

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
"Dr. JOSE ASSEF YARA"
CIEGO DE ÁVILA
FILIAL MORÓN

TÍTULO: AUTOEXAMEN BUCAL EN EL ADULTO MAYOR.

AUTOR: Dr. Niorgy Rodríguez Rodríguez

TUTOR: MSc. Dr. Elier Morales Moreira

ASESOR: Dr. C. Maikel Hermidas Rojas

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO DE MÁSTER EN SALUD BUCAL
COMUNITARIA

Morón
2009



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
"Dr. JOSE ASSEF YARA"
CIEGO DE ÁVILA
FILIAL MORÓN

TÍTULO: AUTOEXAMEN BUCAL EN EL ADULTO MAYOR.

AUTOR: Dr. Niorgy Rodríguez Rodríguez
Especialista de I Grado en Cirugía Máxilo Facial
Profesor Instructor

TUTOR: MSc. Dr. Elier Morales Moreira
Especialista de I Grado en Cirugía Máxilo Facial
Profesor Instructor

ASESOR: Dr. C. Maikel Hermidas Rojas
Especialista de II Grado en Cirugía Máxilo Facial
Profesor Asistente

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO DE MÁSTER EN SALUD BUCAL
COMUNITARIA

Morón
2009

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de intervención antes después, en la Casa de Atención al Adulto Mayor situada en la calle Callejas No. 88 perteneciente al área del Policlínico Norte del municipio de Morón, entre los meses de enero a julio de 2009, con el objetivo de determinar la eficacia de la intervención educativa “Autoexamen bucal en el adulto mayor”. El universo estuvo integrado por 34 abuelos que visitaban diariamente esta casa, seleccionando a 33 que constituyeron la muestra. Se confeccionó un cuestionario para la recogida de los datos, el cual fue aplicado al inicio, para trazar la estrategia y al final para evaluar la eficacia de la misma. Los datos fueron procesados según sus variables y distribuidos en tablas, mostrando un predominio de los abuelos de 75 y más años, presencia de condiciones premalignas localizadas en la región anterior de la cavidad bucal y que la intervención educativa fue eficaz, como principales resultados.

INTRODUCCION

La cavidad bucal, por su situación, anatomía especial y funciones múltiples que tiene en la vida del hombre, así como por su exposición permanente a agentes físicos, químicos y biológicos, tiene peculiar significación tanto en lo biológico como en lo social. Por estas razones merece la atención médica más cuidadosa, tanto en la prevención como en la detección precoz de cualquier afección.

La coincidencia en dicha región de órganos móviles como la lengua, de mucosas fijas como la encía y del paladar duro, de tejidos laxos como el de los carrillos, de formaciones rígidas como la dentaria, cada una de ellas con evidencias fisiológicas de importancia indiscutible, explican cómo cualquier alteración que se origine puede afectar seriamente el normal equilibrio de salud en una persona (1).

Al comenzar este milenio una perspectiva histórica se hace necesaria para conocer mejor el futuro del hombre y sus conquistas en busca de una mayor longevidad y al aumentar la esperanza de vida se buscan las formas de enfrentar la fase final de la vida como una etapa que también tiene encantos y permite una estancia feliz y reconfortante (2).

Debido a los cambios demográficos actuales, el número de individuos que en el mundo rebasan la barrera de los 60 años, aumentó de 400 millones de personas de la década de los 50 a 700 millones de personas en la década de los 90 del pasado siglo, pronosticándose que alrededor de 1 200 millones de ancianos existirán en el año 2025. Otro problema lo constituirá el crecimiento del grupo de los muy viejos, o sea, los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años alcanzará el 30 % de los ancianos en los países desarrollados y el 12 % en los llamados subdesarrollados. Cuba no escapa a este fenómeno, y actualmente presenta más del 13 % de la población con edad de 60 años y más, formando parte de la IV etapa de transición epidemiológica en el estado de vejez demográfica (3). Cuba es un ejemplo de país en desarrollo con un envejecimiento importante de su población, con una

expectativa de vida al nacer que supera los 78 años (4) y para el 2025 se espera que uno de cada cuatro cubanos sea mayor de 60 años (5), lo que explica el incremento en las tasas de incidencia del cáncer bucal, ya que los factores de riesgos actúan por más tiempo sobre los tejidos bucales provocando la aparición del cáncer bucal (6).

En nuestro país, la atención al anciano se lleva a cabo mediante el Programa de Atención al Adulto Mayor, tanto al nivel comunitario como institucional y hospitalario. Los servicios comunitarios de este programa tienen como orientación básica la promoción de salud mediante los círculos de abuelos, casas de abuelos y grupos de recreación y orientación. La atención gerontológica se realiza con equipos multidisciplinarios que laboran en la atención primaria de salud (7).

El cáncer es una enfermedad multifactorial de etiología discutida, donde la edad, el sexo, la raza y la herencia se reconocen como factores genéticos determinantes de riesgo según las distintas localizaciones. La dieta, los hábitos tóxicos, el estilo de vida y el medio en general incluyendo la infección por microorganismos, son factores que actúan sobre el genoma de las células como iniciadoras o promotoras tumorales en la transformación celular. En realidad la herencia y el ambiente son los extremos de un espectro en cuyo centro se sitúan las causas de la mayor parte de las neoplasias encontradas en el hombre (8).

Cada año enferman de cáncer 9 000 000 de personas en el mundo y mueren por su causa 5 000 000. Se estima que en la actualidad existen alrededor de 14 000 000 enfermos de cáncer. Las consecuencias económicas y sanitarias lo convierten en un importante problema de salud (9,10)

En Cuba el cáncer constituye un verdadero problema de salud por sus altos índices de mortalidad, su tendencia creciente en las tasas de incidencia, la tendencia estable en las tasas de mortalidad; además de ser la segunda causa de muerte en el país solo superada por las enfermedades del corazón (11)

Cada año aparecen en nuestro país entre 20 y 25 000 nuevos pacientes con cáncer y fallecen entre 13 y 14 000 de aquellos que ya tenían la enfermedad (12)

El cáncer bucal frecuentemente se origina a partir de lesiones precancerosas por lo que resulta imprescindible la divulgación y realización del examen estomatológico, así como el diagnóstico precoz de cualquier lesión sospechosa de malignidad o en etapas precursoras. Este tipo de cáncer tiene como característica fundamental la diseminación de las cadenas linfáticas regionales del cuello. El tratamiento oncoespecífico se basa en la cirugía y RTP así como en casos específicos la quimioterapia, pero el éxito fundamental está dado por la detección temprana y tratamiento oportuno en todas las localizaciones.

Por lo antes expuesto muchos autores se han hecho eco del importante papel que juega la profilaxis en el diagnóstico precoz del cáncer bucal, el cual a pesar de encontrarse en una región de fácil examen está cobrando un alto tributo en vidas humanas. (13,14)

La detección temprana produce una reducción significativa de la mortalidad al detectar lesiones pre-malignas cuyo tratamiento oportuno evitaría la aparición del cáncer e incrementa la curación, supervivencia y la calidad de vida (15). Además el tratamiento será indicado con intención curativa. Si la población se educa para detectar los signos y síntomas tempranos de la enfermedad, entonces la atención médica será más efectiva.

La terapéutica a utilizar estará determinada por la extensión, localización, grado de diferenciación histológica y la presencia o no de metástasis, y a pesar del empleo de estos parámetros, se estima una recurrencia del cáncer de boca en una tercera parte de los enfermos, por lo que no siempre el tratamiento propuesto intenta la curación del enfermo, dado por el difícil pronóstico de la enfermedad (16).

El diagnóstico precoz del carcinoma bucal se realiza cuando las lesiones son menores de 2 cm. de diámetro y no presentan signos evidentes metastásicos, es

este el momento que al emplear tratamientos adecuados, se logrará el control efectivo de la enfermedad. En estadios tempranos, el cáncer bucal localizado es a menudo asintomático.

El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (13) para la detección precoz del cáncer, plantea que para evaluar la efectividad de un programa, debe considerarse que este es útil, si se produce un aumento en la proporción de lesiones incipientes y una disminución de lesiones avanzadas. El hecho de contar en nuestro país con un Registro Nacional del Cáncer (RNC), permite hacer este tipo de análisis.

En Cuba desde 1982 se puso en marcha el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal y se oficializa mediante resolución ministerial en enero de 1986; es único en el mundo por su cobertura nacional fundamentado en el examen anual del complejo bucal a toda la población de 15 años o más que acuden a la consulta estomatológica o que sean vistos en pesquizaje activo por el estomatólogo o el médico de familia. Dicho programa tiene como propósito contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de prevención, promoción, protección, curación y rehabilitación, y su objetivo es disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal (17,18).

Actualmente el objetivo primordial de la estomatología cubana debe ser la prevención. Se ha recomendado aplicar programas de tipo preventivo que enfoque las intervenciones hacia los grupos que potencialmente pudieran incurrir en conductas inadecuadas o problemas que afecten de alguna manera su salud, por lo que el equipo de salud debe acumular los conocimientos suficientes, paralelo a la destreza necesaria para identificar cualquier alteración premonitoria de neoplasia o la presencia de estas en sus diferentes etapas clínicas (19).

Si educamos a la población para detectar los signos y síntomas tempranos de la enfermedad, se puede actuar, y reducir del 10 al 20% la mortalidad actual del cáncer bucal (9). Para esto el paciente debe conocer como son las estructuras normales de la boca, debe acudir al estomatólogo o al Médico y Enfermera de la Familia para

aprender el Método correcto del Autoexamen Bucal, el cual es un procedimiento sencillo, rápido de ejecutar y que puede realizarse en la casa con la ayuda de un espejo (20).

El estomatólogo debe garantizar la enseñanza a la población del Método de Autoexamen del Complejo Bucal (MAECB), que consiste en el adiestramiento en las maniobras, para que el propio sujeto se explore la boca, es además una variante de la exploración del complejo bucal que no es realizado por un facultativo especializado, sino por el propio sujeto que se le ha motivado a realizar un examen de su boca y cuello para la identificación de posibles condiciones pre-neoplásicas o neoplasias malignas en estadio inicial.

Este Método no es más que el inicio de un posible diagnóstico que, sin la asistencia a un centro especializado que verifique las sospechas o dudas del autoexaminado, el objetivo de la detección precoz no se habrá alcanzado. Este método es eficaz y se ha comprobado su éxito entre las acciones que se ejecutan contra el cáncer (21).

Valorando las ventajas que ofrece la ejecución del Método de Autoexamen del Complejo Bucal y la tendencia creciente en las tasas de incidencia del cáncer de boca en nuestro país, nos propusimos realizar esta investigación con el objetivo de determinar la eficacia de la intervención educativa “Autoexamen bucal en el adulto mayor”, en la Casa de Abuelos del Policlínico Norte del municipio Morón.

Problema de investigación: Cómo elevar el nivel de conocimientos sobre la prevención del cáncer bucal en los adultos mayores de la casa de abuelos del Policlínico Norte del municipio Morón.

Hipótesis: Si el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer bucal de los adultos mayores es inadecuado, al realizar en ellos un estudio de intervención educativa sobre el tema se elevará su nivel de conocimientos y serán más eficientes

las acciones preventivas encaminadas a disminuir la morbi-mortalidad el cáncer bucal.

OBJETIVOS

General.

Determinar la eficacia de la intervención educativa “Autoexamen bucal en el adulto mayor” en la Casa de Abuelos del Policlínico Norte del municipio Morón en el período comprendido entre los meses de enero a julio de 2009.

Específicos.

1- Distribuir los abuelos en estudio de acuerdo a:

- Edad.
- Sexo.
- Frecuencia de aparición de condiciones premalignas.
- Localización de las lesiones.

2- Determinar en los abuelos antes y después de la intervención:

- Conocimiento general de cáncer bucal.
- Conocimiento y realización del Método de Autoexamen Bucal.
- Presencia de factores de riesgo del cáncer bucal.

3- Evaluar el desempeño del médico, trabajadora social y terapeuta Ocupacional respecto al control del Autoexamen Bucal.

La cavidad bucal tiene una variedad histológica que permite que en ella 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 espinocelular o epidermoide sea la neoplasia maligna más frecuente del complejo bucal y hacia sus orígenes están encaminados casi todos los estudios epidemiológicos.

El doctor Santana Garay plantea que las alteraciones más importantes que se presentan en la mucosa bucal son la leucoplasia, la eritroplasia y el paladar del fumador invertido (22).

Por el momento se desconoce la causa exacta que provoca el cáncer bucal, aunque los expertos ya han identificado varios factores de riesgo que podrían influir decisivamente en su desarrollo y que se clasifican según su mecanismo de acción en dos grandes grupos:

- Exógenos o extrínsecos, que actúan a localmente provocando daños físicos, químicos y biológicos a nivel celular.
- Endógenos o intrínsecos, que actúan por vía intracorporal, con mecanismos poco esclarecidos y dado por bases genéticas, cambios endocrinos y desordenes nutricionales que afectan los tejidos (23) (24).

El tabaco y el alcohol son factores que actúan a nivel local y se le ha prestado un especial interés por la devastadora acción sobre la mucosa, favoreciendo su transformación neoplásica, lo cual ha quedado demostrado en estudios epidemiológicos realizados (25).

Entre los efectos más comunes descritos que tiene el consumo del tabaco se encuentran ciertos tipos de carcinomas, por ejemplo el carcinoma in situ que es la forma más leve de este tipo de proceso. También parece existir sinergia entre las

sustancias químicas que contienen el tabaco y el virus del Herpes Simple para originar procesos malignos de la boca (26).

La circulación periférica es afectada por la nicotina causando vasoconstricción gingival importante por lo que disminuye el aporte de elementos de reparación por parte de la sangre al tejido. Así el tabaco mascado y el consumo del cigarro se han asociado al cáncer de la cavidad oral y de la faringe mientras que el consumo del tabaco de pipa se asocia con mayor frecuencia al cáncer de labio (27).

En los grandes fumadores, sobre todo los de pipa y de cigarrillos sin filtros podemos encontrar procesos hiperqueratósicos de color blanco difuso y con la presencia de pequeños nódulos umbilicados en el paladar que corresponde a los orificios de salida de las glándulas salivales menores, los cuales generalmente están inflamados; a esta entidad se le denomina estomatitis nicotínica y desaparece con la interrupción del hábito. Los fumadores de tabaco pueden presentar cambios displásicos en la mucosa bucal que según la localización y la magnitud pueden ser de bueno, mediano o mal pronóstico (28).

El consumo de café y de otras bebidas estimulantes como el alcohol pueden favorecer la aparición de lesiones neoplásicas, aunque esto depende de la concentración de la droga, la temperatura y la frecuencia con que habitualmente se ingiera. Es válido señalar que la mayoría de las personas que fuman ingieren café o alcohol y tienen hábito deficiente de higiene bucal, lo cual agrava la evolución y malignización de los procesos estomatológicos existentes.

Las comidas picantes, calientes y muy condimentadas, también constituyen otro factor desencadenante del cáncer bucal y son consideradas en su etiología. Aunque el tiempo que actúa sobre los tejidos bucales depende del modo de masticación y de la frecuencia con que se ingiera, está demostrado que este tipo de dieta irritante puede alterar las células bucales y entorpecer la evolución de los procesos o estados pre-malignos hacia la cancerización (29).

Las prótesis desajustadas, las restauraciones defectuosas, los dientes con bordes filosos son factores estomatológicos irritantes que alteran la salud bucal y conducen a la formación del cáncer oral. Del mismo modo la higiene bucal deficiente que estimula la aparición de caries y parodontopatías produce una alteración crónica de los tejidos blandos orales y con menor frecuencia se ha reportado un grupo de medicamentos que produce irritación química de la mucosa bucal (28).

Otros factores importantes en el origen del cáncer bucal que si bien no caracteriza al estilo de vida pero pueden inducir a que las personas tomen medidas preventivas para mejorar su comportamiento son: el color de la piel, lo que ha motivado que las personas de pieles más blancas se protejan de las radiaciones solares; la herencia, otro elemento de gran valor pues implica un alto riesgo de padecer de cáncer cuando hay antecedentes patológicos predisponentes y oncológicos familiares (30).

La implicación y responsabilidad que cada individuo tiene con el mejoramiento o recuperación de su salud y la influencia positiva para los que le rodean es conocido como autocuidado. La práctica del autoexamen bucal protege a todas las personas a partir de los 15 años, y en especial a las mayores de 60 años, tengan o no dientes y usen o no dentadura postiza. Cualquier persona puede explorar su boca y cuello para comprobar su salud o identificar posibles condiciones pre-neoplásicas o neoplásicas incipientes, lo que resulta de gran beneficio para su calidad de vida. Entre los factores para el éxito del autoexamen de la boca tenemos: motivación, disponer de 5 ó 10 minutos, tener privacidad, contar con un espejo facial y el más importante de todos es tener un conocimiento correcto de la metodología. Por esto es importante el adiestramiento de educadores en general y miembros de la comunidad en esta metodología (21).

Impacto Social

La promoción de salud y su herramienta principal, la educación sanitaria, constituye un factor importante y está centrada en el desarrollo de los servicios de higiene bucal y las actividades de prevención, conjuntamente con las de promoción, basadas en el enfoque de riesgo para la atención primaria, que se viene desarrollando en el país y logra dar una cobertura al 100% de la población.

Las prácticas de higiene bucal son un asunto individual, pero es necesario educar al individuo y a las colectividades para desarrollar los hábitos que les permitan mantener un estado de salud bucal adecuado. La mayoría de las personas tienen grandes vacíos en materia de salud bucal. Debido a esto, la educación para la salud constituye un elemento esencial, que tiene como objetivo promover, organizar y orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima (31).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado una revisión de los conocimientos actuales sobre la epidemiología, etiología, patología, prevención y 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. Define la estructura de los programas de prevención y detección y afirma que la historia natural y el sitio anatómico proporcionan 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.

Un aspecto importancia es la gran afectación funcional, estética y psicológica que produce la aparición y desarrollo de las lesiones tumorales malignas en el complejo bucal, que una vez que adquieren estadios avanzados, al ser tratados se producen afectaciones morfológicas y funcionales, muchas veces irreparables a pesar del desarrollo e introducción de técnicas quirúrgicas y métodos de tratamiento asociados, con un elevado costo para la sociedad, el individuo y la familia.

El objetivo de un programa de pesquisa es la detección del cáncer en una etapa pre-sintomática. Adelantando el tiempo de diagnóstico uno espera mejorar el momento de cura y reducir las consecuencias desagradables de una enfermedad avanzada. De esta manera este programa debe responder los siguientes objetivos: reducir la mortalidad de las lesiones que están siendo investigadas, ser eficiente en detectar lesiones en etapa temprana y así disminuir el número de pacientes con enfermedad avanzada, tener una posibilidad de morbilidad muy baja o ausente, producir pocos diagnósticos positivos o negativos falsos y así tratamientos innecesarios y además ser realmente ayuda para el paciente y no solo para alargar el tiempo en que sabe que está enfermo. Cuando la detección de una enfermedad en una etapa temprana no determina una disminución de la mortalidad o la morbilidad, la pesquisa de ésta es ineficaz (21).

Las enfermedades bucodentales son uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en nuestra comunidad, entre ellas el cáncer bucal. Una vez establecidas, son persistentes y no tienen curación espontánea. Existen suficientes evidencias que muestran una gran relación entre los conocimientos de higiene bucal y el estado de salud bucal. Es por ello que la prevención de estas enfermedades debe estar encaminada hacia el mantenimiento de una correcta higiene bucal, para evitar así el establecimiento y desarrollo de estas enfermedades (32,33).

Se realizó un **estudio** pre-experimental de intervención antes después, en la Casa de Atención al Adulto Mayor situada en la calle Callejas No. 88 perteneciente al área del Policlínico Norte del municipio de Morón, entre los meses de enero a julio de 2009, con el **objetivo** de determinar la eficacia de la intervención educativa “Autoexamen bucal en el adulto mayor”.

El estudio se ejecutó por un especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial.

El **universo** estuvo constituido por los 34 adultos mayores que pertenecen a la mencionada institución. La **muestra** se conformó con los 33 abuelos que reunieron los criterios de inclusión, una doctora, una trabajadora social y una terapeuta ocupacional de la institución.

Criterios de inclusión y exclusión:

Población.

Se escogieron como referencia a los pacientes que asisten diariamente a esta casa de abuelos y de allí se excluyeron los pacientes con los siguientes criterios:

- Haber fallecido durante este período.
- Presentar trastornos cognoscitivos.

Médicos

- La Dra. Especialista en Medicina Interna que garantiza atención médica de los abuelos, perteneciente al Policlínico Norte de este municipio.

Trabajadora social y terapeuta ocupacional

- Se escogió la trabajadora social de la institución, responsable de todos los aspectos sociales de la misma y la terapeuta ocupacional que garantiza el desarrollo de todas las actividades programadas por la casa de abuelos.

Antes de implementar la estrategia se realizaron las coordinaciones necesarias con la administración de la casa de abuelos para facilitar el desarrollo de la investigación, firmándose un convenio (Anexo1), se obtuvo el consentimiento informado de los abuelos (Anexo 2), explicándoles que no representaría riesgo para su salud y se aplicó la entrevista (Anexo 3), la cual fue evaluada (Anexo 4) trazándose entonces la estrategia de intervención (Anexo 5) y un programa de 7 sesiones (Anexo 6).

Además se confeccionó guía de observación, Anexos 7 y 8, para evaluar el desempeño del médico, trabajadora social y terapeuta Ocupacional respecto al control del Autoexamen Bucal, respectivamente. El Anexo 9 muestra como evaluar estas guías.

Implementación de la Estrategia de Intervención

La estrategia educativa se diseñó según la metodología utilizada por la Maestría Nacional de Educación para la Salud, apoyada en medios de enseñanza atractivos y técnicas afectivas-participativas capaces de motivar y cambiar actitudes. Está dirigida a la población mayor de 60 años, Estomatólogos, Técnicos de Atención Estomatológica y Licenciados en tecnología de la Salud, Médicos y Enfermera de la Familia y personal de trabajo social y terapia ocupacional vinculado directamente en la atención del adulto mayor.

Para mejor comprensión del estudio se concibieron tres etapas:

I- Etapa de reclutamiento. Parte del programa donde se realizaron las coordinaciones correspondientes y se seleccionó la muestra.

II- Etapa educativa. Las actividades educativas propiamente dichas de la Intervención.

III- Etapa conclusiva. Aplicación de la entrevista final y procesamiento de datos.

Esta Estrategia de Intervención estuvo dividida en 7 sesiones, las cuales constaron de una motivación, introducción, objetivos, desarrollo y conclusiones. Apoyadas en técnicas afectivas participativas tales como: demostración, dramatizaciones y video educativo.

Los temas tratados por sesión fueron:

1ra sesión: “¿Qué podemos aprender juntos?”. (Presentación, cuestionario diagnóstico y examen bucal).

2da sesión: “Prevención: mejor forma de curar”. (Factores de riesgo y Hábitos).

3ra.Sesión: “¿Cómo saber si estoy enfermo?” (Características normales y patológicas de los tejidos bucales).

4ta. Sesión: “Autoexamen bucal: una técnica saludable”. (Demostración del método).

5ta.Sesión: Importancia del Autoexamen Bucal. Medidas para evitar la aparición de lesiones premalignas o malignas bucales.

6ta.Sesión: Aplicación del cuestionario.

7ma.Sesión: Resultados del programa educativo. Reflexión y diálogo.

El cuestionario estructurado, se consultó con colegas de más de diez años de experiencia vinculados a la Estomatología General Integral, luego se aprobó por el departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila y fue validado en un pilotaje que contribuyó a su ajuste.

Sección 1(Datos generales)

Objetivo: Obtener datos del paciente y relación con equipo de salud.

Sección 2 (Preguntas 1-5)

Objetivo: Diagnosticar necesidades de aprendizaje e información sobre temas generales relacionados con el cáncer bucal.

Para evaluar la entrevista y procesar la información se tuvo en consideración la clave de respuestas que lo identificó con la calificación de adecuado o inadecuado. Bien, Regular y Mal (Anexo 4)

Sección 3 (Preguntas 6 y 7)

Objetivo: Determinar si la población conoce y/o realiza el autoexamen bucal, para confrontar las categorías saber y hacer.

Esta sección tiene dos preguntas precisas y cerradas sobre el tema.

Sección 4 (Pregunta 8)

Objetivo: Identificar la presencia de factores de riesgo.

Para ello el investigador interrogó a la persona sobre la práctica o presencia de factores de riesgo del cáncer bucal. De ser necesario se profundizó o aclaró cualquier inquietud. Se tuvieron en consideración los factores de riesgo descritos en Programa Nacional de Estomatología.

Sección 5

Objetivo: Identificar condiciones premalignas del complejo bucal.

Para ello se examinó a cada paciente y se anotó condición premaligna y localización anatómica.

Operacionalización de las variables

Grupos de edades: se agruparon los pacientes en: 60 – 64 años, 65-69 años, 70-74 años y 75 y más años según Programa de Atención Estomatológica a la Población.

Sexo: según sexo biológico: Masculino y Femenino.

Condiciones premalignas: Fueron diagnosticadas al examen clínico sin confirmación histológica.

- Leucoplasia
- Eritroplasia
- Paladar del fumador invertido
- Liquen plano erosivo
- Síndrome de Plummer Vinson
- Lupus eritematoso
- Papilomatosis Florida
- Atrofia por avitaminosis
- Nevus displásicos

La localización de estas lesiones que se tuvo en cuenta fue la descrita por el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en Cuba según sitios anatómicos

(17).

- Labio: superior, inferior y comisura
- Suelo de boca
- Lengua móvil: cara dorsal, cara ventral, bordes y base
- Reborde alveolar: superior e inferior
- Paladar: duro, blando
- Mucosa bucal: labio, carrillo, área retromolar, surcos vestibular
- Glándula salival.

Los factores de riesgo que se tuvieron en consideración son los descritos en el Programa Nacional de Estomatología (18).

- Hábitos: tabaco, alcohol, mordedura de carrillos
- Dieta: deficiente, irritantes
- Trauma crónico: prótesis desajustadas, bordes dentarios filosos
- Higiene bucal deficiente
- Condiciones premalignas
- Deficiencias inmunológicas
- Sepsis bucal

Variable dependiente: El conocimiento del adulto mayor sobre cáncer bucal.

Variable independiente: Estrategia de intervención educativa.

Para evaluar el cuestionario se le otorgó un punto a cada respuesta que suman 20 puntos lo que permitió determinar el nivel de conocimientos de la población sobre cáncer bucal.

Variables	Escala de clasificación	Definición operacional de la escala
------------------	--------------------------------	--

Nivel de conocimientos	Adecuado	Bueno	La puntuación obtenida se evaluó como sigue: Bien: de 17 a 20 puntos. Regular: de 14 a 16 puntos. Mal: menos de 13 puntos.
		Regular	
	Inadecuado	Malo	

Médico, trabajador social y terapeuta ocupacional:

Se aplicó el método de observación con el objetivo de evaluar el desempeño referente a la prevención y control del cáncer bucal, con énfasis en el método del autoexamen bucal. Para ello se diseñaron dos guías de observación (Anexos 7 y 8). Su confección fue según los conceptos metodológicos actuales descritos para la observación (34), garantizando su calidad desde el punto de vista pedagógico y científico.

El investigador, previa coordinación con la administración, visitó los diferentes locales, específicamente el destinado a consulta médica. Allí observó de forma muy discreta el trabajo del profesional aunque se conociera la intención de la visita, además se observaron las diferentes actividades del trabajador social y la terapeuta ocupacional.

Los criterios de evaluación clasificaron el desempeño profesional como correcto o incorrecto. (Anexo 9)

Finalmente fueron evaluados de:

Bien: Si su trabajo fue correcto en los aspectos medidos.

Regular: Si dos aspectos fueron correctos.

Mal: Si no tuvo ningún aspecto correcto.

Procesamiento estadístico.

Los datos fueron recogidos y determinados según la clasificación de las variables, se procesaron con ayuda de un programa de computación y se distribuyeron según frecuencia en tablas de contingencia, presentándose los resultados en cantidades

absolutas y/o relativas. Dentro de la estadística inferencial se realizaron tablas de contingencia y test de hipótesis de proporciones entre las variables, para determinar la existencia o no de diferencias significativas entre los valores comparados, que estuvo dada por una probabilidad (P) <0.05 con una confiabilidad (C) del 95% y un error (E) de 0.05 como se establece internacionalmente.

El informe final se confeccionó teniendo en cuenta la metodología y los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, utilizándose para su redacción el Programa Microsoft Word y Microsoft Excel para la confección de las tablas.

El adulto mayor en Cuba es privilegiado en atenciones para mejorar sus condiciones de vida y hacerlos más saludables. Múltiples programas se ejecutan en nuestro país para los ancianos (35,36). La creación de programas de intervención educativa en estos pacientes contribuye a crear conductas positivas hacia la salud (37) mediante la promoción y prevención realizadas (38).

Tabla No 1.

Distribución de pacientes según edad y sexo. Casa de abuelos del Policlínico Norte del municipio Morón. Septiembre 2009.

Grupos de Edades	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
60-64 años	1	6.25	0	0	1	3.03
65-69 años	0	0	1	5.88	1	3.03
70 - 74años	4	25.00	4	23.52	8	24.24
75 y más	11	68.75	12	70.59	23	69.70
Total	16	48.48	17	51.51	33	100.000

Fuente: Entrevista.

Al analizar la distribución del adulto mayor en estudio (Tabla 1) observamos un comportamiento similar en ambos sexos, con el mayor número en edades de 75 y más años, lo que se corresponde con el envejecimiento de la población cubana. Este dato es muy importante pues el cáncer bucal se incrementa linealmente después de los 40 años, alcanzando sus mayores índices después de los 60 años (39), por lo que debemos incrementar las actividades encaminadas a garantizar la salud en este grupo de la población.

TABLA No 2.

Análisis de la información sobre el conocimiento del Cáncer Bucal.

Información	Adecuado	Inadecuado
-------------	----------	------------

	No	%	No	%
Antes	2	6.06	31	93.94
Después	30	90.91	3	90.09

Fuente: Entrevista.

P 0.05

A pesar de la avanzada edad los ancianos aprenden, valoran la importancia de su responsabilidad hacia la salud bucal. Se plantean deficiencias en el aprendizaje, inteligencia, motivación y actitudes (41), pero esta estrategia ha demostrado que si son capaces de modificar sus conocimientos. En la tabla 2 se muestra que el 6.06 % de los abuelos poseía conocimientos inadecuados sobre cáncer bucal y después de la estrategia el 90.91 % de ellos fue evaluado de adecuado, estos resultados coinciden con los obtenidos por: Barrio Pedraza y Sixto Delgado (37) y Lázaro Soto y Frómata Díaz (42). Estos números demuestran la necesidad de continuar creando nuevos programas de promoción y prevención en el adulto mayor (36), para favorecer la educación continua y permanente de los ciudadanos de más edad a fin de que ayuden a construir su propio bienestar y el de quienes lo rodean (43,44,45).

Tabla No 3.

Evaluación del nivel de conocimiento sobre Cáncer Bucal antes y después de la intervención.

Ítems	Bien	Regular	Mal
-------	------	---------	-----

	No	%	No	%	No	%
Antes	1	3.03	1	3.03	31	93.94
Después	22	66.66	8	24.24	3	9.06

Fuente: Entrevista.

P 0.05

En la tabla 3, se observa que de los abuelos del estudio solo uno fue evaluado de bien antes de la intervención y una vez realizada la misma solo el 9.06% fue evaluado de mal, disminución muy significativa comparándola con el 93.94 obtenido al inicio del estudio, demostrando que sí reciben el conocimiento para beneficio de su salud (46). Estos resultados están estrechamente relacionados con los planteados en la tabla anterior donde se demuestra la asimilación de los conocimientos después de realizada la intervención educativa, coincidiendo con lo resultados obtenidos por Lázaro Soto y Frómeta Díaz (42).

TABLA No 4.

Caracterización del conocimiento y la realización del autoexamen bucal.

Autoexamen Bucal	Conoce		Realiza	
	No	%	No	%

Antes	2	6.06	0	0
Después	33	93.93	28	84.85

Fuente: Entrevista.

P 0.05

Para el sistema de salud cubano y particularmente para la estomatología constituye una prioridad el cumplimiento del programa contra el cáncer bucal, al inicio de esta investigación sólo dos pacientes conocían el método de Autoexamen Bucal, coincidiendo con los dos que estaban con conocimiento adecuado sobre cáncer bucal (Tabla 4), pero ninguno realizaba el método. Con el desarrollo de esta estrategia logramos que los 33 abuelos conocieran el método y que lo realizara el 84.85% de los mismos. Este resultado se corresponde con el de otros autores como Núñez Antúnez y Sanjurjo Álvarez (47) y contribuye a la detección temprana de condición premaligna y por tanto al tratamiento oportuno mejorando la calidad de vida de los pacientes de la tercera edad (48).

TABLA No 5.

Distribución de pacientes según factores de riesgo del Cáncer Bucal.

Factores de Riesgo	Antes		Después	
	No	%	No	%

Tabaquismo	12	36.36	9	27.27
Borde Filoso	5	15.15	0	0
Prótesis Desajustada	19	57.58	19	57.58
Dieta	2	6.06	0	0
Alcoholismo	5	15.15	3	9.09
Mordedura de carrillo	2	6.06	0	0
Total	55	—	34	—

Fuente: Entrevista.

N=33

La salud es un tema que preocupa y ocupa al adulto mayor (49). En odontogeriatría las condiciones multifactoriales de los padecimientos de los pacientes y su tratamiento oportuno brinda la posibilidad para que el equipo multidisciplinario de salud muestra trabajo coordinado (50), esto se puso de manifiesto durante la intervención para disminuir los factores de riesgo del cáncer bucal en los abuelos en estudio, como representa la Tabla 5, donde de 55 hábitos presentes después de la intervención se redujeron a 33. Aún parece un número elevado, pero es una disminución positiva si tenemos presente que los hábitos se establecen de forma temprana en la vida y muchas veces son difícilmente modificables con posterioridad en el adulto (51).

Es importante señalar que el 57.58% de los abuelos con riesgos de cáncer bucal presentan prótesis desajustadas, el más frecuente, lo que exige la realización de exámenes bucales frecuentes para detectar a tiempo cualquier alteración (52), y

ninguno de ellos pudo ser modificado por la imposibilidad de construir nuevos aparatos; el otro hábito en frecuencia fue el tabaquismo.

Se eliminaron 3 hábitos de fumar, y 2 de alcohol, con la ayuda de la doctora, trabajadora social y terapeuta ocupacional. Muchos autores reconocen estos factores como etiología del cáncer bucal (53) y la importancia de identificar a tiempo estos pacientes para brindarle una atención diferenciada (54,55).

Por eso es deseable el establecimiento de hábitos que promueven la salud y su continuidad desde la niñez hasta la edad adulta, con la realización de este tipo de estrategias logramos incorporar nuevos hábitos y modificar los existentes y así podemos utilizar a los adultos mayores como verdaderos promotores y celadores de salud de las nuevas generaciones.

TABLA No 6.

Frecuencia de condiciones premalignas.

Condición	No de pacientes	%
Leucoplasia	5	15.15

Nevus	2	6.06
Eritroplasia	1	3.03
Total	8	24.24

Fuente: Entrevista.

Se coincide con los autores consultados(42,47,52) que la leucoplasia es la condición premaligna más frecuente y con gran poder de transformación maligna y en relación directa con los pacientes fumadores, esta condición está presente en 5 abuelos, y como se observa en la tabla 6, el 24.24% de los abuelos presenta condición premaligna, lo que evidencia la escasa labor de promoción y prevención por parte del equipo de salud en este grupo priorizado de atención médica, en lo relacionado con el cáncer bucal (56,57). Por lo que se debe insistir en la promoción del Método de Autoexamen Bucal en estos pacientes, si tenemos en cuenta que todas estas lesiones se encuentran en la región anterior de la cavidad bucal (Tabla 7) fácilmente detectadas por el paciente al realizarse el auto examen bucal, o por cualquier integrante del equipo de salud, localizándose en labio inferior y mucosa del carrillo, producidas por mordeduras y prótesis desajustadas, factores de riesgo expuestos en la tabla 5 que son evitables con la realización periódica de este Método y la detección oportuna por cualquier otro miembro del equipo de salud que actúe como promotor de salud bucal.

Tabla No 7.

Localización de condiciones premalignas según sitios anatómicos.

Sitio	No	%
Mucosa del carrillo	5	62.5

Suelo de boca	2	25.0
Labio inferior	1	12.5

Fuente: Entrevista.

Tabla No 8.

Evaluación del desempeño del equipo de salud.

Profesional	Evaluación					
	Bien		Regular		Mal	
	No	%	No	%	No	%
Médico	0		0		1	100.00
Terapeuta Ocupacional	0		0		1	100.00
Trabajadora Social	0		0		1	100.00
Total	0		0		3	100.00

Fuente: Entrevista.

Al evaluar el desempeño del médico responsable de la atención en esta casa de abuelos vemos que la misma fue mal, Tabla 8, pues en ningún momento de la consulta, a pesar que el investigador hizo referencia, se orientó al paciente el autoexamen bucal, aunque la doctora conocía del método, además no había propaganda gráfica. Algo similar ocurrió con la trabajadora social y la terapeuta ocupacional, solo que estas no conocían el método, resultados que se corresponden con los encontrados por Morales Moreira en su estudio (55) y demuestra cuanto nos

falta por lograr en cuanto a promoción y prevención de salud bucal se refiere. Este método de autoexamen bucal fue enseñado a ellos en primer lugar para colaborar con el investigador en el desarrollo de la estrategia.

El colectivo de esta casa de abuelos colaboró activamente con el programa educativo desde su inicio, considerándolo como un elemento importante dentro de su trabajo educativo en la preparación de los abuelos para la fase final de la vida, particularmente en la formación de hábitos de higiene bucal.

El programa educativo despertó el interés de los abuelos, con necesidades educativas en este tema, los que asimilaron los conocimientos recibidos y modificaron patrones establecidos convirtiéndose en facilitadores de salud al transmitir los conocimientos adquiridos a amistades y familiares.

El equipo de salud en la institución se motivó igualmente y tomó un papel protagónico como educador y promotor con los abuelos y también con ellos mismos (56), pues nunca habían sido capacitados para esta labor. Calificaron el trabajo realizado como muy eficiente porque los métodos utilizados, aunque sencillos resultaron amenos y capaces de modificar hábitos y conductas perjudiciales para la salud bucal y sugirieron continuidad del trabajo y mayor atención en la red administrativa de salud, para lograr un envejecimiento activo en estas instituciones sociales, participativo y seguro, con programas educativos preventivos (57,58).

1. Más de las dos terceras partes de los abuelos tenían 75 y más años, mostrando comportamiento similar en ambos sexos.
2. La condición premaligna bucal más frecuente fue la leucoplasia y se localizaron en la región anterior de la cavidad bucal.

3. La intervención educativa “Autoexamen bucal en el adulto mayor” fue eficaz, aumentó el nivel de conocimientos sobre cáncer bucal, incrementó los abuelos que conocen y realizan el autoexamen bucal y modificó factores de riesgo.
4. El desempeño del equipo de salud de la casa de abuelos fue evaluado de mal.
5. Tanto los abuelos como el equipo de salud de la institución resaltaron la importancia y el valor del programa, por la contribución del mismo en la educación para la salud de la tercera edad.

1. Extender la aplicación de este programa educativo a todas las casas de abuelos de la provincia con el objetivo de incrementar el nivel de conocimientos y la formación de hábitos responsables en salud bucal.
2. Realizar programas de capacitación para el equipo de salud de estas instituciones para lograr un buen funcionamiento del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en nuestra provincia.

3. Mejorar la interrelación entre los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y el MINSAP para garantizar y facilitar todos los servicios de salud en las casas de abuelos.

- 1- Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. Ciudad de la Habana; 1985:5.
- 2- Brunetti RF. Montenegro FLB. Odontogeriatría: prepárese para o novo milenio. In: séller Ch, Gorab.R. Actualizado.Sao Paulo: Artes Médicas;2008:469-87.
- 3- Castañedo JF. Modelo de atención gerontológica en el Consejo Popular "Los Sitios", de Ciudad de La Habana, Cuba. Geriatr. Com. Rev Electrónica Geriatr Gerontol 2006;2(2). Disponible en:

- <http://www.geriatrianet.com/index.php/journal/issue/view/26>. [fecha de acceso: 14 de febrero de 2009].
- 4- De Armas Padrino I. Prioriza Cuba atención al adulto mayor. Disponible en: <http://www.radionuevitas.co.cu>. [fecha de acceso: 14 de junio de 2009].
 - 5- Orosa Fraiz T. La motivación y aprendizaje en los adultos mayores. Disponible en <http://www.sld.cu/eventos/longevidad>. 2008. [fecha de acceso: 14 de junio de 2009].
 - 6- Cuba. MINSAP. Carpeta Metodológica de atención primaria de salud en medicina familiar. La Habana: 2001.
 - 7- Rodríguez Esquivel P. Atención al adulto mayor en Cuba. Disponible en <http://www.radionuevitas.co.cu> [fecha de acceso: 14 de junio de 2009].
 - 8- Díaz Román TM, Faxas García ME, Arango Prado MC. Factores etiopatogénicos y moleculares en la génesis del cáncer. Rev cubana Oncol [en línea] 14 (1) URD disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_1_98/onc09198.htm [fecha de acceso 5 de mayo de 2009]
 - 9- Quintana Díaz JC, Fernández Fregio M, Laborde Ramos R. Factores de riesgo de de lesiones premalignas y malignas bucales. Rev cubana Estomat 2004 [en línea]: Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sciartte> [fecha de acceso: 5 de mayo de 2009]
 - 10- Ramadas K, Sankaranayanan R, Jacob BJ, Thomas G. Interin result from a cluster randomized controled oral cancer screening trial in Kerala, Indian. Oral Oncol 2003; 39(6):580-8.
 - 11- Camaño I, Pimiento I, Camaño V, Pérez Y, Martínez A. Conocimientos del PDCB en médicos de familia del Policlínico Turcios Lima. 16 de Abril [en línea] [fecha de acceso 30 de enero de 2006]. URL disponible en [http:// WWW.16deabril.sld.cu/rev/217/articulo1.html](http://WWW.16deabril.sld.cu/rev/217/articulo1.html).
 - 12- Díaz Martines JR, Santana Garay JC, Cuevas Pérez I. Cáncer bucofaríngeo en menores de 30 años. Rev Cubana Oncol 2002; 11(3-4): 71-72.
 - 13- Casal YJ, Sagrañes A, Rey DJ, Ramirez D. Cáncer de la cavidad oral. Un llamado a la prevención de salud. 16 de Abril. [en línea]. URL disponible en

- [http:// WWW. 16deabril. sld.cu/rev/215/articulo2.html](http://WWW.16deabril.sld.cu/rev/215/articulo2.html). [fecha de acceso 2 de febrero de 2006]
- 14-Brandizzi D, Chuchurru E, Lanfranchi R. Análisis de las características epidemiológicas del cáncer bucal en la ciudad de Buenos Aires. Acta Odontol Latinoam 2005; 18(1):31-5.
- 15-Hirshberg A, Calderon S, Kaplan I. Update review on prevention and early diagnosis in oral cancer. Refuat Hapet Vehasshinayim 2002; 19(3):38-48, 89.
- 16-Martín Díaz J. Actualización de modalidades terapéuticas del cáncer bucal. Disponible en: <http://www.grm.sld.cu/bvirtual/multimed/2000/rm1-00/rmarti15.html> [fecha de acceso 2 de febrero de 2006]
- 17-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.p 2.
- 18-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;107-23.
- 19-Díaz del Marzo L, Pérez Núñez HM, García Díaz R, O'Connor Martines L. Instructivo "Sonrisas saludables": Para capacitar adolescentes sobre salud bucal. [en línea] MEDISAN 2006; 7(4). URL disponible en 10- [http:// WWW. bus. sld.cu/revistas/san/2006/vol 7 4 03/san144403.html](http://WWW.bus.sld.cu/revistas/san/2006/vol7403/san144403.html).
- 20-Prevención del cáncer bucal. [en línea] URL disponible en: [www.salud.com/secciones/salud -dental.asp?contenido=15063](http://www.salud.com/secciones/salud-dental.asp?contenido=15063). [fecha de acceso 2 de febrero de 2006].
- 21-Santana Garay JC. Prevención y Diagnóstico del Cáncer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004 p. 38-45, 59.
- 22-García M, Lence JJ, Sosa M, Martín A, Fernández L. Mortalidad del cáncer en Cuba. Rev Cubana Oncol 1999; 15(2): 114-8.
- 23-Cowan CG, Gregg T, Napier SS. Potentially malignant oral lesions in Northern Ireland: a 20 years population based perspective of malignant transformation. Oral Dis 2001; 7(1): 18-24.
- 24-Lin HC, Cobert EF. Oral mucus lesions in adult Chinese. J Dent Res 2001; 80(5): 1486-90.

- 25-Ochoa Borges A, Enamorado Rosabal N. Incidencia de pacientes fumadores en un grupo poblacional. Rev Cubana Enferm 2004; 20(3).p. 0-0 ISSN0864-0319.
- 26-Fritz y cols. ICD-O International Classification of Diseases for Oncology. Tercera Ed. Geneva: World Health Organization; 2004.
- 27-Robinson KL, Macforlane GJ. Oropharyngeal cancer incidence and mortality in Seatland: are the rates increasing? Oral Oncol2005; 39(1):31-6.
- 28-Goldemberg D. Mate: a risk factor for oral and Oropharyngeal cancers. Oral Oncol 2002; 38(7): 646-9.
- 29-Schelifle C, Reichart PA. Is there a natural limited of the transformation rate of oral leucoplakia? Oral Oncol 2003; 39(5): 405-7.
- 30-González Benítez I. Propuesta de caracterización para los alumnos de ciencia Médicas. Rev Cubana Educ Med Sup [en línea] [fecha de acceso 15 de marzo de 2006] 14(1). URL disponible en <http://scielo.sld.cu/cielo.Php?>
- 31-Añé González B, Segui León O. Estudio de hábitos y conocimientos sobre higiene bucal en un grupo de niños. Revista Cubana de Estomatología 2004; 2 (1): 29-33
- 32-Cuenca E, Manan C, Serra Májame L, Falgas J, Taberner JL, Batalla J. Consejos para la prevención de las enfermedades bucodentales. Med Clin 2004; 102 (Supl 1): 134-4.
- 33-Fuerbringer Bermeo M, Ferrer Molina MS, Flores Rosa Mdel A, García Álvarez MP. Percepción social del portador de epilepsia en el seno familiar [en línea] [fecha de acceso 15 de marzo de 2006]. URL disponible en [http:// WWW.Multiversidadvaleologica.org/enfermeria/familia.html](http://WWW.Multiversidadvaleologica.org/enfermeria/familia.html).
- 34-Lamura A, Garriga E. Factores de riesgo, pesquisa y diagnóstico precoz del cáncer en la cavidad bucal. Acta Odontol Venez 2002; 40(1): 56-60.
- 35-Gutiérrez Licea Sh, Mora Morán JL. Casa de abuelos: hogar del adulto mayor. Disponible en <http://www.radiogritodebaire.icrt.cu/index.php>. [fecha de acceso: 2 de junio de 2009].
- 36-Rangel Rivera JC, Lauzardo García G. Necesidad de crear programas en el adulto mayor. Rev cubana estomatol 46(1) versión on line ene-mar.2009.

- 37-Barrio Pedraza T, Sixto Delgado N. Programa de intervención educativa en adulto mayor. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php> [fecha de acceso: 2 de junio de 2009].
- 38-Blanco Anesto J, Reyes Ojeda A. Envejecimiento y nutrición. Disponible en: <http://www.sld.cu/eventos/longevidad2007> [fecha de acceso: 2 de junio de 2009].
- 39-León Martínez E, Romero Sánchez M del C, Ferrer Herrera I, Fatjó Cruz M. Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal. Rev Cubana Med Gen Integr. Disponible en la World Wide Web <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script>, vol.12, no.3 [fecha acceso 2 de junio 2009], p.216-221.
- 40-Lopez Cruz E, Marrero Fuente A, Castells Zayas Bazán S. Evaluación del programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer bucal en siete años. Arch Méd Camaguey 7(5). URL disponible en: <http://shin.cmw.sld.cu/amc/v7.sup/1/770.htm>. [fecha de acceso: 2 de junio de 2009].
- 41-Royals Simpsom K, Lancaster J. Cambios psicosociales en el adulto mayor. Disponible en: <http://www.redadultomayor.com.or/salud.htm> [fecha de acceso: 2 de junio de 2009].
- 42-Lázaro Soto B, Frómeta Díaz L. Modificaciones del conocimiento sobre salud bucal en adulto mayor institucionalizados en el municipio San Luís Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu.revistas/sam/vol10> [fecha de acceso: 2 de junio de 2009].
- 43-Cone Slas JL: Las personas Mayores y su entorno. Disponible en: <http://www.redadultomayor.com.or/salud.htm> [fecha de acceso: 2 de junio de 2009].
- 44- Pérez Fundora O. Jubilados en Las Tunas en Cátedra del Adulto mayor. Disponible en: <http://www.tiempo21.cu/radiovictoria>. [fecha de acceso: 22 de mayo de 2009].
- 45-Rodríguez JC. Los abuelos regresan a las aulas. Disponible en: <http://www.vvirtual.cmw.sld.cu> [fecha de acceso: 23 de junio de 2009].

- 46-Cruz Arévalo Y. Universidad del adulto mayor: una realidad inobjetable en el territorio camagüeyano. Disponible en: <http://www.cadenagramonte.cu> [fecha de acceso: 23 de junio de 2009].
- 47-Núñez Atunes L, Sanjurjo Álvarez MC. Modificación de conocimientos en adulto mayor. Disponible en: <http://www.bvs.cu> revistas/sam2006. [fecha de acceso: 23 de junio de 2009].
- 48-Rodríguez Robiera E. Salud y personas mayores: la discriminación sanitaria del mayor en España. Disponible en: <http://www.redadultomayor.com.or/salud.htm> [fecha de acceso: 2 de junio de 2009].
- 49-Rodríguez Robiera E. Salud y envejecimiento: un documento para el debate España. Disponible en: <http://www.redadultomayor.com.or/salud.htm> [fecha de acceso: 2 de junio de 2009].
- 50-Reyes Guerrero R. Envejecimiento orofacial: cambios morfofisiológicos y su tratamiento en el adulto mayor. Disponible en: <http://www.redadultomayor.com.or/salud.htm> [fecha de acceso: 2 de junio de 2009].
- 51-Ondina Gómez N, Fernández Brito JE. Factores de riesgos aterogénicos en una población de adultos mayores. Rev cuban enfer 2005;21(6).
- 52-Quinta Díaz JC, Fernández Fregio MJ, Laborde Ramos R. actores de riesgo de lesiones premalignas bucales. Rev cubana Estomatol 41(3) on line sept-dic 2004.
- 53-Rodríguez Calzadilla O. Autoexamen para prevención del cáncer bucal. [en línea] URL disponible en <http://odontoweb.espaciolatino.com/pacientes/articulosart0301.html> . [fecha de acceso: 26 de abril de 2009]
- 54-Mora Alpizar M del C, Montenegro Valera I, Perez Martel T, Rodríguez Hernández AL. Programa de pesquisaje del cáncer bucal. Su impacto en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea] URL disponible en: <http://www.bus.sld.cu/revistas/mgi/vol17301/mgi06301.htm>. [fecha de acceso: 2 de junio de 2009]

- 55-Morales Moreira E. Autoexamen Bucal: una técnica saludable.Propuesta de intervención educativa. Trabajo en opción al Título de Máster en Salud Bucal comunitaria. Morón 2007.
- 56-Bernardo Fuentes MG, García Galán EV, Pomares Bory E. El vínculo ecuación comunicación en la formación integral de los profesionales de la salud. Educ Med Sup [en línea] 2004; 18 (4). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_4_04/ems03404.htm [fecha de acceso 2 de junio de 2009]
- 57-Nair Tardó M. Efectos de las intervenciones educativas a partir del rol docente. Universidad de La Plata. Argentina 2005. Disponible en: <http://www.redadultomayor.com.or/salud.htm> [fecha de acceso: 2 de junio de 2009].
- 58-Riviera H. El autoexamen y la revisión odontológica ayudando al diagnóstico precoz de la enfermedad [en línea] URL disponible en: <http://www.ultimasnoticias.com.ve> /ediciones/2002/11/16/p6n1.htm. [fecha de acceso: 2 de junio de 2009].

Anexo 1

Convenio Institución- Investigador

De una parte:

Investigador: _____

CI _____ Cargo _____

De otra parte:

Administración: _____

CI _____ Cargo _____

Ambas partes de mutuo acuerdo convienen lo siguiente:

Investigador:

- Elaborar una estrategia para determinar la eficacia de la intervención educativa “Autoexamen bucal en el adulto mayor” en la Casa de Abuelos del Policlínico Norte del municipio Morón.
- Trabajar en la casa de abuelos desde enero de 2009 hasta julio de 2009.
- Solicitar apoyo institucional de los trabajadores y no trabajar de forma independiente.

Administración:

- Garantizar la participación de todos los pacientes en el estudio.
- Facilitar horario para el desarrollo de las actividades planificadas.

El presente convenio entrará en vigor a partir de su firma y estará vigente hasta seis meses posterior a la misma.

Y para que así conste firmamos el mismo:

Investigador _____

Administrador _____

Dado en _____ a los _____ del mes de _____ de _____.

Anexo 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, expreso mi consentimiento como objeto de estudio en la Estrategia de Intervención Educativa “Autoexamen Bucal en el adulto mayor” y para la utilización de los datos aportados a favor de la investigación, dando fe de la validez y confiabilidad de los mismos.

Firma: _____

Anexo 3.

Entrevista estructurada.

Sección 1.

Nombre y Apellidos_____

No de orden_____ Edad_____ Sexo_____ Raza_____ CMF_____

Ocupación_____ Nivel escolar_____

Sección 2.

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- ¿Cuales 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- ¿Cual 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

Sección 3.

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

- 6.1_____ Sí.
- 6.2_____ No
- 7- ¿Lo realiza?
- 7.1_____ Sí
- 7.2_____ No

Sección 4.

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

- 8.1_____ Hábito de fumar.
 - 8.2_____ Ingestión de bebidas alcohólicas.
 - 8.3_____ Morderse los labios.
 - 8.4_____ Morderse los carrillos.
 - 8.5_____ Dientes fracturados con bordes filosos.
 - 8.6_____ Prótesis mal ajustadas.
 - 8.7_____ Hábito de café
 - 8.7_____ Otros_____
-

Sección 5.

- 9.1_ Condición premaligna. Si_____ No _____

9.2_ Localización: _____

Anexo 4.

Clave de respuestas y evaluación.

Sección 2

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 Sí.
- 2.2 _____ No.
- 2.3 _____ No sé.

3- ¿Cuales 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- ¿Cual 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 Ulcera que no cicatriza.

5.2 Lesión roja o blanca persistente.

5.3 _____ Encía inflamada.

5.4 Lesión que sangra fácilmente.

5.5 _____ No sé

Se le asignó un punto a cada respuesta correcta, luego se sumaron todos los puntos para ver el total de posibilidades (20 puntos) y a ese valor se le hallará el 70% que corresponderá con la categoría de informado o desinformado.

La evaluación quedó de la siguiente forma:

- Adecuado 14 – 20 puntos.
- Inadecuado 13 – 0 puntos.

	Mal		Regular		Bien
0	Inadecuado	13	14-16	Adecuado	17-20

Anexo 5.

ESTRATEGIA EDUCATIVA.

Título: “Autoexamen bucales el adulto mayor.”

Objetivo general.

1-Incrementar la comunicación educativa en beneficio del autoexamen bucal para la población mayor de 60 años.

Objetivos específicos.

1. Garantizar el vínculo del Médico y el equipo de salud para colaborar con la estrategia educativa.
2. Capacitar al equipo de salud en el autoexamen bucal.
3. Controlar las funciones del equipo de salud en relación con el autoexamen bucal.
4. Estimular al equipo de salud para promover la práctica del autoexamen en su radio de acción.
5. Convertir la consulta del médico en centro promotor del autoexamen bucal.
6. Incrementar los conocimientos, actitudes positivas y práctica sobre el autoexamen bucal.
7. Estimular en la población adulta mayor el autocuidado y convertirlos en promotores del autoexamen para su familia y la comunidad.
8. Garantizar la sostenibilidad de la estrategia.

Limites: Desde Enero de 2009 hasta julio de 2009.

Espacio: Casa de abuelos.

Población: 33 pacientes.

Estrategia.

1- Técnicas afectivo-participativas (TAP).

- Técnicas audio-visuales.
- Técnicas vivenciales.
- Técnicas visuales.
- Técnicas de actuación.

2- Talleres.

Recursos:

Se necesitan pancartas, plumones, videos, TV, computadora, lápices y papel de colores, pizarra, medios de enseñanza como: folletos, plegables, rotafolios.

Indicadores:

% de pacientes que practican el autoexamen bucal.

Evaluación:

1-Proceso y monitoreo.

- Reuniones del equipo de salud y/o comunicador.
- Rendición de cuentas.
- Observación de actividades.
- Visitas de supervisión.
- Informes regulares escritos.
- Positivo, negativo e interesante (PNI).
- Entrevistas.

2-Resultado e impacto.

Impacto a corto plazo.

Se propone evaluar a través de los siguientes indicadores:

- Entrevista estructurada.
- Guía de observación.
- Grupo focal.

Impacto a largo plazo.

Se propone evaluar a través de los siguientes indicadores:

- Incrementar el número de personas que realizan el autoexamen bucal.
- Disminuir los factores de riesgo.
- Incrementar el número de pacientes remitidos por el equipo de salud, por presentar lesión del complejo bucal.

Anexo 6.

AUTOEXAMEN BUCAL EN EL ADULTO MAYOR. ESTRATEGIA DE INTERVENCION EDUCATIVA



Objetivo: Determinar la eficacia de la intervención educativa “Autoexamen bucal en el adulto mayor” en la Casa de Abuelos del Policlínico Norte del municipio Morón.

El programa consta de varias intervenciones organizadas con el fin de hacer más sencillo y asequible el contenido de manera que los abuelos puedan incorporar los nuevos conocimientos en pos de mejorar su salud bucal y calidad de vida. Consta de siete sesiones que aparecen a continuación:

1ra sesión: “¿Qué podemos aprender juntos?”. (Presentación, cuestionario diagnóstico y examen bucal).

2da sesión: “Prevención: mejor forma de curar”. (Factores de riesgo y Hábitos).

3ra.Sesión: “¿Cómo saber si estoy enfermo?” (Características normales y patológicas de los tejidos bucales).

4ta. Sesión: “Autoexamen bucal: una técnica saludable”. (Demostración del método).

5ta.Sesión: Importancia del Autoexamen Bucal. Medidas para evitar la aparición de lesiones premalignas o malignas bucales.

6ta.Sesión: Aplicación del cuestionario.

7ma.Sesión: Resultados del programa educativo. Reflexión y diálogo.

1ra sesión: “¿Qué podemos aprender juntos?”



Objetivo: Dar a conocer el contenido del programa educativo para el adulto mayor Autoexamen Bucal una técnica saludable.

Se realiza la apertura del programa presentando el equipo que trabajará en el resto de las intervenciones: Máximo Facial, doctora responsable de la institución, trabajadora social y terapeuta ocupacional.

Motivación: Se aplicará la técnica de presentación: “Quiero presentar a mi amigo o amiga”.

Se le entregará a los abuelos tarjetas con representaciones de objetos como: cepillos dentales y tubos de pasta dental, vasos para agua y jarras, rostros de abuelos con sonrisas y fotos de casa de abuelos, frutas, vegetales, estomatólogos y médicos. Cada persona (abuelos y equipo de trabajo) identificará que el tenga una tarjeta similar será el que debe presentar. Luego se explica en que consiste el programa. Se informan los temas a tratar agrupados en las siete sesiones y los objetivos que perseguimos. Se aplica la entrevista individual y se realiza el examen bucal.

Materiales:

- Tarjetas.
- Hojas de papel.
- Lápices.
- Set de clasificación.

2da sesión: “Prevención: mejor forma de curar”.



Objetivo: Que los abuelos conozcan los principales factores de riesgo de cáncer bucal así como los hábitos que facilitan la aparición de la enfermedad

Motivación: Que los abuelos sepan datos epidemiológicos del comportamiento del cáncer en el mundo y en nuestro país.

Introducción: Se impartirá técnica ilustrativa sobre pacientes con cáncer bucal y pacientes sanos que se muestran alegremente a pesar de su edad.

Desarrollo: Se explican y se muestran los factores de riesgo, así como los diferentes hábitos perjudiciales y desencadenadores de cáncer bucal

demostrando como los mismos pueden afectar los tejidos bucales.

Retroalimentación: A través de preguntas y respuestas sobre aspectos básicos de estos factores y hábitos.

Materiales:

- Rotafolio.
- Hojas de papel.
- Lápices a colores.
- Fotografías impresas.

3ra sesión: “¿Cómo saber si estoy enfermo?” (Características normales y patológicas de los tejidos bucales).

Objetivo: Que los abuelos en estudio aprendan las características normales de los tejidos de la cavidad bucal, cara y cuello y desarrollen habilidades en la detección de caracteres patológicos.

Motivación: Se reparten marcadores con mensajes relacionados con la sesión anterior que les permite reafirmar lo aprendido y se les invita a que cada uno lea su mensaje.

Introducción: Se realiza lectura sobre caso clínico que evidencia estas características y se pasan diferentes fotografías.

Desarrollo: Se describen las características normales y patológicas de los tejidos bucales, cara y cuello. Se enfatiza en que existen patologías que son normales pero lo importante es encontrarlas y que el especialista sea el que diagnostique. Se emplea como técnica educativa la demostración

de estos procesos.

Retroalimentación: Cada abuelo procede a decir características normales, así como signos de alarma del cáncer bucal que nos indique la asistencia a consulta. Se le indica a las ayudantes la supervisión de aquellos que presentan dificultades.

Materiales:

- Marcadores con mensajes de salud.
- Taipodón.
- Libros.
- Carteles.

4ta. Sesión: “Autoexamen bucal: una técnica saludable”. (Demostración del método).

Objetivo: Demostrar el Método de Autoexamen Bucal.

Motivación: Presentación de láminas con representaciones del mismo.

Introducción: Se realizan preguntas para comprobar si los abuelos recuerdan las características de los tejidos así como la existencia de este método.

Desarrollo: Se explica detalladamente con técnica demostrativa, en un abuelo que se brinde para estudio, el Método de Autoexamen Bucal, el orden que deben seguir al realizarlo y la conducta a seguir en caso de detectar alguna lesión extraña. Además se le recuerda realizarlo al menos una vez al año.

Retroalimentación: Se hacen preguntas sobre esta metodología y se verifica la asimilación de lo demostrado. Se agrupan por parejas para realizar y/o explicar el método.

Materiales:

- Láminas.

5ta.Sesión: Importancia del Autoexamen Bucal. Medidas para evitar la aparición de lesiones premalignas o malignas bucales.

Objetivo de: Determinar la importancia de la realización de este método.

Motivación: Se llevan láminas con pacientes de la tercera edad realizándose el método y con integrantes del club de los 120 años que sirvan como estímulo para seguir viviendo sanamente.

Introducción: Después de la actividad anterior se le pregunta si consideran entonces importante este método.

Desarrollo: Se explica la necesidad de realizar este método de forma preventiva y se orienta lo que deben hacer en caso de detectar cualquier alteración.

Retroalimentación: Se agrupan por parejas para realizar y/o explicar las medidas de prevención.

Materiales:

- Láminas.

- Fotos

6ta.Sesión: Aplicación del cuestionario.

Objetivo: Aplicar nuevamente la entrevista. Determinar el nivel de conocimientos luego de tres meses de concluir el programa educativo.

Motivación: Se le hace una recapitulación de todos los temas tratados para introducirlos en la actividad

Introducción: Se les explica que es el mismo cuestionario al principio de la intervención y la forma de responder.

Desarrollo: Se aplica el cuestionario a cada abuelo de la investigación.

Materiales:

- Entrevista

7ma.Sesión: Resultados del programa educativo. Reflexión y diálogo.

Objetivo: Determinar la eficacia de la intervención educativa desarrollada en esta casa de abuelos mediante los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario.

Motivación: Se les invita a jugar el juego didáctico “Demuestra lo aprendido”.

Desarrollo: Se desarrolla el juego donde se escriben enunciados en tarjetas que son

repartidas y se completa el contenido. Se hace reflexión final donde los abuelos y equipo de salud del centro puedan expresar sus valoraciones sobre el impacto transformador de este programa educativo.

Materiales:

- Juego didáctico “Juega y aprende”
- Hojas de papel.
- Lápices.

Guía de observación para Médico.

Fecha _____ Hora _____

Médico _____

Aspectos	Criterios de evaluación	
	Correcto	Incorrecto
Orientación del auto-examen bucal.		
Demostración del auto-examen bucal		
Propaganda gráfica relacionada con el auto-examen bucal.		

Observaciones:

Guía de observación para la terapeuta ocupacional y trabajadora social.

Fecha _____ Hora _____

Nombre _____

Aspectos	Criterios de evaluación	
	Correcto	Incorrecto
Propaganda gráfica relacionada con el auto-examen bucal.		
Orientación del auto-examen bucal.		
Seguimiento y control del auto-examen a los pacientes de riesgo.		

Observaciones:

Criterios de evaluación de las guías de observación.

1- Médico.

2-Trabajador social y terapeuta ocupacional.

1- Guía de observación para Médico.

Aspectos a medir:

- a) Orientación del auto-examen bucal.
- b) Demostración del auto-examen bucal.
- c) Propaganda gráfica relacionada con el auto-examen bucal.

a) Orientación del auto-examen bucal.

Se considera correcto si durante la consulta se orienta o persuade al paciente a que practique el auto-examen bucal. Incorrecto cuando se deja de orientar.

b) Demostración del auto-examen bucal.

Se considera correcto si se observa que el Médico tiene destreza para lograr que el paciente aprenda el método del auto-examen bucal. Incorrecto cuando el observador no está convencido de las destrezas del profesional.

c) Propaganda gráfica relacionada con el auto-examen bucal.

Se considera correcto si se observa al menos una evidencia de propaganda gráfica relacionada con el auto-examen bucal. Incorrecto si no hay ninguna evidencia de propaganda gráfica sobre el tema en el local de consulta.

2- Guía de observación para la terapeuta ocupacional y trabajadora social.

Aspectos a medir:

- a) Propaganda gráfica relacionada con el auto-examen bucal.
- b) Orientación del auto-examen bucal.
- c) Orientación y control del auto-examen bucal a los pacientes de seguimiento.

a) Propaganda gráfica relacionada con el auto-examen bucal.

Se considera correcto si se observa al menos una evidencia de propaganda gráfica relacionada con el auto-examen bucal. Incorrecto si no hay ninguna evidencia de propaganda gráfica sobre el tema.

b) Orientación del auto-examen bucal.

Se considera correcto si durante la consulta o cualquier actividad se orienta o persuade a la población sobre el método del auto-examen como medida preventiva del cáncer bucal. Incorrecto cuando se deja de orientar.

c) Seguimiento y control del auto-examen a los pacientes de riesgo.

Se considera correcto cuando se solicite una o más historias clínicas de pacientes en seguimiento y se constate la orientación del auto-examen bucal a los pacientes así como su control. Incorrecto cuando se deje de orientar y constatar.