

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN UN SECTOR DE LA POBLACIÓN

Autora: MsC. Dra. Gloria María Rodríguez González. Especialista de II grado en Cirugía Máxilo Facial. Profesora Asistente. Hospital General Docente “Julio M. Arístegui Villamil”, Cárdenas, Cuba, Correo: federico.mtz@infomed.sld.cu

Coautores: Dr.C. Federico Valentín González, Dr.C. Dadonim Vila Morales, Dr.Cs. Julio César Santana Garay.

RESUMEN

Introducción: El conocimiento por parte de la población del cáncer bucal es de vital importancia para actuar sobre los factores de riesgo a padecer cáncer bucal y disminuir su incidencia. **Objetivos:** describir el nivel de conocimiento de la población objeto de estudio sobre los factores de riesgo del cáncer bucal, los factores protectores para prevenir el cáncer bucal y los signos bucales de alarma relacionados con el cáncer bucal; así como evaluar el nivel de conocimiento antes y después de la aplicación de la estrategia educativa a la población intervenida. **Método:** se realizó un estudio experimental de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal, en el territorio atendido por el Hospital General Docente “Julio Arístegui Villamil” de Cárdenas. Se identificó el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en 450 pacientes. **Resultados:** se diagnosticó bajo nivel de conocimiento en el 78.5 % de la población estudiada sobre el cáncer bucal, se diseñó y ejecutó una Estrategia de Intervención Educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal en la población según las necesidades de aprendizaje. El nivel de conocimiento luego de la intervención educativa resultó satisfactorio en el 94.2 % de la población. **Conclusión:** El nivel de conocimiento sobre cáncer bucal inicial resultó ser insatisfactorio en la mayoría, mientras que luego de aplicar la intervención educativa fue satisfactorio en casi su totalidad. La intervención educativa resultó ser un método idóneo de la educación para la salud respecto al cáncer bucal en la población estudiada.

Palabras clave: cáncer bucal, factores de riesgo, estrategia educativa

INTRODUCCIÓN

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. Esta es una entidad patológica de origen multifactorial, que se origina a partir de una célula modificada por la suma acumulada y sistemática de múltiples mutaciones en su genotipo, así la célula se transforma en un fenotipo maligno que invade los tejidos locales y distantes, hasta que compromete la vida del paciente y culmina con la muerte del mismo. Con el desarrollo terapéutico alcanzado en el siglo pasado, la supervivencia de los pacientes diagnosticados de cáncer ha aumentado considerablemente. No obstante, el pronóstico depende de la localización anatómica del tumor primario, del tipo histológico con su grado de diferenciación celular, sus características clínicas y citológicas, el estadio del cáncer o extensión de la enfermedad, la edad del paciente y el estado funcional o la reserva fisiológica, así como el control oportuno de aquellos hábitos tóxicos desencadenantes de la enfermedad. Es por ello, que la creación y adecuado funcionamiento de los programas preventivos juegan un importante papel en el control de las neoplasias malignas. ¹

Las causas múltiples de morbilidad y mortalidad en Cuba se han reducido de forma significativa para muchas enfermedades, y la población ha alcanzado una expectativa de vida al nacer cercana a los 78 años de edad, algo similar a los países desarrollados del mundo. Esa reducción tiene un alto impacto humanista, siempre capaz de perfeccionarse, lo que demuestra la eficacia del carácter preventivo y el monto asignado de recursos humanos y materiales que proporciona la política de la Revolución Cubana en materia de salud. Sin embargo, la existencia de factores relacionados con el estilo de vida, como los hábitos tóxicos, la dieta y la exposición a diversos agentes exógenos, afectan de forma negativa los índices de morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónicas como las neoplasias. Esto ha contribuido a que la incidencia de tumores malignos haya aumentado en Cuba, al punto que en muchas provincias el cáncer constituye la primera causa de muerte, por encima de las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares. ²

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. ³ Sin embargo, el cáncer bucal tiende a incrementar su incidencia en algunas regiones del país, como la zona nororiental de la provincia de Matanzas, que es atendida por el hospital del municipio de Cárdenas; los reportes de Anatomía Patológica en esa institución muestran un aumento progresivo de pacientes con lesiones premalignas y malignas del complejo bucal, lo que presupone dificultades en la implementación del referido PDCB.

Hasta el momento, en la literatura científica de Cuba y el resto del mundo, revisadas por los autores, se han publicado varias investigaciones que exhiben datos clínico-epidemiológicos, estudios etiológicos o causales, y resultados terapéuticos del cáncer en el complejo bucal, pero no abundan las estrategias comunitarias o institucionales que fortalezcan las acciones educativas y preventivas dirigidas a los individuos más vulnerables dentro de la población. Incluso, en los escasos estudios encontrados, no hay participación activa de los especialistas en Cirugía Máxilo-Facial, sino que se realza el papel del Estomatólogo General Integral desde los servicios básicos, y tampoco se describen las acciones de promoción y control específico que se pueden ejecutar desde el hospital hacia las áreas de salud, a pesar de lo recomendado de la combinación de la prevenciones primaria y secundaria para mejorar la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer bucal. ⁴

Estudios realizados con la población, en los que se ha medido su nivel de conocimientos sobre cáncer bucal, demuestran que Asia es el continente más afectado por creencias religiosas y culturales. En Malasia, *Saini y otros*,⁵ apreciaron que aunque la mayoría de los pacientes eran jóvenes, el desconocimiento sobre la percepción al cáncer bucal era alto. Otras investigaciones hechas en Irán, por *Pakfetrat y otros*;⁶ Bangla Desh, por *Croucher*;⁷ Sri Lanka, por *Arnarasinghe*⁸ y en la India por *Devadiga*,⁹ coincidieron en que el nivel de conocimiento de los pacientes atendidos fue deficiente, agregaron que la población está mal informada y que se necesitan intervenciones educativas para mejorar la percepción del riesgo. En Australia, *Park*¹⁰ demostró que el conocimiento del cáncer bucal es limitado y se requieren estrategias educacionales para mejorarlo.

En el continente americano, se realizó un estudio para valorar el conocimiento sobre el cáncer bucal entre los veteranos de Carolina del Norte, Estados Unidos,¹¹ y se encontró un considerable déficit de conocimientos entre estos, además de que el

uso del tabaco fue el principal factor de riesgo de esta población. *Robledo*¹² en la ciudad de Córdoba en Argentina, realizó entrevistas a 400 personas y obtuvo que el desconocimiento era elevado y evidenció la necesidad de informar a la población sobre los factores de riesgo, la manifestación precoz del cáncer bucal y la importancia de la consulta temprana, así como la necesidad de capacitar a los odontólogos para el diagnóstico de las manifestaciones iniciales. Por último, relacionado con el conocimiento de la población, en Costa Rica, *Howard*¹³ con 7768 personas entrevistadas telefónicamente, pudo apreciar que la población costarricense tiene poco conocimiento sobre el cáncer bucal, ha recibido poca información sobre la enfermedad y que el odontólogo por lo general, no realiza exámenes clínicos completos que le permitan diagnosticar precozmente el cáncer bucal.

Investigadores cubanos refieren en conjunto, en distintos lugares del país, que existen serios problemas organizativos y de control que conspiran contra la buena marcha del programa, así como también un aumento en los factores de riesgo, asociado a un nivel de escolaridad bajo, por lo que se puede encontrar una alta incidencia de manchas blancas en la mucosa bucal o llegan al segundo nivel de atención en estadios avanzados, por consiguiente, se hace necesario incrementar los pesquisajes y las actividades de promoción de salud debido a la importancia del programa.¹⁴⁻²³

Sobre la base del conocimiento antes expuesto, la presente investigación tuvo como objetivos el describir el nivel de conocimiento de la población objeto de estudio sobre los factores de riesgo del cáncer bucal, los factores protectores para prevenir el cáncer bucal y los signos bucales de alarma relacionados con el cáncer bucal; así como evaluar el nivel de conocimiento antes y después de la aplicación de la estrategia educativa a la población intervenida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un tipo de investigación aplicada desde la atención secundaria, según el tipo de estudio se clasifica como una investigación de intervención educativa y desarrollo tecnológico. Se tomó como muestra a 450 pacientes de 35 años o más que acudieron a la consulta de Cirugía Máxilo facial, por factibilidad, a los cuales se le realizaron encuestas.

Para determinar el nivel de conocimiento del cáncer bucal, factores de riesgo, factores protectores y signos de alarma en el grupo objeto de estudio, el método de obtener la información fue mediante la encuesta cara a cara y la aplicación de Test de conocimiento antes y después de la intervención educativa que se diseñó. Se recogieron las variables sociodemográficas presentes en los participantes del estudio y así se caracterizó a los encuestados. Una vez que el paciente firmó su consentimiento informado, se aplicó el formulario de forma privada tanto en consultas o en visitas a domicilio, se respetaron los principios bioéticos al indagar en la intimidad de las personas entrevistadas.

El instrumento se confeccionó por preguntas de selección múltiple y abiertas, de esta manera fueron abordados los contenidos por temas, se realizaron diez preguntas, las que se evaluaron en calificaciones de dos, tres, cuatro o cinco puntos. Para la evaluación final se consideró como satisfactoria, los que obtuvieron Excelente (cinco) y Bien (cuatro) o insatisfactoria, Regular (tres) y Mal (dos), según la tabla de decisiones de diez bloques.

En la instrucción de la población adulta se emplearon la charla y la demostración, con la primera se le brindó información de forma amena, sencilla, permitiendo hacer una presentación hablada de uno o más temas. Con la segunda se mostró en forma práctica como realizar las cosas, al hacer evidente las habilidades del demostrador y promoviendo la confianza de los adultos, al permitir una amplia participación a través de "Aprender haciendo". El material didáctico empleado fueron diapositivas, transparencias, láminas y computadoras. Para la etapa de evaluación de los conocimientos adquiridos, se empleó el mismo sistema de puntos descrito en la etapa diagnóstica. Los resultados de la evaluación en esta etapa permitieron realizar una valoración cualitativa y cuantitativa con respecto a la etapa inicial y en cuanto al procesamiento estadístico de las evaluaciones, se compararon los resultados de antes y después de aplicada la estrategia.

RESULTADOS

La tabla 1 analizó el nivel de escolaridad de los pacientes estudiados y se pudo apreciar que el grupo de Secundaria Básica vencida fue el más numeroso con el 50% de los casos, así como el de Pre Universitario con 31,7%. El grupo de los universitarios fue el menos numeroso con el 4,7%.

Tabla 1. Nivel de escolaridad en pacientes estudiados

Nivel de escolaridad	Total	
	No.	%
Primaria	61	13.6
Secundaria	225	50.0
Pre-universitario	143	31.7
Universitario	21	4.7
Total	450	100.0

La tabla 2 comprobó el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer bucal antes y después de la intervención, donde se aprecia que el tabaquismo y el alcoholismo fueron los de mejor conocimiento antes de la intervención, puede deberse a que al momento de la consulta se le comunicara lo perjudicial de estos hábitos, aunque fueron bajos. Posterior a la intervención, estos mejoraron ostensiblemente y se pudo apreciar que llegaron a cifras aceptables por sobre el 80% en casi todos los factores de riesgo.

Tabla 2. Nivel de conocimiento de pacientes estudiados sobre los factores de riesgo del cáncer bucal antes y después de la Estrategia de Intervención Educativa

Factores de riesgo	Respuestas afirmativas			
	Antes de la intervención (n= 450)		Después de la intervención (n= 450)	
	No.	%	No.	%
Tabaquismo	286	63.5	432	96.0
Alcoholismo	170	37.7	391	86.8
Tabaquismo-Alcoholismo	201	44.6	405	90.0
Alimentos calientes	69	15.3	347	77.1
Prótesis desajustadas	62	13.7	368	81.7
Bordes filosos	91	20.2	378	84.0
Higiene bucal deficiente	81	18.0	389	86.4
Bebidas calientes	51	11.3	318	70.6
Exposición al sol	142	31.5	360	80.0

Mordeduras	67	14.8	385	85.5
------------	----	------	-----	------

En la tabla 3 se relacionó el nivel de conocimiento sobre los factores protectores para prevenir el cáncer bucal y se aprecia muy bajo antes de la intervención y después se eleva considerablemente. Se pudo apreciar que existe un pobre nivel de conocimiento en nuestra población y esto se traduce por la insuficiente información que recibe.

Tabla 3. Nivel de conocimiento de pacientes estudiados sobre los factores protectores para prevenir el cáncer bucal antes y después de la Estrategia de Intervención Educativa

Factores protectores	Respuestas afirmativas			
	Antes de la intervención (n= 450)		Después de la intervención (n= 450)	
	No.	%	No.	%
Dominio del autoexamen bucal	110	24.4	426	94.6
Chequeo bucal periódico	165	36.6	440	97.7
Dieta antioxidante	135	30.0	414	92.0

La tabla 4 evidenció que antes de la intervención, solo las úlceras resultó el signo de alarma con un nivel de conocimiento satisfactorio por parte de la población y después de la intervención educativa todos los signos de alarma presentaron cifras altas.

Tabla 4. Nivel de conocimiento de pacientes estudiados sobre signos bucales de alarma relacionados con el cáncer bucal antes y después de la Estrategia de Intervención Educativa

Signos de alarma	Respuestas afirmativas			
	Antes de la intervención (n= 450)		Después de la intervención (n= 450)	
	No.	%	No.	%
Mancha roja	199	44.2	431	95.7

Mancha blanca	319	70.8	446	99.1
Ulceras	420	93.3	445	98.8
Abultamientos	245	54.4	418	92.8
Lesiones duras	255	56.6	415	92.2

Al apreciar la tabla 5 se puede apreciar que antes de la intervención solo el 15,5% de los encuestados obtuvieron calificación de 5 y 4 puntos, y luego de la intervención educativa, mediante técnicas participativas (charlas educativas) se elevó el rango de individuos participante con evaluaciones esta misma puntuación al 94,3% de conocimiento después de la intervención.

Tabla 5. Resultados en la evaluación del nivel de conocimientos de pacientes estudiados sobre factores de riesgo, factores protectores y signos de alarma antes y después de la Estrategia de Intervención Educativa

Evaluación	Antes de la intervención (n= 450)		Después de la intervención (n= 450)	
	No.	%	No.	%
Excelente	15	3.3	272	60.6
Bien	55	12.2	152	33.7
Regular	297	66.0	26	5.7
Mal	83	18.5	-	-
Total	450	100.0	450	100.0

La tabla 6 demostró el salto cualitativo antes y después de la estrategia al apreciarse un decrecimiento del nivel de conocimiento insatisfactorio desde un 84,4% antes de la intervención educativa a un 5,8%, por lo que el cambio fue positivo y muy significativo. Al evaluar el resultado final de esta estrategia de intervención educativa en la población, se verificó que tuvo calidad debido a las respuestas satisfactorias emitidas por los encuestados.

Tabla 6. Tabla para demostrar si hubo cambios en el nivel de conocimiento de pacientes estudiados

Nivel de conocimiento	Pacientes encuestados
-----------------------	-----------------------

	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Insatisfactorio	380	84,4	26	5,8
Satisfactorio	70	15,6	424	94,2

DISCUSIÓN

Al analizar el nivel de escolaridad de los pacientes estudiados, se pudo apreciar que el grupo con nivel de Secundaria Básica fue el más numeroso. Coincidentemente con otros estudios, el grupo de los universitarios fue el menos numeroso, este nivel de escolaridad no es frecuente encontrarlo en las investigaciones relacionadas con el cáncer bucal, en este estudio se hallaron referencias que relacionan el bajo nivel de escolaridad con la posibilidad de enfermar por lesiones premalignas o cáncer bucal.^{17,24-25}

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. La American Cancer Society (Sociedad Americana del Cáncer) y el National Cancer Institute (Instituto Nacional del Cáncer), ambas de Estados Unidos, recomiendan la evaluación de la cavidad bucal periódicamente a toda persona mayor de 50 años con hábitos tabáquicos y alcoholismo acentuado, y de bajo nivel socioeconómico, debido también al desconocimiento de los factores de riesgo, que lo relacionan también Albornoz y Morales.²⁵ En Gran Bretaña el nivel de conocimiento de los factores es muy bajo, por lo que recomiendan elevarlo en aquellos de mayor riesgo.²⁸ En algunos países de Asia mientras más alto es el nivel de educación, más conocedores son acerca del cáncer bucal y cómo prevenirlo.²⁹ 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.^{30,31} 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.³²⁻³⁴

Al relacionar el nivel de conocimiento sobre los factores protectores para prevenir el cáncer bucal y se apreció muy bajo antes de la intervención y después se elevó

considerablemente. En la bibliografía consultada, los tres factores protectores que evaluamos fueron expuestos solos o en conjunto, pero no aparece investigación alguna, que haya estudiado el nivel de conocimiento de la población en relación con ellos. ^{9,35-39}

En cuanto a los signos de alarma de cáncer bucal, existen publicaciones que relacionan estos signos de alarma con un conocimiento deficiente sobre ellos, pero no mencionan si esta caracterización es basada en estudios realizados. ^{26,28,40} En Cuba, en la bibliografía revisada, no existen hallazgos sobre el nivel de conocimiento de la población relacionado con estos signos de alarma. Santana y Miranda ⁴¹ los mencionan en su estudio sobre lesiones incipientes del cáncer bucal.

Al analizar los resultados del nivel de conocimiento antes y después de aplicar la intervención educativa se apreció que hubo una diferencia altamente significativa en cuanto al incremento del nivel de conocimiento al aplicar dicha intervención. En Cuba, *García Heredia y Miranda Tarragó* ⁴² en un estudio realizado en un círculo de abuelos en La Habana encontraron que el 73% de los encuestados obtuvo calificación de deficiente, resultado del bajo nivel de conocimientos sobre factores de riesgos y factores protectores, siendo estos pacientes sanos y la mayoría estaba comprendido en el grupo de 60-69 años, esta cifra coincide con los resultados obtenidos por el autor del presente estudio. Estudios realizados en las poblaciones pertenecientes a países de Asia, como Bangla Desh, Irán y Malasia reportan un bajo nivel de conocimiento sobre los aspectos ya mencionados, basados en entrevistas que fueron realizadas en las consultas o a domicilio. ^{29,43-44} En Australia ¹⁰ se escogieron 100 pacientes adultos de las consultas dentales, con resultados entre el 16 y el 49% de desconocimiento en entrevistas efectuadas cara a cara; en Estados Unidos ¹¹ solo el 34% de la población de veteranos en Carolina del Norte tenía conocimientos aceptables; en Argentina ¹² se realizó entrevistas por un muestreo sistemático utilizando la guía telefónica resultando que entre el 41 y 45% tuvieron conocimiento de las preguntas del cuestionario y solo 32% recuerda que se le haya realizado un correcto examen bucal. En Costa Rica ¹³ un cuestionario realizado a 7768 personas por estudiantes de sexto año de Odontología concluyó que la población tiene poco conocimiento, solo 32% positivos y que 9.7% reporta que su odontólogo le realiza un buen examen bucal. Se pudo conocer que en todos los estudios realizados, en distintos países, el nivel de conocimiento de la población es bajo.

Al evaluar el resultado final de esta estrategia de intervención educativa en la población, se verificó que tuvo una alta calidad debido a las respuestas satisfactorias emitidas por los encuestados, al relacionar este con otros estudios como *Motalebnejad y otros* ⁴⁵ realizaron el primer estudio comunitario acerca del conocimiento del cáncer bucal en la población del norte de Irán, donde antes de la intervención tenían 76% de desconocimiento en las 400 personas en que aplicaron un cuestionario para obtener información acerca del cáncer bucal y sus factores de riesgo y posterior a la lectura de un documento relacionado con ello, pudieron alcanzar conocimientos, a excepción de los excluidos por no leer el documento que fueron la mayoría, por lo que aceptan que este método de educación en la comunidad no fue útil y aconsejan otras técnicas de educación. *Sommer y otros* ⁴⁶ en Canadá, establecen una estrategia educativa con 189 pacientes con lesiones de cabeza y cuello y refieren haber tenido un impacto significativo. Al igual que en esta investigación, los autores consideran muy necesarias las estrategias de intervención educativa en la población para elevar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal. Por la importancia de los resultados obtenidos y su similitud con estudios internacionales, recomendamos realizar estudios más extensos con la implementación de Estrategias de Intervención Educativa en nuestra población cubana, para poder elevar en la población la percepción del riesgo ante el cáncer bucal; reestructurar nuevas estrategias que sirvan para evaluar el conocimiento sobre cáncer bucal, factores de riesgo, factores protectores y signos de alarma en la población y extenderlo a todo el territorio, así como proponer que se adicione al PDCB acciones preventivas en el nivel secundario con proyección en la atención primaria, cuyo accionar conjunto permita elevar la percepción al riesgo sobre el cáncer bucal.

CONCLUSIONES

Se identificó un bajo nivel de conocimiento inicial sobre el cáncer bucal, sus factores de riesgo, los factores protectores de esta enfermedad y los signos de alarma en la población objeto de estudio. El diseño y ejecución una Estrategia de Intervención Educativa elevó el nivel de conocimiento a satisfactorio en casi la totalidad de la población intervenida, lo que demuestra su validez y la pertinencia de implementación de este método de educación para la salud poblacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Unidad Nacional para el Control del Cáncer. Pautas para la gestión 2010: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 19-22.
2. Aumentan en Cuba los casos de cáncer. Medicina y Salud. [Citado 19 octubre 2010]. Disponible en: <http://salud.cibercuba.com>
3. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Estomatología. Programa Nacional de Control del Cáncer Bucal en Cuba: principales dificultades y proyecciones de trabajo. Balance año 2005. La Habana; 2006.
4. Sosa M de la C. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Manual de organización y procedimientos para el control del cáncer bucal. La Habana; 2011. p. 204-26.
5. Saini R, Ghani ZL, Rahman NA. The awareness of oral cancer in adult patients attending School of Dental Sciences, University Saints Malaysia: a preliminary study. Singapore Dent J. 2006 Dec; 28(1):34-9.
6. Pakfetrat A, Falaki F, Esmaily HO, Shabestari S. Oral cancer knowledge among patients referred to Mashhad Dental School, Iran. Arch Iran Med. 2010 Nov;13(6):543-8.
7. Croucher R, Islam SS, Nunn H. Campaign awareness and oral cancer knowledge in UK resident adult Bangladeshi: a cross-sectional study. Br J Cancer. 2011; 105(7):925-30.
8. Amarasinghe HK, Johnson NW, Lalloo R, Kumaraarachchi M, Warnakulasurilla S. Derivation and validation of a risk-factor model for detection of oral potentially malignant disorders in populations with high prevalence. Br J Cancer. 2010 July 27;103 (3):303-9.
9. Devadiga A, Prasad KV. Knowledge about oral cancer in adults attending a Dental Hospital in India. Asian Pac J Cancer Prev. 2010;11(6):1609-13.
10. Park JH, Slack-Smith L, Smith A, Frydrych AM, O'Ferrill, Bulsara M. Knowledge and perceptions regarding oral and pharyngeal carcinoma among adult dental patients. Aust Dent J. 2011 Sep;56(3):284-9.
11. Hae-young K, Elter JR, Francis TG, Patton LL. Prevention and early detection of oral and pharyngeal cancer in veterans. 2010 Nov;102(5):625-631.
12. Robledo GM. Nivel de conocimiento poblacional sobre cáncer bucal en la ciudad de Córdoba, Argentina. Claves odontol. 2008; 15(61):23-30
13. Howard M, Castillo J. Cáncer bucal: conocimiento básico de la población en Costa Rica. Publicación Científica, Facultad de Odontología. UCR. 2004 N°6: 94-
14. Martín J, Medina LD, Márquez E, Concepción JJ, Pérez M, Rodríguez Z. Comportamiento del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en la Clínica Estomatológica "Celia Sánchez Manduley". Santa Clara. [Citado 21 marzo 2007]. Disponible en: <http://www.odontología-online.com>
15. Albornoz C, Rivero O, Manso L. El diagnóstico clínico y la detección precoz del cáncer bucal. AMC 2010 Sep-Oct; 14(5).
16. García M, Lence JJ, Sosa M, Martín LA, Fernández L. Mortalidad del cáncer bucal en Cuba (1987-1996). Rev. Cubana Oncol. 1999;15(2):114-8.
17. Quirós Y, Miranda M, Jiménez L, Mejías M. Propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la población adulta. Arch Méd Camagüey. 2006; 10(6).
18. . Morales D, Rodríguez L, García M. Importancia del programa de detección temprana del cáncer bucal en Cuba. Rev Habanera Cienc Med 2009 Oct-Nov; 8(4).
19. . Mora MC, Montenegro I, Pérez T, Rodríguez AL. Programa de pesquiasaje del cáncer bucal. Su impacto en un área de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2001;17 (3):240-3.
20. . Peña A, Arredondo M, Vila L. Comportamiento Clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev. Cubana Estomatol. 2006;43 (1).

21. Rodríguez E, Osorio M, Morales R. Comportamiento de las lesiones bucales y sus factores de riesgo. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad Finlay-Albarrán. [Citado 15 enero 2008]. Disponible en: <http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulorev>
22. Miranda JD, Rodríguez I, Fernández L, García G, Trujillo E. Pacientes remitidos por el Programa de Detección del Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de La Habana: 1996-2006. Rev Cub Estomatol Oct-Dic 2010; 47(4):381-391.
23. Pérez O. Planificación estratégica en la prevención del cáncer bucal. Odontología ejercicio profesional. Marketing dental y Gerencia en Odontología. [Citado 30 septiembre 2008]. Disponible en: <http://www.conganat.org/7congreso/final>
24. Oliveira LC, Medeiros O, Teixeira MC. Caracterizacao do diagnóstico tardío do câncer de boca no estado de Alagoas. Braz J Otorhinolaryngol 2010 Jul-Aug; 76(4):21-14.
25. Con que porcentajes ocurre en Estados Unidos. [Citado 24 marzo 2011]. Disponible en: <http://oralcancerfoundation.org/fats/factsspa>
26. Albornoz C, Rivero O, Bastian L. Avances en el diagnóstico de las lesiones cancerizables y malignas del complejo bucal. AMC Oct 2010; 14(5).
27. Morales D, Rodríguez L, García M. Importancia del Programa de detección temprana del cáncer bucal en Cuba. Rev Habanera Cien Med 2009 Oct-Nov; 8(4).
28. Hunter KD, Yeoman CM. An update on the clinical pathology of oral precancer and cancer. Dent Update 2013 Mar; 40(2):120-5.
29. Halawany HS, Jacob V, Abraham NB, Al-Maflehi N. Oral cancer awareness and perception of tobacco use cessation counseling among dental students in four Asian countries. Asian Pac J Cancer Prev 2013; 14(6):3619-23.
30. Hertrampf K, Wiltfang J, Koller M, Klosa K, Wenz HJ. Dentists perspectives on oral cancer: a survey in Northern Germany and a comparison with international data. Eur J Cancer Prev. 2010; 19(2):144-8.
31. Rose BS, Jeong JH, Nath SK, Lu SM, Mell LK. Population-based study of competing mortality in head and neck cancer. J Clin Oncol. 2011 Sep 10;29(26):3503-9.
32. Santana JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
33. Hermida M, Santana JC, Díaz M, Rodríguez E, Borroto D, Gutiérrez E. Epidemiología del cáncer bucal en la provincia Ciego de Ávila. Estudio de quince años (1991 a 2005). Mediciego. 2007 [Citado 03 marzo 2011];13(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a7_v13_0107.htm
34. Cepero F, Pérez Y, Cárdenas E, Morales MI, Quintero Y. Lesiones malignas y premalignas del complejo bucal en pacientes de la zona norte de Ciego de Ávila. Mediciego. 2007 [Citado 15 mayo 2009];13(1). Disponible en: <http://www.bus.sld.cu/revistasmciego/vol13--01--07/articulos/>
35. Cáncer bucal. Tratamientos en Panamá. [Citado 24 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.panamadentalcenter.com/cancer-bucal-tratamientos-en-panama.html>
36. Rocha A. Influencia de la dieta en el desarrollo del cáncer y otras patologías en la cavidad oral. [Citado 24 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/noticia/2980/>
37. Peters ES, Lockett BG, Applebaum KM, Marsit CJ, Mc Clean MD, Kelsey KT. Dairy products, leanness, neck and head squamous cell carcinoma. Head & Neck 2012; 30(9): 1193(12)
38. Carcinoma Epidermoide de la cavidad oral; 2010. [Citado 24 marzo 2011]. Disponible en: http://eusalud.uninet.edu/misapuntes/index.php/Carcinoma_Epidermoide_de_cavidad_oral_nol.htm
39. Araujo de Toledo A, Jorge R, Koifman S. Dietary patterns and risk of oral and pharyngeal cancer: a case-control study in Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2010 Jan; 26 (1).

40. Prevención del cáncer de boca. Salud Pública. Promoción de la Salud Bucodental. [Citado 15 mayo 2009]. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/3/3_5/3_5_1/fter_prevenc/c_oral.jsp
41. Santana J, Miranda J. Principales signos de los carcinomas incipientes de la boca. Rev Cubana Estomatol. 1982; 19:120.
42. García G, Miranda JD. Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana. Rev. Cubana Estomatol. 2009 Oct.-Dic; 46(4)
43. Croucher R, Islam SS, Nunn H. Campaign awareness and oral cancer knowledge in UK resident adult Bangladeshi: a cross-sectional study. Br J Cancer. 2011; 105(7):925-30.
44. Pakfetrat A, Falaki F, Esmaily HO, Shabestari S. Oral cancer knowledge among patients referred to Mashhad Dental School, Iran. Arch Iran Med. 2010 Nov; 13(6):543-8.
45. Motallebnejad M.M, Khanian M, Alizadeh R, Dabbghian I. Community survey of knowledge about oral cancer in Babol: effect of an education intervention. Eastern Mediterranean Health Journal 2012; 15(6):1489-6.
46. Sommer L, Sommer DD, Goldstein DP, Irish J. Patient perception of risk factors in head and neck cancer. Head & Neck. 2011; 31(3):355-60.