron el trabajo con la población. Se trabajó en la integración con otros sectores, fundamentalmente educación, capacitando a profesores de los diferentes colegios y a los líderes de las comunidades en los temas de interés de ellos y del subsistema de atención odontológica, de acuerdo a la problemática de cada territorio. Desde hace más de cuatro décadas en el país se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social, basados en la equidad y derecho de todas las personas a la salud y el bienestar, que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo de la promoción de la salud y prevención de enfermedades (7).

Entre todos los grupos de edades en los que se realizan actividades educativas aparece ante nosotros el adolescente: con una risa y alegría contagiosa, su espíritu aventurero, los primeros en escoger ideas, sin olvidar su valoración del grupo, del amor. Adoptan una idea, reducen las incertidumbres y luego la transmiten a sus homólogos por medio de redes interpersonales y grupales que están tejidas con los matices siempre imprevistos, frescos y traviosos de la adolescencia. Para este grupo maravilloso no debemos emplear un lenguaje infantil, aunque sin perder de vista la fantasía y la creatividad. Debemos reflexionar y seleccionar de manera cuidadosa el “quién”, el “cómo” y el “con qué”, hacerles llegar nuestros mensajes. (7)

De ahí la importancia de trabajar con los adolescentes al ser un grupo tan difícil desde el punto de vista psicológico, y resulta importante que asuman conductas beneficiosas para su salud.

Marco Teórico

El cáncer comienza cuando las células se transforman en anormales y se multiplican sin control u orden. Estas células forman un crecimiento de tejido llamado tumor. Un tumor puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso). Las células cancerosas pueden invadir el tejido cercano y a veces se diseminan a otras partes del organismo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático del cuerpo. El cáncer bucal puede tener diversas variedades histológicas: teratoma, adenocarcinoma derivado de una de las glándulas salivares, linfoma de las amígdalas o de algún otro tejido linfático o melanoma de células pigmentadas de la mucosa oral. La forma más común de cáncer bucal es el carcinoma de células escamosas, originado en los tejidos que delimitan la boca y los labios. Bajo un microscopio, la mayoría de los cánceres que se desarrollan en la boca, tienen características similares y son llamados conjuntamente como carcinoma de células escamosas. Son de naturaleza maligna y tienden a esparcirse con gran rapidez. La variedad histológica del complejo bucal permite que en él se desarrollen diversos tipos de neoplasias benignas y malignas, pero se ha demostrado que más del 95% de los tumores malignos de la cavidad bucal son de origen epitelial. Esto justifica que el carcinoma epidermoide o espinocelular bucal (CEB) sea la neoplasia maligna más frecuente del sistema estomatológico y hacia sus orígenes han estado encaminados todos los estudios etiológicos y analíticos de perfil epidemiológico. Estas investigaciones han establecido que el complejo bucal tiene dos regiones anatómicas bien definidas y delimitadas, con capacidad de padecer el mismo tipo de cáncer, pero sometidas a la acción de factores de riesgo muy diferentes; estas localizaciones son los labios y la cavidad bucal. (9-14)

Es más frecuente en hombres, se incrementa linealmente a partir de los 40 años de edad y presenta amplias variaciones geográficas y temporales. Más de 500 000 casos nuevos anuales se diagnostican en todo el mundo. (7)

En Venezuela específicamente en los años 2004 al 2006 se mantuvo en el séptimo lugar entre todas las localizaciones del sexo masculino, alrededor del 5 % de todas las reportadas en este sexo. En los últimos 10 años la tasa de incidencia se encuentra entre 8.1 y 12.3 por cada 100 000 hombres y entre 3.9 y 5.2 por cada 100 000 mujeres. Hay una razón de 3 hombres por mujer. Las tasas de mortalidad oscilan entre 4.8 y 6.2 en hombres y entre 1.8 y 2.4 por cada 100 000 mujeres. La tasa de supervivencia observada a 5 años se estima en alrededor de 51.6 %. La información de los últimos años sobre la distribución por estadios clínicos al momento del diagnóstico, refiere que alrededor del 37 % de los pacientes con cáncer de la cavidad bucal no fueron estudiados. La distribución de las etapas I y II fue de 58 % y de las etapas III y IV alrededor del 42 %. En los últimos años se ha observado un incremento sucesivo de las etapas III y IV a expensas de una disminución de los diagnósticos en etapas tempranas (I y II). (7-10)

Según American Cancer Society en el 2013, estos cánceres ocurren más del doble en los hombres que en las mujeres. El número de casos es similar en personas de raza negra como en las de raza blanca. En años recientes, la tasa general de casos nuevos de esta enfermedad se ha mantenido estable entre los hombres, mientras que se ha reducido levemente entre las mujeres. Sin embargo, se ha reportado un reciente aumento en los casos de cáncer de orofaringe asociado con infecciones a causa del virus del papiloma humano (VPH) entre hombres y mujeres de raza blanca.(11)

El cáncer de la cavidad bucal es la malignidad más común en el hombre y la tercera en la mujer en el sur de la India; la tasa ajustada mundial es de 12,7 por cada 100 000 habitantes en el hombre y 12,1 en la mujer en Madras. En Trivadum es de 25 en el hombre y 13,1 en la mujer. Brasil tiene una de las incidencias más altas de América Latina en cáncer bucal, ocupa el tercer lugar de frecuencia en el hombre con 8,5 % con respecto a las otras localizaciones y en la mujer es de 2,3 %. En el estado de Paraiba ocupa el segundo lugar en el

hombre con 15,8 % y el cuarto en la mujer con 5,8 %. La incidencia del cáncer bucal es relativamente baja en Suecia, que tiene una tasa ajustada por 100 000 habitantes de 7,5 en el hombre y 3,8 en la mujer con 1,6 % de frecuencia en el hombre y 0,8 % en la mujer respecto al resto de las neoplasias malignas. Un informe posterior precisa que la localización más frecuente es el labio con 1,7 en el hombre y 0,4 en la mujer, por encima de la lengua que es 1,4 en el hombre y 0,2 en la mujer. En otro país nórdico, Dinamarca, la tasa es de 9,6 en el hombre y de 3,6 en la mujer, también ajustada por 100 000 habitantes; la frecuencia es de 3 % y 1 % respectivamente. En este país la tendencia a aumentar la incidencia muestra un aumento 4 años más tarde, de 9,8 en el hombre y 4,2 en la mujer. En Puerto Rico, la TC por 100 000 habitantes es 13,6 en el hombre y 4,4 en la mujer, 8,1 % en los primeros y 2,9 % en la mujer con respecto al resto de las localizaciones. (15-22)

En Venezuela hasta el año 1992 fue de 10,6 en el hombre, para un 7to lugar y 3,3 en la mujer para un 11no lugar. Del total de neoplasias malignas estas representan, en el hombre, el 4,8 % y el 1,6 % en la mujer. Si se agrega la bucofaringe (CIE-DA 146), la tasa sube a 9,6, y ocupa el 6to lugar de frecuencia en el hombre; en la mujer sube a 2,0. ⁽¹⁵⁾

En Venezuela en el año 2008 la tasa cruda de cáncer de labio, cavidad bucal y faringe en el hombre fue de 9,2 por 100 000 habitantes, donde ocupó el 6to lugar dentro de las diez primeras localizaciones. Esas cifras se elevan cuando las personas se encuentran por encima de los 60 años; en la mujer la tasa es de 2,5 por 100 000 habitantes. ⁽¹⁶⁾

En las aspiraciones de estructurar actividades para la prevención y diagnóstico de las neoplasias malignas bucales en este país, puede ser de ayuda conocer brevemente la historia del Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) en Cuba. En 1962, se precisó la necesidad de que los odontólogos del país se incorporaran a la lucha contra el cáncer de la boca. Un año después

comenzaron los alumnos de Odontología a tener un adiestramiento práctico en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) hasta lograr, en 1974, consolidar todas las materias teóricas y el entrenamiento empírico en la asignatura de Patología Bucal. Se logró, en 1980, la individualización de los conocimientos necesarios para que los odontólogos enfrentaran la problemática del cáncer bucal en una asignatura con texto propio: Oncología Estomatológica. Paralela a esta actividad docente educativa se realizan en todos los estados del país actividades de entrenamiento a todos los odontólogos en forma de seminarios.(17-19)

El Programa de Detección de Cáncer Bucal (PDCB) aplicado en Cuba se sustenta en el examen anual del complejo bucal a toda la población de 15 años o más que acuda espontáneamente a consulta de estomatología, y pesquiasaje activo anual de las lesiones del complejo bucal a todo sujeto de 35 años y más por el Estomatólogo o el médico de la familia. El diagnóstico de las lesiones bucales consiste básicamente en un ejercicio de anatomopatología clínica que, a su vez, es un estudio de los cambios, los cuales se deben por lo general a agentes patogénicos o productores de la enfermedad. En todo este ejercicio clínico tiene mucha importancia tanto la experiencia del profesional como el conocimiento epidemiológico del medio en que se desenvuelve.(23-30)

En Cuba se oficializa mediante resolución ministerial, en enero de 1986, el Programa Nacional de Control del Cáncer bucal (PNCCB), respaldado por el Ministerio de Salud Pública, único en el mundo por su cobertura nacional. A finales de la década del 80, en que se incorpora el Médico de la Familia al Programa de Atención Primaria, se plantea como una de sus funciones, la pesquisa masiva de las lesiones del complejo bucal. No todas las personas tienen la misma probabilidad de sufrir una lesión maligna. La transformación maligna de un tejido lleva consigo ciertas condiciones predisponentes y factores de riesgo que son atributos o características que le confieren al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer la enfermedad o alteración de la

salud. Estos factores pueden ser biológicos, ambientales, de comportamiento, atención de la salud, socioculturales, económicos o de interacción (biológico-social-ambiental). (31)

El virus del papiloma humano (VPH o HPV, siglas en inglés) es un grupo de más de 100 tipos de virus. Se les llama virus del papiloma debido a que algunos de ellos causan un tipo de crecimiento llamado papiloma. Los papilomas no son cánceres, y con más frecuencia se les llama verrugas. La infección con ciertos tipos de VPH también puede causar algunas formas de cáncer, incluyendo cánceres de pene, cuello uterino, vulva, vagina, ano, y garganta. Otros tipos de VPH causan verrugas en diferentes partes del cuerpo.(29-31)

El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una manera en la que el VPH se puede transmitir es mediante las relaciones sexuales, incluyendo coito vaginal, penetración anal e incluso durante el sexo oral. A los tipos de VPH se les asignan números. El tipo asociado con el cáncer de garganta (incluyendo el cáncer de orofaringe) es el VPH16.(31)

La mayoría de las personas con infecciones por VPH en la boca y en la garganta no muestran síntomas y sólo un porcentaje muy pequeño presenta cáncer orofaríngeo. La infección oral por VPH es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres. El riesgo de infección oral por VPH está asociado con ciertas conductas sexuales, tal como besos con boca abierta y sexo oral. El riesgo también aumenta con el número de parejas sexuales que tenga una persona. El hábito de fumar también aumenta el riesgo de infección oral por VPH. (30)

En las últimas décadas, el número de casos de cánceres orofaríngeos ha estado aumentando dramáticamente. El ADN de VPH (un signo de infección por VPH) se encuentra actualmente en alrededor de dos de cada tres cánceres orofaríngeos, y en una fracción bastante menor en cánceres de cavidad oral. La razón para el aumento en los cánceres asociados con VPH no está clara, aunque se cree que podría deberse a cambios en las prácticas sexuales en las

últimas décadas, particularmente a un aumento en el sexo oral. Las personas con cáncer oral u orofaríngeo vinculado con la infección por el VPH tienden a ser más jóvenes y son menos propensas a consumir tabaco y bebidas alcohólicas. El tumor canceroso de la orofaringe que contiene ADN del VPH suele tener un mejor pronóstico que los que no contienen VPH. (31)

Sistema inmunológico debilitado: Los cánceres de cavidad oral y orofaringe son más comunes en personas que tienen un sistema inmunológico debilitado. Ciertas enfermedades que se presentan al nacer, así como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida, o AIDS por sus siglas en inglés) y ciertos medicamentos (como los que se administran después de los trasplantes de un órgano) pueden causar un sistema inmunológico debilitado.(31)

Enfermedad de injerto contra huésped: La enfermedad de injerto contra huésped (GVHD, por sus siglas en inglés) es una afección que algunas veces ocurre después de un trasplante de células madre. Durante este procedimiento médico, se usan las células madre de la sangre de un donante para reponer la médula ósea que ha sido destruida por la enfermedad, quimioterapia o radiación. La GVHD se presenta cuando las células madre de un donante reconocen las células del paciente como un agente extraño y lanzan un ataque contra ellas. La enfermedad GVHD puede afectar muchos tejidos del cuerpo, incluidos los de la boca. Esto aumenta el riesgo de cáncer oral, que puede ocurrir tan pronto como a los 2 años siguientes a la enfermedad de GVHD (31)

Quid de Betel y gutka: En el Sureste Asiático, en Asia Meridional, y en algunas otras partes del mundo es común mascar quid de betel, que se prepara con una mezcla de nuez de areca y lima envuelta en una hoja de betel. Muchas personas en estas zonas también mascan gutka, una mezcla de quid de betel y tabaco. El riesgo de tener cáncer de boca es mayor en las personas que mascan quid de betel o gutka. (31)

Síndromes genéticos: Las personas con ciertos síndromes ocasionados por defectos heredados (mutaciones) en algunos genes tienen un riesgo muy alto de presentar cáncer de boca y de garganta.

- La anemia de Fanconi es una afección que puede ser causada por defectos heredados en varios de los genes que contribuyen a reparar el ADN. Las personas con este síndrome suelen tener problemas en la sangre a una edad temprana, lo que puede conducir a leucemia o anemia aplásica. Además, estas personas tienen un riesgo muy alto de cáncer de boca y garganta.
- La disqueratosis congénita es un síndrome genético que puede causar anemia aplásica, erupciones en la piel y uñas anormales en los dedos de los pies y en las manos. Las personas con este síndrome tienen también un riesgo muy alto de presentar cáncer de boca y de garganta a temprana edad. (31)

Dentro de los factores de riesgo por infección y virus también tenemos el chancro sifilítico de la boca y las lesiones virales por papiloma y herpes. Las infecciones con virus de Epstein Barr se han descrito como factores de riesgo. (7)

El cáncer puede ser curable, con la condición de que se haga un diagnóstico precoz de él, ya que es bien sabido que el mejor tratamiento para el cáncer no es la cirugía ni la radioterapia o la quimioterapia sino el diagnóstico temprano y el inicio rápido del tratamiento. Hay un consenso general en que el estado de la

enfermedad en el momento del diagnóstico es el factor determinante más importante en el pronóstico. No hay enfermedad maligna más fácil de curar que el cáncer bucal de menos de un centímetro de diámetro. Desafortunadamente como el tamaño y la sintomatología están directamente relacionadas, la mayoría de las lesiones orales son diagnosticadas cuando se vuelven sintomáticas, es decir cuando ya han crecido demasiado. Como los pacientes no son alertados por el dolor ni por otra señal de peligro, el papel del médico y el Odontólogo es fundamental, pues tienen la oportunidad, en los exámenes rutinarios, de detectar lesiones todavía asintomáticas de carcinomas tempranos y por lo tanto curables. Es una trágica paradoja que el porcentaje de supervivencia sea tan bajo en un cáncer que es tan accesible y tan fácil de detectar en los estados iniciales. El diagnóstico temprano sigue siendo el factor pronóstico más importante, de tal modo que en los tumores menores de 1 cm el índice de curación es del 100 %. Por el contrario, la aparición de metástasis en los ganglios linfáticos cervicales representa un dato fundamental de mal pronóstico (7)

En estadios tempranos el cáncer bucal localizado es a menudo asintomático en el momento de la primera consulta. Su detección temprana produce una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad, e incrementa la curación y supervivencia. Es indiscutible el papel del Odontólogo en la prevención primaria (promocionando un estilo de vida saludable) y secundaria (diagnóstico precoz) del cáncer bucal, haciéndose imprescindible al saberse que en aproximadamente la mitad de los casos, el cáncer bucal va precedido por lesiones premalignas por lo que un diagnóstico precoz influirá notablemente en la tasa de supervivencia, reduciendo la morbilidad y mortalidad. Sin embargo, un gran por ciento de tumores son diagnosticados en un estadio de evolución muy avanzado lo cual conduce a la necesidad de tener que aplicar técnicas terapéuticas agresivas que alteran notablemente la calidad de vida de los enfermos. El cáncer bucal constituye una patología con implicaciones psicosociales cuando los casos llegan a la consulta en períodos avanzados y

demandan tratamientos mutilantes con la consiguiente imposibilidad de reintegrarse al trabajo en corto plazo y problemas de adaptación social.(7)

Aunque la mayoría de las personas piensa que la Prevención y Promoción de Salud son propias del siglo XX, la realidad es que en la Historia de la Odontología, podemos encontrar, desde las primeras épocas en que hay recuentos de conductas asociadas con el tratamiento de las enfermedades, algunos indicios de que se practicaban formas rudimentarias de prevención, entre ellas el uso de enjuagues bucales en tiempo del imperio grecorromano y la realización de algunas formas de higiene oral por algunas culturas como las árabes y egipcias. Corresponde al pueblo chino la primera referencia histórica del cepillado dental, donde su uso era generalizado.

Por otro lado, en los primeros libros de la Biblia, encontramos definiciones claras de la Medicina Preventiva, así como lo expresan los aforismos de Hipócrates. También se han encontrado escritos documentales de las culturas chinas, egipcias y precolombinas que nos informan de numerosas conductas y prácticas individuales y colectivas que se adoptaban preventivamente, con el objetivo de proteger la salud.

Muchas fueron las personas que se dedicaron al estudio y tratamiento de las enfermedades bucales, así tenemos que en los papiros de Ebers de 3770 a 1510 a.n.e. aparecen sugerencias y unos 300 remedios para combatir las caries dentales, Claudio Galeno 130 años a.n.e. estudió las enfermedades bucales, Ali Abba en el año 900 trata dientes infectados, Esculapio y Celso también fueron investigadores de la materia.(11-15)

Durante mucho tiempo la Odontología, lejos de constituirse como una ciencia, se practicaba por los barberos en diferentes pueblos por lo que se le consideraba un oficio, que fue ganando su espacio quizás por la gran demanda de tratamientos odontológicos de la época. Ya en 1308 en Inglaterra se creó el Gremio de Barberos Cirujanos por privilegio real.(11)

En 1978 Pierre Fouchard publicó un libro titulado “Le Chirurgien Dentiste ou Traité des Dents”, que le valió para que se le considere hoy día el padre de la Odontología Moderna.

De manera que, por un lado existía una muy escasa cultura de las medidas higiénicas bucales y por el otro la práctica de la odontología se dedicaba a los tratamientos curativos, tal vez, producto de la alta incidencia y gravedad de las enfermedades dentarias y periodontales, como consecuencia de la ignorancia de la población de medidas preventivas a tomar para evitar su aparición y avance. A todas estas prácticas no se les había dado ninguna base científica. No es hasta finales del siglo XIX y principios del XX que se comienzan a estudiar y tratar de entender el progreso y la naturaleza de las enfermedades orales que llevan a establecer las bases científicas de la Odontología Preventiva. (31-33).

La Odontología Preventiva es la que se ocupa de evitar la aparición de enfermedades e incluye la promoción de salud bucal que tiene como pilar fundamental la educación para la salud o educación sanitaria como también se le denomina (EPS). El objetivo de la EPS es educar a la población para que pueda tomar medidas tendientes a evitar la aparición, propagación y gravedad de las enfermedades, en el caso de la Odontología, de todas aquellas que se producen en el complejo bucomáxilofacial. (30-34)

La primera referencia encontrada por la autora de la presente tesis correspondiente a este siglo, que aborda la EPS en cuanto a la salud bucal, se encuentra en el libro titulado “ Consejos Sanos”, publicado en 1920 (15), donde aparecen orientaciones dirigidas a las madres sobre el número de dientes, fecha de brote de ellos, algunos consejos de higiene oral, etc. Este libro puede ser un indicio de que ya en este tiempo, se tenía cierta conciencia de la necesidad de que la población conociera aquellas cuestiones relacionadas con el comportamiento que favorece la salud.

En 1926 en un boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (O.S.P.), aparecen los siguientes puntos cardinales sobre la salud:

- 1- Necesidad de horas de sueño, posturas correctas, ejercicios, iluminación, etc.
- 2- Alimentos indispensables para la nutrición.
- 3- Principios de la acción mental.
- 4- Etapas del sexo y cuestiones normales del mismo.
- 5- Factores que determinan la infección y resistencia a las enfermedades.
- 6- Causas y prevención de las enfermedades degenerativas.
- 7- Prepararse para recibir embates higiénicos.
- 8- Necesidad del examen médico periódico.
- 9- Escoger su médico y odontólogo y rechazar misterios, fantasías y tradiciones.
- 10- Necesidad del buen conocimiento de los principales problemas higiénicos que la comunidad ha de resolver (34).

En este artículo se manifiesta claramente la necesidad de un cambio de enfoque en las profesiones médicas, encaminado a preservar la salud y no solamente a curar enfermedades.

En la década del 50 se identifican factores causales de enfermedades tan necesarios para ser consecuentes con este enfoque, y en las décadas del 60 y 70 se establecen programas educativos comunitarios y entre el 70 y el 80, se comienza a desarrollar la Estomatología Comunitaria como disciplina en las Facultades de Odontología de las universidades.

En los EE.UU en estos años son los higienistas los principales encargados de la promoción de salud y la EPS, ejercen su acción en las escuelas primarias, y en 1974 Stolla Frances publica un libro titulado “Dental Health Education” (18) donde se propone un programa educativo en salud bucal con la modalidad intracurricular, ejecutado por higienistas y maestros, para educar a los niños en medidas higiénicas para evitar caries y enfermedades periodontales.

La educación para la salud desempeña un relevante papel, cuya función definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir favorablemente en los conocimientos, actitudes, en la salud de los individuos, grupos y colectividades. (33)

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 de conjunto 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. (34-35)

La Sociedad Americana del Cáncer anima a las personas a participar activamente en la detección temprana del cáncer oral mediante la realización de autoexámenes mensuales. La Fundación de Educación de la Salud Oral (Oral Health Education Foundation) muestra los pasos para la realización del autoexamen bucal.³³ Como parte del PDCB también se debe enseñar a la población el método del autoexamen bucal.(36).

La salud bucal no puede verse separada de la salud general. El personal de la Atención Primaria de Salud puede ofrecer al resto de los niveles del sistema nacional de salud un gran apoyo para el desarrollo de estas actividades y ser el eslabón que medie entre el enfermo, la familia y el entorno social.(38)

El autoexamen bucal protege a todas las personas a partir de la adolescencia, y en especial a las mayores de 50 años, tengan o no dientes y usen o no prótesis. (39)

Cualquier persona puede explorar su boca y cuello para comprobar su salud o identificar posibles condiciones preneoplásicas o neoplásicas incipientes, lo que resulta de gran beneficio para su calidad de vida.⁽⁴⁰⁾

Este procedimiento debe realizarse por lo menos cada 6 meses. Para la realización del mismo se pueden seguir varios métodos, pero recomendamos que al escoger una variante, siempre se realice en el mismo orden. Ante el hallazgo de cualquier anormalidad consultar de inmediato a su odontólogo.⁽⁴¹⁾

El autoexamen bucal: factores para su éxito.

Motivación: “Hago esto porque es bueno para mi”

- Disponer de 5-10 minutos libres todos los meses.
- Tener privacidad.
- Contar con un espejo facial.
- Poseer conocimiento de dicha actividad.

El autoexamen del complejo bucal (AECB) es una variante de la exploración del complejo bucal, que no es realizado por un facultativo especializado, sino por el propio paciente. Para el autoexamen del complejo bucal la persona, previo lavado de las manos, se sitúa delante de un espejo siguiendo estos pasos:

1. En este primer paso, al igual que en los que siguen, a la observación visual se puede agregar la palpación manual. Se comienza por observar el labio en toda su extensión, desde la piel hasta la parte roja y por dentro la mucosa (parte húmeda); también debe mirar y palpar las encías en toda su parte anterior. Comprobando si encuentra una dureza, ulceración o cambio de color.
2. Se debe observar y palpar la mucosa del carrillo, desde donde terminó el examen anterior hasta la parte más posterior de la región, y desde la parte más alta, junto a la encía superior, hasta la encía inferior. La observación y palpación de un lado se repiten en el lado opuesto.

3. Se explora el techo de la boca, es decir, el paladar duro y blando o bóveda palatina, y se llega hasta la úvula, incluye también la encía superior de ese lado; aquí es útil decir “ah” para ver el movimiento del velo del paladar y observar la parte más posterior de la boca (bucofarínge).
4. Se examina la lengua; se comienza en su protrusión o simplemente se saca la lengua y se mueve para comprobar su movilidad, y si no se desvía hacia un lado o hacia otro al presentar algún obstáculo que impida su salida de la boca; continuamos observando todas sus partes, la superficie superior, bordes, punta y su cara inferior; nos podemos ayudar con la palpación manual.
5. El examen del piso de la boca comienza por la parte anterior y continúa con la parte posterior lateral, que es la más difícil de observar y palpar, ya que es necesario separar la lengua; las maniobras se complementan con la observación de la encía inferior lingual y la parte inferior o cara ventral de la lengua.
6. Se concluye el autoexamen del complejo bucal con la inspección y palpación del cuello. Se comienza con la observación detallada de todas sus partes; se visualiza si existe algún cambio de color, asimetría, abultamiento o crecimiento anormal); es de importancia percatarse si existe un agrandamiento de los ganglios del cuello; el examen se completa con la palpación que debe estar dirigida, especialmente, hacia los aspectos que hayan llamado la atención durante la observación como por ejemplo, un aumento de volumen, induración o presencia de nódulos.
7. En los últimos años, en el Municipio Francisco de Miranda se han logrado importantes cambios en el estado de la salud de la población, al igual que ha ocurrido en otros estados y el país, con un aumento de la esperanza de vida. Sin embargo, entre las primeras causas de muerte se encuentran enfermedades relacionadas con estilos de vida inadecuados, por lo cual

resulta vital la educación del individuo y la comunidad, en cuanto a cómo evitar y controlar los factores de riesgo para dichas enfermedades. En cuanto a esto se realizan numerosas de actividades Promoción y Educación para la Salud en numerosos centros del Municipio y sobre diversos temas, ejemplo de esto tenemos las actividades educativas realizadas en los operativos en varias comunidades de extrema pobreza y en las instituciones que solicitaban nuestro trabajo, con el objetivo de una comunicación social efectiva. Durante el año 2015 la comunicación social a través de la prensa del municipio se mantuvo divulgando por varias emisoras radiales aquellas actividades notorias desarrolladas, como por ejemplo las celebraciones de los días mundiales de la salud. Conversatorio con personas pertenecientes al adulto mayor, ubicado en la zona misión abajo. Como se ve son muchas las actividades educativas que se desarrollan en el Municipio Francisco de Miranda.(42)

Aunque la localización de los tumores de cabeza y cuello no es la mayoría de los tumores malignos en, la parroquia Calabozo estos pacientes están sometidos a factores de riesgo que pueden propiciar la localización en otro sitio anatómico.

Como se ve el comportamiento de los tumores malignos en la parroquia Calabozo no es alarmante considerándose la tercera causa de muerte del municipio para el año 2013, no coincidiendo con el comportamiento a nivel nacional, referente a las enfermedades cerebro-vasculares. Según análisis del Departamento de Higiene Sanitaria del municipio, esta situación se debe a que las enfermedades cerebro-vasculares se han podido controlar debido a la regulación de los factores de riesgo de las mismas lo que ha dado paso a que los tumores malignos ocupen el tercer lugar de la causa de muerte en el municipio.

Se observa que los adultos mayores cuando rebasan cierto número de años tienen una serie de deficiencias, limitaciones y padecimientos que reducen en mayor o menor medida el disfrute de la vida, que llega, en ocasiones, a

convertirla en sufrimiento, dolor y desesperación para estas personas. Para evitar estas molestias y sufrimientos (generalmente producidos o agravados por los errores cometidos en el proceso que llamamos civilización de la humanidad) se han propuesto y cada día se proponen métodos y acciones que hasta el momento a pesar del entusiasmo y la esperanza que despiertan no han logrado su objetivo y después de un tiempo más o menos largo caen en el olvido. (43) Varias intervenciones educativas se han realizado sobre la prevención del cáncer, con grupos de adultos mayores por ser el de mayor riesgo para presentar dicha enfermedad, ejemplo de estos estudios son:

- Intervención educativa sobre salud bucal en adultos mayores institucionalizados de zona rural, realizada por el Dr. Leonardo Núñez Antúnez y colaboradores.(2006) (37)

- Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal, realizada por la Dra. Gilda L García Heredia y la Dra. Josefa D Miranda Tarragó.(2009) (27)

- Programa de intervención educativa para la salud bucal en los adultos mayores por la Dra. Teresita Barrio Pedraza y colaboradores. (2009) (44)

- Conocimientos sobre salud bucal en pacientes del consultorio estomatológico Barrio Bolívar en Venezuela por la Dra. MsC. Elena Limonta Vidal y colaboradores. (2009) (34)

También se realizan y publican diversas Intervenciones Educativas en embarazadas y niños, sin embargo, no se ha publicado ningún estudio de Intervención Educativa que haya sido realizado en adolescentes, ni en jóvenes, sobre esta temática, lo que resulta muy importante si tenemos en cuenta que algunos tumores malignos pueden aparecer a partir de la 2da década de vida. Además si el Programa de Detección del cáncer bucal comienza con el Examen del PDCB a partir de los 15 años, también es importante entonces enseñarles como hacerse autoexamen bucal.(45)

Se han llevado a cabo diversas Intervenciones Educativas y se han tomado algunas medidas con respecto al tema pero han sido insuficientes, además no

se recogen estudios en el país ni municipio respecto al tema en este grupo de edad, por lo que existen sobradas razones para motivar la presente investigación. La importancia que tiene inducir la práctica constante del autoexamen bucal como forma de detección precoz de lesiones preneoplásicas evitando su progreso natural hacia el cáncer y de neoplasias malignas ya establecidas que se pueden tratar en etapas más tempranas con un menor costo y menor agresión terapéutica al paciente en el tratamiento oncoespecífico.

PREGUNTA CIENTÍFICA.

¿Qué nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer bucal tendrán los adolescentes del colegio “Virgen de Coromoto” del Municipio Francisco de Miranda?

HIPÓTESIS: Al llevar a cabo una Intervención Educativa sobre la prevención del cáncer bucal en adolescentes del Municipio Francisco de Miranda, pertenecientes al colegio “Virgen de Coromoto”, se elevará el nivel de conocimientos sobre esta temática en dichos adolescentes.

OBJETIVOS

General

- ❖ Elevar el nivel de conocimientos sobre la prevención del cáncer bucal en los adolescentes del Colegio “Virgen de Coromoto” del Municipio Francisco de Miranda.

Específicos

- ❖ Determinar el nivel de conocimientos en estudiantes del Colegio “Virgen de Coromoto” del Municipio Francisco de Miranda, sobre prevención del cáncer bucal.
- ❖ Confeccionar el programa de Intervención Educativa. “Promoción y Educación para la Salud Bucal en Adolescentes, Prevención del Cáncer Bucal”.
- ❖ Evaluar el nivel de conocimientos adquiridos por los estudiantes del Colegio “Virgen de Coromoto” del Municipio Francisco de Miranda, sobre prevención del cáncer bucal.

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio cuasi experimental de antes y después de intervención educativa en el período comprendido de octubre 2015 a noviembre del año 2016 en adolescentes de entre 15-18 años. Se decidió hacer el estudio en el Colegio “Virgen de Coromoto” del Municipio Francisco de Miranda, por ser uno de los centros docentes del municipio con mayor matrícula.

El universo de estudio estuvo constituido por 1014 estudiantes que representan la matrícula total de la escuela: 10mo grado, 298 estudiantes; 11no grado, 356 estudiantes y 12mo grado, 387 estudiantes. Se seleccionó una muestra mediante un muestreo aleatorio simple donde quedaron seleccionados un total de 75 estudiantes.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Intersectorialidad	Cualitativa nominal dicotómica.	Si No	Según grado de integración con los factores de la comunidad	Convenios de colaboración
Nivel de conocimiento sobre prevención del Cáncer Bucal.	Cualitativa nominal politómica	-Bueno -Regular -Malo	-Bueno 64 pts– 47 pts -Regular 46 pts - 30 pts -Malo 29 pts - 0 pto	Distribución de frecuencia absoluta y relativa

Importancia que le atribuye al autoexamen bucal	. Cualitativa nominal politómica	-Poca -Mediana -Mucha		Distribución de frecuencia absoluta y relativa
Detección temprana de enfermedades con el autoexamen bucal	Cualitativa nominal dicotómica.	-Conoce -No conoce	Según nivel de conocimientos.	Distribución de frecuencia absoluta y relativa
Objetivo del autoexamen bucal	Cualitativa nominal dicotómica.	-Conoce -No conoce	Según nivel de conocimientos.	Distribución de frecuencia absoluta y relativa
Edad a la que se debe comenzar a realizar el autoexamen	Cualitativa nominal dicotómica.	-Sabe _No sabe	Según nivel de conocimientos.	Distribución de frecuencia absoluta y relativa Distribución de frecuencia absoluta y relativa
Elementos de la cavidad bucal que se deben explorar durante el autoexamen bucal	Cualitativa nominal dicotómica.	-Conoce -No conoce	Según nivel de conocimientos.	Distribución de frecuencia absoluta y relativa

Conducta a seguir ante alteraciones detectadas durante el autoexamen bucal	Cualitativa nominal dicotómica	-Adecuada -Inadecuada	Según nivel de conocimientos.	Distribución de frecuencia absoluta y relativa
Factores de riesgo asociados a la aparición del cáncer bucal	Cualitativa nominal dicotómica	-Conoce -No conoce	Según nivel de conocimientos.	Distribución de frecuencia absoluta y relativa
Signos de advertencia de cáncer bucal	Cualitativa nominal dicotómica	-Conoce -No conoce	Según nivel de conocimientos.	Distribución de frecuencia absoluta y relativa
Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB)	Cualitativa nominal dicotómica	-Conoce -No conoce	Según nivel de conocimientos.	Distribución de frecuencia absoluta y relativa

Consideraciones Éticas

Por tratarse de un estudio de acción directa sobre el ser humano, con repercusiones psíquicas y sociales, constará de aspectos éticos, teniendo en cuenta lo acordado en la “Declaración de Helsinki” y lo establecido en la legislación vigente en Cuba, donde las personas objetos de investigación deben ser informadas de su entera libertad para participar o no en un estudio, sin consecuencia alguna si deciden abandonarlo, a través del Consentimiento Informado **(Anexo 1)**. La información obtenida en el instrumento aplicado será protegida y los resultados solo serán presentados o publicados en marcos puramente científicos sin fines de lucro. En este estudio además se pidió autorización mediante la firma de un Consentimiento Informado a la Dirección del Centro donde corresponde dicho colegio para desarrollar las actividades en el Colegio “Virgen de Coromoto” **(Anexo 2)**. Al comienzo del Proyecto se informó en la Dirección Municipal de Colegios la finalidad del estudio y los objetivos que se persiguen lograr, con el fin de lograr la autorización para desarrollar las actividades de Promoción de Salud.

Técnicas y procedimientos

Recolección de la información

Para la recolección de la información se confeccionó un cuestionario por la autora y la tutora de la investigación, avalado por expertos **(Anexo 3)**, tomando como referencia algunos cuestionarios referentes a esta temática.²³ Dicho cuestionario se aplicó al inicio de la investigación para evaluar el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre prevención del cáncer bucal previo a la aplicación del Programa Educativo. Luego se aplicará nuevamente una vez concluido el Programa Educativo con el fin de evaluar los resultados obtenidos. Dicho cuestionario será aplicado personalmente a todos los estudiantes por la

autora de la Investigación. Este cuestionario será evaluado según una clave realizada por la autora y la tutora de la investigación.

Al comienzo del Proyecto de Tesis se buscaron Programas Educativos que respondieran a los objetivos trazados, sin embargo no se encontraron Programas Educativos publicados que estén dirigidos a adolescentes en la prevención del cáncer bucal, por lo que se tomó el Programa Educativo “Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal en Adolescentes”, de la Dra. María Rosa Salas Adam, Dra. Maritza Sosa Rosales, Dr. Orlando Pablo de Cárdenas Sotelo,¹¹ que no cumplía del todo con nuestros objetivos por lo que hubo que modificarle la sesión 3 y 4, quedando conformado así el Programa Educativo “Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal en Adolescentes (modificado)” como temática fundamental la prevención del cáncer bucal. **(Anexo 4)**

Técnicas de elaboración y análisis estadísticos

Los datos obtenidos se procesaron en Microsoft Excel 2007. Se realizaron distribuciones de frecuencia absolutas y relativas en tablas de contingencia para las diferentes variables de estudio y para el vaciamiento del cuestionario **(Anexo 5)**, se utilizó el porcentaje como medida resumen. Los datos se presentaron en tablas estadísticas.

Para evaluar la aplicación del Programa Educativo “Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal en Adolescentes (modificado)” una vez evaluado el cuestionario, se utilizó el Método de evaluación educativa 60 x 60 que se evalúa:

100%-90%=excelente

89%-80%=muy bien

79%-70%=bien

69%-60%=regular

Menos del 60%=mal

Esto ocurre cuando al menos el 60% de los individuos se apropiaron de los conocimientos, o cuando al menos el individuo se apropió del 60% de conocimientos.

Programa Educativo

La intersectorialidad está presente en las coordinaciones que se realizaron con el Colegio “Virgen de Coromoto” y el Centro de Diagnóstico Integral (CDI), al que pertenece la autora y tutora de la investigación.

La participación se ve presente en la investigación en el por ciento de los estudiantes incluidos en cada una de las sesiones de la Intervención Educativa, hubo una participación del 100% de la muestra (75 estudiantes).

“Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal en Adolescentes (modificado)”

Sesiones

Primera sesión. Conociéndonos Mejor.

Segunda sesión. ¿Qué salud tiene nuestra Salud Bucal?

Tercera sesión. Hablando del autoexamen bucal.

Cuarta sesión. Previniendo el Cáncer Bucal.

Quinta sesión. Bienestar Bucal: parte importante de mi Felicidad.

Sexta sesión. Reflexión y Diálogo.

1ra sesión: Conociéndonos Mejor

Presentación del Programa y conocimiento del Grupo.

Objetivo general: Dar a conocer el contenido del Programa de Promoción y Educación de Salud Bucal para Adolescentes “Una buena Compañía: Mi Salud”

Objetivos específicos

_Lograr que los integrantes del grupo:

- Se conozcan e integren de manera óptima
- Conozcan el propósito del Programa
- Recoger expectativas del Grupo.

Procedimientos

- Apertura del programa: Debe ser presentado por nuestros invitados especiales, pertenecientes a la esfera del colegio, donde desarrollaremos nuestro trabajo. Se provocará un diálogo con los adolescentes, explicando brevemente el Programa, tratando de que con la bienvenida y la información. Al finalizar, los adolescentes se convertirán en “multiplicadores de salud”, lo cual beneficiará a la familia, sus compañeros de colegio y la comunidad.
- Propuesta de las Expectativas del grupo: Como su nombre lo indica: lo que esperamos o no del Programa. Se nombra un registrador, recogeremos en pancartas o en la pizarra todas las expectativas (en una sola palabra o frase corta).
- A continuación, explicaremos bien en qué consistirá la sesión “Reflexión y Diálogo”.

El Grupo llega a un consenso de un tema de Educación para la Salud en Odontología que no se trae planificado en el Programa y en la 6ta sesión se tratará con profundidad.

- Recuperación Metodológica.
- Tiempo aproximado de aplicación: 1 hora.

Antes de la Sesión:

Adecuación Inicial: 10 minutos

Técnica de presentación: 15 minutos

Sesión:

Apertura: 10 minutos

Explicación Inicial: 10 minutos

Técnica de presentación: 15 minutos

Expectativas: 5 minutos

Recuperación Metodológica: 10 minutos.

- Personal:

75 estudiantes para un 100% de participantes teniendo en cuenta el total de los estudiantes que se habían elegido para la muestra.

1 coordinador y 1 facilitador

Ellos se encargarán de dirigir la dinámica y motivar a los adolescentes a expresar sus ideas libremente.

- Materiales: Pizarra, Plumones o tizas

2da sesión: ¿Qué Salud tiene nuestra Salud Bucal?

Justificación

Si no conocemos cuáles son los verdaderos problemas, poco podremos trabajar para eliminarlos. Es importante reconocer los síntomas o efectos, y que estos

responden a una causa que debemos identificar, concientizar las necesidades de eliminar o cambiar y entonces actuar: muchas veces la solución está al alcance de nuestras manos.

Objetivo general

Conocer los problemas o situaciones que el grupo entiende como su problema de Salud Bucal.

Objetivos específicos

- Detallar síntomas o efectos en cuanto a problema de salud bucal.
- Determinar las causas que provocan esos síntomas, valorando posibles soluciones.

Procedimientos

- Sentados en semicírculo tratar sobre:
 - Curiosidades relacionadas con Odontología.
 - Se recoge el tema seleccionado por los Adolescentes para la sesión de “Reflexión y Diálogo”.
 - Aplicar la técnica de la “Palma Real” la cual consiste en representar, sobre un gráfico de nuestra palma, en sus hojas los efectos o síntomas del problema y en sus raíces las causas y las sub causas que los ocasionan. Posteriormente se debatirán las posibles soluciones.
- Retroalimentación: aplicar la técnica de “Palabras Calientes”, la cual consiste en solicitarle a cada participante que escriba en tres papelitos igual número de palabras, y que son las que le hayan resultado más significativas durante la sesión. Se recogen los papeles y se hacen grupos de palabras afines las que se anotarán en una pizarra o pancarta, con la ayuda de los propios adolescentes.

Las palabras más coincidentes se seleccionarán y se extraerán las conclusiones.

- Tiempo de duración de la sesión aproximadamente: 1 hora.

Antes de la Sesión

Adecuación del espacio físico: 5 minutos.

Sesión: Motivación: 10 minutos

Recogida de tema: 5 minutos

Técnica de la Palma Real: 30 minutos

Retroalimentación: 10 minutos

- Personal:

1 coordinador y 1 facilitador

75 estudiantes para un 100% de participantes teniendo en cuenta el total de los estudiantes que se habían elegido para la muestra.

Ellos se encargarán de dirigir la dinámica y motivar a los adolescentes expresar sus ideas libremente

- Materiales: Pizarra, Plumones o tizas, Hojas de papel, Lápices

3ra sesión: Hablando del autoexamen bucal.

Objetivos

Describir la forma de realización del autoexamen bucal.

Definir el objetivo del autoexamen bucal

Explicar la importancia de la realización sistemática y desde edades tempranas del autoexamen bucal

Determinar la actitud ante alteraciones detectadas durante el autoexamen bucal.

Métodos y procedimientos

Para el cumplimiento del objetivo 1 se llevará a cabo una demostración, mientras una de las investigadoras explicaba el procedimiento, otra se realizaba el autoexamen, previo lavado de las manos, y exploraba mediante la inspección y palpación todos los elementos presentes en la cavidad bucal, se explicó que muchas infecciones a ese nivel, provocan alteraciones en el cuello (adenopatías), por lo que revestía gran importancia examinarlo. La autora enfatizó en la necesidad de seguir siempre el mismo orden, para no pasar por alto ninguna estructura del aparato estomatognático y señalaron la necesidad de realizar el autoexamen frente a un espejo, con suficiente iluminación y las manos limpias.

Métodos y procedimientos

Para el cumplimiento del objetivo 2, 3 y 4 se dará una charla educativa y se mostrarán diferentes láminas donde se reflejaban diversas lesiones, algunas inclusive malignas, demostrando la importancia de detectarse tempranamente cualquier alteración aunque no ocasione dolor, para prevenir de esta forma daños mayores, de ahí la íntima relación del autoexamen con el Programa de Detección del Cáncer Bucal. Se explicó además, el papel protagónico del odontólogo y la necesidad de acudir inmediatamente a sus servicios ante la más mínima alarma.

Recursos materiales

Pancartas, Espejo, Depresores, Jabón, Agua

4ta sesión: "Previniendo el Cáncer Bucal"

Objetivos

Dar a conocer los factores de riesgo que predisponen al cáncer bucal.

Explicarles una serie de medidas que deben tomar para prevenir el cáncer bucal.

Justificación

El tabaquismo acecha a nuestros adolescentes desde muy diversas trincheras. Es importante que ellos sepan decir NO ante las invitaciones, y tener convicción del por qué.

Enseñar a disfrutar de una vida sin humo.

Procedimientos

- Motivación: A cargo de los adolescentes se impartirá una charla acerca del tabaquismo.
- Retroalimentación: Aplicar la Técnica del “Jurado 13”, donde el Acusado es el Cigarro.
- Recuperación Metodológica.
- Tiempo aproximado de duración.

Antes de la sesión

Adecuación de espacio físico: 5 minutos

Sesión

Motivación: 15 minutos

Charla: 15 minutos

TAP: 20 minutos

Recuperación Metodológica: 10 minutos

- Materiales: Pizarra, Plumones o tizas, Hojas de papel, Lápices

5ta sesión: “Bienestar Bucodental”. Parte importante de mi felicidad”

Justificación

Tratamos en esta sesión la importancia de la boca, tanto en lo biológico como en lo psicosocial. En ella comienza la digestión: masticar bien, saborear los alimentos, influye en la nutrición. Para ello es, biológicamente, muy necesario tener una boca sana.

Pero el hombre vive interactuando con su entorno: desde que nace, el primer contacto con el seno materno lo hace a través de su boca, recibiendo así alimentación y cariño. Reír, hablar, relacionarnos, así hasta ser un adolescente, donde la boca cobra especial importancia para el amor.

Objetivo general

- Valorar la importancia de una boca sana en nuestra vida.

Objetivos específicos

- Determinar el valor de una boca sana para el buen funcionamiento de nuestro organismo.
- Detectar la importancia de una boca sana en el terreno psicosocial.

Procedimiento

- Aplicar un Juego de Roles: se formarán 2 equipos de 5 integrantes cada uno, distribuyéndose los siguientes roles:
 - Profesor
 - Adolescente
 - Amigo
 - Novio
 - Odontólogo

Por escrito se entregarán las diferentes situaciones para que sean desarrolladas por los estudiantes.

- Retroalimentación: Los adolescentes debatirán cada problemática y se seleccionará la mejor representación.
- Recuperación metodológica.
- Tiempo aproximado de duración: 1 hora.

Antes de la sesión:

Adecuación del espacio físico: 5 minutos

Sesión:

Formación de equipos y distribución de roles: 10 minutos

Representación: 25 minutos

Discusión: 10 minutos

Recuperación Metodológica: 5 minutos

- Materiales: Pizarra, Plumones o tizas, Hojas de papel, Lápices

6ta sesión: Reflexión y Diálogo (Tema solicitado por los adolescentes)

Procedimientos

- Análisis de las expectativas.
- Retroalimentación del Programa aplicando la herramienta del pensar PNI (Positivo-Negativo-Interesante).
- Clausura: Invitados: personal del colegio, padres, miembros de la Comunidad.
- Graduación de los adolescentes como “multiplicadores de salud” listos para acciones de promoción y educación para la salud bucal.

Resultados y análisis

Tabla 1: Distribución de estudiantes según nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer bucal antes y después de aplicado el Programa Educativo.

Nivel de conocimientos sobre la prevención del cáncer bucal antes de aplicado el Programa Educativo	Antes		Después	
	No. estudiantes	%	No. estudiantes	%
Bien	0	0	70	93,3
Regular	8	10,6	5	6,6
Mal	67	89,3	0	0
Total	75	100	75	100

En la tabla se observa que antes de la intervención el 89,3% de los estudiantes obtuvo evaluación de mal en su cuestionario, luego de la aplicación del Programa Educativo el 93,3% de los estudiantes obtuvieron buen nivel de conocimiento.

Estos mismos resultados se han observado también en numerosos estudios tales como: Intervención educativa sobre salud bucal en gerontes institucionalizados de zona rural, realizada por: Dr. Leonardo Núñez Antúñez, Dra. María del Carmen Sanjurjo Álvarez, Dra. Eugenia González Heredia y Dr. Ángel Ramón Rodríguez y el estudio Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal, realizado por Gilda L García Heredia; Josefa D Miranda Tarragó.

Tabla 2. Distribución de estudiantes según la importancia que le atribuyen al autoexamen bucal antes y después de aplicado el Programa Educativo.

Importancia que le atribuye al autoexamen bucal	Antes		Después	
	No. estudiantes	%	No. estudiantes	%
Poca	34	45,33	0	0
Mediana	17	22,66	0	0
Mucha	24	32	75	100

En la tabla 2 podemos observar que el 45,33% de los estudiantes le atribuye poca la importancia al autoexamen bucal, no siendo así una vez realizada la intervención educativa, que el 100% le confiere mucha importancia.

Antes de la intervención hubo un predominio de los que opinaban que el autoexamen bucal poseía una mediana importancia, este estudio coincide con el realizado por MsC. Elena Limonta Vidal, MsC. Ilena Triay Limont, MsC. María de los Ángeles Cuevas Gandaria, MsC. Alina Alea Cardero y MsC. Kenia Pajará Medina titulado: Conocimientos sobre salud bucal en pacientes del consultorio odontológico Barrio Bolívar en este país ²¹. Luego los estudiantes comprendieron el valor que realmente tenía el autoexamen, pues les hicimos percibir que ayuda a detectar de forma precoz cualquier alteración, algunas de las cuales podrían causar la muerte.

Tabla 3. Distribución de estudiantes según conocimiento de la detección temprana de enfermedades con el autoexamen bucal antes y después de aplicado el Programa Educativo.

Detección temprana de enfermedades con el autoexamen bucal	Antes		Después	
	No. estudiantes	%	No. estudiantes	%
Sí	26	34,66	75	100
No	10	13,33	0	0
No sé	39	52	0	0

En la tabla 3 se observa que antes de la intervención un 52% de los estudiantes no sabían que el autoexamen bucal es importante en la detección temprana de enfermedades, no siendo así luego de la intervención donde un 100% de los estudiantes conocía la utilidad del autoexamen bucal.

Antes de la intervención prevalecieron los pacientes que no sabían que con el autoexamen bucal se podían detectar tempranamente diversas enfermedades, después de la intervención la totalidad de los estudiantes conocían si se detectan lesiones tempranamente con el autoexamen bucal. Este estudio arroja resultados similares del realizado por: Dra. Teresita Barrio Pedraza, Dra. Nora Sexto Delgado, Lic Esther Barrio Pedraza, Dra. Alicia María Quiñones Betancourt ⁵⁴, titulado Programa de intervención educativa para la salud bucal en los adultos mayores, en el cual antes de la intervención los conocimientos al respecto eran inadecuados. La autora considera que los estudiantes que en un inicio no sabían que podían detectar enfermedades bucales autoexaminándose, lo hicieron por las falsas ideas de que sólo los médicos pueden divisar anomalías, por lo que consideramos de gran importancia que los pacientes interioricen su importante papel en la detección de afecciones, que de no ser diagnosticadas precozmente, podrían traer graves consecuencias, dando incluso al traste con la vida.

Tabla 4. Distribución de estudiantes según objetivo del autoexamen bucal antes y después de aplicado el Programa Educativo.

Objetivo del autoexamen bucal	Antes		Después	
	No. estudiantes	%	No. estudiantes	%
Detectar alteraciones que ocasionen dolor	24	32	0	0
Detectar alteraciones aunque no ocasionen dolor	51	68	75	100

En la tabla 4 se observa que el 68% de los estudiantes antes de la intervención conocían que el objetivo del autoexamen bucal era detectar lesiones aunque no ocasionen dolor, una vez realizada la intervención el 100% lo conocían.

Antes de la intervención predominaron los pacientes que opinaban que el objetivo del autoexamen es detectar alteraciones aunque no ocasionen dolor, esto difiere del estudio; Necesidades de aprendizaje relacionadas con el cáncer bucal, realizado por Gilda L. García Heredia; Josefa D. Miranda Tarragó, donde predominaron los pacientes que desconocían los signos y síntomas de alarma, después de la intervención continuaron predominando, pero en mayor medida los estudiantes que consideraban el autoexamen bucal como herramienta para detectar alteraciones aunque no produzcan dolor. La autora considera que el hecho de que algunos estudiantes manifestaran que el propósito del autoexamen es sólo detectar alteraciones que ocasionen dolor, está dado por las erróneas ideas de diversas personas acerca de que lo que provoca dolor es lo único verdaderamente alarmante, sin embargo, muchas de las lesiones premalignas y malignas cursan de manera asintomática de ahí la importancia de

actuar a tiempo con las lesiones asintomáticas, que muchas veces carecen de importancia en los pacientes.

Tabla 5. Distribución de estudiantes según edad a la que se debe comenzar a realizar el autoexamen bucal antes y después de aplicado el Programa Educativo.

Edad a la que se debe comenzar a realizar el autoexamen	Antes		Después	
	No. estudiantes	%	No. estudiantes	%
Desde niño	0	0	62	82,66
A partir de los 19 años	0	0	8	10,66
A partir de los 35 años	17	22,66	5	6,66
A partir de los 60 años	4	5,33	0	0
No sé	54	72	0	0

En la tabla 5 se observa que antes de la intervención el 72% de los estudiantes desconocían la edad a la que se debe comenzar a realizar el autoexamen bucal, luego de la intervención el 82,66% de los estudiantes conocían que desde niño se debe comenzar con el autoexamen bucal.

Antes de la intervención, la mayoría expresó no conocer la edad a la que se debe comenzar a realizar el autoexamen y luego la mayoría manifestó que el autoexamen bucal debe empezar a efectuarse desde edades tempranas. El autoexamen bucal debe realizarse a todo paciente a partir de 15 años que acuda a consulta, en estos momentos se está realizando el examen a todos los pacientes sin importar edad, debido a la incorporación de numerosos factores de riesgo desde edades muy tempranas.

Tabla 6. Distribución de estudiantes según frecuencia con que se debe realizar el autoexamen bucal antes y después de aplicado el Programa Educativo.

Frecuencia de realización del autoexamen bucal	Antes		Después	
	No. estudiantes	%	No. estudiantes	%
Una vez al mes	10	13,33	2	2,66
Cada 6 meses	3	4	68	90,66
Una vez al año	2	2,66	5	6,66
Cada 2 años	3	4	0	0
No sé	57	76	0	0

En la tabla 6 se observa que antes de la intervención el 76% de los estudiantes no sabían la frecuencia del autoexamen bucal, luego de la intervención el 90,66% conocían que se debía realizar cada 6 meses.

Antes de la intervención hubo un predominio de los pacientes que desconocían la frecuencia de realización del autoexamen bucal, coincidiendo con los resultados del estudio realizado por Gilda L. García Heredia y Josefa D. Miranda Tarragó, titulado: Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal. Al finalizar la intervención predominaron los pacientes que conocían la frecuencia de realización del autoexamen bucal que es cada 6 meses, lo cual permite un diagnóstico precoz de las alteraciones incipientes para un tratamiento inmediato y mínimamente invasivo. Sin embargo, existen otros estudio donde se recoge la frecuencia con la que los pacientes se autoexaminan, no solamente el nivel de conocimiento, y la mitad del estudio plantea que se examinan al menos una vez al año, menos de la mitad se examina de 2 a 3 veces al año. ⁴⁶

Tabla 7. Distribución de estudiantes según elementos de la cavidad bucal explorados durante el autoexamen bucal, antes y después de aplicado el Programa Educativo.

Elementos de la cavidad bucal explorados durante el autoexamen bucal	Antes		Después	
	No. estudiantes	%	No. estudiantes	%
Los dientes	12	16	2	2,66
Las encías	1	1,33	0	0
La lengua	1	1,33	0	0
Todos los elementos presentes en la boca	2	2,66	73	97,33
El que se me ocurra	59	78,66	0	0

En la tabla 7 se observa que el 78,66% de los estudiantes antes de la intervención consideraban que los elementos de la cavidad bucal que debían ser examinados durante el autoexamen bucal, eran los que se le ocurrieran, una vez realizada la intervención el 97,33% de los estudiantes sabían que se examinaban todos los elementos presentes en la boca.

En cuanto a los elementos de la cavidad bucal explorados durante el autoexamen, vemos que antes de la intervención predominaron los pacientes que opinaban que examinaban lo que se le ocurriera en el momento y al concluir la misma predominando los estudiantes que consideraban que se debe examinar todos los elementos presentes en la boca. La autora considera que el hecho de que algunos estudiantes expresaran que durante el autoexamen exploraban lo que se les ocurriera en ese momento, es debido a la falta de tiempo y la poca importancia que le dan al tema.

Tabla 8. Distribución de estudiantes según conocimiento del orden de realización del autoexamen bucal, antes y después de aplicado el Programa Educativo.

Conocimiento del orden de realización del autoexamen bucal	Antes		Después	
	No. estudiantes	%	No. estudiantes	%
Sí	4	5,33	75	100
No	71	94,66	0	0

En la tabla 8 se observa que el 94,66% de los estudiantes no conocían el orden del autoexamen bucal, luego de la intervención el 100% lo conocían.

Antes de la intervención predominaron los pacientes que no dominaban el método ni el orden de ejecución del autoexamen bucal, la autora considera que se debe a la falta de orientación sobre la realización del mismo por parte del odontólogo. Después de la intervención predominaron los pacientes que sí dominaban el método de realización y el orden del mismo. Este estudio coincide con el realizado por Gilda L García Heredia y Josefa D Miranda Tarragó, titulado Necesidades de aprendizaje relacionadas con el cáncer bucal.

Tabla 9. Distribución de estudiantes según necesidad del mismo orden en la realización del autoexamen bucal, antes y después de aplicado el Programa Educativo.

Necesidad del mismo orden en la realización del	Antes		Después	
	No.	%	No.	%

autoexamen bucal	estudiantes		estudiantes	
Sí	3	4	69	92
No	2	2,66	6	8
No sé	70	93,33	0	0

En la tabla 9 se observa que el 93,33% de los estudiantes no sabían la necesidad que existe de mantener el mismo orden en la realización del autoexamen bucal, luego de la intervención el 92% si conocían, la necesidad de seguir siempre el mismo orden.

Antes de la intervención prevaleció el criterio de que no sabían si era necesario seguir la misma secuencia en la realización del autoexamen bucal, considero que es producto del antiguo precepto, en este caso no aplicable: “el orden de los factores no altera el producto”. Luego de la intervención logre que los estudiantes concientizaran que era necesario seguir la misma secuencia para así no pasar por alto ninguna estructura del aparato estomatognático.

Tabla 10. Distribución de estudiantes según conocimiento de alteraciones en el cuello ocasionadas por enfermedades bucales, antes y después de aplicado el Programa Educativo.

Alteraciones en cabeza y cuello ocasionadas por enfermedades bucales	Antes		Después	
	No. estudiantes	%	No. estudiantes	%
Sí	6	8	67	89,33
No	59	78,66	0	0
No sé	10	13,33	8	10,66

En la tabla 10 se observa que el 78,66% de los estudiantes antes de la intervención no conocían que existen alteraciones en cabeza y cuello relacionadas a enfermedades bucales entre ellas el cáncer bucal, que se pueden detectar durante el autoexamen, luego de la intervención el 89,33% conocían de este tipo de alteraciones y su posible visualización durante el autoexamen bucal.

Antes de la intervención prevaleció el criterio de que las enfermedades bucales no ocasionaban alteraciones en el cuello. Esta opinión varió después, pues se explicó durante la intervención educativa que las infecciones bucales drenaban hacia los grupos y cadenas ganglionares presentes en el cuello, por lo que también era necesario examinarlo durante el autoexamen bucal.

Tabla 11. Distribución de estudiantes según conocimiento sobre conducta a seguir ante alteraciones detectadas durante el autoexamen bucal, antes y después de aplicado el Programa Educativo.

Conducta a seguir ante alteraciones detectadas durante el autoexamen bucal	Antes		Después	
	No. estudiantes	%	No. estudiantes	%
Tomar algún medicamento	45	60	0	0
Acudir al Médico de Comunidad	6	8	63	84
Esperar un tiempo para ver si desaparece	32	42,66	0	0
Consultar la opinión de familiares	57	76	60	80
Acudir inmediatamente al Odontólogo	60	80	75	100

Acudir al Hospital(Oncología)	13	17,33	25	33,33
--------------------------------------	-----------	--------------	-----------	--------------

En la tabla 11 se observa que el 80% de los estudiantes antes de la intervención, consideraban que la conducta ideal ante alteraciones encontradas durante el autoexamen bucal era acudir al Odontólogo, una vez realizada la intervención lo consideraba el 100% de los estudiantes.

Antes de la intervención la mayoría de los estudiantes manifestó que ante cualquier alteración detectada durante el autoexamen bucal, pedían consejos a familiares. Esta actitud se debe a la dependencia de sus padres que tienen muchos adolescentes lo cual es muy normal a esta edad. Este estudio difiere del realizado por Gilda L. García Heredia; Josefa D. Miranda Tarragó: Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal, donde predominaron los pacientes que tenían conocimientos sobre dónde buscar ayuda ante anomalías detectadas. Sin embargo es normal el miedo y el desconocimiento ante qué hacer con un problema de salud por parte de un adolescente, que prácticamente ere un niño hasta hace muy poco, pero hay que incorporarle elementos para que se enfrente mejor a la vida en condiciones excepcionales como esta, donde saber actuar rápido y acudir inmediatamente al odontólogo, nos brinda una solución más efectiva. También debe enseñárseles las medidas generales para prevenir el cáncer bucal, desde edades tempranas, con respecto a este tema el nivel de conocimiento en los estudiantes, era bastante bueno, no obstante una vez concluida la intervención educativa, la totalidad de los estudiantes conocían que deben controlar los factores de riesgo asociados al Cáncer Bucal, asistir al odontólogo al menos una vez al año para examinarse, autoexaminarse la cavidad bucal con cierta regularidad, entre otras que no respondidas positivamente por la mayoría.

Tabla 12. Distribución de estudiantes según medidas para prevenir el cáncer bucal, antes y después de aplicado el Programa Educativo.

Medidas para prevenir el Cáncer Bucal	Antes		Después	
	No. estudiantes	%	No. estudiantes	%
Asistir al Odontólogo al menos una vez al año para examinarse	50	66,66	75	100
No consumir dieta cariogénica (dulces, caramelos, etc.)	38	50,66	0	0
Controlar los factores de riesgo asociados al Cáncer Bucal	15	20	75	100
Acudir inmediatamente al Odontólogo ante cualquier alteración en la cavidad bucal	62	82,66	60	80
Autoexaminarse la cavidad bucal con cierta regularidad	27	36	75	100
No mascar chicle en abundancia	19	25,33	0	0

En la tabla 12 se observa que ante de la intervención el 66,66% de los estudiantes consideraban que acudir al Odontólogo al menos una vez al año era una forma de prevenir el cáncer bucal, luego de la intervención el 100% lo consideraba, antes de la intervención solamente el 36% de los estudiantes consideraba que autoexaminarse la boca era una forma de también prevenir el cáncer bucal, luego de la intervención el 100% lo consideraba, otro de los elementos importantes en esta tabla es que solamente antes de la intervención el 20% de los estudiantes consideraba que el control de los factores de riesgo era importante para prevenir el cáncer bucal, luego de la intervención el 100% de los estudiante lo consideraba, dato que demuestra la apropiación de estos conocimientos, siendo el control de los factores de riesgo uno de los elementos más importantes en la prevención del cáncer de manera general ,sobre todo en este grupo de edad .

Tabla 13. Distribución de estudiantes según conocimiento de factores de riesgo asociados a la aparición del cáncer bucal, antes y después de aplicado el Programa Educativo.

Factores de riesgo asociados a la aparición del cáncer bucal	Antes		Después	
	No. estudiantes	%	No. estudiantes	%
Tabaquismo (chimó)	34	45,33	75	100
Alcoholismo	13	17,33	69	92
Mala higiene bucal	52	69,33	20	26,66
Comidas calientes y muy condimentadas	4	5,33	71	94,66
Prótesis mal ajustadas	1	1,33	65	86,66
Contacto con personas que	27	36	0	0

presentan la enfermedad				
Bordes filosos en dientes o empastes	1	1,33	70	93,33
Comer dulces	23	30,66	0	0
Exposiciones prolongadas al sol	1	1,33	72	96
Mascar chicle	2	2,66	0	0
Morderse la lengua o los labios	3	4	70	93,33

En la tabla 13 se observa que antes de la intervención el 69,33% de los estudiantes consideraba que la mala higiene bucal era un importante factor de riesgo ante la aparición del cáncer bucal, luego de la intervención el 100% de los estudiantes consideraba que el tabaquismo tenía una fuerte asociación en la aparición del cáncer bucal.

Antes de la intervención los estudiantes solo asociaban la mala higiene bucal como factor de riesgo ante la aparición del cáncer bucal, sin embargo esto no es un elemento sustancial, por otro lado dejaron de reconocer los hábitos de alcoholismo y tabaquismo (chimó) como los que guardan una estrecha relación con la enfermedad, además son justamente estos 2 hábitos los que más asociación presentan con este grupo de edad. Es justo con la adolescencia, que comienza el hábito de fumar y beber, el embullo de amistades, así como pretender ser más adultos, llevan a muchos adolescentes por este camino tan perjudicial y tan asociado a la aparición de cáncer bucal.

Tabla 14. Distribución de estudiantes según conocimiento de signos de advertencia de cáncer bucal, antes y después de aplicado el Programa Educativo.

Signos de advertencia de cáncer bucal	Antes		Después	
	No. estudiantes	%	No. estudiantes	%
Mancha blanquecina que persiste	20	26,66	72	96
Dolor o dificultad al tragar o masticar	9	12	70	93,33
Dolor o dificultad para mover la lengua o la mandíbula	4	5,33	68	90,66
Mancha rojiza que persiste	29	38,66	65	86,66
Lesión que demora mucho en cicatrizar	12	16	75	100
Sangramiento de las encías al cepillado	51	68	2	2,66
Dolor de muela	60	80	5	6,66
Lesión que sangra fácilmente	34	45,33	75	100
Cambio de coloración de un diente	24	72	1	1,33

En la tabla 14 se observa que el 80% de los estudiantes consideraba al dolor de muela como un signo de advertencia al cáncer bucal, luego de la intervención el 100% de los estudiantes, consideraba que una lesión que sangra fácilmente y una lesión que demora mucho en cicatrizar debían ser más alarmantes.

Antes de la intervención los estudiantes desconocían los signos y síntomas que pueden tener relación con el cáncer bucal, la mayoría consideró al dolor de muela como un elemento importante, no siendo este un elemento clave, para el diagnóstico, luego de la intervención los estudiantes asociaron en su mayoría a lesiones que sangran fácilmente, que demoran en cicatrizar, como elementos que dan un alerta ante la presencia del cáncer bucal.

Tabla 15. Distribución de estudiantes según medios de comunicación por los que ha recibido información sobre Cáncer Bucal.

Medios de comunicación por los que ha recibido información sobre Cáncer Bucal.	No. Estudiantes	%
Verbal (Familiares o Profesores)	2	2,66
Prensa Escrita	1	1,33
Plegables/boletines	1	1,33
Audiovisual	5	6,66
No ha recibido ninguna información	68	90,66

En la tabla 15 se observa que el 90,66% de los estudiantes no había recibido hasta la fecha de la intervención educativa ningún tipo de información acerca del cáncer bucal ni su forma de prevenir.

Tabla 16. Distribución de estudiantes según conocimiento del Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB), antes y después de aplicado el Programa Educativo.

Conocimiento del Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB)	Antes		Después	
	No. estudiantes	%	No. estudiantes	%
Sí	0	0	75	100
No	75	100	0	0

En la tabla 16 se observa que el 100% de los estudiantes desconocía antes de la intervención la existencia del PDCB, luego de la intervención el 100% de los estudiantes conocían de la existencia del programa.

Antes de la intervención, la mayoría de los pacientes reflejó no saber de la relación existente entre el autoexamen y el Programa de Detección del Cáncer Bucal que se realiza en mi país y por su importancia se decidió su implementación en este grupo de estudio, con dicha intervención , consideramos que es producto de la poca difusión que existe al respecto ante la pregunta de porque medio de difusión masiva han podido obtener información sobre el cáncer bucal, los estudiantes respondieron que por ninguno, lo que resulta alarmante por las altas tasas de prevalencia e incidencia del cáncer bucal en dicho país y por la falta de motivación de ellos hacia los medios de divulgación.

Evaluación de la Intervención Educativa “Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal en Adolescentes (modificado)”

La intervención educativa “Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal en Adolescentes (modificado)” influyó positivamente en el nivel de conocimientos de los estudiantes del Colegio “Virgen de Coromoto” del Municipio Francisco de Miranda, al obtener según la escala de evaluación de 60 x 60 una evaluación de excelente, porque el 93,3% de los estudiantes obtuvieron evaluación de bien en su cuestionario.

CONCLUSIONES

Antes de la intervención educativa el nivel de conocimientos era malo, después de la aplicación del Programa Educativo, fue bueno el nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer bucal, se valoró la Intersectorialidad (MPPS y MPPE) y la participación de los estudiantes en las sesiones de la intervención. El Programa Educativo “Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal en Adolescentes (modificado)” tuvo una evaluación de excelente, por tanto influyó positivamente en el nivel de conocimientos de los estudiantes.

RECOMENDACIONES

- ❖ Aplicar esta Intervención Educativa “Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal en Adolescentes (modificado)” a otros centros educativos con similares características en cuanto a grupo de edad.
- ❖ Trabajar más con este grupo de edad, en cuestiones educativas que tanta falta hace, en las clínicas, se pueden lograr mejores resultados.
- ❖ Divulgar por los medios de comunicación nacional, más información sobre el cáncer bucal y su forma de prevenirlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Cruz E. Evaluación del Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer bucal en siete años. [Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Estomatología General Integral] 2002. Clínica Estomatológica "Ismael Clarck Mascaró". Camagüey.
2. García Jordán M, Lence Anta J, Sosa Rosales M, Fernández Garrote L. Mortalidad del cáncer bucal en Cuba (1987 -1996). Rev Cubana Oncol.1999; 15(2):114-18.
3. Anuario Estadístico de Salud 2008. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud (citado: 10 oct. 2011) Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/anuario_2008_4e.pdf.
4. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. Rev. Cubana Med Gen Integr. 1992; 8(3):271-87.
5. Rodríguez Salva A, Alfonso Sague K, Bonet Gorbea M. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Ciudad de La Habana. (serie en Internet)Sep-dic 2008 (citado 10 oct. 2011); 46 (3) Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032008000300006&script=sci_arttext
6. Ladrían Díaz CI, Espeso Nápoles N, Hidalgo CR, Roco Pérez OG. Archivo Médico de Camagüey. Clínica Estomatológica Docente Provincial "Ismael Clark y Mascaró" Capacitación de Médico General Integral en el Programa Nacional de Detección del Cáncer Bucal(serie en Internet)2007(citado 15 oct. 2011); 11(1) Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2007/v11n1-2007/2179.htm>
7. Colectivo de Autores. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia

Médica y Social. Dirección Nacional de Estomatología. Ciudad de La Habana; 2011

8. Programa de Detección del Cáncer Bucal (Programa de Control). Ciudad de la Habana. Octubre 2001.

9. Cáncer oral y orofaríngeo (Internet) American Society of Clinical Oncology (ASCO) © 2005-2013. Junta editorial de Cancer.Net, 2012 (citado 1 septiembre 2013) Disponible en: <http://www.cancer.net/cancernet-en-espa%C3%B1ol/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-oral-y-orofar%C3%ADngeo>

10. Cáncer de orofaringe y de cavidad oral (Internet) 2013 American Cancer Society, Inc. (citado 1 septiembre 2013) Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeorofaringeydecavidadoral/guiadetallada/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer1-what-is-what-is-oral-cavity-cancer>

11. Cáncer de orofaringe y de cavidad oral (Internet) 2013 American Cancer Society, Inc.(citado 1 septiembre 2013) Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeorofaringeydecavidadoral/guiadetallada/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer1-what-is-what-is-oral-cavity-cancer>

12. Cáncer de orofaringe y de cavidad oral ¿Sabemos qué causa el cáncer de orofaringe y de cavidad oral? (Internet) 2013 American Cancer Society, Inc. (citado 1 septiembre 2013) Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeorofaringeydecavidadoral/guiadetallada/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer1-causes-what-causes>

13. Cáncer Bucal. Información general sobre el cáncer de Orofaringe. Instituto nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de Salud de EEUU.(Internet) 2013. (Citado 1 septiembre 2013) Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/orofaringe/patient/>
14. Cáncer Bucal. DeEcured (Monografía en Internet) 2011 (citado: 5 nov. 2011) Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/C%C3%A1ncer_bucal
15. Santana Garay JC. Atlas de Patología del Complejo Bucal. 2da Edición. Editorial Ciencias Médicas, La Habana; 2010: 359.
16. Miranda Tarragó JD, Fernández Ramírez L, García Heredia GL, Rodríguez Pérez I, Trujillo Miranda E. Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de La Habana. 1999-2006. Rev Cubana Estomatología 47(4) Ciudad de La Habana oct.-dic. 2010.
17. Santana Garay JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2002: 1-33.
18. MINSAP. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 1986:5-12.
19. Miranda Tarragó J.D. Rodríguez Pérez I. El Programa de Detección de Cáncer Bucal en la Facultad de Estomatología de La Habana de 1999 a 2005. VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet. Ciudad Habana 2006. (Citado 28 nov. 2011) Disponible en: <http://www.conganat.org/7congreso/PDF/249.pdf>
20. Colectivo de Autores. Programa Nacional de Atención Integral a la Población. Dirección Nacional de Estomatología, MINSAP, Ciudad Habana; 1992.

21. Rodríguez Lorenzo E, Osorio Núñez M, Morales Díaz R. Comportamiento de las lesiones bucales y sus factores de riesgo. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad Finlay-Albarrán. Mediciago(serie en Internet)2007(citado 20 dic. 2011);13(7) Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a8_v13_0107.html

22. Nicot Cos RF, Delgado Abarres I, Soto G. Factores de riesgo en las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. Revista Cubana Estomatológica. 1995 Dic; 32(2): 1-4

23. Hermida Rojas M, González Docando YE, Borroto Alcorta DC. Epidemiología del Cáncer Bucal en la Provincia de Ciego de Ávila. Estudio de 15 años (1991-2005). Mediciago(serie en Internet)2007(citado 2 ene 2012) 13(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000300005&script=sci_arttext&tlng=en

24. Colectivo de Autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003: 472-7.

25. Peña González A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Revista Cubana de Estomatología; 2006, 43(1).

26. Lemus Cruz LM; Triana K; Del Valle Selenenko O; Fuertes Rufín L; Sáez Carriera R, Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal Rev Cubana Estomatol v.46 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2009. (citado 1 septiembre 2013) Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.\(3\)_01/p1.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.(3)_01/p1.html)

27. García Heredia G, Miranda Tarragó J. Necesidades de aprendizaje relacionado con el cáncer bucal en un Círculo de abuelos de Ciudad de La

Habana. Revista Cubana de Estomatología (serie en Internet) oct-dic 2009(citado 2 ene 2012)46(4) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol_46_04_09/est09409.htm

28. Cáncer Bucal. Fumar cigarros puros y el cáncer. Información general sobre el cáncer de Orofaringe. Instituto nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de Salud de EEUU.(Internet) 2013. (citado 1 septiembre 2013) Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/tabaco/cigarros-puros>

29. Cáncer Bucal. Boletín Instituto nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de Salud de EEUU (Internet) Volumen 4 Edición 3, 2012(citado 1 septiembre 2013) Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/noticias/boletin/022812/page5>

30. Cáncer bucal. Medline Plus, Artículo por HealthDay, traducido por Hispanicare. Biblioteca Nacional de Medicina EEUU. 2013 (citado 1 septiembre 2013) Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_139997.html

31. Cáncer de orofaringe y de cavidad oral ¿Cuáles son los factores de riesgo para el cáncer de orofaringe y de cavidad oral? (Internet) 2013 American Cancer Society, Inc.(citado 1 septiembre 2013) Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeorofaringeydecavidadoral/guiadetalada/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer1-causes-risk-factors>

32. Romero González. C. Diagnóstico educativo y plan de acción de educación para la salud bucal en la Escuela Clodomira Acosta. Tesis de Maestría en Investigaciones Educativas Instituto Superior Pedagógico Enríquez José Varona. 2009
33. Guibert Reyes W. Procesos psicosociales en la educación en salud y en la prevención del cáncer. Rev. Cubana Med Gen Integr; 2004, 16 (2): 186-193.
34. Limonta Vidal E, Triay Limonta I, Cuevas Gandaria MA, Alea Cardero A, Pajaró Medina K. Conocimientos sobre salud bucal en pacientes del consultorio estomatológico Barrio Bolívar en Venezuela (artículo en línea). MEDISAN 2009; 13(6) (citado 28 nov 2011). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san05609.htm
35. Venceremos.cu. Página de Salud, Artículo, Cáncer Bucal, una amenaza domable. 20 de octubre 2011. Periódico de la provincia Guantánamo, Cuba. (Citado 20 ene 2012) Disponible en: http://www.venceremos.co.cu/pags/varias/salud/cancer_bucal_3024288.html
36. Márquez M. El Desarrollo Humano desde la perspectiva integral y su proyección mundial. Desarrollo Humano Local. Cátedra UNESCO de Desarrollo Humano Sostenible. Universidad de La Habana, 2005:1-12.
37. Núñez Antúnez L, Sanjurjo Álvarez MC, González Heredia E, Rodríguez AR. Intervención Educativa sobre Salud Bucal en gerontes institucionalizados de zona rural. Rev. Cub Estomatología(serie en Internet)2006(citado 20 ene 2011)43(4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S003475072006000400002&lng=en&nrm=is
38. Colectivo de Autores. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social. Dirección Nacional de Estomatología. Ciudad de La Habana, febrero 2002. (Citado 11 nov. 2011)Disponible en:

<http://www.aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/otros/estomatologia/programanacional.pdf>

39. De Cárdenas Sotelo OP, Sala Adam MR. Una práctica saludable el Autoexamen Bucal. (monografía en Internet) 2003 (citado 11 nov 2011) Disponible en: <http://www.cnpes.sld.cu/dientes.htm>

40. Prevalencia de caries Entrevista con la Dra. Maritza Sosa, funcionaria de la Dirección Nacional de Estomatología del Ministerio de Salud Pública. 2009. [citado 28 nov 2011]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/bucodental/>

41. González Heredia E. Aspectos principales de la salud bucal en el adulto mayor en el Consejo Popular “Guillermón Moncada”, 2005. [Biblioteca virtual de la salud]> [citado 28 nov 2011]. Disponible en: <http://www.scu.sld.cu/publicaciones-electronicas/articulos-cientificos.htm>

42. Dirección Municipal de Salud Pública del Municipio La Lisa. Análisis de la Situación del Municipio La Lisa. Año 2011.

43. Reyes Obediente FM; Espeso Nápoles N; Hernández Suárez A. Intervención educativa sobre salud bucal para la tercera edad en Centros Comunitarios de Salud Mental. Revista Archivo Médico de Camagüey, sep.-oct. 2009 [citado 28 nov 2011] 13(5) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000500004&script=sci_arttext&lng=en

44. Barrio Pedraza T, Sexto Delgado N, Barrio Pedraza E, Quiñones Betancourt MA. Programa de intervención educativa para la salud bucal en los adultos mayores. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN: 1727-897X Medisur 2009; [citado 28 nov 2011]; 7(1) Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewFile/538/5175>

45. Laffita Lobaina YM, Riesgo Cosme YC, Corujo Torres CM, Crespo Mafrán MI. Salud bucal en gestantes de un área de salud urbana [artículo en línea]

MEDISAN 2009;(Citado 1 septiembre 2013)13(4) Disponible en:
<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_4_09/san07409.htm>

46. Monsalves MJ; Raposo A; Aravena P; Sanhueza A. Frecuencia de auto-examen y nivel de conocimiento de los pacientes en relación a las lesiones de la mucosa oral en Temuco, Chile. Biblioteca Virtual em Saúde, 4(1): 13-18, abr. 2010. (citado 1 septiembre del 2013) Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-575687>

Anexos

Anexo 1

Venezuela, Fecha_____

Acta de Consentimiento Informado de los estudiantes del del Colegio “Virgen de Coromoto” del Municipio Francisco de Miranda.

Estoy dispuesto a participar en la investigación cuyo título es “Intervención Educativa sobre prevención del cáncer bucal en adolescentes del Municipio Francisco de Miranda 2016 después que la autora de este estudio, me ha explicado los principales objetivos y características, así como los beneficios que representa, se me ha explicado además que toda la información tendrá carácter anónimo y solo se utilizará con fines investigativos. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier sesión cuando lo desee y sin tener que dar explicaciones. Por tanto, para expresar mi conformidad de participar, firmo esta acta.

Firma del Estudiante_____

Firma del Investigador _____

Firma de la Tutora de la Investigación_____

Anexo 2

Venezuela, Fecha_____

Acta de Consentimiento Informado de la Dirección del Centro Colegio “Virgen de Coromoto” del Municipio Francisco de Miranda.

El Programa de Educativo “Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal en Adolescentes (modificado)”, será efectuado en 5 sesiones, con una duración de 2 meses y con frecuencia semanal el primer grupo de estudiantes luego se realizará el mismo programa con 2 grupos más, lo cual no puede afectar los horarios docentes de la Institución. Esta Intervención Educativa consiste en la realización de diferentes técnicas afectivas-participativas, lo que permitirá a los estudiantes elevar sus conocimientos sobre factores de riesgo en la prevención del cáncer bucal, autoexamen bucal desarrollando habilidades para la realización correcta del mismo, esto le permitirá detectar tempranamente cualquier alteración en el complejo buco maxilofacial.

Por tanto para expresar la autorización de efectuar la Intervención Educativa “Salud con Prevención” en la Institución Docente se firma esta acta:

Firma de la Directiva del Centro_____

Firma de la autora _____

Firma de la Tutora de la Investigación_____

Anexo3

Cuestionario

Fecha:

Calificación:

Edad:

Grado escolar que cursa:

Sexo:

Décimo (10^{mo}) ____

F ____

Onceno (11^{no}) ____

M ____

Duodécimo (12^{mo}) ____

Responda marcando con una X la o las respuestas correctas

1-¿Qué medidas usted conoce para prevenir el Cáncer bucal?

____Asistir al Odontólogo al menos una vez al año para examinarse.

____No consumir dieta cariogénica (dulces, caramelos, etc.).

____Controlar los factores de riesgo asociados al Cáncer Bucal.

____Acudir inmediatamente al Odontólogo ante cualquier alteración en la cavidad bucal.

____Autoexaminarse la cavidad bucal con cierta regularidad.

____No mascar chicle y chimo en abundancia.

2- Cuáles de los factores de riesgo que le presentamos a continuación usted considera que pueden propiciar la aparición del cáncer bucal.

____Tabaquismo (chimo)

____Alcoholismo

____Mala higiene bucal

____Comer dulces

___ Comidas calientes y muy condimentadas

___ Prótesis mal ajustadas

___ Bordes filosos en dientes o empastes

___ Mascar chicle

___ Morderse la lengua, los labios o los carrillos

3- Cualquier dolor o alteración al examen bucal puede resultar alarmante sin embargo existen alteraciones de alerta en relación al cáncer bucal en la cavidad bucal que usted puede detectar. Cuáles de los que le presentamos a continuación considera usted que pueden ser.

___ Mancha blanquecina que persiste

___ Dolor o dificultad al tragar o masticar

___ Dolor o dificultad para mover la lengua

___ Mancha rojiza que persiste

___ Lesión que demora mucho en cicatrizar

___ Sangramiento de las encías al cepillado

___ Dolor de muela

___ Lesión que sangra fácilmente

___ Cambio de coloración de un diente

4-¿Qué importancia le atribuye al autoexamen bucal?

Poca___

Mediana___

Mucha___

5-¿Cree usted que autoexaminándose su boca puede detectar tempranamente alguna enfermedad?

Sí ____

No ____

No sé ____

6-El objetivo de autoexaminarse la boca es...

Detectar alteraciones que ocasionen dolor ____

Detectar alteraciones aunque no ocasionen dolor ____

7-¿Desde qué edad se debe empezar a autoexaminarse la boca?

Desde niño ____ A partir de los 19 años ____ A partir de los 35 años ____

A partir de los 60 años ____ No sé ____

8-¿Con que frecuencia usted debe autoexaminar su boca?

Una vez al mes ____ Una vez al año ____ Cada 6 meses ____ Cada 2 años ____ No se ____

9- Al autoexaminarse la boca se exploran:

Solo los dientes ____ Las encías ____ La lengua ____

Todos los elementos presentes en la boca ____

Lo que se me ocurra en ese momento ____

10-¿Conoce usted el orden que hay que seguir para autoexaminarse la boca?

Sí ____ No ____

11-¿Para autoexaminarse la boca es necesario seguir siempre el mismo orden?

Sí ____ No ____ No sé ____

12-¿Cree usted que las enfermedades bucales pueden ocasionar alteraciones en la cabeza y el cuello?

Sí ____

No ____

No sé ____

13- Si autoexaminándose la boca nota alguna alteración ¿qué conducta usted asumiría?

Tomar algún medicamento ____

Acudir inmediatamente al Odontólogo ____

Esperar un tiempo para ver si desaparece ____

Consultar la opinión de familiares ____

Acudir al Médico de la Comunidad ____

14- Medios de comunicación por los que ha recibido información sobre Cáncer Bucal.

__ Verbal (Familiares o Profesores) __ Prensa Escrita __ Plegables/boletines

__ Audiovisual __ No ha recibido ninguna información

15-Conoce usted que en nuestro país existe un Programa de Detección del Cáncer Bucal con una serie de medidas encaminadas a la prevención, el tratamiento priorizado del cáncer bucal.

Sí ____

No ____

Evaluación del Cuestionario

1-¿Qué medidas usted conoce para prevenir el Cáncer bucal?

Asistir al Odontólogo al menos una vez al año para examinarse. (2 pts)

No consumir dieta cariogénica (dulces, caramelos, etc.). (0 pts)

Controlar los factores de riesgo asociados al Cáncer Bucal. (2 pts)

Acudir inmediatamente al Odontólogo ante cualquier alteración en la cavidad bucal. (2 pts)

Autoexaminarse la cavidad bucal con cierta regularidad. (2 ptos)

No mascar chicle en abundancia. (0 ptos)

Valor de la Pregunta 1: 8 ptos

Conoce: Si marca 3 o 4 correctamente. **No conoce:**

No conoce:

2- Cuáles de los factores de riesgo que le presentamos a continuación usted considera que pueden propiciar la aparición del cáncer bucal.

Tabaquismo (2 ptos)

Alcoholismo (2 ptos)

Mala higiene bucal (1 pto)

Comer dulces (0 ptos)

Comidas calientes y muy condimentadas (2 ptos)

Prótesis mal ajustadas (2 ptos)

Bordes filosos en dientes o empastes (2 ptos)

Mascar chicle (0 ptos)

Morderse la lengua, los labios o los carrillos (2 ptos)

Valor de la Pregunta 2: 13 ptos

3- Cualquier dolor o alteración al examen bucal puede resultar alarmante sin embargo existen alteraciones de alerta en relación al cáncer bucal en la cavidad bucal que usted puede detectar. Cuáles de los que le presentamos a continuación considera usted que pueden ser.

Mancha blanquecina que persiste (2 ptos)

Dolor o dificultad al tragar o masticar (2 ptos)

Dolor o dificultad para mover la lengua (2 ptos)

Mancha rojiza que persiste (2 ptos)

Lesión que demora mucho en cicatrizar (2 ptos)

Sangramiento de las encías al cepillado (0 ptos)

Dolor de muela (0 ptos)

Lesión que sangra fácilmente (2 ptos)

Cambio de coloración de un diente (0 ptos)

Valor de la Pregunta 3: 12 ptos

4-¿Qué importancia le atribuye al autoexamen bucal?

Poca (0 ptos)

Mediana (0 ptos)

Mucha (2 ptos)

Valor de la Pregunta 4: 2 ptos

5-¿Cree usted que autoexaminándose su boca puede detectar tempranamente alguna enfermedad?

Sí (2 ptos)

No (0 ptos)

No sé (0 ptos)

Valor de la Pregunta 5: 2 ptos

6-El objetivo de autoexaminarse la boca es...

Detectar alteraciones que ocasionen dolor (1 pto)

Detectar alteraciones aunque no ocasionen dolor (2 ptos)

Valor de la Pregunta 6: 3 ptos

7-¿Desde qué edad se debe empezar a autoexaminarse la boca?

Desde niño (2 ptos)

A partir de los 19 años (1pto)

A partir de los 35 años (0 ptos)

A partir de los 60 años (0 ptos)

No sé (0 ptos)

Valor de la Pregunta 7: 3 ptos

8-¿Con que frecuencia usted debe autoexaminar su boca?

Una vez al mes (1 pto)

Una vez al año (1 pto)

Cada 6 meses (2 ptos)

Cada 2 años (0 ptos)

No sé (0 ptos)

Valor de la Pregunta 8: 4 ptos

9- Al autoexaminarse la boca se exploran:

Solo los dientes (0 ptos)

Las encías (0 ptos)

La lengua (0 ptos)

Todos los elementos presentes en la boca (2 ptos)

Lo que se me ocurra en ese momento (0 ptos)

Valor de la Pregunta 9: 2 ptos

10-¿Conoce usted el orden que hay que seguir para autoexaminarse la boca?

Sí (2 ptos)

No (0 ptos)

Valor de la Pregunta 10: 2 ptos

11-¿Para autoexaminarse la boca es necesario seguir siempre el mismo orden?

Sí (2 ptos)

No (0 ptos)

No sé (0 ptos)

Valor de la Pregunta 11: 2 ptos

12-¿Cree usted que las enfermedades bucales pueden ocasionar alteraciones en la cabeza y el cuello?

Sí (2 ptos)

No (0 ptos)

No sé (0 ptos)

Valor de la Pregunta 12: 2 ptos

13- Si autoexaminándose la boca nota alguna alteración ¿qué conducta usted asumiría?

Tomar algún medicamento (0 ptos)

Acudir inmediatamente al Odontólogo (2 ptos)

Esperar un tiempo para ver si desaparece (0 ptos)

Consultar la opinión de familiares (1 ptos)

Acudir al Médico de Familia (2 ptos)

Acudir al Hospital (Oncología) (2 ptos)

Valor de la Pregunta 13: 7 ptos

15-Conoce usted que en nuestro país existe un Programa de Detección del Cáncer Bucal con una serie de medidas encaminadas a la prevención, el tratamiento priorizado del cáncer bucal.

Sí (2 ptos)

No (0 ptos)

Valor de la Pregunta 15: 2 ptos

Nota: La pregunta 14 no se evalúa, solo es para conocer el estado de opinión de los estudiantes.

Escala de evaluación del cuestionario

Total de puntos del cuestionario: 64 puntos

-Buen nivel de conocimiento: 64 ptos - 47 ptos

-Regular nivel de conocimiento: 46 ptos – 30 ptos

-Mal nivel de conocimiento: 29 ptos – 0 pto.