

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**

Título: Sistema de acciones para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores.

Autor: Dra. Diana Tusell Hormigó.

Morón, 2020

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA NORTE
MORÓN**

Título: Sistema de acciones para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores.

**TESIS EN OPCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL**

Autor: Dra. Diana Tusell Hormigó. Residente de 2do año de EGI.

Tutor: Dra. Mara Isabel Morales Pardo. Especialista de Primer y Segundo Grados en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Auxiliar.

Facultad De Ciencia Médicas de Morón Arley Hernández Moreira.

Morón, 2020

PENSAMIENTO

*“La salud pública cubana es un amplio escenario
de consolidación de programas;
el mantener la salud del pueblo
ante las adversas condiciones ha constituido
un reto y un objetivo estratégico
para la sociedad y el estado ”*

Fidel Castro Ruz

DEDICATORIA

“A mi familia, por encontrar siempre el modo de alejar tempestades de mi cabeza y hacer brillar el sol, por el cariño y apoyo incondicional.”

.”

“...A mis profesores, por apoyarme durante toda mi carrera y por haberme brindado todo el apoyo necesario para culminar este trabajo.”

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a todos aquellos que de una forma u otra me ayudaron a vencer las contingencias de esta investigación.

A la Dra. Mara Isabel Morales Pardo por sacrificar parte de su preciado tiempo brindándome sus conocimientos y quien además con extrema profesionalidad y responsabilidad, asumió la tutoría de esta Tesis de Terminación de Residencia.

A las MsC. Gizet de los Angeles Del Toro Mosquera y a la MsC Yulaimy Corrales Zamora por sus esfuerzos incondicionales en la asesoría de la investigación.

A las Dra. Sahily Novoa García , la Dra. Marileidi Morales Cabreras y la Dra. Vivian Pérez Morales por su constancia y preocupación por la calidad de nuestra formación.

Al Dr. Yan Alberto Marichal Martínez por brindarnos su valiosa experiencia y apoyo en la realización de este trabajo.

A mis amigos y compañeros de la residencia por mostrarme el camino más corto y seguro para llegar al final de mi obra.

A aquellos que cooperaron desde un inicio con su apoyo material y espiritual sin el cual este trabajo no se hubiera materializado.

A todos, mi más sincero agradecimiento.

RESUMEN

Introducción: El cáncer bucal ha sido una enfermedad persistente en la población cubana, en la actualidad ocupa entre el sexto y séptimo problema de salud, mostrando una tendencia al aumento sobre todo en la población longeva. **Objetivo:** Implementar un sistema de acciones con enfoque comunicativo para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores que asisten a la casa de abuelos del municipio de Morón. **Diseño Metodológico:** Se realizó un estudio no observacional cuasi-experimental sin grupo de control, en el período comprendido entre enero de 2019 a mayo de 2020. Se trabajó con la totalidad de la población, la cual estuvo constituida por 24 pacientes, los cuales respondieron a los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** Se comprobó el predominio del sexo femenino sobre el masculino, perteneciendo la mayor cantidad al grupo de edad de 80 años y más con 12 pacientes. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la utilización de prótesis mal adaptadas y la higiene bucal deficiente. El nivel de escolaridad estuvo entre medio y alto. La mayor cantidad de los pacientes se recogieron en la categoría de mal en el diagnóstico inicial, después de implementado el sistema de acciones se reportaron en la categoría de bien y regular. **Conclusiones:** La implementación del sistema de acciones permitió elevar el conocimiento relacionados con el cáncer bucal en los adultos mayores de la Casa de Abuelos de Morón, dándoles las herramientas necesarias para la prevención del mismo.

Palabras clave: ADULTO MAYOR, CÁNCER BUCAL, CÁNCER BUCAL /prevención & control, CÁNCER BUCAL/estadísticas, ACCIONES EDUCATIVAS.

INDICE

Contenidos	Páginas
Introducción	1 - 4
Marco Teórico	6 -15
Materiales y Métodos	16-20
Resultados y Discusión	21-27
Conclusiones	28
Recomendaciones	29
Referencias Bibliográficas	30 -33
Anexos	

INTRODUCCIÓN

La adultez mayor constituye la etapa que le sigue a la adultez media y se prolonga hasta la muerte del sujeto, se le conoce además como senectud, vejez, ancianidad, tercera edad.(1)

El proceso de envejecimiento biológico de las personas es hasta el presente irreversible, esta degeneración de la población se expresa, habitualmente, en el aumento de la proporción de personas mayores y en el influyen aspectos como la disminución de la fecundidad y de la mortalidad.

El envejecimiento de la población es uno de los grandes problemas sociales del siglo XXI, el número de personas que en el mundo rebasó la edad de 60 años en el pasado siglo aumentó de 400 millones en la década del 50 a 700 millones en la década del 90 y se estimó que para el año 2005 existirían alrededor de 1200 millones de ancianos. (2)

En Cuba, el porcentaje de adultos mayores en la población total se incrementa de 9,0 en 1970 a 16,2 en 2007. Se ha aumentado, también, el porcentaje de adultos mayores de 80 años, tanto en la población total (0,7 en 1970 y 2,6 en 2007) como entre los mayores de 60 años (9,0 en 1970 y 15,9 en 2007).

Esta población creciente de ancianos representa una situación biosocial nueva en la historia de nuestra especie y requiere de un profundo conocimiento del proceso de envejecimiento, de su variabilidad en diferentes circunstancias ambientales, de las singularidades del envejecimiento en hombres y mujeres, del control genético del proceso y de la influencia de los estilos de vida para lograr vivir más años con buena salud. (3)

El cuidado estomatológico a la tercera edad requiere de mucho interés y mayor tiempo. Para la atención a estos pacientes, el odontólogo debe tener un profundo conocimiento de los aspectos biológico, por la sensible disminución de los mecanismos de adaptación y regeneración hística. Los adultos mayores necesitan un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimientos de cómo los cambios hísticos dependientes de la vejez afectan salud bucal. (4)

La atención estomatológica a los ancianos es uno de los sectores de la salud mayormente involucrados, debido a los altos valores de prevalencia e incidencia de las patologías bucales. Los gerontes tienen un alto riesgo de afección buco dental, aunque se dispone de los conocimientos necesarios y actualizados sobre el envejecimiento, la sociedad en general y los mismos ancianos, se continúan aceptando el deterioro bucal y del aparato masticatorio como un proceso inevitable del envejecimiento. La interrelación entre la salud oral y la general, es particularmente estrecha en el adulto mayor, sin embargo, las barreras para obtener una buena salud bucal son considerables.

Entre las afecciones bucales más frecuentes en los adultos mayores se encuentra el cáncer bucal es un proceso tumoral que ocurre en todas las poblaciones humanas y animales, apareciendo en todos los tejidos compuestos por células con potencialidad de división. (5)

El cáncer bucal es una de las enfermedades más trascendentales en la vida de un ser humano, pues esta es una patología que produce secuelas permanentes en el complejo bucal, capaces de afectar psicológicamente a quien la padece y repercutir en el entorno social y familiar del enfermo. Hoy, ocupa el quinto lugar entre las enfermedades más frecuentes que afectan a la cavidad oral y se sitúa entre las primeras diez localizaciones de los procesos oncológicos que afectan a la humanidad. Esta es una patología de gran repercusión física, psíquica y social, pues constituye una amenaza potencial para la salud y la longevidad del paciente.

La presentación clínica es muy variada, va desde masas exofíticas, máculas blancas o rojas, hasta úlceras profundas no dolorosas con más de 15 días de evolución. Cualquier persona con lesiones con estas características que persistan por más de dos semanas de evolución debe ser referida a una consulta especializada. Constituye una de las diez primeras localizaciones de incidencia de cáncer en el mundo, incluye: las lesiones malignas del labio, la cavidad bucal y la bucofaringe; es más frecuente en hombres, con mayor incidencia en el adulto mayor, sin distinción de área geográfica.

En Cuba el cáncer bucal se encuentra entre los diez más comunes en el hombre, que no ha escapado a la tendencia creciente de mortalidad por esta enfermedad y mientras no se encuentre la estrategia más correcta, prevenir es la elección. Las acciones de promoción y prevención se deben realizar por médicos y estomatólogos en todos los niveles del sistema. Las actividades de promoción y prevención de salud en la Atención Primaria están destinadas principalmente a orientar el autoexamen bucal y detectar, disminuir o eliminar hábitos perjudiciales para la salud bucal tales como, fumar, ingerir bebidas alcohólicas y otros dañinos para la mucosa oral. Además de la eliminación de todo elemento que irrite o traumatice la mucosa oral como prótesis mal ajustadas y sepsis bucales. (6)

Debemos encaminar nuestros esfuerzos a la prevención en todas sus vertientes como son: la educación, promoción de salud, el diagnóstico de trastornos potencialmente malignos y la detección en sus primeros estadios. Con respecto a la educación, se deben buscar los mecanismos más efectivos para motivar adecuadamente a las personas a que se realicen el autoexamen bucal y se vuelva una práctica habitual en las familias. Educar con el ejemplo con relación a los factores de riesgo. La difusión por el personal de salud y medios masivos de comunicación de la importancia del examen de la boca, como único medio eficaz para la detección precoz de lesiones pre y malignas de la boca y como única manera posible de disminuir la mortalidad por cáncer bucal. (5)

Según estudios realizados que abarcan los últimos quince años se plantea que en Ciego de Ávila se han diagnosticado 307 pacientes con cáncer bucal, todos del tipo carcinoma epidermoide. De ellos, 121(39.4%) procedían de la Zona Norte y 186 (60.6%) de la Zona Sur. La tendencia del cáncer bucal es al aumento y la incidencia media anual fue de 20.4 pacientes diagnosticados por año. Las edades más afectadas fueron por encima de los 50 años, con gran incidencia de los 60 a los 69 años (24.8%) y de los 80 años o más (29.3%). (7)

Actualmente, la prevención y promoción de salud ocupan un lugar cimero en el mundo de la Estomatología, por lo que se impone evaluar y renovar los programas de forma tal que sea cada vez más preventiva y educacional, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Debido a que la incidencia del cáncer bucal en Ciego de Ávila es mayor a partir de la sexta década de vida

y al inadecuado conocimiento en la población de adultos mayores sobre el cáncer bucal y su prevención, se propone la realización de esta investigación, precisando el siguiente **problema científico**: ¿Cómo prevenir el cáncer bucal en adultos mayores?

Como **hipótesis científica** se acota: Si se implementa un sistema de acciones con un enfoque comunicativo, entonces es posible la prevención del cáncer bucal en adultos mayores.

Objetivo General:

Implementar un sistema de acciones con enfoque comunicativo para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores que asisten a la casa de abuelos del municipio de Morón.

Objetivos específicos.

1. Sistematizar los fundamentos teóricos relacionados con el cáncer bucal y su prevención.
2. Distribuir los pacientes según grupo de edad, sexo y nivel de escolaridad.
3. Determinar los factores de riesgo relacionados con el cáncer bucal según sexo.
4. Determinar nivel de conocimiento sobre el cáncer bucal, además del conocimiento y realización del autoexamen bucal en los adultos mayores antes y después de la aplicación de la propuesta
5. Diseñar un sistema de acciones con enfoque comunicativo destinado a la prevención del cáncer bucal en adultos mayores que asisten a la casa de abuelos del municipio de Morón.

MARCO TEÓRICO

La cavidad bucal, por su anatomía especial y múltiples funciones, así como por su exposición permanente a agentes físicos, químicos y biológicos tiene una peculiar significación en la salud humana. La incidencia de enfermedades en la cavidad bucal es relativamente alta: estas van desde simples procesos inflamatorios hasta importantes alteraciones neoplásicas. (8)

El cáncer bucal es un proceso tumoral que ocurre en todas las poblaciones humanas y animales, apareciendo en todos los tejidos compuestos por células con potencialidad de división. Marinelo lo definió como un proceso neofornativo de origen policelular y locotisular que se caracteriza por desdiferenciación citológica, autonomía de la homeostasis local y general, propiedades de infiltración con citólisis del tejido normal vecino y capacidad de metástasis a otras regiones del organismo. (9) Puede aparecer como una lesión primaria del mismo tejido de la cavidad oral, o por metástasis de un sitio de origen distante, o bien por extensión de estructuras anatómicas vecinas, tales como la cavidad nasal o el seno maxilar. El cáncer que aparece en la cavidad 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 en la boca es el carcinoma de células escamosas, originado en los tejidos que delimitan la boca y los labios. (10)

Es una neoplasia maligna de comportamiento agresivo, que comprende del 4 al 5% de todos los tumores que afectan al ser humano, y se ha convertido en un problema grave de salud a nivel mundial, debido al aumento de su incidencia en los últimos años y su alta tasa de mortalidad. Más de 500 000 casos nuevos anuales se diagnostican en todo el mundo.¹⁰ Por su incidencia, el cáncer bucal se ubica entre las 10 primeras localizaciones de cáncer en el mundo y es el cuarto tipo con más alta incidencia en el sexo masculino; es el sexto tipo de cáncer más común, responsable de casi 4 % de los casos de cáncer diagnosticados. (7)

El cáncer es un factor importante de la carga mundial de morbilidad y lo será cada vez más en los decenios venideros. Se estima que el número anual de casos nuevos pasará de los 10 millones registrados en 2000 a 15 millones antes de 2020. Cerca de 60 % de estos casos nuevos se presentarán en las regiones menos desarrolladas del planeta. De los 10 millones anuales de casos nuevos de cáncer, 4,7 millones se registran en los países más desarrollados y casi 5,5 millones en los menos desarrollados. (12)

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 el cáncer de la boca, 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 Paraíba ocupa el segundo lugar en el hombre con 15,8 % y el cuarto en la mujer con 5,8 %. En estos países la incidencia es relativamente baja como 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. (11)

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. Una década después la tasa ajustada se mantiene casi igual en el hombre, que alcanza 13 y asciende ligeramente en la mujer a 3,3. (12)

Se prevé que en el período de 2007 a 2030 la mortalidad por cáncer se incremente entre 7 y 17 millones de casos en el mundo, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento poblacional. (13)

En Cuba, el cáncer bucal se ubica entre las primeras diez localizaciones de incidencia oncológica y representa el 4 % de todas las neoplasias malignas entre los hombres. Desde el año 1970 ocupa entre el séptimo y décimo lugar. Su incidencia es mayor a partir de la sexta década de vida; según estadísticas cubanas para las mujeres la aparición es más tardía que para los hombres, es decir de 50-70 años y 60-80 años respectivamente.

En la primera década de este siglo, las tasas de incidencia se han mantenido entre 7,8 y 11,3 por cien mil hombres y entre 2,9 y 4,7 por cien mil mujeres; a razón de ocho hombres por cada tres mujeres. Las tasas de mortalidad oscilan entre 3,8 y 5,2 por cien mil hombres y entre 1,6 y 2,1 por cien mil mujeres. La tasa de supervivencia observada en cinco años se estima en alrededor de 41,6 %. Las diferencias en la morbilidad según el sexo no se deben a causas hereditarias o metabólicas que predisponen, sino al estilo de vida en los hombres; a esto se suma el efecto temporal que aumenta con la edad y la combinación de varias condicionantes de riesgo. Esta situación de salud bucal ocurre en Cuba y en el resto del mundo, lo que refuerza la importancia de desarrollar investigaciones educativas para promover salud e introducir las estrategias preventivas del daño bucal como herramientas para la reducción de la morbilidad del cáncer. (14)

Según estudios realizados que abarcan los últimos quince años se plantea que en Ciego de Ávila se han diagnosticado 307 pacientes con cáncer bucal, todos del tipo carcinoma epidermoide. Las edades más afectadas fueron por encima de los 50 años, con gran incidencia de los 60 a los 69 años (24,8 %) y de los 80 años o más (29,3 %). En cuanto al sexo, el más afectado fue el masculino con el 75,6 %, mientras que en el femenino solo hubo un 24,4 %. La relación masculino/femenino fue de 3: 1. La cifra ascendente de cáncer bucal se advirtió al evaluar los datos registrados en las tasas desde 2001 (año en que se inició el estudio) en este municipio, que era de 5,1 por 100 mil habitantes. En una generación de pronósticos del periodo del 2015-2017 la incidencia se pronosticó en una estimación puntual de aproximadamente 73 casos anuales e intervalos de predicción que pueden oscilar de 59 a 87 para los próximos años. Con respecto a la mortalidad se obtuvieron intervalos de predicción muy estrechos que oscilan

entre 26 y 50, con una estimación puntual de 37 fallecidos por año aproximadamente. (13)

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 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. (15)

Para el cáncer bucal se aplican dos tipos de clasificaciones: topográfica: de acuerdo a la región afectada y tumores: de acuerdo al tipo de tumores que se diagnostique. En Cuba se aplica la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades, la que establece la clasificación de los mismos, y que es la utilizada en los servicios de Cirugía Máxilo Facial y Oncología de los Hospitales. (16)

El cáncer se produce por la transformación de células normales en células tumorales en un proceso en varias etapas que suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. (17) Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, entre los que se encuentran los carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes; los carcinógenos químicos, como el amianto, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) y el arsénico (contaminante del agua de bebida), y carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias y parásitos. (18)

Numerosos estudios han demostrado que la cancerización es un fenómeno relativamente complejo en el que actúan o participan varios factores y donde probablemente ninguno de ellos por sí solo sea capaz de originar una neoplasia. Esto justifica el criterio universal de que el cáncer es una enfermedad de causa multifactorial, que depende de la acción simultánea de factores sociales o conductuales, hereditarios y ambientales. La incidencia de esta enfermedad

aumenta muchísimo con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular que suele ocurrir con la edad. (19)

Clásicamente, los agentes causales del cáncer bucal han sido divididos según su mecanismo de acción sobre el cuerpo humano en dos grandes grupos: Exógenos o extrínsecos: Actúan por vías extracorporales, generalmente conocidas y dadas por daños físicos, químicos o biológicos a nivel tisular. Endógenos o intrínsecos: Actúan por vías intracorporales, poco esclarecidas y justificados por bases genéticas, cambios endocrinos, déficit inmunológico y desórdenes nutricionales que afectan a los tejidos.

Durante muchos años los investigadores han estudiado los factores de riesgos en la aparición del cáncer bucal y muchos han sido los elementos precisados, aunque persistan incógnitas que solo serán descifradas con el desarrollo de las ciencias médicas. De forma general se plantea que en el origen de esta enfermedad participan varios factores de forma simultánea y aditiva. (18)

Entre los factores de riesgo se encuentran el tabaquismo, el alcoholismo, la sepsis bucal, los dientes con bordes filosos, las prótesis dentales desajustadas, la exposición excesiva a la radiación solar, la dieta escasa en frutas y vegetales, la acción de virus, hongos, oncogenes y otros factores generales. La combinación de dos o más factores aumenta la probabilidad de padecer la enfermedad. El adecuado nivel de conocimientos acerca de los factores que producen el cáncer bucal, contribuye a su prevención.

Los antecedentes patológicos que reflejan el papel de la herencia tanto por los antecedentes familiares como por los antecedentes personales. Cuando existen antecedentes de cáncer en los familiares inmediatos como padres y hermanos, hay un riesgo mayor a padecer neoplasias. En el caso de los pacientes que han padecido algún tipo de neoplasia, siempre hay que llevar un seguimiento estricto, pues si se formó un cáncer en algún órgano, existen grandes posibilidades de que reaparezca en el mismo sitio o en otra región anatómica. (20)

Todos los autores coinciden en que el factor riesgo más frecuente en la aparición del cáncer bucal es el tabaquismo, pues se ha demostrado que más del 95 % de los pacientes con carcinoma epidermoide han sido fumadores. El efecto dañino del tabaco sobre la mucosa bucal se debe a las sustancias cancerígenas del tabaco que actúan a nivel sistémico (nicotina) y localmente (alquitranes, nitrosaminas e hidrocarburos aromáticos policíclicos) sobre los tejidos bucales, causando cambios físicos, químicos y biológicos que conducen a la aparición de neoplasias. Además de la acción de los carcinógenos, la exposición al calor mantenido por la combustión del tabaco puede agravar las lesiones de la mucosa bucal. (21)

Así se producen en la boca, las llamadas lesiones tabáquicas cuya severidad depende del tiempo y la forma en que se fume, pues no se ocasionan iguales daños cuando se fuman cigarrillos, cigarros o tabacos, pipas, o se practique con la candela hacia dentro (fumador invertido). El riesgo de desarrollar un cáncer no solo varía en función de la dosis y de la duración del consumo (el riesgo aumenta de manera significativa después de 20 años de consumo), sino también de la calidad y la técnica de consumo. (22)

Se ha demostrado una correlación positiva entre el consumo excesivo de alcohol y el cáncer bucal, de manera que los grandes bebedores corren un riesgo 10 veces mayor de adquirir cáncer bucal. (23) Otras investigaciones han presenciado que la exposición combinada de alcohol y tabaco puede dar lugar a la formación de cáncer bucal 15 años o más antes de que se anticiparan en personas que no beben, ni fuman. Se estima un riesgo atribuible de cáncer bucal debido al tabaco y alcohol de más del 80 %; los grandes bebedores y fumadores tienen un riesgo 38 veces superior. (24)

El consumo de frutas y vegetales reduce el riesgo de cánceres bucales. En nuestra especialidad, se plantea que la poca o irregular ingestión de alimentos ricos en vitaminas y minerales (Vitaminas A, C, E, complejo B y minerales como el hierro) favorece a la aparición del cáncer bucal. (25)

El consumo de café, té y otras bebidas estimulantes puede favorecer la aparición del cáncer en las vías digestivas. En la boca, el daño es proporcional a la

temperatura de estos líquidos. Está demostrado que este tipo de dieta irritante puede alterar a las células bucales. (26)

Los factores ambientales como las radiaciones ionizantes de fuentes naturales o terapéuticas o accidentes nucleares contribuyen al riesgo de cáncer, aunque existen pocos datos sobre el cáncer bucal. En personas predispuestas, el sol puede provocar queilitis exfoliativa o queratosis solar en los labios, sobre todo, en el labio inferior. La mayoría de estos carcinomas se inician sobre queilitis crónicas y, dentro de ellas, la de mayor grado de malignización son las de origen actínico. (27)

La irritación mecánica crónica también se asocia a cáncer de la cavidad oral. Cuando el borde lateral de la lengua se expone a fricción por dientes afilados o por una dentadura mal ajustada, se puede originar un carcinoma de células escamosas. Sin embargo, factores desconocidos juegan un papel en la asociación entre la mala higiene dental, la fricción mecánica y el cáncer oral. (21)

La mala higiene bucal es un factor de riesgo independiente de cáncer bucal. La higiene bucal deficiente es el principal factor que atenta contra la salud bucal, capaz de conducir a las prótesis desajustadas, las restauraciones defectuosas y los dientes con bordes filosos; estos se agrupan como irritantes bucales crónicos capaces de establecer una neoplasia. También la actitud inapropiada del paciente hacia su salud bucal es otro factor importante en la aparición del cáncer bucal, pues si no se domina el autoexamen bucal, se mantiene un correcto cepillado y no se acude a consulta estomatológica periódicamente, se crean barreras subjetivas que descuidan la detección precoz de cualquier lesión bucal. Con frecuencia los pacientes con este tipo de cáncer, presentan problemas de salud bucal como la pérdida de dientes y periodontitis. Además, la enfermedad periodontal incrementa el riesgo de cáncer de cabeza y cuello y esta asociación se mantiene en sujetos que nunca han fumado o bebido. También es más probable que los pacientes con periodontitis presenten carcinomas bucales de células escamosas más indiferenciados. (28)

Las infecciones bacterianas, micóticas y virales se vinculan al surgimiento y desarrollo de los cánceres bucales por diferentes mecanismos, no del todo

esclarecidos. En relación con las infecciones virales, se ha detectado ADN del virus del papiloma humano (VPH) hasta en el 30-50 % de los casos de cáncer bucal. Existe una correlación inversa entre la prevalencia de infección por el VPH y la edad de los pacientes con cáncer bucal, que resulta rara por encima de los 60 años. Inicialmente, ambos afectan a la región genital y son transmitidos por contacto sexual. Se cree que la infección es un evento oncogénico precoz, seguido de un largo período de latencia antes de la aparición del carcinoma de células escamosas. (29)

El virus herpes simple también se ha asociado con la carcinogénesis. Los ácidos nucleicos de estos virus se han encontrado en el cáncer de labio, los niveles de anticuerpos al tipo 1 y 2 son más altos en pacientes con cáncer bucal y la seropositividad al virus herpes simple, junto al hábito de fumar, parece incrementar el riesgo de cáncer. Otro virus, Epstein-Barr, también está implicado en el cáncer bucal, aunque las pruebas son controversiales. (30)

Los signos y síntomas del cáncer bucal pueden incluir una llaga en la boca que no se cura (es el síntoma más común), dolor en la boca que no desaparece (también es muy común), un bulto o engrosamiento en la mejilla, un área blanca o roja sobre las encías, lengua, amígdalas o el revestimiento de la boca, dolor de garganta o la sensación de que hay algo atascado en la garganta que no desaparece, dificultad para masticar o tragar, dificultad para mover la mandíbula o la lengua, entumecimiento de la lengua u otra área de la boca, hinchazón de la mandíbula que hace que las dentaduras postizas no se adapten como es debido o se sientan incómodas, aflojamiento de los dientes o dolor alrededor de los dientes o en la mandíbula, cambios en la voz, un bulto o masa en el cuello, pérdida de peso y mal aliento constante.

El dolor y la irritación pueden o no estar presentes en las lesiones incipientes. Las lesiones traumáticas desaparecen generalmente cuando se suprime el agente etiológico. Las prótesis mal ajustadas son la causa más común de estas lesiones. Las lesiones que persistan después de dos semanas deben someterse a biopsia para confirmar su histología. Los pacientes con lesiones traumáticas sospechosas deben ser remitidos al especialista para su diagnóstico y tratamiento. (16)

Los pacientes a los que el cáncer bucal se les detecta en las primeras etapas de desarrollo tienen mejor pronóstico (80 % de las personas con tumores en etapas iniciales sobreviven por lo menos cinco años después del diagnóstico, mientras que de los casos detectados tardíamente solo sobreviven 35 % de los pacientes). No obstante, las personas que han padecido cáncer bucal y han sanado tienen 15 % de probabilidades de padecer un segundo tumor primario de cabeza, cuello o laringe, por lo que es extremadamente importante el seguimiento de la enfermedad. (22)

El cáncer bucal constituye un problema de salud no por su incidencia, sino por su mortalidad, y en una búsqueda por disminuir este por ciento en Cuba, desde 1983 cuenta con el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal (PDCB) llevado a cabo por el profesor Julio César Santa Garay y oficializado mediante Resolución Ministerial en enero de 1986 por el Ministerio de Salud Pública. Su objetivo ha sido disminuir la morbilidad y la mortalidad del cáncer de la boca mediante la prevención y el diagnóstico precoz por medio del examen del complejo bucal. Único en el mundo por su cobertura nacional, fundamentado en el examen anual del complejo bucal a toda la población que acudan a la consulta estomatológica (pesquisaje pasivo), o que sean vistos en pesquisajes activo por el estomatólogo y el médico de familia. Los pacientes sospechosos previo llenado del modelo 47-22-01 serán remitidos al servicio de Cirugía Máxilo Facial quien confirmará el diagnóstico mediante el análisis anatomopatológico de la lesión y llenará el reverso del modelo con el diagnóstico definitivo. Los que lo requieran serán remitidos a los servicios y hospitales oncológicos del país. El desarrollo de los servicios estomatológicos en Cuba, ha contribuido a que disminuya la incidencia del cáncer bucal, pero resulta preocupante que cada año se le diagnostique esta enfermedad a un grupo considerable de personas. Este es uno de los problemas de salud más complicados que enfrenta la Estomatología moderna, pues de esta enfermedad se ha estudiado mucho pero no se ha garantizado su erradicación. (20)

Las informaciones más recientes demuestran que de acuerdo con el nivel de conocimiento actual la medida más eficaz para aumentar la curabilidad del cáncer bucal es una terapéutica temprana, consecuencia de un diagnóstico de

lesiones incipientes que se lleva a cabo mediante un examen sistemático y acucioso.

Las acciones de promoción y prevención se deben realizar por médicos y estomatólogos en todos los niveles del sistema. Tienen como objetivo fundamental, detectar, disminuir o eliminar hábitos perjudiciales para la salud bucal tales como, fumar, ingerir bebidas alcohólicas y otros dañinos para la mucosa oral. Además de la eliminación de todo elemento que irrite o traumatice la mucosa oral como prótesis mal ajustadas y sepsis bucales. La difusión por el personal de salud y medios masivos de comunicación de la importancia del examen de la boca, como único medio eficaz para la detección precoz de lesiones pre y malignas de la boca y como única manera posible de disminuir la mortalidad por cáncer bucal. (25)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio pre experimental del tipo antes después donde se puede medir la variable de respuesta antes y después de la aplicación de la propuesta, con el objetivo de implementar un sistema de acciones para prevenir el cáncer bucal en adultos mayores, en el período comprendido de enero de 2019 a mayo de 2020.

El universo de estudio y la muestra coinciden, la cual estuvo constituida por 24 adultos mayores pertenecientes a la casa del abuelo del municipio de Morón. Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta el consentimiento informado (anexo 1), y su selección mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes de más de 60 años.
- Pacientes que pertenezcan a la casa del abuelo del municipio Morón.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con discapacidad intelectual, que se encuentren en este rango de edad.

Operacionalización de las variables

Variable independiente: Sistema de acciones: actividades que poseen un carácter sistémico, ordenado e intencionado dirigido a la prevención del cáncer bucal en los adultos mayores.³⁰

Variable dependiente: prevención del cáncer bucal en adultos mayores.

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicadores
Edad	Cuantitativa Continua	60 - 65 66 - 70 71 - 75 76 - 80 más de 80	Edad en años cumplidos según carnet de identificación.	Números y porcientos
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico	Números y porcientos

Nivel de escolaridad	Cualitativa Nominal Politómica	Bajo Medio Alto	-Primaria -Desde la secundaria hasta el técnico medio terminado -Universitario	Números y porcentos
Factores de riesgo	Cualitativa Nominal Politómica	-Hábito de fumar -Consumo de alcohol -Dieta -Prótesis mal ajustada -Borde filoso -Higiene bucal deficiente	Según factor de riesgo presente	Números y porcentos
Nivel de conocimiento sobre el cáncer bucal	Cualitativa Nominal Politómica	Bien Regular Mal	-85 a 100 puntos en la encuesta. -84 a 70 puntos en la encuesta. -69 o menos puntos en la encuesta.	Números y porcentos
Conocimiento del autoexamen bucal.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Conoce No conoce	Si conoce el autoexamen bucal, antes y después de la implementación del sistema	Números y porcentos
Realización del autoexamen bucal	Cualitativa Nominal Dicotómica	Realiza No realiza	Si realiza el autoexamen bucal, antes y después de la	Números y porcentos

			implementación del sistema	
Nivel de satisfacción	Cualitativa Nominal Politómica	Satisfecho Medianamente satisfecho Insatisfecho	Según nivel de satisfacción de los adultos mayores	Números y porcentajes

Métodos e instrumentos de recolección de los datos.

Métodos teóricos:

- **Histórico-lógico:** se utilizó para estudiar el surgimiento del fenómeno objeto de investigación desde su inicio hasta la actualidad.
- **Análisis-síntesis:** se empleó en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo, de analizar y extraer de forma sintética los postulados teóricos necesarios para la solución del problema científico.
- **Sistémico- estructural-funcional:** se utilizó para la elaboración del sistema de acciones.

Métodos empíricos:

- **Estudio de documentos:** revisión de historias clínicas, para determinar la presencia de factores de riesgo al cáncer bucal.
- **Encuestas:** a los pacientes adultos mayores pertenecientes a la casa de abuelo del municipio de Morón con el objetivo determinar aspectos relacionados con el cáncer bucal antes y después de aplicado el sistema. La calificación y análisis de la encuesta se le otorgó el valor de 100 puntos. En las preguntas de respuesta única se dio el valor de 10 puntos a la respuesta correcta y de 5 puntos, a las respuestas múltiples. Se consideró bajo nivel de conocimientos a los pacientes que fueron evaluados de “regular” y “mal” (Anexo 2). También se aplica una encuesta de satisfacción luego de aplicado el sistema (Anexo 3).

La técnica de procesamiento de la información fue computacional y se realizó la revisión y validación de la misma. Como medida de resumen de la información se utilizó el cálculo porcentual (%). Los resultados se presentan en las tablas de distribución de frecuencia para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en el trabajo científico.

La investigación se desarrolló en tres etapas: diagnóstico del nivel conocimientos

sobre cáncer bucal y conocimiento y realización del autoexamen bucal, el diseño y aplicación del sistema de acciones y la evaluación final.

Una vez que se diagnosticaron los aspectos relacionados con el cáncer bucal mediante las encuestas se diseñó un sistema de acciones que consta de actividades teóricas y prácticas apoyadas en medios de enseñanza, validada por un especialista. (Anexo 4) Al final se aplicó nuevamente la encuesta para evaluar y comparar los resultados con los obtenidos al inicio del estudio. Se evaluó el nivel de satisfacción de los adultos mayores con respecto a la implementación del sistema de acciones para su posterior introducción y generalización en los círculos de abuelos y Hogar de ancianos del municipio de Morón.

El sistema de acciones diseñado consta de la siguiente estructura:

El sistema de acciones tiene como base teórica y metodológica el materialismo-dialéctico, al considerar la práctica social como principio y fin del conocimiento de la realidad, la representación de la relación entre el hombre y el medio social en un proceso histórico-concreto como máxima de cualquier empeño educativo. En el que el hombre transforma al mundo en la medida en que se transforma a sí mismo. Se diseña a partir de acciones que propician un ambiente favorable y parte de diagnosticar los factores de riesgo y el nivel de conocimiento de los adultos mayores relacionados con el cáncer bucal y el autoexamen de la cavidad bucal, sobre la base de los principios para la dirección del proceso de promoción y prevención de salud, los cuales se analizaron por los autores atendiendo a las características encontradas en el proceso investigativo y a los resultados del diagnóstico inicial.

Objetivo general: prevenir el cáncer bucal en adultos mayores que asisten a la casa de abuelos del municipio de Morón.

Objetivos específicos

1. Explicar los contenidos del cáncer bucal en adultos mayores y las vías para atenuarla o evitarla.
2. Diagnosticar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal y la higiene bucal.
3. Elevar el nivel de información sobre el cáncer bucal en los adultos mayores que acuden a la casa de abuelo del municipio de Morón.

Acciones: Se realizaron un total de once acciones, de las cuales una correspondía a la fase inicial la cual tiene por finalidad orientar a los participantes

y crear un ambiente propicio a la participación de todos y todas, de manera que las y los participantes puedan relajarse y sentirse en plena confianza.

En la fase de desarrollo se desarrollaron un total de siete acciones planificadas de manera tal que abarquen las temáticas más actuales sobre la prevención del cáncer bucal.

En la fase de conclusiones se abarca 2 elementos básicos: La conclusión sobre el tema tratado la cual da un resumen de los diferentes temas, de la metodología utilizada y de los resultados. La evaluación que es un elemento indispensable en este tipo de actividades porque permite un proceso de retroalimentación de los participantes en cuanto al aprendizaje y al ambiente del trabajo en grupo, mediante técnicas de evaluación permanente (y no solamente al final de las sesiones). Todas las acciones se encuentran estrechamente relacionadas de forma tal que se complementan unas a otras.

Orientaciones generales

El trabajo en grupo es una experiencia de trabajo activo. La participación de cada uno de los adultos mayores aportando sus experiencias, argumentando, discutiendo, y comprometiéndose es fundamental para el éxito. La fase de preparación del sistema de acciones consta o está dividida en tres etapas fundamentales (diseño de la técnica, planificación y elaboración) y la fase de ejecución en etapa inicial, central y final)

Formas organizativas: Posibilitarán el desarrollo armónico y concreto de las acciones que se proponen en aras de una mayor organización, impartándose en forma de talleres.

Tiempo: El tiempo de las acciones oscilan entre los 30 minutos y 1 hora y 50 minutos teniendo en cuenta la forma organizativa.

Medios de enseñanzas: Se utilizaron papel, plumones, pegolín, computadora, pizarra, lápices, video y TV.

Aspectos éticos

A todos los pacientes se les solicitó su aprobación para que estuvieran incluidos en la investigación mediante consentimiento informado (Anexo 1), se les informó debidamente sobre qué, por qué y para qué se haría el estudio y se les planteó total libertad para decidir su participación, además se pusieron en práctica los principios de la ética y la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución según edad de los adultos mayores que asisten a la casa de abuelos del municipio de Morón. Enero de 2019 a mayo de 2020.

Grupos de edades	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No	%	No	%
66-70	0	0	1	4,1
71-75	1	4,1	2	8,3
76-80	3	12,5	5	20,8
+ 80	7	29,1	5	20,8
Total	11	45,9	13	54,1

Fuente: Historia Clínica estomatológica

El cáncer bucal es la sexta causa de muerte más común entre todos los cánceres del mundo. En Cuba se encuentra entre los 10 más comunes en el hombre, que no ha escapado a la tendencia creciente de mortalidad por esta enfermedad y mientras no se encuentre la estrategia más correcta, prevenir es la elección. (8) Al realizar la distribución según edad de los adultos mayores se constató que hay un mayor predominio de pacientes pertenecientes al grupo de edad de más de 80 años representando el 50 % de la muestra, seguido por los pacientes que se encuentran en el rango de entre 76 y 80 años con un total de 8 adultos mayores.

Al realizar el análisis de la distribución de los adultos mayores según grupo de edad y sexo se demostró que el grupo de mayor participación fue el del sexo femenino, representando el (54,1 %) sobre el masculino (45,9 %), con un total de 13 y 11 pacientes respectivamente teniendo en cuenta que actualmente tanto en la población mundial como en la cubana imperan las féminas, resulta entendible que sea este, el de mayores cifras. Esto coincide con otros autores que plantean que las mujeres generalmente son más preocupadas y más receptivas en el momento de escuchar, comprender e interiorizar los consejos de salud. En numerosas investigaciones se observa que el cáncer bucal es más

frecuente en el sexo masculino, por estar expuestos a mayores factores de riesgo, con una relación respecto a la mujer de 10:1, aunque se ha observado que la frecuencia en las mujeres va en ascenso, debido a la mayor incidencia de mujeres fumadoras. (8) Esto denota la importancia de la prevención sin distinción de sexo.

Al realizar la distribución de los adultos mayores se constató que hay un mayor predominio de pacientes pertenecientes al grupo de edad de más de 80 años representando el 50 % de la muestra, seguido por los pacientes que se encuentran en el rango de entre 76 y 80 años con un total de 8 adultos mayores. Con respecto a la edad, si en Cuba las personas de 60 años cada vez son más numerosas y con la edad aumentan las lesiones bucales se deben extremar las medidas de promoción de salud y prevención, ya que tienen alta prevalencia de cáncer bucal como resultado de mayor tiempo expuesto a irritantes, con la aparición de tumores debido a la declinación de la autovigilancia inmune tumoral y algunos de ellos no acuden periódicamente al estomatólogo al no tener dientes, salvo en busca de restitución protésica. (6)

Tabla 2. Distribución de los pacientes según nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	No	%
Bajo	6	25
Medio	10	41,6
Alto	8	33,3
Total	24	100

Fuente: Encuesta de conocimiento

En la distribución según nivel de escolaridad se observa que la mayor cantidad de pacientes se encuentra en el nivel medio 41,6 %, que abarca desde la secundaria hasta el técnico medio terminado.

Al analizar el nivel de escolaridad de la población estudiada se observó que estuvo entre medio y alto, lo cual es un aspecto favorable, teniendo en cuenta que el nivel de escolaridad favorece la mejor comprensión de fenómenos sociales y su enfrentamiento, el nivel educacional contribuye al bienestar de las personas, al posibilitar que reciban acertadamente los mensajes educativos. Cuando la escolaridad es baja, generalmente existe falta de comprensión e interpretación de las medidas de prevención y control de las enfermedades y se

entorpece la comunicación social. Estos resultados coinciden con los de MSc. Doncel C en su investigación sobre los conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de estomatología, donde de 460 pacientes que acudieron a consulta de estomatología el nivel de escolaridad estuvo entre medio 53,5 % (246 pacientes) y alto con el 44,8 % (206 pacientes). (15)

Resultados similares obtuvo la Dra. García G en su investigación sobre las necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana donde de un total de 26 adultos mayores el nivel medio fue más frecuente, con un 61,5 % de total. (6) Esto demuestra un aceptable nivel escolar en la población de la tercera edad en nuestro país, lo cual es meritorio y constituye un logro del sistema de educación cubano.

Tabla 3. Factores de riesgo relacionados con el cáncer bucal según sexo.

Grupos de edades	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Hábito de fumar	3	12,5	1	4,1	4	16,6
Dieta	6	25	4	16,6	10	41,6
Prótesis mal ajustada	11	45,9	13	54,1	24	100
Borde filoso	2	8,3	2	8,3	4	16,6
Higiene bucal deficiente	10	41,6	6	25	16	66,6
Consumo de alcohol	3	12,5	1	4,1	4	16,6

Fuente: Historia Clínica estomatológica.

Predominó el uso de las prótesis mal ajustadas en la totalidad de los pacientes, seguido de la higiene bucal deficiente representado por un 66,6% del total. En menor medida se encontró el hábito de fumar y el consumo de alcohol.

El factor de riesgo prótesis desajustadas fue causado principalmente por el desconocimiento de los pacientes del reemplazo de las mismas a su debido tiempo y a las dificultades presentes en los servicios de salud. Múltiples

especialistas acreditan el uso prolongado de aparatos protésicos mal adaptados como principal etiología del cáncer bucal, convirtiéndose en lesivos a las mucosas orales, asociándose a su vez el tiempo de exposición del paciente a los mismos, actuando de forma directamente proporcional a los traumatismos crónicos que provocan en las mucosas orales. Los factores de riesgo tabaquismo y consumo de alcohol se encontraron en la minoría de los pacientes.

Estudios realizados por Rodríguez N. sobre la caracterización de las remisiones del Programa de Detección Precoz del cáncer bucal al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila muestran que de 53 personas estudiadas el tabaquismo y las prótesis desajustadas fueron los factores de riesgo más frecuentes (54,7 % y 32,1 % respectivamente), lo que difiere con esta investigación en que el tabaquismo se encontró en pocos pacientes. (26)

En la investigación desarrollada por González R. y colaboradores donde se analizan las principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años, de 352 ancianos estudiados el riesgo predominante fue la ingestión de comidas calientes y picantes en el 83,2 % seguido del hábito de fumar en un 82,1 %, y en tercer lugar el uso de prótesis desajustadas en un 72,4 %, números que no concuerdan con esta investigación. (21) Similar un estudio de una propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la población adulta llevada a cabo por la Dra. Miranda M, los factores de riesgo que prevalecieron fueron el consumo de tabaco 20,6 %, consumo de alcohol 19,4 % y prótesis desajustadas 19 % de 183 pacientes estudiados. (5) A pesar de que el factor prótesis desajustada en estas investigaciones no es el más significativo predominó en un gran porcentaje de la población.

El presente estudio difiere también de los trabajos realizados en España por Castellsagué X., donde al hábito del tabaquismo y el consumo de alcohol se encuentra como los más frecuentes asociados al cáncer bucal. (23) Se plantea que los fumadores y alcohólicos tienen 3 veces más riesgo de padecer cáncer bucal.

Tampoco coinciden con estudios en Cartagena de Indias, Colombia donde se observó un predominio de pacientes que consumían tabaco (93,2 %; n=68) y el 46,6 % consumían alcohol (n=34), siendo de forma individual o asociados las etiologías más comprobadas en la posible aparición del cáncer bucal. (22) La mala higiene bucal, la ingestión de comidas calientes y condimentadas, y los

bordes filosos fueron identificados en nuestro estudio, lo que coincide también con los reportes de muchos autores.

El sexo masculino fue el que mayor presencia de factores de riesgo mostró, de manera similar el reporte de González R. con el 58,2 % de los hombres. (21) Se considera que la mujer es generalmente más receptiva para eliminar factores de riesgo que pudieran afectar su salud y la de su familia. El análisis de los factores de riesgo de estos pacientes sirvió para guiar algunas técnicas educativas en beneficio de modificar los mismos.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre el cáncer bucal antes y después de implementación del sistema.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No	%	No	%
Bien	0	0	19	79,2
Regular	7	29,1	5	20,8
Mal	17	70,9	0	0

Fuente: Encuesta de conocimiento

En cuanto al nivel de conocimiento sobre el cáncer bucal antes de la aplicación del sistema se recogió que la mayoría de los pacientes se incluían en la categoría de mal con 17 pacientes, la cual disminuyó hasta 0 después de la aplicación de la misma. La principal falta de conocimiento se evidenció en el desconocimiento sobre los principales factores de riesgo, hábitos que propician la aparición del cáncer así como los signos y síntomas del mismo.

Lo expuesto confirma los puntos de coincidencia de la presente investigación con los resultados obtenidos por el Dr. Rodríguez N en el área norte de Ciego de Ávila, los cuales presentaban el 62,3 % del total de su población estudiada en la categoría de mal. (26) Igualmente García G. donde el 73 % se encontraba en dicha categoría (6) y la realizada por Doncel C. donde solo el 2,2 % de su población fue evaluado de bien.(15)

Luego de aplicado el sistema de acciones se comprueba que se logró una modificación favorable en esta población, ya que se obtuvo un incremento del conocimiento, desde ningún paciente en la categoría de bien hasta encontrarse todos en la categoría de bien y regular.

En un estudio realizado por la Dra. Mendoza M en una intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores en Pinar del Río, con 50 ancianos, el nivel de conocimiento se incrementó de un 12 % antes, a un 88 % después de la intervención educativa, favorable para la prevención y tratamiento oportuno del cáncer bucal. (17)

En investigación sobre Intervención educativa sobre salud bucal en gerontes institucionalizados de zona rural realizada por Núñez L. en Santiago de Cuba donde de 26 ancianos estudiados antes de la intervención solo uno poseía conocimientos adecuados sobre la salud bucal, lo que luego de aplicado el mismo se revirtió a 19 pacientes. (9)

En la estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal en Cárdenas por Valentín F. donde la muestra estuvo conformada por 450 pacientes, en el primer momento de la investigación 380 tenían catalogado el nivel de conocimiento como insatisfactorio, lo que se redujo luego de aplicada la intervención educativa a solo 26 pacientes. (14)

Tabla 5. Conocimiento y realización del autoexamen bucal antes y después de implementación del sistema.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No	%	No	%
Conoce	2	8,3	24	100
Realiza	0	0	9	37,5

Fuente: Encuesta de conocimiento

Sobre el conocimiento y realización del autoexamen bucal, se constata que solo 2 personas conocían sobre este método y ninguno lo realizaba, luego de la aplicación del sistema estos valores se elevaron satisfactoriamente.

Es evidente la necesidad de aumentar el nivel de información acerca de la prevención de cáncer bucal a la población a través del autoexamen bucal para que paulatinamente se desarrolle la percepción de la detección precoz y de los signos y síntomas del mismo, lo cual fue un elemento a tener en cuenta para el diseño de este sistema de acciones, con vistas a satisfacer las necesidades de aprendizaje, fundamentalmente en esta problemática.

Los resultados que mostramos en el presente estudio coincidieron con los del Dr. Rodríguez N con solo un 35,8 % de los adultos que lo conocían y un 7,5 % que lo realizaba (26), también Doncel C. que conocían el autoexamen solo el 2,6 %, (15) y Mendoza M. donde señalan que luego de la aplicación del sistema de acciones se logró que todos los pacientes conocieran acerca del método del autoexamen bucal y que el 37.5 de los mismos lo realizara. Se reporta que la práctica del autoexamen se halla en estrecha relación con la detección y tratamiento exitoso del cáncer. Resultado semejante consiguió la Dra. Mendoza M, en donde en un inicio sólo un 12 % refirió conocer y aplicar el autoexamen de la cavidad bucal, obteniéndose resultados favorables al final de la intervención, con un nivel de significación de Mc Nemar ($\chi^2= 44,02$) en la asimilación del autoexamen bucal por los adultos mayores. (17)

Tabla 6. Nivel de satisfacción de los adultos mayores con el sistema de acciones.

Nivel de satisfacción	No	%
Satisfecho	21	87,5
Medianamente satisfecho	3	12,5
Insatisfecho	0	0

Fuente: Encuesta de satisfacción

Se encontró como resultado favorable de la investigación que la mayoría de los ancianos quedaron satisfechos con la implementación del sistema de acciones representado el 87,5 %, al aumentar sus conocimientos relacionados con el cáncer bucal, mediante la participación activa de los mismos en las actividades, propiciando una adecuada prevención de la enfermedad, modificando factores de riesgo, así como la detección en fases tempranas de la enfermedad, lo cual le da una significación positiva al sistema de acciones, siendo posible su posterior introducción y generalización en los círculos de abuelos y hogar de ancianos del municipio de Morón. Este resultado no se pudo comparar con otras investigaciones pues en la literatura no se encontró evidencias de este tipo de evaluación.

CONCLUSIONES

- El nivel de escolaridad de la población estudiada estuvo entre medio y alto, predominando el sexo femenino sobre el masculino siendo el grupo de 80 y más el de mayor frecuencia.
- Los factores de riesgo más frecuentes en la población fueron la utilización de prótesis mal adaptadas y la higiene bucal deficiente, siendo los pacientes masculinos los que más acumulaban dichos factores.
- Se aumentó considerablemente el nivel de conocimiento sobre el cáncer bucal de los adultos mayores después de aplicado el sistema de acciones.
- Después de la implementación del sistema de acciones se logró que la totalidad de los pacientes conocieran sobre el método del autoexamen bucal y que un porcentaje de ellos lo realizara, dándoles las herramientas necesarias para que los mismos puedan prevenir la aparición del cáncer bucal.
- La mayoría de los adultos mayores se encontraron satisfechos con la implementación del sistema de acciones.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la implementación del sistema de acciones a otras casas de abuelos en dependencia de las necesidades educativas de cada lugar, para hacer conciencia sobre esta enfermedad que tanto ha venido afectando a este grupo de edad en nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez AJ, Fernández IE. Ancianos y salud. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
2. Galbán PA, Sansó FJ, Díaz AM, Carrasco M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Sal Púb. [Internet] 2014 [citado 20 feb 2017]; 33 (1): [8 páginas]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=esCuba.
3. Rangel JC, Lauzardo G, Quintana M, Gutiérrez ME, Gutiérrez N. Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. Rev Cubana Estomatol [Internet] 2014 Mar [citado 20 feb. 2017]; 46(1): [8 páginas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100004&lng=es
4. Espeso N, Rivacoba E, Fernández N, Mulet M. Intervención educativo-curativa en salud bucal para el adulto mayor institucionalizado en casas de abuelos. Rev Cubana Estomatol [Internet] 2014 Dic [citado 2017 Mar 03]; 10(2): [3 páginas] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/est/supl_01_10/02%20\(Estomatol%20Gral%20Integ\).htm#egi05](http://bvs.sld.cu/revistas/est/supl_01_10/02%20(Estomatol%20Gral%20Integ).htm#egi05)
5. Miranda M; Jiménez I; Mejías M .Propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la población adulta. Clínica Estomatológica Ismael Clark y Macaró. Camagüey. AMC [Internet] 2014 [citado 2017 Mar 03];10(6):[3 páginas] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-
6. García GL, Miranda JD. Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2013 Dic [citado 2017 Feb 20]; 46(4): [11 páginas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000400009&lng=es
7. Hermida M, Santana JC, González YE, Borroto DC. Factores de riesgo del cáncer bucal. Hospital General Provincial Docente "Roberto Rodríguez". MediCiego [Internet] 2007 [citado 20 Feb 2017]; 13(1):[9 páginas]. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a12_v13_0107.htm

8. Bascones A. Epidemiología de la enfermedad de la cavidad oral en el anciano. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1999.
9. Núñez L, Sanjurjo M, González E, Ramón A. Intervención educativa sobre salud bucal en gerontes institucionalizados de zona rural .Rev Cubana Estomatol. [Internet] 2016 Dic [citado 20 Feb 2017]; 43(4): [9 páginas]. Disponible en :http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Díaz T, Faxas M, Arango M. Factores etiopatogénicos y moleculares en la génesis del cáncer. Rev Cubana Oncol [Internet]. 2014 [citado 5 ene 2017]; 14(1): [3 páginas]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_1_98/onc09198.htm
11. Morales D, Rodríguez L, García M. Importancia del Programa de Detección Temprana del cáncer bucal en Cuba. Rev haban cienc méd [Internet] 2013 [citado 2017 Feb 20]; 8(4): [8 páginas] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Quintana A. Factores de riesgo, pesquisa y diagnóstico precoz en el cáncer de la cavidad bucal. Revisión de la literatura. Acta Odontol Venez. 2013; 40(1):56-60.
13. Rodríguez O, Betancourt M, García A, Giance G. Pronóstico de incidencia y mortalidad del cáncer bucal en la provincia Ciego de Ávila. Revista Cubana de estomatología [Internet] 2016 Agosto. [citado 2017 feb 20] ;54(3) : [8 páginas] Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1332/36>
14. Valentin F. Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal. [Tesis Doctoral]. Cardenas, Matanzas: Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas Hospital General Docente “Dr. Julio Miguel Aristegui Villamil”; 2014.
15. Doncel C, Méndez M, Betancourt H, Castillo A. Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". RevCubMed. [Internet] 2014 Mar. [citado 2017 feb 20] ;43(1): [8 páginas] .

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100007&nrm=iso

16. Colectivos de Autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2013:74.
17. Mendoza M, Ordaz AM, Abreu A, Romero O, García M. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. Rev Ciencias Médicas. 2016 ago. [citado 2017 feb 20]; 17(4) [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15613194201300040004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Escalona R, Diagnóstico histopatológico de cáncer bucal en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba. Rev Cubana Oncol. [Internet] 2016 [citado 5 ene 2017]; 14(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192015000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly in Santiago. Chile J Oral Pathol Med. 2015; 32(10):571-5.
20. Santana Garay J. Prevención y Diagnóstico del Cáncer. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 38-45, 59.
21. Achiong F, Morales R J, Dueñas A, Acebo F, Bermúdez C, Garrote I. Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. Matanzas: CPHE. Rev Cubana Hig [internet]. 2014[citado: 2017 mar 02]; 44(1): [aprox4p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol44_1_06/hie01106.htm
22. Martínez A, Carmona M, Díaz-Caballero A. Comportamiento del cáncer bucal en un hospital de Cartagena de Indias, Colombia. Rev Cubana Estomatol, [internet] 2016[citado: 2017 mar 02]; 53(3): [aprox4p.] Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/283/274>
23. Rodríguez P, Niño A, Batista K, Miguel-Soca P. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol. [internet] 2016[citado: 2017 mar 02]; 53(3) [aprox2p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300006
24. Castellsagué X, Quintana M. , Monner A., Viñals J, Quer M. Factores de riesgo para cáncer de cavidad oral y orofaringe en España. Rev Cubana Estomatol

- [internet] 2014 [citado 20 sep. 2017]; 3(2): [aprox1p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_content/3/1/2
25. González RM, Herrera I B, Osorio M, Madrazo D. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 sep. 20]; 47(1): [aprox 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000100009&lng=es
26. Rodríguez N, Álvarez Y, Cárdenas E, Cruz M, Morales M, Cepero. Caracterización de las remisiones del Programa de Detección Precoz del cáncer bucal al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila. MediCiego. [internet] 2014 [citado 2017 Feb. 20]; 18(3):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl1_2012/articulos/t-13.html
27. Alnuaimi A, Wiesenfeld D, O'Brien-Simpson N, Reynolds E, McCullough M. Oral Candida colonization in oral cancer patients and its relationship with traditional risk factors of oral cancer: a matched case-control study. Oral Oncol. [internet] 2015 [citado 20 sep. 2017]; 51(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.oraloncology.com/article/S1368-8375%2814%2900347-9/abstract>
28. García L, Ricardo T, Friman O. Virus, genes y cáncer. MediCiego. [internet] 2015 [citado 2017 Feb 2017]; 19(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000200012&lng=es
29. Dhanapal R, Ranganathan K, Kondaiah P, Devi RU, Joshua E, Saraswathi TR. High-risk human papilloma virus in archival tissues of oral pathosis and normal oral mucosa. Rev Cubana Oncol. [Internet]. 2015 [citado 20 feb 2017]; 6(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4456733>.
30. Hermida M, González YE, Borroto DC. Epidemiología del cáncer bucal en la provincia Ciego de Ávila. Estudio de quince años (1991 a 2005). MediCiego [Internet]. 2007 [citado 4 Mar 2016]; 13(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a8_v13_0107.html

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento informado

Yo _____
estoy en la entera disposición de participar en el desarrollo de esta investigación científica que me permitirá conocer las consecuencias del cáncer bucal, sé que podré retirarme cuando lo desee sin repercusión negativa sobre su persona.

Nombre y apellidos

Firma

Investigador.

Firma

Fecha _____

ANEXO 2

Encuesta

Estimado usuario

Mucho agradeceríamos que marque con una X la opción de respuesta que se ofrecen a continuación de acuerdo a sus conocimientos relacionados con el cáncer bucal.

Nombre y Apellidos_____

Edad_____ Sexo_____

Nivel de escolaridad_____

1-¿Cada qué tiempo debe acudir a la consulta de estomatología para que le realicen el auto-examen para la detección precoz del cáncer bucal?

1.1_____Cada 6 meses.

1.2_____Cada año.

1.3_____Cada año y medio.

1.4_____Cada dos años.

1.5_____No sé.

2- ¿Considera que el cáncer bucal se puede evitar?

2.1_____Si.

2.2_____No.

2.3_____No sé.

3- ¿Cuáles de los factores de riesgo siguientes puede provocar cáncer bucal?

3.1_____Dientes con bordes filosos.

3.2_____Prótesis desajustadas.

3.3_____Dieta rica en azúcar.

3.4_____Ingerir alimentos muy calientes.

3.5_____No sé.

4- ¿Cuál de los siguientes hábitos puede provocar cáncer bucal?

4.1_____Morderse los labios.

4.2_____Morderse los carrillos.

4.3_____Comerse las uñas.

4.4_____Ingerir bebidas alcohólicas.

4.5_____Fumar.

4.6_____No sé.

5- ¿Cuál de los siguientes signos considera usted un signo de alarma del cáncer bucal?

5.1___Úlcera que no cicatriza.

5.2___ Lesión roja o blanca persistente.

5.3___ Encía inflamada.

5.4___ Lesión que sangra fácilmente.

5.5___ No sé.

6- ¿Conoce el autoexamen bucal como método preventivo para el cáncer bucal?

Si _____. No_____

7- ¿Lo realiza?

Si _____ No_____

8-¿Conoce usted con qué frecuencia debe realizarse el autoexamen bucal?

8.1___ Mensualmente

8.2___ Cada 6 meses

8.3___ Una vez al año

8.4___ No conoce

9- ¿Practica o presenta los factores de riesgo que a continuación se relacionan?

9.1___ Hábito de fumar.

9.2___ Ingestión de bebidas alcohólicas.

9.3___ Morderse los labios.

9.4___ Morderse los carrillos.

9.5___ Dientes fracturados con bordes filosos.

9.6___ Prótesis mal ajustadas.

9.7___ Hábito de café

Otros_____

10-¿Conoce usted a qué edad se hace más propensa la aparición del cáncer bucal?

10.1___ A cualquier edad

10.2___ Aumenta con la edad

10.3___ No conoce

11-¿Conoce usted a dónde debe dirigirse si le preocupa algo en su boca?

11.1___ Consultorio médico (médico de la familia)

11.2___ Clínica estomatológica

11.3___ Hospital (cirugía Máxilo facial)

11.4___ No conoce

Fuente: Elaboración de propios autores

ANEXO 3

Encuesta de satisfacción

Estimado usuario

Mucho agradeceríamos que marque con una X la opción de respuesta que se ofrecen a continuación de acuerdo a la satisfacción que le produjo la aplicación del Sistema de acciones para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores.

_____ Satisfecho

_____ Medianamente Insatisfecho

_____ Insatisfecho

ANEXO 4

Sistema de acciones

Objetivo General: prevenir el cáncer bucal en adultos mayores que asisten a la casa de abuelos del municipio de Morón.

Objetivos Específicos

4. Explicar los contenidos del cáncer bucal en adultos mayores y las vías para atenuarla o evitarla.
5. Diagnosticar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal y la higiene bucal.
6. Elevar el nivel de información sobre el cáncer bucal en los adultos mayores que acudan a la casa de abuelo del municipio de Morón.

Orientaciones generales

El trabajo en grupo es una experiencia de trabajo activo. La participación de cada uno de los adultos mayores aportando sus experiencias, argumentando, discutiendo, y comprometiéndose es fundamental para el éxito. La fase de preparación del sistema de acciones consta o está dividida en tres etapas fundamentales (diseño de la técnica, planificación y elaboración) y la fase de ejecución en etapa inicial, central y final)

Las siete preguntas a tener en cuenta

1. ¿Por qué? Los objetivos y el contexto de la capacitación
2. ¿Quién? El grupo meta y las personas capacitadoras
3. ¿Cuándo? Fechas y tiempo disponible
4. ¿Dónde? Lugar y sus condiciones para trabajar
5. ¿Qué? Contenidos
6. ¿Cómo? Métodos y técnicas
7. ¿Con qué? Medios de apoyo

La fase inicial o introducción tiene por finalidad orientar a los participantes. Al iniciar un taller es importante dedicar el tiempo necesario para crear un ambiente propicio a la participación de todos y todas, de manera que las y los participantes puedan relajarse, sentirse en plena confianza y empezar a conocerse. Para ello lo más recomendable es comenzar con dinámicas de animación e integración que aseguren tales condiciones. Del nivel de familiaridad que tenga el grupo y del tema a tratar dependerán los aspectos a tomar en cuenta en la presentación. Los elementos principales de la fase inicial son:

- Bienvenida y presentación de las personas facilitadoras.
- Horarios y normas grupales.
- Presentación de los participantes.
- Expectativas, temores y experiencias previas sobre el tema tratado.
- Objetivos.
- Técnicas detalladas.

Actividad #1

Tema	Acciones	FOD	Tiempo	Medios de enseñanzas
Técnica de presentación: Expectativas y temores	Es importante conocer y compartir las expectativas y temores de los participantes. Estas pueden ser recogidas a través de una lluvia de idea, la cual se puede efectuar en plenaria, visualizando las ideas en un papelógrafo, o individualmente repartiendo tarjetas los participantes para ser colocadas después en un panel. Las tarjetas preferiblemente deben ser agrupadas en función de contenidos similares en el momento de colocarlas en el panel. Las expectativas y temores servirán para la evaluación del taller, por lo que deben conservarse para la fase final.	Taller	1 hora.	Papel, lápices, pizarra.

Aunque exista información previa sobre el grupo con cual se va a trabajar, es bueno hacer un breve recorrido sobre sus experiencias y la formación que tienen en el tema que se va a tratar en el taller.

Si todos los participantes ya tienen conocimientos previos se puede ahorrar la introducción básica a la temática y tomarse más tiempo para la profundización de ciertos aspectos.

Si participantes tienen un nivel de conocimiento inferior de lo esperado debe darse más tiempo a los aspectos introductorios. Si el nivel de conocimientos es muy desigual, se debe buscar un camino intermedio, evitando que una parte se aburra y la otra no pueda seguir.

Fase central o desarrollo. Es muy importante. En esta fase pueden utilizarse un sinnúmero de diferentes métodos y técnicas, tanto para la presentación de contenidos como para el desarrollo temático. La presentación de contenidos estará más dirigida por los investigadores.

Actividad #1

Tema	Acciones	FOD	Tiempo	Medios de enseñanzas
<p>Técnica participativa:</p> <p>Charla educativa.</p> <p>Tema propósito: permite impartir conocimiento se información.</p>	<p>Cómo se hace: hacer una presentación hablada de uno o más temas relacionados con los principales hábitos bucales deformantes y describir acciones para prevenirlas o eliminarlas. Debe estar preparada con una guía, emplear un lenguaje sencillo, cuidar la comunicación extraverbal y de ser posible, utilizar medios de enseñanza. La retroalimentación permitirá comprobar si los objetivos se han cumplido.</p>	Taller	1 hora.	Computadora, Pizarra, Video, TV.

Actividad #2

Tema	Acciones	FOD	Tiempo	Medios de enseñanzas
<p>Técnica de presentación:</p> <p>La telaraña.</p>	<p>Los participantes se colocan en un círculo y le entregan a una persona una bola de hilo; esta lanza la bola a</p>	Taller	1 hora.	Pizarra.

Actividad #3

	<p>otra persona que conozca bien y la presenta. La acción se repite de la misma manera hasta que todo el grupo queda enlazado en una especie de telaraña. Después hay que hacer el proceso inverso, devolviendo la bola, expresando las expectativas frente a todos.</p> <p>Mediante una charla se les explicará a los adultos mayores brevemente la explicación del porqué del desarrollo de la investigación, y el sistema de acciones propuesto así como los objetivos que se pretenden alcanzar, posteriormente preguntaremos las inquietudes relacionadas con este tema de una forma sencilla y agradable, tratando de causar interés y preocupación sobre el tema.</p> <p>Para que quede constancia y siguiendo las normas de ética profesional se le entregará a los padres el consentimiento informado (ANEXO 1).</p> <p>Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico realizaremos la encuesta. (ANEXO 3)</p>			
--	---	--	--	--

Tema	Acciones	FOD	Tiempo	Medios de enseñanzas
------	----------	-----	--------	----------------------

Técnica participativa: Video debate	Video y debate relacionado con los principales factores de riesgo al cáncer bucal	Taller	1 hora y 50 Min.	Computadora, Pizarra, Video y TV.
---	---	--------	------------------	-----------------------------------

Actividad # 4

Tema	Acciones	FOD	Tiempo	Medios de enseñanzas
Técnica participativa: Lectura comentada	<p>Tiene como propósito ofrecer informaciones básicas sobre un asunto, permite la adquisición de conocimientos específicos, y propicia un análisis compartido de las informaciones recibidas y su revisión. De igual forma, resulta muy útil para avanzar con rapidez en el trabajo sobre contenidos específicos.</p> <p>Cómo se hace: Consiste en la entrega de un texto a los grupos de trabajo con el objetivo de que efectúen una lectura individual y una discusión en grupo para presentar a la plenaria, tanto el contenido como el resultado de la discusión del grupo.</p>	Taller	1 hora.	Papel, lápices,

Actividad # 5

Tema	Acciones	FOD	Tiempo	Medios de enseñanzas
Técnica participativa:	Cómo se hace: Se seleccionan dos personas voluntarias: uno será	Taller	1 hora.	Papel, lápices,

Optimista- Pesimista	<p>pesimista, la otra será optimista. Se plantea el tema y cada cual debe pensar en argumentos (positivos o negativos) para defender su posición. Al iniciar la discusión cada cual debe tratar de ganar adeptos a su posición, haciendo preguntas e involucrando a la plenaria a participar. En la plenaria se van formando dos frentes antagónicos.</p>			
---------------------------------	---	--	--	--

Tema	Acciones	FOD	Tiempo	Medios de enseñanzas
Técnica Participativa: Estudio de Casos.	<p>Cómo se hace: Esta técnica consiste fundamentalmente en el estudio en común de situaciones problemáticas concretas, presentadas con sus detalles reales y busca provocar, a partir de su análisis, una visión exacta y objetiva de la situación. Después se sacan conclusiones, se buscan soluciones válidas para situaciones similares y se establecen los mecanismos de acción de las mismas.</p>	Taller	1 hora.	Computadora y Pizarra.

Actividad #6.

Actividad # 7

Tema	Acciones	FOD	Tiempo	Medios de enseñanzas
<p>Técnica participativa</p> <p>Phillips 6-6</p>	<p>Tema y propósito: Una vez analizado el tema mediante el trabajo de grupo, se solicita a los participantes que organicen sus ideas otorgando mayor o menor importancia a un asunto de los tratados, en un ejercicio de priorización.</p> <p>Cómo se hace: Los participantes colocan un punto pegante o una marca en las alternativas que son de mayor importancia para ellos, al finalizar se motivan para tratar en la próxima sesión un nuevo tema.</p>	Taller	1 hora.	Papel, plumones, pegolin

Fase final y evaluación

La finalización de la puesta en práctica del sistema de técnicas participativas abarca dos elementos básicos:

- La conclusión sobre el tema tratado da un resumen de los diferentes temas, de la metodología utilizada y de los resultados.
- La evaluación es un elemento indispensable en este tipo de actividades con metodología participativa porque permite un proceso de retroalimentación de los participantes en cuanto al aprendizaje y al ambiente del trabajo en grupo, mediante técnicos de evaluación permanente (y no solamente al final de las sesiones). Se puede evaluar en varios momentos y con diferentes técnicas:

1. Evaluaciones diarias y/o intermedias

Actividad #1

Tema	Acciones	FOD	Tiempo	Medios de enseñanzas
Técnica participativa ¿Qué sabemos de...?	Es un juego de dados con preguntas que se refieren a la temática tratada para recuperar la información de los días anteriores. Así nos aseguramos que los participantes van captando los conceptos claves. El material puede ser cartón o papel; cualquier tipo de fichas sirve. Si tenemos grupos grandes tenemos que dividirlo en grupos de 8 personas. Se juega en parejas, contestando las preguntas preparadas por los facilitadores. Es una manera bien divertida para chequear cuáles contenidos todavía se recuerdan.	Taller	1 hora.	Papel, plumones, pegolin

Actividad #2

Tema	Acciones	FOD	Tiempo	Medios de enseñanzas
Técnica participativa: El animómetro	Es una actividad participativa para talleres de varios días y sirve para visualizar el clima que ha prevalecido durante el día de trabajo. Al final de cada día, cada participante puede colocar un punto pegante en una escala para indicar su estado de ánimo. De	Taller	1 hora.	Papel, plumones, pegolin, cartulina.

	<p>esta manera es posible trazar una línea que refleje los cambios anímicos de los y las participantes, y valorar si hay que hacer ajustes en el manejo de la dinámica del grupo.</p>			
--	---	--	--	--

2. La evaluación final.

Tema	Acciones	FOD	Tiempo	Medios de enseñanzas
<p>Técnica participativa:La evaluación escrita con tres tarjetas</p>	<p>Es una de las evaluaciones más conocidas. Consiste en tres preguntas que las y los participantes deberían contestar por escrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué me gustó más? • ¿Qué me gustó menos? • Sugerencias 	Taller	1 hora.	Papel, plumones, pegolin, cartulina,

AVAL DEL TUTOR.

Por medio de la presente autorizo que el Trabajo de Terminación de Especialidad, Sistema de acción para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores de la autora Dra. Diana Tusell Hormigó, en opción al título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral sea presentado al Acto de Defensa.

Para que así conste, y en virtud de los derechos que se me conceden como tutora de la tesis firmo la presente certificación en la ciudad de Morón, a los 6 días del mes de noviembre del año 2020.

Dra. Mara Isabel Morales Pardo

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'MIP', written over a horizontal line.