

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CÁNCER BUCAL EN ESCOLARES DE 15-18 AÑOS

EDUCATIONAL INTERVENTION ON ORAL CANCER IN SCHOOLCHILDREN AGED 15-18

Dra. Dalia Annamelia Fernández Paumier. lalafp@nauta.cu. Hospital General, Moa, Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5061-3177>

Dr. Yasmani Vega Gómez. gomez.vega@nauta.cu. Policlínico Docente Rolando Monterrey. Moa, Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6982-3203>

Dra. Sandra Barthelemy Machado. sandrabartelemy@infomed.sld.cu. Hospital General, Moa. Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2575-5595>

Fecha de recepción: 6 de marzo de 2022

Fecha de aceptación: 20 de junio de 2022

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención en escolares de 15-18 años del IPU Antonio Fernández en el período comprendido entre octubre 2019 a junio 2021 con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre cáncer bucal. El universo estuvo constituido por los 324 escolares que conforman la matrícula del pre universitario y la muestra quedó conformada por 50 de ellos, seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple. La investigación se desarrolló durante tres períodos definidos: un primer momento de diagnóstico, un segundo momento de intervención y el último momento de evaluación del impacto de la intervención. Esta estrategia demostró un salto cualitativo, al apreciarse un decrecimiento del nivel de conocimiento insuficiente desde un 86% antes de la intervención educativa a un 6 %.

PALABRAS CLAVES: nivel de conocimientos; cáncer bucal; escolares; intervención.

SUMMARY

Due to its situation, anatomy and functions, the oral cavity deserves careful medical attention in the prevention and early detection of oral cancer. An intervention study was carried out in schoolchildren aged 15-18 from the

IPU Antonio Fernández in the period from October 2019 to June 2021 with the aim of evaluating the effectiveness of an educational intervention on oral cancer. The universe was made up of the 324 schoolchildren that make up the pre-university enrollment and the sample was made up of 50 of them, selected through a simple random sampling. The research was carried out during three defined periods: a first moment of diagnosis, a second moment of intervention and the last moment of evaluation of the impact of the intervention. This strategy demonstrated a qualitative leap, as a decrease in the level of insufficient knowledge was observed from 86% before the educational intervention to 6%.

KEYWORDS: level of knowledge; Oral cancer; schoolchildren; intervention

INTRODUCCIÓN

El cáncer, también llamado la epidemia silenciosa del siglo XXI, constituye un grave problema de salud para la humanidad. La prevalencia de esta enfermedad varía según los países; según estadísticas de salud, alrededor de 40 000 nuevos casos de cáncer son diagnosticados cada año en el país, lo cual sitúa a Cuba entre las tasas de incidencia que más crece en la región de América Latina y el Caribe.

El cáncer se define como «una alteración caracterizada por el crecimiento tisular patológico, el cual tiene su origen en una proliferación persistente y prolongada de células anormales que desemboca en una patología, determinada ésta por la invasión y destrucción de los tejidos del cuerpo» (Guerrero et al., 2016, p. 299).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017a) afirma que «una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y que pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos». «Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer» (§ 10).

Otra definición se encuentra en Ortiz et al. (2014), quienes indican que «el cáncer es una enfermedad provocada por la proliferación anormal de células mediante un proceso denominado carcinogénesis, es decir, la capacidad que adquieren algunas células para multiplicarse incontroladamente e invadir otros órganos» (p. 78).

De esta forma se puede entender el cáncer bucal como una neoplasia maligna que se puede desarrollar en diferentes lugares de la cavidad bucal y es capaz de invadir y destruir tejidos, para luego diseminarse.

El cáncer bucal es la sexta causa de muerte más común entre todos los cánceres del mundo, es una de las enfermedades más trascendentales en la vida de un ser humano, pues esta es una patología que produce secuelas permanentes en el complejo bucal, capaces de afectar psicológicamente a quien la padece y repercutir en el entorno social y familiar del enfermo, y mientras no se encuentre la estrategia más correcta, prevenir es la elección.

La alta prevalencia de estas afecciones llama la atención y obliga a los profesionales involucrados a estudiar y proponer soluciones.

La prevalencia informada de estas enfermedades de otros países como España, representa anualmente el 2.6 % de los casos y su mortalidad es de 1.5 por cada 100 mil habitantes. En algunas zonas geográficas (Sudeste Asiático, Francia, Australia e India) estos diagnósticos son más frecuentes debido al consumo de nuez de betel o de areca, mascar tabaco o fumar invertido. En Estados Unidos, por su parte, se informan anualmente 30 mil nuevos casos de cáncer orofaríngeo (3 de cada 100 personas).

En Cuba, el cáncer bucal se mantiene entre las diez primeras localizaciones de tumores; ha sufrido un incremento del 23,8%, a razón de tres hombres por cada mujer, representando la octava causa de muerte en nuestro país.

En el año 2014 se incrementó las tasas de mortalidad en 6 provincias del país de tumores malignos en Cuba, y dentro de ellas está Pinar del Río, donde los tumores oncogénicos en el grupo de 60 a 74 años constituyen el primer motivo de deceso y el segundo en los de 75 años y más, por lo que el cáncer sigue siendo la primera causa de años de vida potencialmente perdidos de uno a 74 años.

Aunque tiene un origen multifactorial, existen factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, como los hábitos tóxicos (tabaco y alcohol), dieta pobre en frutas y verduras, estados carenciales y de inmunosupresión, obturaciones defectuosas, introducción de objetos en la boca, mordisqueo de labios, carrillos y lengua, infecciones causadas por el virus del papiloma humano (HPV) transmitido sexualmente y el VIH, candidiasis, sepsis oral, herencia, radiaciones ultravioletas, riesgos

laborales, estrés, entre otros que afectan de forma negativa los índices de morbilidad y mortalidad.

El programa nacional de atención estomatológica cubano refiere, que dentro de los factores físico-químicos los más importantes son el tabaco y el alcohol, añade otros como las prótesis mal adaptadas, los bordes cortantes de obturaciones o dientes y alimentos muy calientes o muy condimentados. Doncel et al. (2014) hacen mención, además, a la sepsis bucal, la dieta escasa en frutas y vegetales y la exposición excesiva a la radiación solar, coincidiendo con Batista et al. (2014), quienes agregan, las radiaciones ionizantes cuando provienen de fuentes terapéuticas, y plantean que los principales factores de riesgo del cáncer bucal, están relacionados en su mayoría con hábitos y estilos de vida insanos.

La presentación clínica es muy variada, va desde masas exofíticas, máculas blancas o rojas, hasta úlceras profundas no dolorosas con más de 15 días de evolución. Las áreas induradas y fijas a planos profundos deben ser revisadas cuidadosamente, y estos cambios serán detectados por una palpación digital meticulosa.

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, pero a pesar de la aplicación de las acciones encaminadas al control desde hace varias décadas, no se ha logrado disminuir la mortalidad ni la incidencia de los casos invasivos. Cabe resaltar que la conducta observada en nuestro país es semejante a la detectada a nivel global por la Organización Mundial de la Salud (OMS), reportándose un incremento en la incidencia del cáncer oral y una de las más bajas sobrevividas a los 5 años (menos de 50% de los pacientes sobreviven más de 5 años).

La provincia en los últimos años ha mostrado un incremento sucesivo de las etapas III y IV de la enfermedad, fundamentalmente en pacientes mayores de 60 años, y de localización en estructuras fácilmente visibles como la parte móvil de la lengua. En estos momentos se encuentra en el tercer lugar de muerte, precedido sólo por el cáncer de mama y de pulmón.

En Holguín se estudia la mortalidad por cáncer bucal por Verdecia (2014) y concluyen que el municipio cabecera es el que mayor número de casos aporta. Driggs Zayas et al. (2015), también realizaron una investigación referente al tema en nuestro municipio concluyendo q los más afectados son los hombres mayores de 50 años.

Cuba presenta actualmente una expectativa de vida al nacer de 75 años, y asociado a ese envejecimiento de la población aparece un aumento de enfermedades crónicas y neoplasias, por lo que las personas de edad avanzada acuden con mayor frecuencia al médico que al estomatólogo, refiriendo que no es necesario porque no tienen dientes, salvo que se desajuste su aparato protésico. Por tanto, mientras no se encuentre la estrategia más correcta de acuerdo con los conocimientos actuales, prevenir es la elección, y la única medida de curabilidad será mediante el diagnóstico en su etapa inicial, y será obligación de cualquier profesional sanitario la detección precoz del cáncer bucal, requiriendo una preparación adecuada.

Teniendo en cuenta que gran parte los estudiantes de pre universitario serán los futuros médicos de familia y estomatólogos del país, eslabón prioritario por su relación directa con la comunidad, es necesario lograr que amplíen sus conocimientos, adquieran habilidades que fortalezcan el ser, el saber y el hacer, para llevar a cabo el examen minucioso del complejo bucal. De esta manera el estudiantado, una vez graduado, podrá incluir la detección del cáncer bucal dentro de la evaluación clínica rutinaria al que somete a las personas que acuden a su consulta.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención educativa con diseño de antes y después con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre cáncer bucal en escolares de 15-18 años del IPU Antonio Fernández, en el período comprendido octubre de 2019 a junio de 2021.

El universo estuvo conformado por los 324 escolares que conforman la matrícula del IPU Antonio López Fernández y la muestra quedó conformada aplicando un muestreo aleatorio simple por 50 de ellos, que cumplieron los criterios de inclusión.

En la investigación se consideraron tres etapas las que se detallan a continuación.

- ✓ Etapa diagnóstica.
- ✓ Etapa de intervención propiamente dicha.
- ✓ Etapa de evaluación.

Etapa diagnóstica

Durante la etapa diagnóstica se aplicó la encuesta con 5 preguntas, relacionada con los temas a discutir en la intervención, la cual sirvió para valorar el grado de conocimientos al respecto antes de la intervención educativa, la cual fue calificada según clave y norma. Se validó teniendo en cuenta el grupo poblacional escogido para esta intervención educativa.

Etapa de Intervención propiamente dicha

A partir de los resultados obtenidos en la prueba de entrada se aplicó el Programa Educativo "Tu salud bucal, al alcance de tus manos", de acuerdo con los problemas y necesidades detectadas en el cuestionario.

Se realizó un programa de actividades educativas subdividiéndolos en 3 grupos, para garantizar que recibieran y participaran en todas las técnicas educativas diseñadas, auxiliándonos de presentaciones en PowerPoint, pancartas, modelos dentales entre otros que permitieron la adquisición de los conocimientos sobre los 4 temas escogidos los cuales trataron sobre:

1. Introducción al programa educativo.
2. Generalidades sobre cáncer bucal.
3. Factores de riesgo.
4. Conducta a seguir antes la presencia del cáncer bucal.
5. Medidas de prevención.
6. Evaluación final (Conclusiones)

La frecuencia de las reuniones fue semanal con una duración de 40 minutos abordando todos los temas seleccionados. El programa se realizó durante un período de seis semanas de la forma siguiente:

Reuniones de intervención: Se realizaron un total de 6 reuniones. En estas se trabajaron los contenidos específicos del programa educativo.

Cada reunión se dividió en:

- Momento inicial:

Se hizo la presentación del contenido del programa. Se realizó técnicas de relajación, donde por medio de este ejercicio se establecieron los lazos afectivos necesarios entre los participantes de la investigación.

- Planteamiento del tema:

Se realizó la presentación del tema a tratar, el cual llevó implícito la forma y los medios de enseñanza a utilizar.

- Elaboración:

El grupo realizó sus planteamientos de forma individual o colectiva y se establecieron los intercambios con los gestores; donde la autora valoró la integración y el cumplimiento de los objetivos formativos. Se producen las reflexiones sobre el tema tratado y donde de acuerdo a la enseñanza participativa se buscaron alternativas de solución a los problemas que aparecieron en todo el proceso de aprendizaje.

- Cierre o conclusión del tema:

Por medio del lenguaje expresado por el grupo, se conoció lo logrado por el tema impartido, permitió de forma integradora expresar su punto de vista y arribar a conclusiones.

- Reunión de evaluación (reunión final).

Se intercambió con el grupo a cerca de los temas tratados y sus contenidos, los pacientes evacuaron todas sus dudas.

Etapa de evaluación

Luego de implementar el programa educativo se aplicó nuevamente el cuestionario de la investigación y se evaluó bajo los mismos criterios, los cambios producidos fueron considerados como el efecto o consecuencia de las labores educativas realizadas sobre el grupo.

El efecto de la intervención educativa se midió a los 6 meses de realizada, a partir de los resultados del cuestionario aplicado para comparar con el diagnóstico educativo inicial, evaluando así el cumplimiento de los objetivos trazados.

Se realizó la evaluación del cuestionario con la escala:

Suficiente: obtuvieron más de 85 puntos.

Insuficiente: obtuvieron menos de 85 puntos.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de los escolares encuestados según sexo, edad y grado académico. IPU Antonio López Fernández.2019-2021.

Variable	n	%	
Sexo	Femenino	35	70
	Masculino	15	30
	Total	50	100
Año académico	Décimo	10	20
	Onceno	15	30
	Duodécimo	25	50
	Total	50	100
Edad	Media	17	

Fuente: Expedientes de profesores guías.

La tabla 1 muestra el predominio del sexo femenino con 35 estudiantes para un 70 % por sobre el masculino con 15 estudiantes, para un 30%. El mayor por ciento correspondió al duodécimo grado, hecho que dio al traste con el ingreso de gran parte de este grado a las universidades de Ciencias Médicas. El hecho de que exista una mayor cantidad de representantes del sexo femenino se encuentra en concordancia con un fenómeno actual que se presenta en el sector de la educación de forma general en nuestro país y es el ingreso anual de una mayor cantidad de mujeres que de hombres al mismo. La edad media de los participantes fue de 17 años.

Tabla 2. Nivel de conocimientos de los escolares encuestados sobre epidemiología del cáncer bucal. IPU Antonio López Fernández.2019-2021.

Nivel de Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Suficiente	3	6	48	96
Insuficiente	47	94	2	4
Total	50	100	50	100

Fuente: Cuestionario.

La tabla 2 muestra el nivel de conocimientos de los escolares encuestados sobre epidemiología del cáncer bucal. Se obtuvo que el 94% de los participantes desconocían sobre el tema antes de la intervención, mejorando los conocimientos después de implementada la intervención a un 96%.

Tabla 3. Nivel de conocimientos de los escolares encuestados sobre etiología del cáncer bucal. IPU Antonio López Fernández.2019-2021.

Nivel de Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Suficiente	6	12	49	98
Insuficiente	44	88	1	2
Total	50	100	50	100

Fuente: Cuestionario.

La tabla 3 muestra el nivel de conocimientos de los escolares encuestados sobre epidemiología del cáncer bucal. Se obtuvo que el 88% de los participantes desconocían sobre el tema antes de la intervención, mejorando los conocimientos después de implementada la intervención a un 98%.

Tabla 4. Nivel de conocimientos de los escolares encuestados sobre sobre signos bucales de alarma relacionados con el cáncer bucal. IPU Antonio López Fernández.2019-2021.

Nivel de Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Suficiente	2	4	46	92
Insuficiente	48	96	4	8
Total	50		50	

Fuente: Cuestionario.

La tabla 4 muestra el nivel de conocimientos de los escolares encuestados sobre signos bucales de alarma relacionados con el cáncer bucal. Se obtuvo que solo el 4% de los participantes conocían sobre el tema antes de la intervención, hecho que se revirtió mejorando los conocimientos después de implementada la intervención a un 92%.

Tabla 5. Nivel de conocimientos de los escolares encuestados sobre sobre la conducta a seguir ante la presencia cáncer bucal. IPU Antonio López Fernández.2019-2021.

Nivel de Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Suficiente	5	10	49	98
Insuficiente	45	90	1	2
Total	50		50	

Fuente: Cuestionario.

La tabla 5 muestra el nivel de conocimientos de los escolares encuestados sobre conducta a seguir ante la presencia cáncer bucal. Se obtuvo que solo 5% de los participantes conocían sobre el tema antes de la intervención. Después de implementada la intervención los conocimientos se elevaron a un 98%, cifra muy alentadora.

Tabla 6. Nivel de conocimientos de los escolares encuestados sobre prevención del cáncer bucal. IPU Antonio López Fernández.2019-2021.

Nivel de Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Suficiente	1	2	48	96
Insuficiente	49	98	2	4
Total	50		50	

Fuente: Cuestionario.

La tabla 6 muestra el nivel de conocimientos de los escolares encuestados sobre prevención del cáncer bucal. Se obtuvo que el 98 % de los participantes desconocían sobre el tema antes de la intervención. Después de implementada la intervención los conocimientos se elevaron a un 96%.

Tabla 7. Nivel de conocimientos global de los escolares encuestados sobre cáncer bucal. IPU Antonio López Fernández.2019-2021.

Evaluación	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Suficiente	7	14	47	95
Insuficiente	43	86	3	6
Total	50	100	50	100

La tabla 7 demostró el salto cualitativo antes y después de la estrategia al apreciarse un decrecimiento del nivel de conocimiento insuficiente desde un 86 % antes de la intervención educativa a un 6 %, por lo que el cambio fue positivo y muy significativo.

DISCUSIÓN

San Juan et al. (2019) en una investigación realizada en estudiantes de 3ro a 5to año de Estomatología Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, determinaron que, sobre epidemiología del cáncer oral, el 60,2 % (56

estudiantes) se encontraba en el nivel medio; 29 en el nivel bajo para un 31,2 % y los 8 restantes en el nivel alto para solo un 8,6 %.

Izaguirre (2012) en una investigación realizada en estudiantes de Estomatología en la Universidad de Lima Perú evaluó que, en cuanto a los conocimientos sobre epidemiología del cáncer oral, el 36,7% tuvo un nivel de conocimiento bajo; el 44,7% tuvo un nivel de conocimiento regular y el 18,7% un nivel de conocimiento alto.

Lo anteriormente planteado guarda relación con nuestro estudio pues coincide en que la mayoría de los estudiantes poseen un nivel de conocimientos insuficiente con respecto a la dimensión de la epidemiología del cáncer oral.

El conocer epidemiológicamente el comportamiento de un fenómeno o enfermedad permite organizar recursos y esfuerzos conjuntos para contribuir o mejorar el estado de salud de la comunidad.

La intervención realizada por Crespo Mafrán et al. (2010) muestra resultados que se comportan de forma semejante a la presente intervención, se evalúa el impacto de la distribución de propaganda educativa en la cual se trabaja con un grupo de estudio y un grupo control, los conocimientos sobre salud bucal fueron correctos en el 87.3% de los pacientes que recibieron la propaganda y en el 64.2% de los que no lo recibieron.

Un estudio realizado en Ciego de Ávila por Rodríguez et al. (2012) refleja un predominio de la evaluación de regular (77%) en los pacientes encuestados en cuanto a factores de riesgo al inicio de la investigación, resultado similar al presente estudio.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer bucal se apreció que el tabaquismo y el alcoholismo fueron los de mejor conocimiento antes de la intervención; posterior a la intervención educativa, estos mejoraron ostensiblemente y se pudo apreciar que llegaron a cifras aceptables en casi todos los factores de riesgo.

En Gran Bretaña el nivel de conocimiento de los factores es muy bajo, por lo que recomiendan elevarlo en aquellos de mayor riesgo. En algunos países de Asia mientras más alto es el nivel de educación, más conocedores son acerca del cáncer bucal y cómo prevenirlo. Tanto en México como en España, que registran los mismos factores de riesgo, refieren que la

población no es consciente de la existencia del cáncer bucal, ni de sus causas.

En Cuba no se encuentran investigaciones donde se valore el nivel de conocimiento de estos factores que puedan afectar la mucosa bucal, aunque los autores consultados recomiendan eliminarlos parcial o totalmente.

Un estudio desarrollado por Jiménez et al. (2012) en la Universidad de Lubango, Angola, mostró que, en relación a los síntomas de alarma, la mayoría de los encuestados no logró identificarlos. El 66,18% no identificó ninguno de ellos, el 29,35% identificó al menos uno y solo el 4,47% logró identificar más de dos signos de alarma.

González (2014), realizó un estudio de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal, en el territorio atendido por el Hospital General Docente de Cárdenas, en el que hubo mayor dominio en la relación de las úlceras con estas patologías, tanto en el grupo de pacientes afectados como el de control, con el 94% y 93% respectivamente, seguido por las manchas blancas con 78.6% y 67.0%. En sentido general el conocimiento sobre los signos de alarma es pobre.

Lo anterior planteado concuerda con los resultados de nuestro estudio donde las respuestas afirmativas fueron insuficientes.

Se coincide con el estudio realizado por Díaz Martell & Hidalgo (2011), exponen que antes de la intervención el 84.0% de los pacientes respondieron incorrectamente acerca de las conductas inmediatas ante una lesión premaligna. Después de la intervención la mayoría reconoció qué hacer.

Hernández et al (2010), refieren que antes de la intervención el nivel de conocimientos inadecuado predominó en el 90.0% de los pacientes, solo el 8.0% tuvo un nivel de conocimientos adecuado. Una vez implementada la intervención el 100% logró elevar el nivel de conocimientos sobre la conducta a seguir en estos casos. Estos resultados son similares a los de la presente investigación.

Teniendo en cuenta que estas lesiones aparecen en diversas ocasiones asintomáticas al inicio, se puede comprender por qué son desconocidas en muchas ocasiones la conducta a tomar con ellas. Este desconocimiento en muchos casos es el motivo del tratamiento tardío y peores pronósticos

debido a que inicialmente no acuden de inmediato al servicio de atención primaria estomatológica e incluso llegan a la automedicación.

Similares resultados obtuvieron Izaguirre (2012) y Jiménez et al. (2012) los cuales plantean en sus estudios un nivel bajo de conocimientos referentes a la prevención del cáncer oral.

Se coincide con una intervención educativa realizada en Camagüey por Mendoza Fernández et al. (2013), muestran que el 62.0% de los pacientes estudiados fueron evaluados de mal respecto al autoexamen bucal. Esto debe considerarse un signo de alarma ya que en este tipo de intervenciones queda demostrado el poco conocimiento sobre la práctica del autoexamen para la detección de estas y otras lesiones bucales.

González (2014), en su investigación muestra el salto cualitativo que experimentó después de aplicar la estrategia en relación con los factores protectores o acciones preventivas para prevenir el cáncer bucal, en el cual los participantes después de recibir los conocimientos necesarios, alcanzaron el nivel óptimo de conocimientos para servir como promotores informales de salud en la comunidad.

La prevención del cáncer bucal refleja una emergencia social en salud pública, debido a la elevada mortalidad y morbilidad que ocasionan, así como el impacto negativo en la calidad de vida, pues estas involucran tejidos y estructuras que intervienen en la fonación y estética, produciéndose trastornos físicos y psicológicos debido a las dificultades en la masticación, la comunicación (dicción) y la estética.

Espeso et al. (2009) demuestran mejorías notables luego de la aplicación de la estrategia educativo-sanitaria. Inicialmente el 83,6% reconocía los factores de riesgo de cáncer bucal, al final de la misma el 100% lo reconoce, lo cual coincide con lo alcanzado en el estudio. El componente cognoscitivo sólo representa un eslabón en el proceso de cambio de conductas, es necesario que el individuo desarrolle una adecuada percepción de riesgo, hecho que constituye un incentivo para continuar desarrollando labores educativas en la población.

CONCLUSIONES

Al evaluar el resultado final de esta estrategia de intervención educativa en los escolares objeto de estudio, se verificó que tuvo una alta calidad debido a las respuestas satisfactorias emitidas. Es innegable la fertilidad y el aprendizaje de las generaciones más jóvenes donde se observa que el mensaje se asimila de manera más rápida y eficaz a través de intervenciones como estas, con el uso de diferentes medios de enseñanza y nuevas tecnologías que facilitan la captación del mensaje educativo.

Se concluye que el diseño y ejecución de una intervención educativa elevó el nivel de conocimientos en todos los temas tratados, lo que demuestra su efectividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batista Marrero, K., Niño Peña, A., & Martínez Cañete, M. (2014). Rol de los factores ambientales en la aparición del cancer bucal. CCM [revista en la Internet]. [citado 2015 Ago 24]; 18(3): 516-521.

Crespo Mafrán, M. I., Riesgo Cosme, Y. D. L. C., Laffita Lobaina, Y., Rodríguez Hung, A. M., & Copello Torres, A. (2010). Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria" Lidia Doce Sánchez". *Medisan*, 14(2), 0-0.

Díaz Martell, Y., & Hidalgo Gato Fuentes, I. (2011). Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. *Revista médica electrónica*, 33(1), 52-59.

Doncel Pérez, C., Méndez Calunga, M., Betancourt Dieste, H., & Castillo, A. (2014). Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(1), 52-60.

Driggs Zayas, A., Caballero Arderi, E., & Nuñez Quevedo, A. (2015). PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER BUCAL, MOA, ENERO 2011 A DICIEMBRE 2014: IMPACTO Y DESARROLLO. In *Congreso Internacional de Estomatología 2015*.

Espeso Nápoles, N., Rivacoba Novoa, E., Fernández Franch, N., & Mulet García, M. (2009). Intervención educativo-curativa en salud bucal para el adulto mayor institucionalizado en casas de abuelos. In *II Congreso Internacional «Estrategias y Tecnologías en Estomatología [Internet]*.

GONZÁLEZ, D. F. V. (2014). *Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal* (Doctoral dissertation, Tesis en opción al grado científico de doctor en ciencias estomatológicas. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Cárdenas, Cuba).

Guerrero A., J.M., Prepo S., A.R. y Loyo Á., J.G. (2016). Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(2), 297-309.

Hernández Suárez, A., Espeso Nápoles, N., Reyes Obediente, F., & Rodríguez Borges, L. (2010). Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de cinco a 12 años. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14(6), 1-9.

Izaguirre Pérez, P. M. (2012). Nivel de conocimiento sobre cáncer oral de estudiantes del último año de la carrera profesional de odontología de tres universidades de Lima, en el año 2012.

Jiménez, M. E. F., Pérez, I. R., Lorenzo, N. R., Tarragó, J. M., Auxiliar de Histología, F. C. M., & de Girón, V. (2012) Nivel de conocimientos sobre cáncer bucal en los estudiantes de medicina de la Facultad de Lubango, Huila. Angola.

Mendoza Fernández, M., Ordaz González, A. M., Abreu Noroña, A. D. C., Romero Pérez, O., & García Mena, M. (2013). Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(4), 24-32.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017a). Cáncer. Nota descriptiva. Ginebra: OMS.

Ortiz G., E., Méndez S., L. P., Camargo B., J.A., Chavarro S., A., Toro C., G.I. y Vernaza G., M. B. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 8(1) 77-83.

Rodríguez, N., Álvarez Blanco, Y., Cárdenas Pérez, E., Cruz Betancourt, M. C., Morales Pardo, M. I., & Cepero Franco, F. Caracterización de las remisiones del Programa de Detección Precoz del cáncer bucal al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila. *MEDICIEGO* [Internet]. 2012 [citado 2016 Mar 19]; 18 (Supl. 1):[Aprox. 26 p.].

San Juan, C. M. G., Manso, B. J. G., & Milá, J. D. G. (2019). Nivel de conocimientos sobre cáncer oral en estudiantes de 3ro a 5to año de Estomatología. *MediSur*, 17(3), 365-373.

Verdecia Jiménez, A. I., Álvarez Infantes, E., & Parra Lahens, J. (2014). Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. *Correo Científico Médico*, 18(1), 45-54.