



Noviembre 2019 - ISSN: 1989-4155

## INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGOS DEL CÁNCER BUCAL EN EL CONSULTORIO MÉDICO DE FAMILIA PUEBLO IV

**Dra. Yadira Odelsy Pérez Reyes**  
(Profesora Instructora)

**Lic. Yudmila Ramírez Abreu**  
(Profesor Asistente)

Filial Universitaria Municipal de Salud. Jobabo. Las Tunas

Doctora en Estomatología.

Universidad de Ciencias Médicas. Camaguey. 1996

Lic. Atención Estomatológica. Universidad de Ciencias Médicas Camaguey 2009

yadirapr@sld.ltu.cu

marreroymumi@sld.ltu.cu

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Yadira Odelsy Pérez Reyes y Yudmila Ramírez Abreu (2019): "Intervención educativa sobre factores de riesgos del cáncer bucal en el consultorio médico de familia pueblo IV", Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo (noviembre 2019). En línea:

<https://www.eumed.net/rev/atlanter/2019/11/intervencion-educativa-cancer.html>

### RESUMEN

El cáncer es uno de los problemas de salud más importantes a escala mundial, donde cada año la mortalidad alcanza cifras de grandes proporciones. Con el objetivo de evaluar el impacto del trabajo preventivo educativo sobre los factores de riesgos derivadas de las lesiones pre malignas y malignas en pacientes mayores de 15 años en el Consultorio del Médico de la Familia Pueblo IV del municipio Jobabo, se realizó esta investigación en el período octubre 2014 a mayo 2015. Se utilizaron la encuesta, la observación y la recopilación de información. La muestra la conformaron 80 pacientes portadores de factores de riesgos, los que fueron seleccionados por el método de muestreo aleatorio simple. Se realizó una anamnesis exhaustiva y un examen bucal para determinar factores de riesgos presentes. La obtención del dato primario se realizó a través del interrogatorio a pacientes, además del examen clínico en consulta. Los datos clínicos y generales de los pacientes se confeccionaron de las historias clínicas individuales. Se utilizó como medidas estadísticas la distribución de frecuencias absolutas y proporciones para el procesamiento de la información. Al distribuir los pacientes según edad y sexo se pudo comprobar que los masculinos fueron los más representativos sobre todo en el grupo de edad de 35 a 59 años. El técnico medio es el nivel educacional más predominante en la población estudiada. La estrategia aplicada en la población logró disminuir los factores de riesgos presentes en los mismos y elevar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgos desencadenante de lesiones premalignas y malignas.

**Palabras Claves:** cáncer bucal-factores de riesgo-pacientes- intervención educativa-promoción de salud.

## ABSTRACT

The cancer is one from the most important problems of health to world scale, where every year the mortality reaches figures of big proportions. With the objective of evaluating the impact of the educational preventive work about the factors of risks derived of the lesions wicked pre and wicked in patient bigger than 15 years in the Clinic of the Doctor of the Family Town IV of the municipality Jobabo, was carried out this investigation in the period October 2014 to May 2015. Se used the survey, the observation and the summary of information. The sample conformed it 80 patient payees of factors of risks, those that were selected by the simple random sampling method. He/she was carried out an exhaustive anamnesis and a buccal exam to determine factors of present risks. The obtaining of the primary fact he/she was carried out through the interrogation to patient, besides the clinical exam in the patients' consulta. Los clinical and general data were made of the individual clinical histories. It was used as statistical measures the distribution of absolute frequencies and provide for the prosecution of the information. When distributing the patients according to age and sex could be proven that the masculine ones were mainly the most representative in the age group from 35 to 59 years. The half technician is the most predominant educational level in the studied population. The strategy applied in the population was able to diminish the factors of present risks in the same ones and to elevate the level of knowledge about the factors of risks of lesions wicked pre and wicked.

**Key words:** cancer buccal-factors of risk-patient - intervention educational-promotion of health.

## 1. INTRODUCCIÓN.

El cáncer es uno de los problemas de salud más importantes a escala mundial. Cada año la mortalidad alcanza cifras de grandes proporciones. Se postula que el desarrollo del cáncer es el resultado de la acumulación de errores genéticos en un mismo tejido, donde también se encuentran implicadas la activación de oncogenes y la inactivación de genes supresores de tumores (Hermida y col, 2011).

El cáncer, en cualquiera de sus variantes y localizaciones, constituye un problema de salud para el hombre moderno, sobre todo porque es una enfermedad crónica, que se incrementa proporcionalmente al envejecimiento de la población. El estudio de esta enfermedad se ha enmarcado en tres periodos importantes, el primero fue descriptivo y se extendió desde los principios de la historia hasta mediados del siglo XVIII; el segundo, profundizó en los aspectos clínicos y anatomopatológicos, y culminó cerca del año 1900; mientras que el tercer período se extiende hasta la época actual e incluye la definición y el diagnóstico molecular, así como los avances terapéuticos (García y Tarragó, 2011).

En el siglo XX, las investigaciones y descubrimientos relacionados con el cáncer experimentaron avances muy significativos debido a la prevalencia y la incidencia progresiva de esta enfermedad; pero no fue hasta el año 1964, que se reforzó la importancia de los factores de riesgo de los tumores malignos.

Desde el año 1982, el Ministerio de Salud Pública en Cuba aplicó un "Programa de Detección del Cáncer Bucal" (PDCB), pionero en el mundo y dirigido a reducir la morbilidad y la mortalidad del cáncer de la boca, mediante la prevención y el diagnóstico precoz por medio del examen del complejo bucal. Sin embargo, el cáncer bucal tiende a incrementar su incidencia en el municipio Jobabo y los registros del PDCB en la institución muestran un aumento progresivo de pacientes con lesiones premalignas y malignas del complejo bucal, lo que presupone dificultades en la instrumentación del referido programa. Además en los consultorios Pueblo III y IV existe un elevado número de pacientes con factores de riesgo a estas lesiones (Hermida y col, 2011).

Esta situación motivó a la realización de investigaciones en el campo de la estomatología general integral. Así se justifica la necesidad de confeccionar y aplicar una estrategia de intervención educativa en la comunidad, para contrarrestar este creciente problema de salud bucal y dando continuidad al Programa de Detección del Cáncer Bucal, ejecutado en Cuba por 30 años, el cual debe ser creativamente aplicado de acuerdo con las características histórico-concretas, físicas, administrativas, culturales y organizativas de cada localidad; entonces surgió la necesidad de desarrollar y fortalecer las acciones de prevención hacia la comunidad. Dicha afirmación conduce al siguiente problema científico:

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre lesiones pre malignas y sus factores de riesgos en la población?

- ¿Qué resultados ofrecería la aplicación de una estrategia de intervención educativa en la comunidad?

Todo lo anterior justifica la presente investigación, que tiene como objetivo evaluar el impacto del trabajo preventivo educativo sobre los factores de riesgos desencadenantes de las lesiones premalignas y malignas en pacientes mayores de 15 años pertenecientes a los consultorios Pueblo IV en el período octubre 2014 a mayo 2015.

## 2. DESARROLLO.

Se realizó un estudio de intervención educativa con el propósito de evaluar el impacto del trabajo preventivo educativo sobre los factores de riesgos desencadenantes de las lesiones premalignas y malignas en pacientes mayores de 15 años, de ambos sexos pertenecientes a los consultorios Pueblo IV, del municipio Jobabo, correspondiente a la provincia Las Tunas en el período de octubre 2014 a mayo 2015.

### 2.1. Universo de estudio.

El universo de estudio estuvo conformado por 760 pacientes mayores de 15 años pertenecientes a los consultorios pueblo IV, los cuales eran portadores de factores de riesgos desencadenantes de lesiones premalignas y malignas.

La muestra estuvo conformada por 80 pacientes portadores de factores de riesgos los cuales fueron seleccionados por el método de muestreo aleatorio simple.

Para ser incluido en el estudio previamente se realizó una anamnesis exhaustiva y un examen bucal para determinar factores de riesgos presentes en la población estudiada tomándose como criterios de inclusión y exclusión los siguientes:

### 2.2. Criterios de inclusión.

- Pacientes con disposición de participar o retirarse del estudio cuando lo deseen y que fueran portadores de factores de riesgos a lesiones premalignas y malignas.
- Pacientes pertenecientes a los consultorios objeto de estudio.
- Pacientes con capacidad física y mentalmente acorde a su edad.

### 2.3. Criterios de exclusión.

- Pacientes que no dan su consentimiento para ser objeto de estudio.
- Pacientes no aptos física y mentalmente.
- Pacientes que no pertenezcan a los consultorios objeto de estudio.
- Pacientes que no sean portadores de factores de riesgos a lesiones premalignas y malignas.
- Aquellos que deseen retirarse de la investigación por voluntad propia.

### 2.4. Operacionalización de las variables.

Variables	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	15-19 20-34 35-59 60-74 75 y más	Según años cumplidos	Números y porcentos

Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico de pertenencia	Número y por cientos
Categoría laboral	Cualitativa nominal dicotómica	Ama de casa  Jubilado  Obrero  Cuenta Propista  Desvinculado  Estudiante	Mujeres dedicadas a las labores del hogar. Todo aquel que se encuentre acogido al retiro laboral. Toda persona que tenga vínculo laboral. Persona que trabaja con sus propios recursos. Toda persona con edad laboral que no estudia ni trabaja. Toda persona que tenga vínculo estudiantil.	Número y por cientos
Nivel educacional	Cualitativa nominal	Primaria  Secundaria  Técnico medio  Pre universitario  Universitario  Ninguna	Según nivel escolar alcanzado.	Número y por cientos
Factores de riesgos	Cualitativa nominal	Fumadores  Alcoholismo  Sepsis bucal  Alimentos calientes y picantes  Irritantes traumáticos  Radiaciones solares	Persona que se fume al menos un cigarro. Toda persona que ingiera bebidas alcohólicas. Persona con IHB mayor de 20 y con más de un resto radicular. Pacientes que acostumbran a comer comidas calientes y muy condimentadas. Pacientes portadores de prótesis desajustadas, Bordes filosos o mordeduras. Pacientes que pasen tiempo expuesto a las radiaciones solares.	Numero y por ciento

Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado  Inadecuado	Repuesta correcta mayor de 6 preguntas Repuesta incorrecta menor de 6 preguntas	Número y por cientos

## 2.5. Aspectos éticos de la investigación.

Previamente a la investigación que se realizó, se les explicó a los pacientes que participaron en el estudio las características, objetivos e importancia de la misma, así como los beneficios para futuras investigaciones, además se les pidió su consentimiento informado, aplicando el principio de voluntariedad, la información obtenida fue y será utilizada con el máximo secreto profesional con fines netamente científicos.

## 2.6. Técnica y procedimiento.

Para cumplimentar los objetivos de la investigación la misma se ejecutó en tres etapas:

- **Primera etapa:** Descripción e Identificación de las necesidades educativas.
- **Segunda etapa:** Diseño y aplicación de la estrategia educativa.
- **Tercera etapa:** Evaluación o impacto de la estrategia.

### 2.6.1. Primera etapa.

En la primera etapa se recogieron los datos generales que permitieron caracterizar al grupo a estudiar de acuerdo a la edad y el sexo, a través de la historia clínica de atención primaria, confeccionada según instructivo, obteniéndose además los factores de riesgos a lesiones premalignas y malignas presentes en estos pacientes.

Se identificaron las necesidades educativas mediante la aplicación de un cuestionario, estructurado con preguntas cerradas, para definir el nivel de conocimientos y actitud que poseían los pacientes respecto al efecto perjudicial de determinados factores de riesgos en la aparición de lesiones pre malignas y malignas, confeccionado por el propio autor, teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje detectadas.

Se confeccionó una clave, para la evaluación del mismo considerándose como aprobado 60 puntos. La misma contenía 10 preguntas y a cada una se le otorgó la calificación de 10 puntos, con una sumatoria total de 100 puntos, tomándose la siguiente decisión:

- Conocimiento adecuado: de 60 a 100 puntos.
- Conocimiento inadecuado: menos de 60 puntos.

Para conocer entonces aquellos contenidos que debían ser incluidos en el programa educativo, se utilizó el Modelo de Detección de las Necesidades de Aprendizaje de David Leyva, el cual tuvo un carácter deductivo y la diferencia obtenida de ¿Qué debía saber? Y ¿Qué sabe realmente? Denominada discrepancia fue la que nos aportó las necesidades educativas para las cuales se plantearon las alternativas de solución, estableciendo un diagnóstico de necesidades educativas como punto de partida para realizar el proyecto educativo.

### 2.6.2. Segunda etapa.

En la segunda etapa se diseñó y aplicó la estrategia educativa "Salud para mi boca" dirigida a los pacientes objeto de estudio, de forma clara, precisa y que respondiera a las necesidades identificadas siguiendo la metodología para una estrategia de "Información-Educación -

Comunicación". Los temas tratados fueron válidos por criterios de un psicólogo y se organizaron en seis sesiones de trabajo, programando actividades educativas, aplicando diferentes técnicas afectivo-participativas y la utilización de medios de enseñanza, todos seleccionados acorde a las necesidades de aprendizaje, edad y características de los pacientes a intervenir, luego se aplicó dicha estrategia durante tres meses con una frecuencia quincenal.

### **2.6.3. Tercera etapa.**

En la tercera etapa se evaluó la estrategia educativa diseñada a través de:

- Evaluaciones de monitoreo o proceso.
- Evaluaciones de impacto o resultados.

Las evaluaciones de proceso o monitoreo se realizaron en el desarrollo de las sesiones de trabajo a través de las preguntas de retroalimentación, la observación tanto de forma individual como colectiva de la participación activa de los pacientes durante la aplicación de las técnicas educativas.

La evaluación de impacto o resultados se determinó mediante la aplicación nuevamente del cuestionario inicial, comparando los resultados obtenidos antes y después de la intervención en la muestra estudiada, determinando la modificación del nivel de conocimientos sobre los factores de riesgos a lesiones premalignas y malignas.

Se valoró la aceptación del programa al finalizar el mismo a través de las experiencias y expectativas expresadas por los pacientes. Para la evaluación de la efectividad del programa al finalizar la estrategia se estableció que la misma sería:

- Satisfactorio: Cuando el nivel de conocimientos fuera bueno y disminuyeran los factores de riesgos presentes en los pacientes así como que los resultados del cuestionario fueran aceptables al finalizar la intervención.
- No satisfactorio: Cuando el nivel de conocimiento y los resultados de la encuesta fueron no aceptables y no disminuyeran los factores de riesgos presentes en los pacientes.

### **2.7. Recolección de la información.**

La investigación fue desarrollada por una Especialista de EGI en el período comprendido de octubre 2014 a mayo 2015.

Se realizó una revisión bibliográfica amplia y actualizada de documentos tales como publicaciones, tesis, programas, y otras literaturas especializadas de autores nacionales e internacionales relacionados con el tema objeto de investigación a través de Infomed en la biblioteca de nuestra sede universitaria que duró todo el periodo de la investigación y sirvió para elaborar el marco teórico y conceptual y comparar los resultados obtenidos con otros estudios.

La obtención del dato primario se realizó a través del interrogatorio a pacientes, así como el examen clínico realizado en la consulta utilizando el sillón dental y espejo bucal existiendo control de la calidad por parte de la misma. Se confeccionaron las historias clínicas individuales utilizadas en la atención primaria de salud, recogiendo los datos clínicos y generales de los pacientes objeto de estudio. También se recopilaron datos por medio de encuestas que se les realizó al grupo en estudio antes y después de la labor preventiva.

Con la finalidad de elevar el nivel de educación para la salud con respecto a los hábitos bucales deformantes se realizó entre los meses de diciembre del 2014 a febrero del 2015 una intervención educativa diseñada al efecto denominado "Salud para mi boca" dirigido a la población mayor de 15 años que participaron en el estudio.

### **2.8. Procesamiento, análisis y discusión de resultados.**

La información recogida se procesó en una computadora personal marca Benq, transcrito los datos previamente en un registro primario de datos para facilitar el procesamiento estadístico. Se utilizó como medidas estadísticas la distribución de frecuencias absolutas y proporciones y porcentajes. Los resultados obtenidos se expresaron en tablas

A partir de los objetivos propuestos para este trabajo, se analizaron y discutieron los resultados, los cuales fueron mostrados en forma de cuadros descritos en el contenido del

informe con el fin de resumir e interpretar los mismos, realizar comparaciones entre los resultados obtenidos antes y después de aplicar la estrategia en la muestra estudiada, así como con estudios provinciales, nacionales e internacionales, pudiendo llegar a conclusiones y recomendaciones pertinentes.

#### 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

**Cuadro 1 Distribución de los pacientes según grupo de edad y sexo.**

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
15-19	9	69,2	4	30,7	13	16,2
20-34	6	66,6	3	33,3	9	11,2
35-59	37	84,0	7	15,9	44	55
60-74	7	77,7	2	22,2	9	11,2
75 y más	4	80	1	20	5	6,2
Total	63	78,7	17	21,2	80	100

**Fuente: HC y cuestionario**

En el Cuadro # 1 Distribución de la población según edad y sexo, muestra que todos los grupos de edades establecidos por el Programa Nacional de Atención Estomatológica fueron registrados. Con respecto al estudio inicial se observa que teníamos un total de 80 pacientes, distribuidos en 17 (21,2%) del sexo femenino y 63 (78,7%) del sexo masculino. Se observa que el total de masculinos es el sexo más afectado por el cáncer bucal. El grupo de edades más numeroso fue el de 35-59 representado por el 55%, constituyendo el grupo estándar de vigilancia del estado de salud de los adultos.

Estos resultados coinciden con un trabajo realizado por el Dr. Rabelo López en un Estudio comunitario sobre los factores de riesgo de las lesiones bucales premalignas y malignas en Mantua.2013 (31), donde el grupo de edad más representado fue el de 35-59.

La edad en sí no está del todo claro que sea en factor de riesgo a lesiones pre malignas y malignas, pues se han reportado casos de pacientes con edades inferiores a los 35 años y que padecen cáncer bucal.; en estos casos se insiste que la herencia es el factor que determina.

Al ser los masculinos los más representativos en este estudio resultó un poco más difícil al realizar las labores educativas pues estos eran más despreocupados e inasistentes a las actividades educativas.

**Cuadro 2 Distribución de la población según nivel educacional.**

<b>NIVEL EDUCACIONAL</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Primaria</b>	6	7,5
<b>Secundaria</b>	8	10
<b>Técnico Medio</b>	43	53,7
<b>PRE -Universitario</b>	14	17,5
<b>Universitario</b>	9	11,2
<b>Ninguna</b>	0	0
<b>Total</b>	80	100

**Fuente: HC y Cuestionario**

En el Cuadro #2 Distribución de la población según nivel educacional. Se observa que predominó el nivel Técnico medio con 43 personas para un 53,7% seguido por los pre-universitarios y los universitarios con un 17,5 % y un 11,2 % respectivamente.

Estos resultados difieren de un estudio realizado por el Valentín González Federico en una Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del registro ante el cáncer bucal en Cárdenas, en la Universidad de Ciencias Médicas Matanzas donde el nivel educacional más predominante fueron los preuniversitarios, 2016.(37)

Estos resultados evidencian la labor educativa y ética que debemos emplear para comunicarnos con cada paciente evidenciando los logros de la Revolución que en los últimos años ha garantizado la Universalización de la enseñanza y con ello ha elevado el nivel escolar.

**Cuadro 3 Distribución de la población según categoría laboral.**

<b>CATEGORIA LABORAL</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Ama de casa</b>	11	13,7
<b>Obrero</b>	38	47,5
<b>Cuenta propista</b>	3	3,7
<b>Jubilado</b>	9	11,2
<b>Desvinculado</b>	3	3,7
<b>Estudiante</b>	16	20
<b>Total</b>	80	100

**Fuente: Cuestionario**

En el Cuadro # 3 Clasificación de la población según categoría laboral, observamos que la categoría de obrero es la de más cantidad representada por 38 personas para un 47.5%, esto es beneficioso para mí, porque puedo utilizarlos como promotores de salud en la comunidad



brindando EPS sobre correcta higiene bucal, como mantenerla y como lograrla evitando con esto la aparición de enfermedades como la caries dental y periodontopatías que conllevan a la pérdida dentaria afectando a los pacientes estética y funcionalmente. Estos resultados coinciden con un estudio realizado por un colectivo de autores Cepero Franco Francisco, Pérez López Yarisleida, Cárdenas Pérez Eneisy, Morales Pardo Mara I., Quintero Herrería Yilian. Lesiones Malignas y Premalignas del Complejo Bucal en pacientes de la zona norte de Ciego de Ávila, donde se obtuvo que la categoría laboral más representada es el obrero.(39) Estos resultados demuestran que las visitas al terreno se dificultan, lo que conlleva a la realización de estas en horarios no laborables

**Cuadro 4 Distribución de la población según factores de riesgos de lesiones premalignas y malignas antes y después de la labor educativa.**

FACTORES DE RIESGO	ANTES		DESPUÉS	
	No	%	No	%
<b>Fumadores</b>	28	35	28	35
<b>Alcoholismo</b>	14	17,5	14	17,5
<b>Alimentos y bebidas calientes y picantes</b>	3	3,75	1	1,25
<b>Sepsis oral</b>	2	2,5	-	-
<b>Irritantes traumáticos</b>	4	5	-	-
<b>Radiación solares</b>	7	8,75	2	2,5

**Fuente: HC y Cuestionario**

En el cuadro #5 se observa que los hábitos que continuaron presentes fueron el tabaquismo con los 28 pacientes aunque se logró reducir la cantidad de cigarrillos y la frecuencia con que practicaron este dañino hábito, el cual constituye un factor de riesgo del cáncer bucal. Los pacientes alcohólicos también lograron modificar la frecuencia de este hábito. Los pacientes con sepsis oral y bordes filosos fueron tratados en su totalidad ya que estas enfermedades pueden resultar perjudiciales.

Este resultado coincide con un estudio realizado por el Peña M, Zaldívar OL, Ruiz M en una intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer bucal. Donde resultaron el tabaquismo y el alcoholismo los principales factores desencadenantes de lesiones malignas.

Estos resultados demuestran que hay que continuar trabajando con estos pacientes, ya que los resultados no han sido suficientes.

**Cuadro 5 Distribución de la población según grupo de edades y nivel de conocimiento sobre factores de riesgos de lesiones premalignas y malignas antes y después de la labor educativa.**

GRUPOS DE EDADES	NIVEL DE CONOCIMIENTOS ANTES				NIVEL DE CONOCIMIENTO DESPUES			
	ADECUADO		INADECUADO		ADECUADO		INADECUADO	
	NO	%	No	%	No	%	No	%
15 – 19	5	15,1	8	17	10	17,8	3	12,5
20-34	3	9	6	12,7	7	12,5	2	8,3
35 – 59	21	63,6	23	28,7	38	67,8	6	25
60 -74	2	6	7	14,8	8	14,2	1	4,1
75 y más	2	6	3	6,3	4	7,1	1	4,1
<b>Total</b>	33	41,2	47	58,7	56	70	24	30

**Fuente: Cuestionario**

En el cuadro # 5, se muestra un incremento favorable del nivel de conocimiento de Educación para la Salud de la población en sentido general donde se observa un aumento de las personas con un adecuado nivel de conocimiento, con respecto al estudio inicial, elevándose de un 58,7% a un 70%. Aun así, un aumento en el nivel de conocimiento sobre salud bucodental, no supone necesariamente cambios en los estilos de vida y patrones de conducta de las personas lo cual se evidenció en la persistencia de hábitos inadecuados para lo cual es necesaria una labor educativa más extensa, dirigidas a incrementar los conocimientos sobre las enfermedades bucales, sus factores de riesgo, incentivar la práctica de hábitos higiénicos correctos y estilos de vida favorables para la salud.

Este resultado difiere de un estudio realizado por el Dr.Valentín González Federico. Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del registro antes el cáncer bucal (24) donde el 62.6% de los pacientes presentan nivel inadecuado y solo se pudo incrementar a nivel adecuado un 6 %, esta diferencia puede deberse a la puesta en práctica durante muchos años de nuestros programas de atención integral a la familia y la comunidad.

## CONCLUSIONES

- Al distribuir los pacientes según edad y sexo se pudo comprobar que los masculinos fueron los más representativos sobre todo en el grupo de edad de 35 a 59 años.
- El técnico medio es el nivel educacional más predominante en la población estudiada.
- La mayor parte de la población es obrera.
- Se diseñó y aplicó una estrategia educativa en la población en estudio logrando resultados satisfactorios.
- La estrategia aplicada en la población logró disminuir los factores de riesgos presentes en los mismos y elevar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgos desencadenante de lesiones premalignas y malignas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García, M.; Tarragó, J. (2011). Necesidades de aprendizaje relacionado con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana. Revista Cubana de Estomatología, 46(4), pp 3-5.
2. García, R. (2011). Cáncer bucal. ¿Informar al paciente? . En Revista Humanidades Médicas, 3(2), p.9.
3. Hermida, M.; González, Y. ; Borroto D. (2012). Epidemiología del cáncer bucal en la provincia Ciego de Ávila. Estudio de quince años (1991 a 2005). Mediciego; 13(1), pp 13-15.
4. Hermida, M.; Santana, J.C.; González, Y.E.; Borroto, D. (2011). Factores de riesgo del cáncer bucal. Mediciego; 13(1), pp.4-5.
5. Landrían, N.; Hidalgo, C.; García, R. (2013). Capacitación del médico general integral en el programa nacional de detección precoz del cáncer bucal. Archivo Médico Camaguey; 11(1), p.11.