



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE FACTORES DE  
RIESGO PARA LESIONES BUCALES EN LA FACULTAD  
DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

ERIKA METZLI CALDERÓN ABUNDES

TUTOR: Dr. JAVIER PORTILLA ROBERTSON



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



---

---

A mis padres, Rodolfo y Mercedes, mis dos grandes pilares; quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, por su amor y apoyo incondicional sin lo cual esto no sería posible. Este logro también es de ustedes, los amo demasiado.

A mis hermanos, porque sé que siempre podré contar con ustedes y ustedes conmigo.

A mi abuelita Lola, por ser mi ángel.

A ti, Adrian, por brindarme tu apoyo incondicional, tu amor y palabras de aliento.

A mi tutor el Dr. Javier Portilla Robertson por dirigirme, orientarme en esta etapa y compartirme un poco de sus muchos conocimientos. Gracias por su amistad y paciencia.

A mi asesora la Mtra. Kathia G. Rodríguez González, por sus enseñanzas, dedicación y apoyo incondicional para culminar este proyecto. Soy muy afortunada de haberla conocido.

A todos aquellos profesores que me brindaron las armas y conocimientos necesarios para llegar a la meta.

A mis amigas y amigos, que no hace falta mencionarlos porque ellos saben perfectamente quiénes son, gracias por los buenos momentos, sus consejos y amistad sincera.

A la Universidad Nacional Autónoma de México; mi Alma Mater y en especial a la Facultad de Odontología, quienes me brindaron la oportunidad de formar parte de ellas. Donde me desarrollé como persona y me forjé como profesional.

Siempre seré, ¡Orgullosamente UNAM!

**¡Muchas gracias por todo y por tanto!**



## ÍNDICE

## Página

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ANTECEDENTES	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
4. JUSTIFICACIÓN	21
5. HIPÓTESIS	22
6. OBJETIVOS	22
6.1 Objetivo General	22
6.2 Objetivos Específicos	22
7. METODOLOGÍA	23
8. RESULTADOS	30
8.1 RESULTADOS PRUEBA PILOTO	30
8.2 RESULTADOS CUESTIONARIO DEFINITIVO	32
8.3 RESULTADOS DE CONFIABILIDAD	50
8.4 RESULTADOS DE VALIDEZ	51
9. DISCUSIÓN	52
10. CONCLUSIONES	54
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	61
a) Anexo 1	61
b) Anexo 2	65
c) Anexo 3	68



## 1. INTRODUCCIÓN

La etiología de las lesiones de la mucosa oral es predominantemente multifactorial, sin embargo diversos estudios y encuestas han demostrado que la prevalencia de estas lesiones varía en todo el mundo en asociación a factores, tales como el género, edad, color de piel, la exposición a factores de riesgo (tabaco, alcohol, exposición al sol, irritantes traumáticos e infección por el virus del papiloma humano), el estado de salud general de las poblaciones muestra y su nivel sociodemográfico.<sup>1</sup>

El tabaco y el alcohol son reconocidos como los principales factores de riesgo para presentar estas alteraciones en la mucosa bucal, con la sinergia del papel del virus del papiloma humano (VPH), que cada vez es más aceptado, especialmente en el carcinoma orofaríngeo.<sup>2</sup>

Como regla general, estos estudios han demostrado que la aparición de lesiones orales tiende a aumentar con la edad, y es mayor en sujetos varones, fumadores y alcohólicos; Gallegos menciona que existe un incremento en el hábito tabáquico y enólico de la mujer desde fines de los años sesenta, lo cual ha hecho que la proporción hombre:mujer cambie de 6:1 a 4:1.<sup>2,3</sup>

Hay una evidencia creciente sobre el papel potencial de los profesionales de la salud en instruir a los pacientes de los riesgos que tiene el uso de tabaco y alcohol, como lo marca la NOM-013-SSA-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales. Sin embargo existe incertidumbre sobre las estrategias para evaluar y encontrar los diversos factores de riesgo asociados a lesiones orales.



---

---

En el presente trabajo, en la Clínica de Medicina y Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM se elaboró un cuestionario creado a partir de factores de riesgo reportados en la literatura científica para su posterior validación y así poder cuantificar el riesgo de presentar lesiones orales en la población y posiblemente reducir estos factores de riesgo.



## 2. ANTECEDENTES

### 2.1 Generalidades epidemiológicas de las lesiones orales.

Las alteraciones potencialmente malignas (LPM) son entidades que están asociadas a alteraciones en la homeostasis en el epitelio bucal que pueden desencadenar su transformación maligna.<sup>4</sup> La LPM fue descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel tejido de morfología alterada con mayor predisposición a la cancerización (superior al 5%). Es un estado reversible y no implica necesariamente el desarrollo de una neoplasia.<sup>5</sup>

Diversos estudios han llegado a la conclusión de que las principales alteraciones potencialmente malignas son 1.- Leucoplasias, 2.- Eritroplasias, 3.- Leucoeritroplasias, 4.- Líquenes atípicos, 5.- Queilitis actínicas crónicas y 6.- Ulceraciones traumáticas crónicas.<sup>4-8</sup>

1.- La leucoplasia (LP) se define como una placa predominantemente blanca que no se desprende y que no se puede caracterizar clínica o histopatológicamente como ninguna otra lesión.<sup>9</sup> Presenta una prevalencia en la población general del 1% al 4%.<sup>10</sup> Tiene un potencial de transformación entre el 1% al 10%.<sup>6</sup> Las leucoplasias se relacionan con áreas de fricción y trauma, así como con el hábito tabáquico, en cualquiera de sus modalidades.<sup>9</sup> Existe una incidencia superior en el sexo masculino y grupos de edad entre 40 y 70 años. Actualmente se ha incrementado su aparición en mujeres al generalizarse el hábito de fumar.<sup>10</sup>

2.- La Eritroplasia se define como mácula roja de la mucosa oral que no se puede caracterizar clínica o patológicamente como cualquier otra condición reconocible y que no se desprende al frotarla.<sup>9</sup> La eritroplasia durante mucho tiempo ha sido considerada como la lesión “con el mayor potencial de



transformación maligna en la boca”.<sup>6</sup> Se trata de una entidad en la que los factores etiopatogénicos son desconocidos.<sup>5</sup> Se presenta sobre todo en hombres mayores, con un pico de prevalencia en los 60 y 70 años<sup>9</sup>; el 75 a 90% de estas lesiones son carcinomas o carcinoma in situ al momento del diagnóstico. La incidencia de malignidad es 17 veces mayor en eritoplasia que en leucoplasia.<sup>9</sup>

3.- El liquen plano de la mucosa de acuerdo a la definición de la OMS se encuentra dentro de las lesiones potencialmente malignas, considerándolo como un estado generalizado que se correlaciona con un riesgo significativamente mayor de cáncer.<sup>7</sup> Es una enfermedad crónica de etiología desconocida que afecta la piel y la mucosa.<sup>9</sup> Los signos clínicos iniciales de liquen plano se asocian a varias condiciones sistémicas, como diabetes mellitus y disfunción tiroidea.<sup>9</sup> La incidencia en la población general va del 0.02 al 1.2%, la edad tiene un rango entre 40 y 70 años, con franco predominio en el sexo femenino con una relación 2:1. Teniendo un alto porcentaje (6.3%) de transformación maligna.<sup>5,10</sup>

4.- La queilitis actínica crónica se observa después de los 40 años en la semimucosa predominantemente del labio inferior, con mayor predisposición en el sexo masculino, raza blanca, ojos claros, expuestos al aire libre. La bibliografía habla sobre el carcinoma de labio como el de mayor frecuencia representando un porcentaje que va desde 25% al 30% de los cánceres bucales.<sup>5</sup>

5.- Una ulceración traumática obedece a cualquier agente mecánico que actúe en forma continua.<sup>5</sup> Los agentes causales más comunes son los productos químicos, la electricidad y el calor; además un trauma (prótesis desajustadas, retenedores y restos radiculares) también puede producir úlceras.<sup>9</sup> Las ulceraciones traumáticas ocupan el segundo lugar en el total de



lesiones diagnosticadas y se presentan con una prevalencia de 12.17%.<sup>9</sup> Se puede ver tanto en hombres como en mujeres y se encuentra una disminución de la prevalencia conforme aumenta la edad.<sup>5,9</sup>

## **2.2 Factores de riesgo para lesiones orales.**

La OMS define como factor potencial cualquier riesgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.<sup>11</sup>

Aunque las lesiones bucales son predominantemente multifactoriales,<sup>12</sup> diversas publicaciones y estudios han mencionado los principales y diversos factores de riesgo que pueden estar asociados a la aparición de estas; como lo son: el tabaquismo, alcoholismo, infecciones por el virus del papiloma humano (VPH), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), irritantes mecánicos, exposición al sol, higiene bucal deficiente, factores hereditarios, entre otros.<sup>3,6,13,14</sup>

Sin embargo existen discrepancias entre factores de riesgo y su supervivencia por raza, edad, género, sitio anatómico y exposición a sustancias carcinogénicas.<sup>15</sup> Estos factores pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son modificables, observables e identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.<sup>16</sup>

### **a) Tabaquismo**

Todos los autores coinciden en que el factor de riesgo más importante en la aparición de LPM es el tabaquismo, pues se ha demostrado que más del 90% de los pacientes que presentan lesiones altamente cancerizables han sido fumadores.<sup>16,17</sup> El consumo de tabaco es un importante factor de riesgo bien establecido para la cavidad oral y orofaringe entre los hombres y las mujeres, con un efecto dosis-respuesta.<sup>6</sup> En algunos países asiáticos el



tabaquismo se combina con hábito de mascar nuez de betel y esto incrementa el riesgo de padecer y malignizar las lesiones orales.<sup>16</sup> El consumo de puros y pipas darían lugar a un mayor riesgo en cavidad bucal que el consumo de cigarrillo habitual.<sup>6</sup> Cabe destacar como uno de los hábitos más peligrosos, es el fumar invertido, una práctica habitual de algunas tribus colombianas y de la India, donde la lumbre del cigarro se orienta hacia el interior de la cavidad bucal, siendo causa, por tanto, de la aparición de lesiones orales, sobre todo a nivel lingual.<sup>18</sup>

Por otro lado se ha demostrado una correlación positiva entre el consumo excesivo de alcohol y la aparición de lesiones orales, por eso los grandes bebedores corren un riesgo 10 veces mayor de adquirir cáncer bucal <sup>16</sup>.

A estos agentes, según diferentes autores, se les atribuye un papel diverso:  
2,10,18

Tabaco: factor iniciador o activador

Alcohol: factor potenciador

### **a) Alcoholismo**

El alcohol tiene la capacidad de deshidratar las mucosas, esto incrementa la activación de las sustancias presentes en el humo del tabaco originando un potente efecto sinérgico entre ambos factores. También actúa como inmunodepresor, permitiendo la transformación maligna de los epitelios continuamente.<sup>13,16</sup> Cuando se compara el tipo de alcohol con el tipo y cantidad de carcinógenos, se observa que los “licores oscuros” como el whisky, el ron añejo y el cognac, contienen mayor proporción de carcinógenos éster y acetaldehído que los licores ligeros (vodka, ginebra, ron claro); la proporción de padecer cáncer hipofaríngeo es mayor en consumidores de alcoholes oscuros; los consumidores de vino y cerveza tienen mayor proporción de cáncer de la cavidad oral.<sup>3</sup> Aunque Solano y Col.



mencionan que no existe evidencia de que un tipo de bebida alcohólica sea más predisponente a producir lesiones bucales o presente mayor riesgo de producirlo.<sup>18</sup>

### **b) Marihuana**

Respecto a la marihuana, su humo tiene cuatro veces más alquitrán y 50% mayor concentración de benzopirenos e hidrocarburos aromáticos que el humo del tabaco, sin embargo, es difícil demostrar que la Cannabis sea un factor de riesgo independiente ya que la mayoría de los consumidores de marihuana también lo son de tabaco o alcohol.<sup>3</sup>

### **c) Irritantes térmicos**

Otro factor de riesgo que es importante señalar es el calor, que es capaz de producir quemaduras en los tejidos blandos del complejo bucal. El consumo de bebidas y alimentos con altas temperaturas, como el café, el té, etc., produce una irritación crónica de la mucosa bucal y del tubo digestivo. Se ha señalado que casi todos los fumadores ingieren café y esto puede agravar la evolución de las lesiones bucales.<sup>2,16</sup>

### **d) Irritantes mecánicos**

El trauma crónico produce una irritación continua llegando a provocar una solución de continuidad que favorezca la acción de otros agentes promotores como tabaco, alcohol, *Candida albicans* y el virus del papiloma humano (VPH). Se deben evaluar los hábitos del paciente, al igual que en las demás LPM, como el tabaco, el alcohol, los traumatismos mecánicos (los bordes dentarios y/o las obturaciones o elementos protésicos agresivos capaces de producir una ulceración dolorosa, introducción de objetos en la boca, la



masticación incorrecta y algunos hábitos bucales como el mordisqueo de los labios, los carrillos o la lengua), y la sepsis bucal. En los adultos mayores debemos considerar las enfermedades generales como la diabetes y los problemas circulatorios, y recordar que tienen una actividad reparadora disminuida.<sup>3,9</sup>

### **e) Exposición al sol**

Es importante reconocer factores irritativos en los tejidos de la piel, como lo es la exposición a la luz solar (radiación ultravioleta). Hay que considerar traumatismos reiterados, por mordisqueos o “Tics” de arrancamiento, quemaduras y permanente exposición a todo agente climático por razones laborales y/o deportivas. Las carencias nutricionales, las enfermedades sistémicas, la diabetes, el alcoholismo y el avance de la edad facilitan cambios en los tejidos (elastosis senil) y todos en conjunto favorecen la aparición de lesiones como la queilitis actínica y su predisposición a malignizarse.<sup>3,16,17,19</sup>

### **f) Higiene oral**

La higiene bucal deficiente es el principal factor de riesgo de las enfermedades infecciosas de la boca. Una higiene bucal pobre permite el crecimiento de colonias de microorganismos que generan daño crónico en los tejidos bucales. Aunque se conoce que la sepsis bucal por sí sola no es capaz de generar una neoplasia, se supone que sobre las lesiones neoplásicas pueden haber microorganismos patógenos activos y se ha insistido que las infecciones crónicas producidas por algunos gérmenes como la *Cándida albicans* son capaces de producir cambios hiperplásicos en la mucosa bucal.<sup>3,16</sup>



### **g) Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH)**

Actualmente, se conoce que los agentes biológicos juegan un papel activo en la génesis del cáncer. Con el desarrollo de la inmunología y la biotecnología, se han descubierto una serie de virus denominados oncovirus que tienen la capacidad de alterar el material genético de determinados grupos de células y las hacen más vulnerables a la acción de los carcinógenos, por lo que facilitan la formación de neoplasias malignas en sus tejidos dianas.<sup>20</sup> El más estudiado es el virus del papiloma humano (VPH), que se ha encontrado en las células de lesiones premalignas y malignas.<sup>16</sup> En el complejo bucal se han visto asociadas las cepas 16, 18 y 31<sup>21</sup> (la práctica del sexo oral aún no está consensada). La infección por el virus del papiloma humano ha sido estudiada como cofactor asociado a otros factores de riesgo conocidos (alcohol y tabaco), sin embargo, la prevalencia del virus en los tejidos que fuman y beben alcohol no es mayor que en los sujetos sin estos hábitos.<sup>3</sup>

### **i) Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)**

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) contribuye al desarrollo tumoral y mal pronóstico. Sin embargo, existe poca evidencia de que el VIH sea directamente oncogénico, aunque la infección viral pueda contribuir a la patogénesis o complicar el tratamiento neoplásico, no se ha encontrado alguna proteína viral directamente transformadora ni una transducción de oncogenes celulares. A pesar de ello, la asociación entre la infección por VIH y carcinoma epidermoide de cabeza y cuello, en especial de la cavidad oral, se ha incrementado.<sup>3,13</sup>



## **j) Susceptibilidad genética**

El factor de riesgo más importante para lesiones orales y cáncer oral es el antecedente de consumo de tabaco y alcohol, sin embargo, no todos los pacientes con lesiones orales son grandes fumadores o bebedores. Existe evidencia molecular epidemiológica que sustenta la hipótesis de mayor susceptibilidad genética.<sup>3,12</sup>

### **2.3 Instrumentos existentes para medir factores de riesgo.**

Se desarrolló una investigación epidemiológica del cáncer bucal en la provincia Ciego de Ávila, que abarcó 210 pacientes diagnosticados en 10 años (1997 a 2006), con la evaluación de sus factores de riesgo y que culminó con la creación de una escala predictiva para esta enfermedad. Se determinó que el tabaquismo, la higiene bucal deficiente y los antecedentes premalignos se relacionan con el cáncer de todo el complejo bucal; mientras que la exposición al sol está muy asociada al cáncer de labio, y el alcoholismo y los irritantes crónicos son más importantes en la cavidad bucal. Se analizaron factores protectores como la dieta antioxidante, el autocuidado y las visitas frecuentes al estomatólogo, que fueron significativos. Con estos resultados, se diseñó una Escala de Riesgo para predecir el CCB con el método matemático logarítmico y el método arbitrario por criterio de expertos. Se validaron los sistemas de puntaje, que quedaron como alto riesgo si es igual o superior a 15 para el labio y a 10 para la cavidad bucal. Finalmente, se propone una estrategia preventiva que incluye la evaluación del riesgo y prioriza a las personas más vulnerables dentro de la comunidad.<sup>16</sup>

Por otro lado, un estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en el periodo de Agosto 2009 a Diciembre 2010 que abarcó una población de 289 pacientes, muestra que los factores más comunes para



riesgo de cáncer bucal son tabaquismo, alcoholismo y exposición al sol. Esto lo determinaron a través de la aplicación de un cuestionario realizado en la modalidad cara a cara y examen visual, de los cuales se discriminó a los pacientes aparentemente sanos y sin factores de riesgo significativos, con los pacientes que fueron considerados de alto riesgo y con lesiones potencialmente malignas se procedió a un examen histopatológico para determinar las lesiones y los que presentaran diagnóstico de DE/CB , se brindó atención conforme los lineamientos establecidos por el Departamento de Patología Bucal, refiriendo los casos de CB al Instituto Nacional de Cancerología.<sup>14</sup>

#### **2.4 Validación de cuestionarios.**<sup>22-25</sup>

Antes de generalizar la aplicación de un cuestionario es necesario evaluar su validez y consistencia. Los cuestionarios deben poseer las siguientes características: ser sencillos, viables y aceptados, consistentes, válidos y bien adaptados culturalmente, útiles y sensibles a los cambios.

Desde que en 1948 la Organización Mundial de la Salud definió la “salud” como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad, se han desarrollado numerosas investigaciones que están permitiendo traducir esa definición conceptual en métodos objetivos que, mediante cuestionarios o instrumentos diversos, generan escalas e índices para facilitar la medición de las dimensiones que conforman el estado de salud.

La utilización de los cuestionarios cada vez es más frecuente, tanto en el ámbito de la asistencia como en el de la investigación. Junto con las entrevistas, el cuestionario es la técnica de recogida de datos más empleada en investigación. El cuestionario es un instrumento utilizado para poder cuantificar y universalizar la información y estandarizar el procedimiento de la entrevista. Su finalidad es conseguir la comparabilidad de la información. Las



escalas de evaluación son aquellos instrumentos/cuestionarios que permiten un escalamiento acumulativo de sus ítems, dando puntuaciones globales al final de la evaluación.

#### 2.4.1 Características de un instrumento de medida.<sup>22-25</sup>

Todo instrumento de medida ha de reunir las siguientes características:

- Ser adecuado para el problema de salud que se pretende medir (validez de contenido) e intuitivamente razonable.
- Ser válido, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que pretenden medir y no otras.
- Ser fiable, preciso, es decir, con un mínimo de error en la medida.
- Delimitar claramente sus componentes (dimensiones), de manera que cada uno contribuya al total de la escala de forma independiente (validez de constructo)
- Estar basado en datos generados por los propios pacientes.
- Ser aceptado por pacientes, usuarios, profesionales e investigadores.

#### 2.4.2 Pasos para elaborar un cuestionario.<sup>22</sup>

**a) Definición del constructo o aspecto a medir.**- Debemos tener una idea muy clara de lo que queremos medir; a eso se le llama “definir el constructo”. Se debe definir en forma clara y precisa el objeto de la medida y, a ser posible, determinar y conocer las teorías que sustentan la definición que se acuerde.

**b) Propósito de la escala.**- El propósito de la escala va a determinar en gran medida el contenido de sus ítems. Se debe tener en cuenta la población a la que va dirigido, o, en el caso de que se elija un cuestionario ya validado,



conocer con qué población (edad, patología, nivel cultural, intereses, etc.) se ha validado el cuestionario.

**c) Composición de los ítems.-** El ítem es la unidad básica de información de un instrumento de evaluación, y generalmente consta de una pregunta y de una respuesta cerrada.

**d) Número de ítems.-** Como regla general, se considera que el número mínimo de ítems para evaluar un fenómeno sería de 6.

**e) Contenido.-** En función del contenido, los cuestionarios pueden ser uni o multidimensionales.

**f) Definición y ordenación.-** La definición de cada ítem ha de ser exhaustiva y mutuamente excluyente.

- utilizar preguntas breves y fáciles de comprender.
- no emplear palabras que induzcan una reacción estereotipada.
- no redactar preguntas en forma negativa.
- evitar preguntas que obliguen a hacer cálculos o esfuerzo de memoria.

**g) Codificación de las respuestas.-** Van en función del número de opciones o tipo de respuesta. (Dicotómicas, policotómicas, analógicas)

**h) Puntuación de los ítems.-** Puede ser “simple” (cuando la puntuación directa se obtiene con el sumatorio de respuestas acertadas o de los valores que se hayan dado a cada opción) o “ponderados” (cuando el valor de cada opción de respuesta no es la misma o no se otorga el mismo valor a todos los aciertos)



**i) Proceso de validación.-** Una vez diseñado el borrador definitivo, corresponde llevar a cabo la realización de la prueba piloto y la evaluación de las propiedades métricas de la escala.

#### **2.4.3 Prueba piloto o Pretest cognitivo.**<sup>22-25</sup>

Normalmente, se pasa el borrador del cuestionario a 20- 50 personas, siendo aconsejable que se parezcan a los individuos de la muestra. Este pretest permitirá identificar:

- Tipos de preguntas más adecuadas.
- Si el enunciado es correcto y comprensible, y si las preguntas tienen la extensión adecuada.
- Si es correcta la categorización de las respuestas.
- Si existen resistencias psicológicas o rechazo hacia algunas preguntas.
- Si la duración está dentro de lo aceptable por los encuestados.

Dado que lo que se está diseñando es una escala de medición que permita tener una puntuación de un aspecto de la salud, y poder comparar la de diferentes individuos o la del mismo individuo en diferentes momentos, se debe asegurar que el instrumento de medida sea fiable y válido.

#### **2.4.4 Fiabilidad.**<sup>22</sup>

Es el grado en que un instrumento mide con precisión, sin error. La fiabilidad de un instrumento de medida se valora a través de la consistencia, la estabilidad temporal y la concordancia interobservadores.



- **Consistencia.**- se refiere al nivel en que los diferentes ítems o preguntas de una escala están relacionados entre sí. La consistencia se puede comprobar a través de diferentes métodos estadísticos.
- **Estabilidad temporal.**- es la concordancia obtenida entre los resultados del test al ser evaluada la misma muestra por el mismo evaluador en dos situaciones distintas.
- **Concordancia interobservadores.**- es el análisis del nivel de acuerdo obtenido al ser evaluada la misma muestra en las mismas condiciones por dos evaluadores distintos, o en diferente tiempo (si se obtienen iguales resultados (70%), habrá una fiabilidad de interobservadores)

#### 2.4.5 Validez.<sup>22</sup>

Es el grado en que un instrumento de medida mide aquello que realmente pretende medir o sirve para el propósito para el que ha sido construido.

- **Validez de contenido.**- Se refiere a si el cuestionario elaborado, y por tanto los ítems elegidos, son indicadores de lo que se pretende medir. Se trata de someter el cuestionario a la valoración de investigadores y expertos, que deben juzgar la capacidad de éste para evaluar todas las dimensiones que deseamos medir. No cabe, por tanto, cálculo alguno, sólo las valoraciones cualitativas que los investigadores expertos deben efectuar.
- **Validez de constructo.**- Evalúa el grado en que el instrumento refleja la teoría del fenómeno o del concepto que mide. La validez de construcción garantiza que las medidas que resultan de las



respuestas del cuestionario pueden ser consideradas y utilizadas como medición del fenómeno que queremos medir.

- **Validez de criterio.**- relación de la puntuación de cada sujeto con un GOLD STANDARD que tenga garantías de medir lo que deseamos medir. No siempre hay disponibles indicadores de referencia, por lo que, muchas veces, en la práctica se recurre a utilizar instrumentos que han sido respaldados por otros estudios o investigaciones y nos ofrecen garantías de medir lo que deseamos medir.



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Identificar los principales factores de riesgo a los que estuvieron expuestos los pacientes con lesiones bucales es el primer paso para enfocar los recursos de salud en la población.

Es por ello que se requieren instrumentos fáciles de aplicar que identifiquen a los individuos en riesgo de nuestra población y que deban ser referidos para su revisión.

Por lo tanto, consideramos que la creación y validación de un cuestionario de factores de riesgo para lesiones bucales es el primer paso para reconocer a la población que necesita una vigilancia estrecha y recibir información para modificar sus factores de riesgo. Es decir, población en la que deba insistirse en disminuir sus hábitos que lo propician a presentar lesiones bucales.

Es ahí donde el cuestionario radica su alcance social, en la proyección predictiva y preventiva de dicho índice epidemiológico, capaz de clasificar a las personas más vulnerables dentro de la comunidad.

Por tal motivo nos preguntamos: ¿Cuál será la validez y consistencia de un cuestionario para lesiones bucales en población adulta mexicana creado a partir de factores de riesgo reportados en la literatura científica?



## 4. JUSTIFICACIÓN

La puesta en práctica de este cuestionario tiene como objetivo mantener a la población sana, orientar el auto examen bucal y a modificar los hábitos asociados con el uso del tabaco y del alcohol principalmente

Las personas podrán contribuir individualmente al mejoramiento de los estilos de vida dentro de nuestra sociedad, porque cada paciente conocerá los factores de riesgo que sobre él influyen y al mismo tiempo podrá percibir los riesgos en su familia y su comunidad.

Finalmente, este cuestionario cumple con dos funciones simultáneas: detectar a la población en riesgo de presentar lesiones bucales y de este grupo, a aquellos con mayor riesgo para presentar lesiones potencialmente malignas con alto riesgo a malignizarse.



## 5. HIPÓTESIS

El cuestionario aplicado, creado a partir de factores de riesgo reportados en la literatura científica, es válido y consistente para cuantificar el riesgo de presentar lesiones orales en población adulta mexicana en la Clínica de Medicina y Patología Bucal en la DEPeI, de la Universidad Nacional Autónoma de México

## 6. OBJETIVOS

### 6.1 Generales

Elaborar y validar un cuestionario de factores de riesgo para lesiones bucales en la Clínica de Medicina y Patología Bucal en la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la UNAM.

### 6.2 Específicos

- Identificar los factores de riesgo para lesiones bucales reportados en la literatura científica que se incluirán en el cuestionario de factores de riesgo para lesiones orales.
- Estimar la consistencia interna de los ítems del cuestionario de factores de riesgo para lesiones orales.
- Estimar la validez de consenso del cuestionario de factores de riesgo para lesiones orales.
- Estimar la validez de contenido del cuestionario de factores de riesgo para lesiones orales



## 7. METODOLOGÍA

**Tipo de estudio:** Validación de un Instrumento

**Universo de estudio:** Pacientes que acudieron a las clínicas de Admisión y Medicina y Patología bucal de la DEPeI, UNAM

**Tamaño de la muestra:** 139 pacientes

El cálculo del tamaño de la muestra se obtendrá basándose en el valor de consistencia interna y utilizando el programa estadístico PASS (por sus siglas en inglés Power Analysis & Sample Size) bajo los siguientes supuestos: Confianza: 95%, Poder: 80%, Coeficiente de correlación de acuerdo a la hipótesis nula: .40, Coeficiente de correlación de acuerdo a la hipótesis alterna: .60 Alpha: .05 y Beta: .05

**Criterios de selección:**

- **Criterios de Inclusión:** Se incluyeron a los pacientes que acudieron a las Clínicas de Admisión y Medicina y Patología Bucal de la DEPeI, UNAM en el periodo señalado y aceptaron participar en este estudio firmando el consentimiento informado.
- **Criterios de Exclusión:** Se excluyeron a los pacientes que no pudieron brindar información sobre los datos del cuestionario de recolección.



## Variables de estudio

Variable	Operacionalización	Codificación
Género	Se refiere de acuerdo al fenotipo expresado por el entrevistado.	1.- Masculino 2.- Femenino
Edad	Número de años cumplidos por la persona desde el nacimiento hasta el día de la encuesta.	Años cumplidos
Escolaridad	Se refiere al grado de estudio completado por la persona.	1.- Ninguna 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Carrera Técnica 5.- Bachillerato 6.- Licenciatura
Ocupación	Se refiere a la ocupación laboral expresado por la persona.	1.- Hogar 2.- Pensionado 3.- Estudiante 4.- Empleado 5.- Comerciante 6.- Obrero 7.- Campo
Antecedentes patológicos personales	Se refiere a que si el entrevistado padece o padeció hipertensión, diabetes y/ o cáncer.	1.- Hipertensión 2.- Diabetes 3.- Cáncer
Antecedentes patológicos familiares	Se refiere a que si la madre, padre, hijos, hermanos, abuelos maternos y/o abuelos paternos padecen o padecieron hipertensión, diabetes y/o cáncer.	1.- Hipertensión 2.- Diabetes 3.- Cáncer
Hábito tabáquico	Se clasificará cuestionando a los entrevistados si consumen o consumían tabaco.	1.- Si (Fumador) 2.- Deje de hacerlo (Exfumador) 3.- No (No fumador)
Termino de fumar	Se refiere al tiempo (meses o años) que lleva sin fumar el entrevistado.	Número arábigo
Producto fumado	Se refiere al tipo de producto fumado consumido por la persona.	1.- Cigarrillo 2.- Cigarrillo mentolado 3.- Cigarro electrónico 4.- Puro 5.- Marihuana



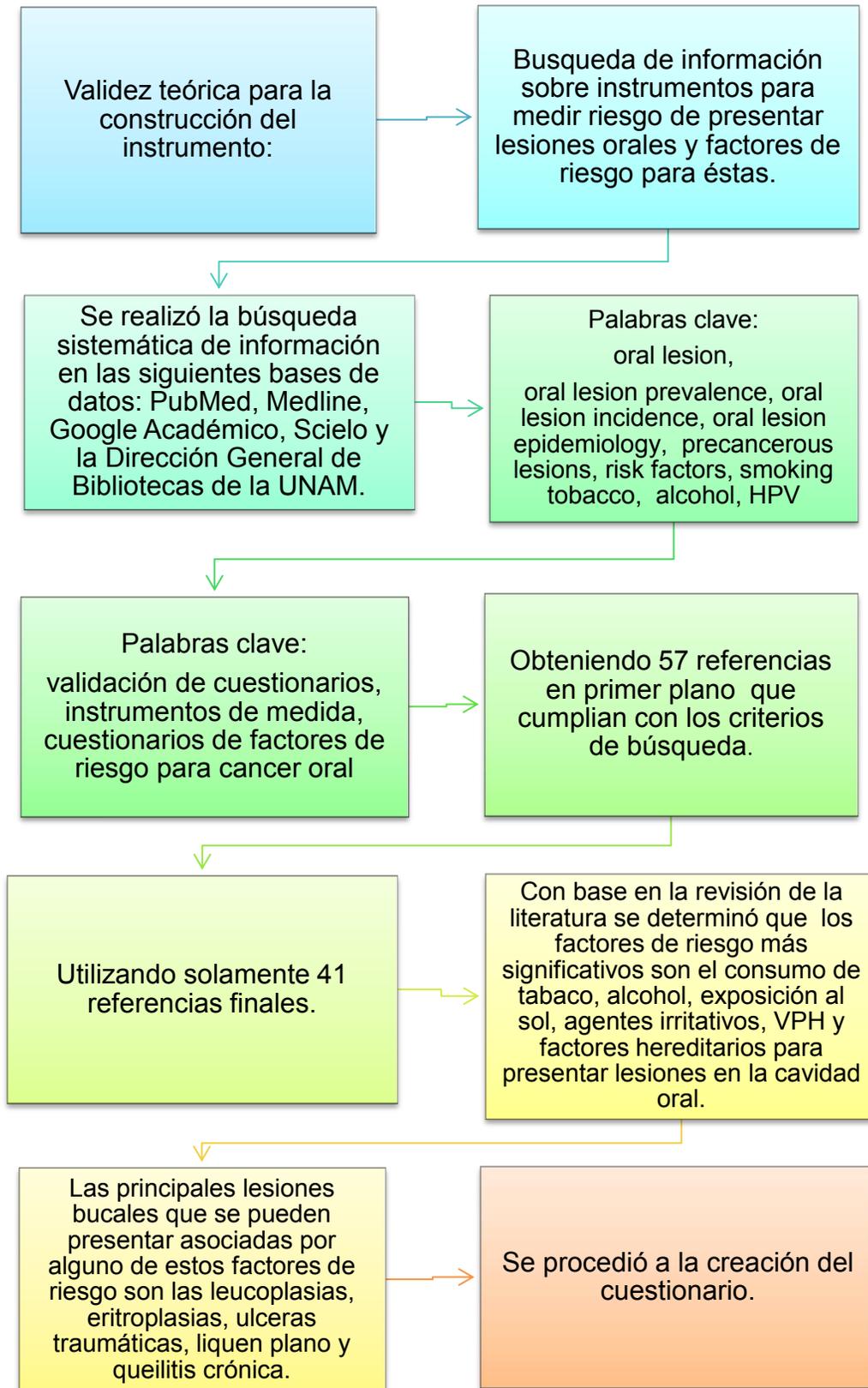
Variable	Operacionalización	Codificación
Frecuencia de fumar	Se refiere a la frecuencia con la que el entrevistado fuma.	1.- Todos los días (días a la semana) 2.- Algunas veces (más de una semana sin fumar)
Cigarrillos por día	Se refiere al número de cigarrillos fumados por día.	Número arábigo
Inicio a fumar	Se refiere a la edad de inicio del hábito tabáquico.	Número arábigo
Duración de fumar	Se refiere al rango de años que el entrevistado ha fumado aproximadamente.	1.- Menos de un años 2.- De 1 a 10 años 3.- de 11 a 20 años 4.- 21 años o más
Fumadores pasivos	Se refiere a que si los entrevistados que no fuman están en frecuente contacto con fumadores.	1.- Si (Cuantos días a la semana y cuantas horas en un día) 2.- No
Hábito enólico	Presencia o ausencia del hábito de consumo de bebidas alcohólicas por la persona.	1.- Si 2.- Deje de hacerlo 3.- No
Término de beber	Se refiere al tiempo (meses o años) que lleva sin consumir bebidas alcohólicas el entrevistado.	Número arábigo
Inicio a beber	Se refiere a la edad de inicio del hábito de consumir bebidas alcohólicas.	Número arábigo
Frecuencia de beber	Se refiere a la frecuencia con la que la persona consume bebidas alcohólicas.	1.- Todos los días 2.- Fines de semana 3.- Ocasional (más de una semana sin beber)
Duración de beber	Se refiere al rango de años que el entrevistado ha consumido bebidas alcohólicas aproximadamente.	1.- Menos de un año 2.- De 1 a 10 años 3.- De 11 a 20 años 4.- 21 años o más
Producto alcohólico	Se refiere al producto alcohólico que más consume el entrevistado.	1.- Tequila reposado 2.- Tequila blanco 3.- Cerveza 4.- Whisky 5.- Vino 6.- Ron 7.- Brandy 8.- Vodka

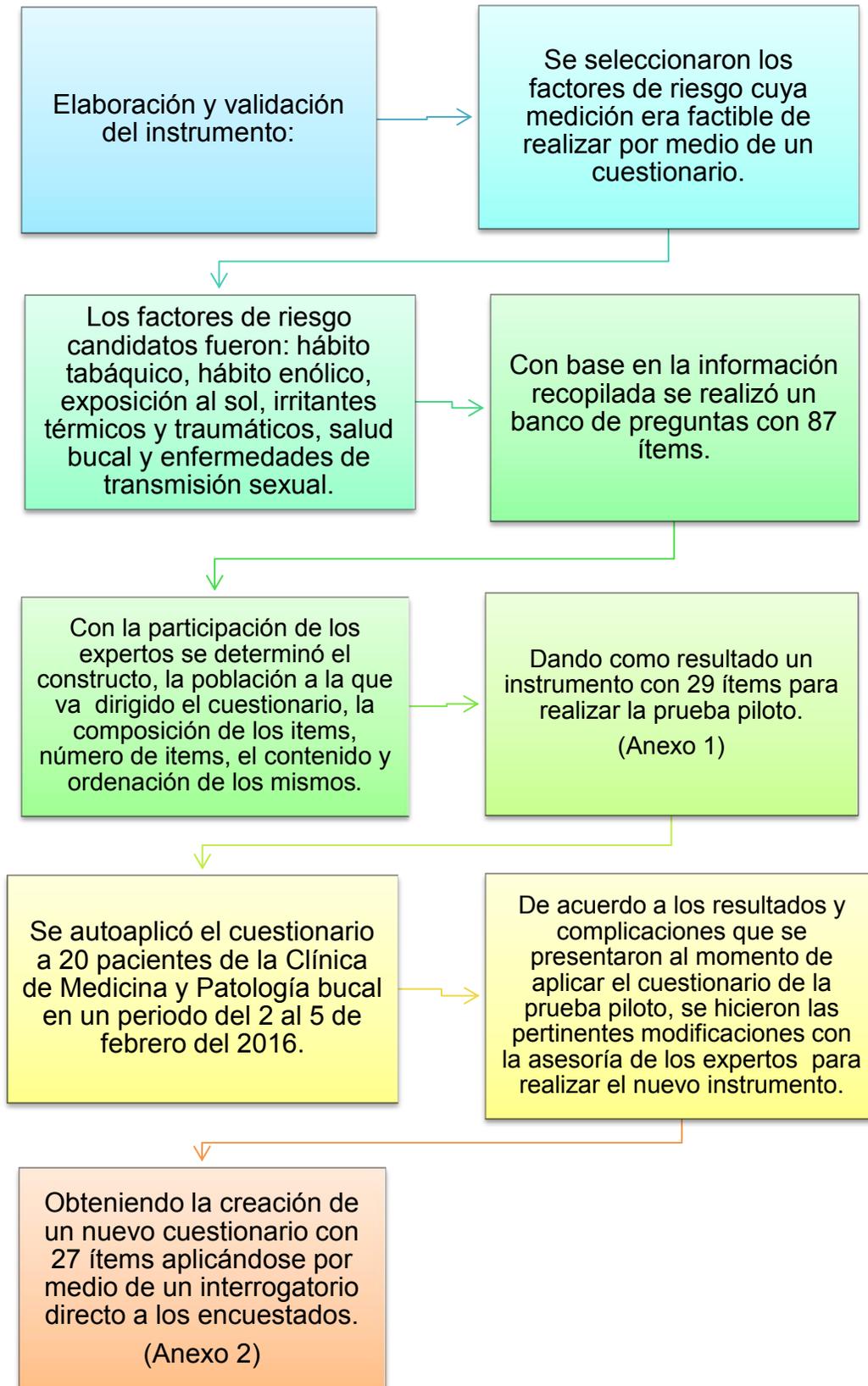


Variable	Operacionalización	Codificación
Cantidad de vasos consumidos	Se refiere a la cantidad de número de vasos que consume en un día ocasional la persona. (1 Vaso= 250 ml)	Número arábigo
Combinación del hábito tabáquico con el hábito enólico	Se refiere a si el entrevistado le gusta fumar cuando consume bebidas alcohólicas.	1.- Si 2.- No
Irritantes térmicos	Se refiere a que si a la persona le gusta consumir alimentos o bebidas calientes con moderación.	1.- Si 2.- No
Frecuencia de alimentos o bebidas calientes	Se refiere a la frecuencia con la que consumen alimentos o bebidas calientes.	1.- Todos los días 2.- Algunas veces
Exposición al sol	Se refiere a si la persona está en exposición continua al sol.	1.- Todos los días (5 a 7 días a la semana) 2.- Algunas veces (3 a 4 días a la semana) 3.- Nunca (1 o 2 días a la semana)
Tiempo de exposición al sol	Minutos u horas expuestos al sol.	Número arábigo
Protección del sol	Se refiere a si el entrevistado que se expone todos los días o algunas veces al sol utiliza algo para cubrirse o protegerse del sol.	1.- Si (gorra, cremas bloqueadoras, sombrillas) 2.- No
Lesiones en la piel	Se refiere a si el entrevistado que se expone todos los días o algunas veces al sol ha presentado o no lesiones en la piel a causa del sol	1.- Si 2.- No
Salud bucal	Se refiere a como considera o percibe su salud bucal la persona.	1.- Buena 2.- Regular 3.- Mala



<b>Variable</b>	<b>Operacionalización</b>	<b>Codificación</b>
Última visita al odontólogo	Es el número de años o meses de su última consulta odontológica hasta antes del día de la entrevista.	Años o meses de la última consulta odontológica
Irritantes traumáticos	Se refiere a que si la persona siente que algo le lastima o le raspa en la cavidad oral.	1.- Si (Especificar) 2.- No
Enjuague bucal	Se refiere a que si la persona utiliza o no enjuague bucal.	1.- Si (Con alcohol o sin alcohol) 2.- No
Enfermedades de transmisión sexual	Se refiere a que si la persona padece o padeció alguna enfermedad de transmisión sexual.	1.- Si (Especificar) 2.- No







## 8. RESULTADOS

### 8.1 Resultados prueba piloto

Se realizó la prueba piloto con un total de 20 pacientes elegidos al azar en la clínica de Patología y Medicina Bucal de la DEPEI, UNAM del 2 de febrero del 2016 al 5 de febrero del 2016, con la finalidad de probar que los ítems del cuestionario tuvieran una semántica correcta y no fueran repetitivos.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

El 85% (17) de la muestra correspondió al género femenino, y tan sólo el 15% (3) al género masculino, con un promedio para ambos sexos de 42 años con un rango entre 21 a 63 años de edad. Con respecto a la escolaridad, el 30% (6) mencionó haber concluido una licenciatura, sin embargo del total de la muestra el 50% (10) mencionó dedicarse al hogar.

Respecto a los antecedentes patológicos personales solamente el 10% (2) mencionó padecer diabetes. En cuanto a los antecedentes patológicos familiares no se obtuvieron datos relevantes.

Del total de la muestra, solamente el 5%(1) mencionó ser fumador activo, el 35% (7) dejó de hacerlo y el 60% (12) refirió no hacerlo. Por lo tanto, los datos arrojados fueron deficientes en la sección del cuestionario respecto al hábito tabáquico.

Del total de los pacientes entrevistados, el 60% (12) refirió consumir bebidas alcohólicas, el 20% (4) dejó de hacerlo y el 20% (4) restante no las consume. Las bebidas alcohólicas que más consumen es el tequila reposado y la cerveza con un 20% (4) cada una. Los entrevistados refirieron que en promedio consumen 3 vasos/copas (25%) en un día de consumo ocasional. Y tan sólo el 15% (3) prefiere o prefería combinar el hábito tabáquico con la ingesta de bebidas alcohólicas.

De los 20 entrevistados, el 50%(10) refirió consumir alimentos o bebidas calientes, de los cuales el 95% (9) los consume de manera diaria.



Respecto a la exposición al sol el 55% (11) mencionó estar siempre expuesto a él, de los cuales, el 81% (9) refirió que su motivo era por sus actividades diarias, pero el 60% (4) no utiliza nada para protegerse de los rayos del sol. Sin embargo el 40% (8) del total de la muestra ha presentado lesiones en la piel por la exposición al sol.

Del total de los pacientes, el 55% (11) considera que su salud bucal es regular, mientras que el 45% (9) la refirió como buena. En promedio, los entrevistados mencionaron que la última visita odontológica a la que acudieron fue aproximadamente 6 meses (20%), sin embargo el 5% (1) mencionó tener 15 años sin asistir al odontólogo.

El 20% (4) del total de la muestra refirió sentir que algo les lastimaba en la cavidad bucal, de los cuales el 75% (3) mencionó que su molestia se debía a prótesis desajustadas.

Se les cuestionó a los pacientes sobre el uso de enjuague bucal, de los cuales el 60% (12) mencionó utilizarlo cotidianamente y preferirlo sin alcohol. Por último, el 100% (20) de la muestra refirió nunca haber padecido alguna enfermedad de transmisión sexual.

Al término de la prueba piloto se evaluaron las deficiencias que existieron en la aplicación del cuestionario, observando sobre todo la confusión de los entrevistados en el planteamiento de las preguntas y sus respectivas respuestas. Ya que por lo mismo, los datos obtenidos fueron deficientes y complicados para su posterior interpretación.

De acuerdo al protocolo de validación de cuestionarios, el siguiente paso a seguir era depurar y modificar el antiguo cuestionario para la creación de uno nuevo con ayuda de las observaciones obtenidas de la prueba piloto.

En ese sentido el cuestionario de 29 ítems se redujo y se modificó a 27 aplicado de manera directa al entrevistado.

## 8.2 Resultados cuestionario definitivo

De un total de 139 pacientes elegidos al azar en la Clínica Admisión y de Patología y Medicina Bucal en la DEPeI, de la Universidad Nacional Autónoma de México entre el 8 de febrero del 2016 al 1 de marzo del 2016 se obtuvieron los siguientes resultados.

En el **gráfico 1** se observa que el 54% (74) de la muestra correspondió al género masculino, mientras que el 47% (65) representó al género femenino.

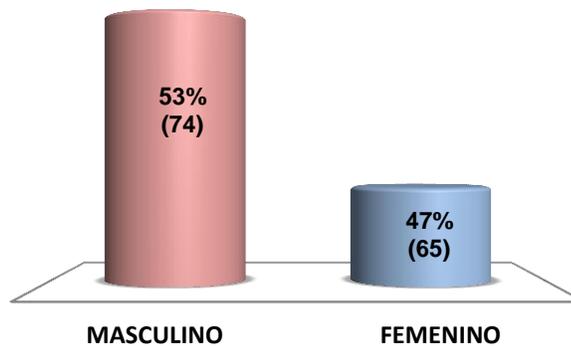


Gráfico 1. Distribución por género. (Frecuencia y porcentaje)

En la **tabla 1** se aprecia la distribución y frecuencia de pacientes según su edad, con un promedio para ambos sexos de 46 años entre un rango de 20 a 76 años de edad.

EDAD	
Media	46.65
Moda	63
Mínimo	20
Máximo	76

Tabla 1. Media, moda, mínima y máximo de edad para ambos sexos.

En la **tabla 2** se muestra la distribución de los pacientes respecto a su grado de escolaridad, obteniendo que el 29% (40) concluyó el bachillerato y tan solo el 15% (21) terminó la primaria

Escolaridad		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BACHILLERATO	40	28.8
	SECUNDARIA	37	26.6
	LICENCIATURA	28	20.1
	PRIMARIA	21	15.1
	CARRERA TECNICA	12	8.6
	NINGUNA	1	0.7
	<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Tabla 2. Frecuencia y porcentajes de los pacientes por escolaridad.

En el **gráfico 2** se observa la distribución respecto a la ocupación de los entrevistados; el 44% (61) refirió tener un empleo fijo y tan solo el 2% (3) de la muestra mencionó tener actividades en el campo, lo cual representa a nuestra población más vulnerable.

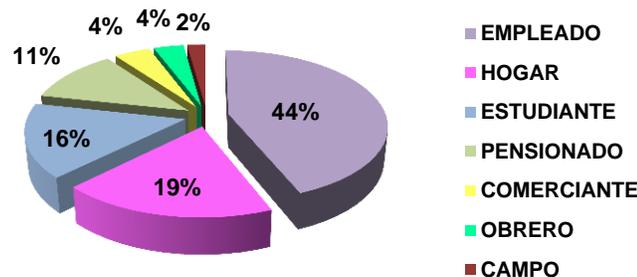


Gráfico 2. Distribución de los pacientes por ocupación.

La frecuencia y posible asociación entre las lesiones bucales y los antecedentes patológicos personales, con carácter sistémico, se analizaron en la **tabla 3**. Se apreció que el 69% (96) del total de pacientes precisó no padecer ninguna enfermedad sistémica, sin embargo, el 17% (23) padece hipertensión



Respecto a los antecedentes patológicos familiares de los entrevistados, en la **tabla 4** se analizaron los datos sobre las madres de los mismos, donde se observó que el 48% (66) de ellas no padecen o padecieron alguna enfermedad sistémica, aunque el 34% (47) presentó hipertensión.

En la **tabla 5**, se observan los resultados referidos sobre los antecedentes patológicos de los padres de los entrevistados; se encontró que el 76% (105) no presentó ningún antecedente patológico, sin embargo el 11% (15) padece diabetes.

Respecto a los hijos de los entrevistados, en la **tabla 6** se aprecia que el 98% (136) no tiene ningún antecedente patológico, sin embargo el 2% (3) padecen o padecieron cáncer.

En la **tabla 7** se muestra que del total de los pacientes, el 82% refirió que sus hermanos no presentan ningún antecedente patológico. Sin embargo el 9% (13) padece solamente diabetes.

Respecto a los abuelos maternos de los entrevistados, en la **tabla 8** se mostró que sólo el 15% (21) de las abuelas padecen hipertensión. Mientras que en la **tabla 8A** el 9% (12) de los abuelos también padecen hipertensión.

Mientras que en **las tablas 9 y 9A** se analizaron a los abuelos paternos de los entrevistados; y se encontró que el 9% (12) padece hipertensión, junto con otro 9% (12) que también padece diabetes. Y tan sólo el 7% (10) de los abuelos presentan hipertensión.



## Tabaquismo

Respecto al hábito tabáquico, en el **tabla 10** se muestra la frecuencia y porcentaje de fumadores, obteniendo que el 42.4% (59) mencionó ser fumador activo, el 17% (23) refirió ser ex fumador; de los cuales el 4.3%(7) en promedio tiene 20 años sin fumar, y el 41% (57) nunca haber fumado.

¿Usted fuma?		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	59	42.4
	DEJE DE HACERLO	23	16.5
	NO	57	41
	<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Tabla 10. Frecuencias y porcentajes del hábito tabáquico

En la **tabla 11** se observa la frecuencia y porcentaje del tipo de producto fumado que prefieren o preferían consumir los entrevistados fumadores y ex fumadores. El 50.4% (70) prefirió fumar cigarrillo, el 6.5% (9) cigarrillo mentolado, el 2.1% (3) marihuana y tan solo el 1.4% (2) fumar puro.

¿Qué fuma o fumaba?		Frecuencia	Porcentaje
Válido	CIGARRILLO	70	50.4
	CIGARRILLO MENTOLADO	9	6.5
	PURO	2	1.4
	CIGARRO ELECTRONICO	1	0.7
	<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>59</b>
	Perdidos		57
<b>Total</b>		<b>139</b>	<b>100</b>

Tabla 11. Distribución por producto de preferencia

En la **tabla 12**, se exhibe la distribución de la frecuencia del hábito, donde fue llamativo observar que el 31.7% (44) refirió fumar los 7 días de la semana. (**Gráfico 6**)

Con respecto a la cantidad de unidades fumadas por día, en la **gráfico 4**, se apreció que el 16.5% (23) de los entrevistados fumadores y ex fumadores en promedio fuman o fumaban 2 cigarrillos por día y tan sólo, pero significativo, el 5.8% (8) fuman aproximadamente 20 unidades de cigarrillos diarios. **(Gráfico 4)**

¿Con qué frecuencia fuma o fumaba? Días a la semana	Frecuencia	Porcentaje
<b>Válido</b>	1	18
	2	11
	3	5
	5	4
	7	44
	<b>Total</b>	<b>82</b>
<b>Perdidos</b>	57	41
<b>Total</b>	139	100

Tabla 12. Distribución de la frecuencia del hábito por días a la semana

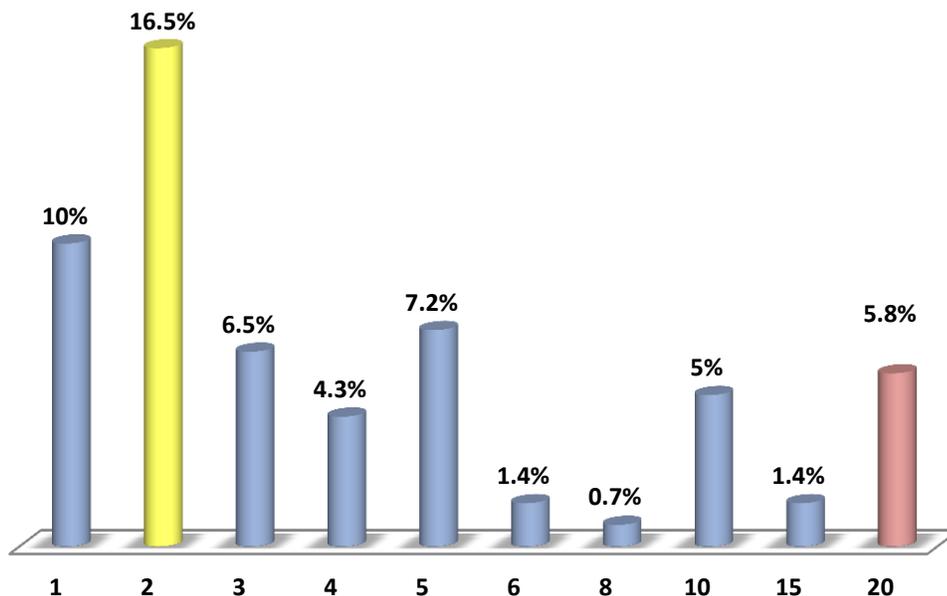


Gráfico 4. Distribución del hábito por cantidad de cigarrillos fumados por día.

La edad de inicio del hábito tabáquico se vio reflejada en el **gráfico 8**, en promedio el 15.8% (21) mencionó haber iniciado a fumar a los 20 años y tan sólo el .7% (1) a los 13 años. Posteriormente se continuó cuestionando a los entrevistados fumadores cuanto años en promedio han fumado, obteniendo que el 33.8% (47) ha fumado o fumó entre 21 años o más, lo cual se observa en el **gráfico 9**.

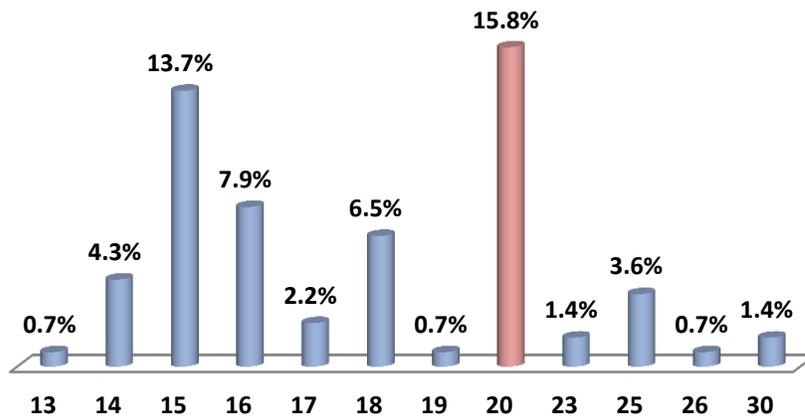


Gráfico 8. Distribución por edad de inicio del hábito tabáquico.

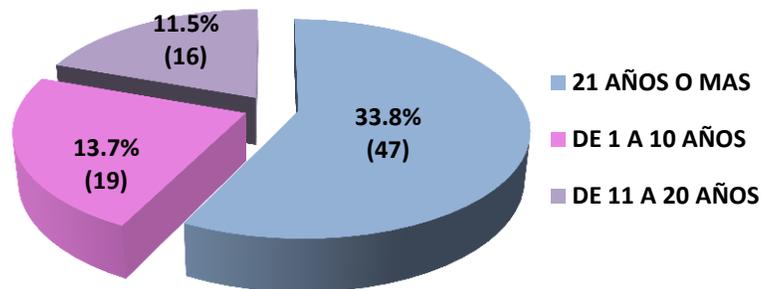
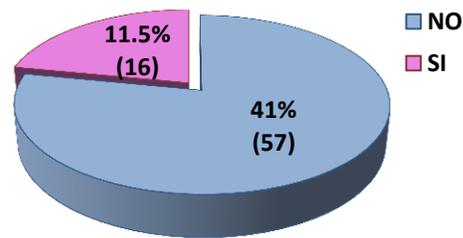


Gráfico 9. Distribución por años fumados aproximadamente. (Frecuencia y porcentaje)

En el **gráfico 10** se exhiben los datos obtenidos de los entrevistados no fumadores que corresponde al 41% (57) del total de la muestra, a quienes se les cuestionó si estaban o no en contacto con fumadores, de los cuales el 11.5% (16) mencionó si estar expuesto a personas fumadoras (**Tabla 13**), con un promedio entre 5 y 7 días a la semana (10%), aproximadamente por una hora diaria (5.8%) como se muestra en la **tabla 14**.



**Gráfico 10.** Distribución de los entrevistados no fumadores por contacto con fumadores activos. (Frecuencia y porcentaje)

¿Cuántos días a la semana?		Frecuencia	Porcentaje
Válido	5	7	5
	7	7	5
	2	1	0.7
	3	1	0.7
	<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>11.5</b>
Perdidos		123	88.5
<b>Total</b>		<b>139</b>	<b>100</b>

**Tabla 13.** Frecuencias y porcentajes de fumadores pasivos sobre el número de días por semana que están en contacto con fumadores activos.

¿Cuántas horas al día?		Frecuencia	Porcentaje
Válido	1	10	7.2
	2	5	3.6
	6	1	0.7
	<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>11.5</b>
Perdidos		123	88.5
<b>Total</b>		<b>139</b>	<b>100</b>

**Tabla 14.** Frecuencias y porcentajes para fumadores pasivos sobre las horas al día que están en contacto con fumadores activos.



## Alcoholismo

Del total de la muestra el 66.2% (92) mencionó consumir bebidas alcohólicas y tan solo el 2.2% (3) mencionó ser ex-bebedor. (Tabla 15)

¿Usted bebe?		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	92	66.2
	DEJE DE HACERLO	3	2.2
	NO	44	31.7
	<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Tabla 15. Frecuencias y porcentajes para el hábito enólico.

¿Cuánto tiempo lleva sin beber?		Frecuencia	Porcentaje
Válido			
	1 AÑO	1	0.7
	3 MESES	1	0.7
	30 AÑOS	1	0.7

Tabla 16. Frecuencias y porcentajes para entrevistados ex bebedores sobre el tiempo que lleva sin consumir bebidas alcohólicas.

Se analizó la edad de inicio del hábito enólico; donde el 15.8% (22) refirió haber iniciado a beber a los 20 años y sólo el 1.4% (2) a los 13 años (**Gráfico 11**); De los cuales el 46% (64) lo hace de manera ocasional (más de una semana sin beber), el 20.9% (29) los fines de semana y tan sólo el 1.4% (2) todos los días (**Gráfico 12**); dando así que el 37.4% (52) de los entrevistados mencionaron haber bebido aproximadamente entre 21 años o más. (Tabla 17)

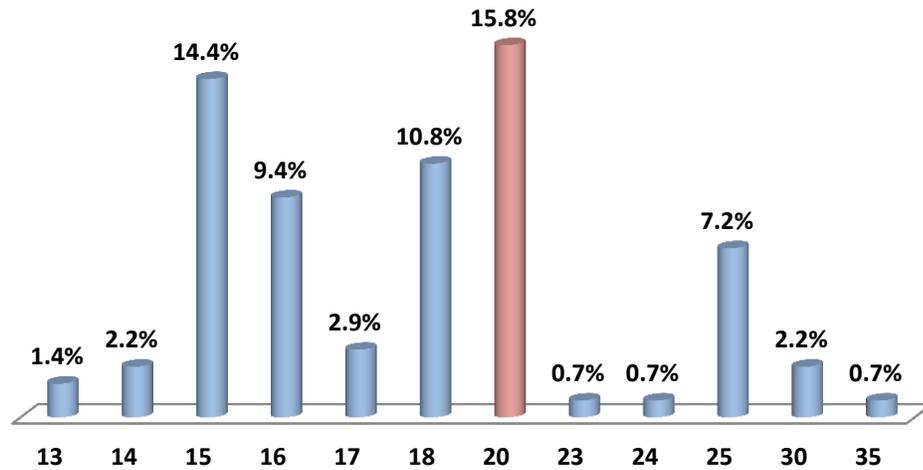


Gráfico 11. Distribución por edad de inicio del hábito enólico.

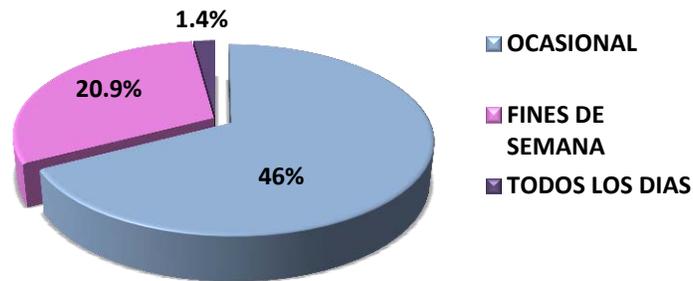


Gráfico 12. Distribución por ingesta de bebidas alcohólicas.

¿Qué tiempo lleva o llevó tomando bebidas alcohólicas?		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válido</b>	21 AÑOS O MAS	52	37.4
	DE 1 A 10 AÑOS	26	18.7
	DE 11 A 20 AÑOS	17	12.2
	<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>68.3</b>
<b>Perdidos</b>		44	31.7
<b>Total</b>		139	100

Tabla 17. Frecuencias y porcentajes sobre los años aproximados del consumo de bebidas alcohólicas.



En la **tabla 18** se aprecia la frecuencia de las bebidas alcohólicas que más consumen de primera elección los entrevistados, donde el 28.1% (39) refirió que la bebida que más consumen es la cerveza, el 18% (25) mencionó que el tequila reposado es su bebida de primera elección, el 8.6% (12) optó por whisky, el 5% (7) prefiere el vino tinto, y tan sólo el 1.4% (2) prefiere el tequila blanco.

¿Qué bebida alcohólica es la que más consume?		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válido</b>	CERVEZA	39	28.1
	TEQUILA REPOSADO	25	18
	WHISKY	12	8.6
	VINO	7	5
	BRANDY	6	4.3
	RON	3	2.2
	TEQUILA BLANCO	2	1.4
	VODKA	1	0.7
	<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>68.3</b>
<b>Perdidos</b>	Sistema	44	31.7
<b>Total</b>		139	100

Tabla 18. Frecuencias y porcentajes sobre la bebida alcohólica que más consumen.

Posteriormente se les cuestionó el número de vasos (250ml) que suelen consumir en un día ocasional. Se observó que el 14.4% (20) de la muestra en promedio toma un total de 3 vasos (14.4%), mientras que sólo el 3.6% (5) refirió consumir aproximadamente 10 vasos o más. (**Gráfico 13**)

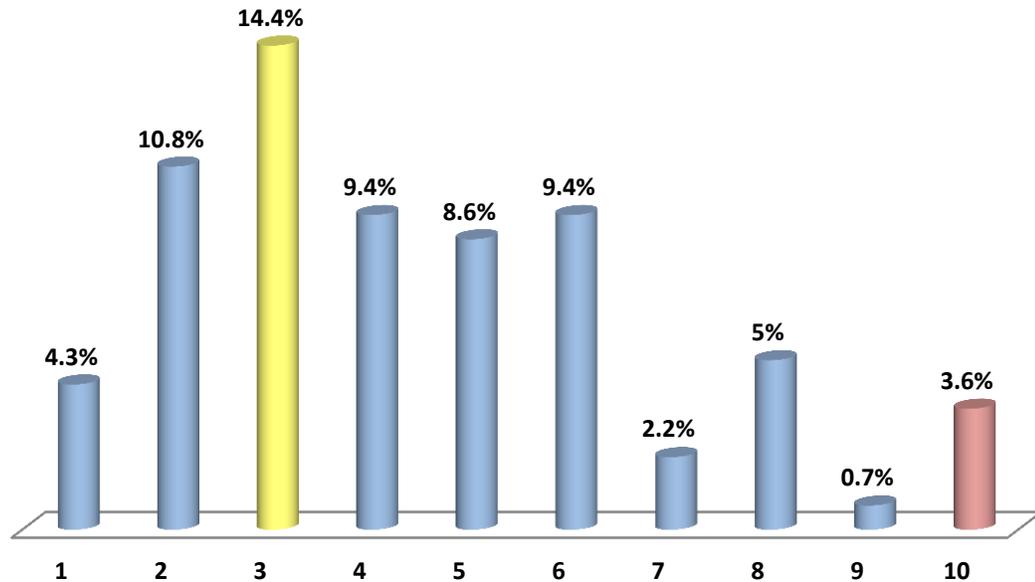


Gráfico 13. Distribución por cantidad de vasos consumidos aproximadamente en un día de ingesta ocasional de bebidas alcohólicas. (1 Vaso= 250 ml.)

De los entrevistados que son fumadores activos y que consumen bebidas alcohólicas, el 32.4% (45) les gusta beber y fumar al mismo tiempo, mientras que el 10.1% (14) prefieren no combinar los hábitos. (Tabla 19)

¿Cuándo está bebiendo, le gusta fumar?		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	45	32.4
	NO	14	10.1
	<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>42.4</b>
Perdidos		80	57.6
<b>Total</b>		<b>139</b>	<b>100</b>

Tabla 19. Frecuencias y porcentajes de fumadores activos que combinan la ingesta del hábito tabáquico con el hábito enólico.

## Irritantes térmicos

De los 139 entrevistados el 62.6% (87) mencionó preferir consumir alimentos o bebidas calientes (**Gráfico 14**), de los cuales el 47.5% (66) los consumen todos los días y tan sólo el 15.1% (21) lo hace de manera ocasional. (**Tabla 20**)

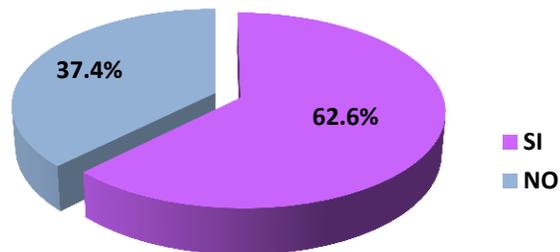


Gráfico 14. Distribución sobre ingesta de alimentos y bebidas calientes.

¿Con qué frecuencia los consume?		Frecuencia	Porcentaje
Válido	TODOS LOS DÍAS	66	47.5
	ALGUNAS VECES	21	15.1
	<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>62.6</b>
Perdidos		52	37.4
<b>Total</b>		139	100

Tabla 20. Frecuencias y porcentajes sobre consumo de bebidas y alimentos calientes.



## Exposición al sol

Del total de la muestra el 39.6% (55) refirió no exponerse con moderación al sol, el 31.7% (44) lo hace algunas veces y el 28.1% (40) está expuesto todos los días al sol (**Tabla 21**). De los cuales el 18.7% (26) mencionaron que su motivo es por sus actividades diarias, como el trasladarse de un lado a otro, el 5.8% (8) refirió que su causa de la exposición a los rayos del sol es por cuestiones laborales, ya que trabajan como comerciantes, el 2.2% (3) se dedica al deporte y otro 2.2% (3) son personas que tienen actividades en el campo por jornadas extensas, como se mostró en la **tabla 22**; por lo tanto estos tres grupos de personas están más propensas y con un mayor alto riesgo a desarrollar lesiones en la piel por la constante exposición a los rayos del sol.

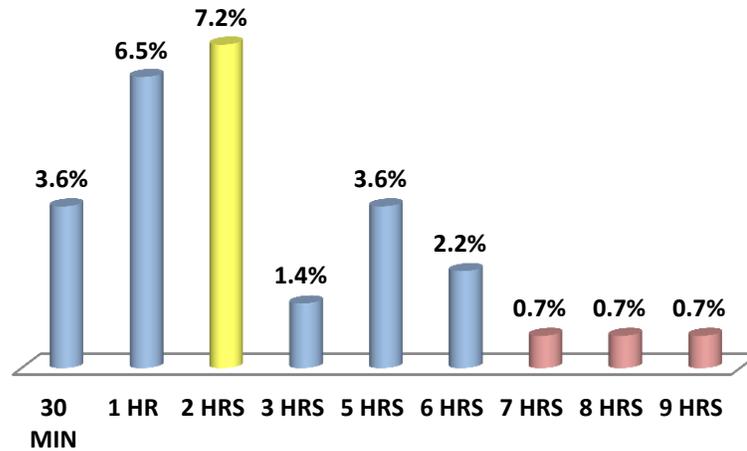
¿Usted se expone frecuentemente al sol?		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NUNCA	55	39.6
	ALGUNAS VECES	44	31.7
	TODOS LOS DIAS	40	28.8
	<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Tabla 21. Frecuencias y porcentajes de exposición al sol.

Motivo por el cual se expone al sol		Frecuencia	Porcentaje
Válido	ACTIVIDADES DIARIAS	26	18.7
	COMERCIANTE	8	5.8
	CAMPO	3	2.2
	DEPORTISTA	3	2.2
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>28.8</b>
Perdidos		99	71.2
<b>Total</b>		<b>139</b>	<b>100</b>

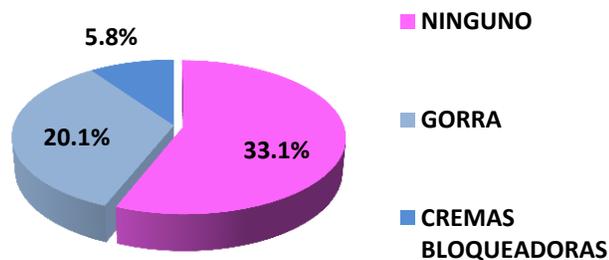
Tabla 22. Frecuencias y porcentajes del motivo a la exposición solar.

Se analizó la frecuencia del tiempo (minutos u horas) que están expuestos al sol los entrevistados que mencionaron estarlo diario, y se obtuvieron como resultados que en promedio se exponen por 2 horas diarias (7.2%), sin embargo el 2.1% lo está de 7 a 9 horas cada día. (**Gráfico 15**)



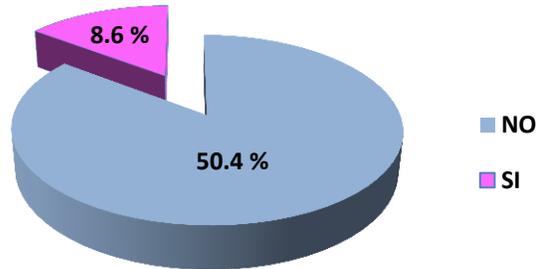
**Gráfico 15.** Distribución por tiempo (minutos/horas) al día expuestos al sol.

El 33.1% (46) de los entrevistados que se exponen diario al sol no utilizan nada para cubrirse, el 20.1% (28) utiliza gorra y tan sólo el 5.8% (7) hace uso de cremas bloqueadoras. (**Gráfico 16**)



**Gráfico 16.** Distribución por protección al sol.

El 50.4% (70) de los entrevistados que se exponen al sol con moderación nunca ha tenido lesiones en la piel, sin embargo el 8.6% (12) si las ha presentado (**Gráfico 17**).



**Gráfico 17. Distribución por lesiones en la piel por la exposición al sol.**

## Salud Bucal

En cuanto a la salud bucal de los entrevistados, el 41.7% (58) considera tener una salud bucal regular, el 30.2% (42) la refirió como mala y el 28.1% (39) considera tener buena salud oral. (**Tabla 23**)

¿Cómo considera su salud bucal?		Frecuencia	Porcentaje
Válido	REGULAR	58	41.7
	MALA	42	30.2
	BUENA	39	28.1
	<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

**Tabla 23. Frecuencias y porcentajes sobre la percepción de la salud bucal de los entrevistados.**

Se observa que en promedio el 25.2% (35) de los entrevistados tiene aproximadamente 1 año sin asistir con el odontólogo, sin embargo el 2.9% (4) jamás había acudido a una cita odontológica. (**Gráfico 18**)

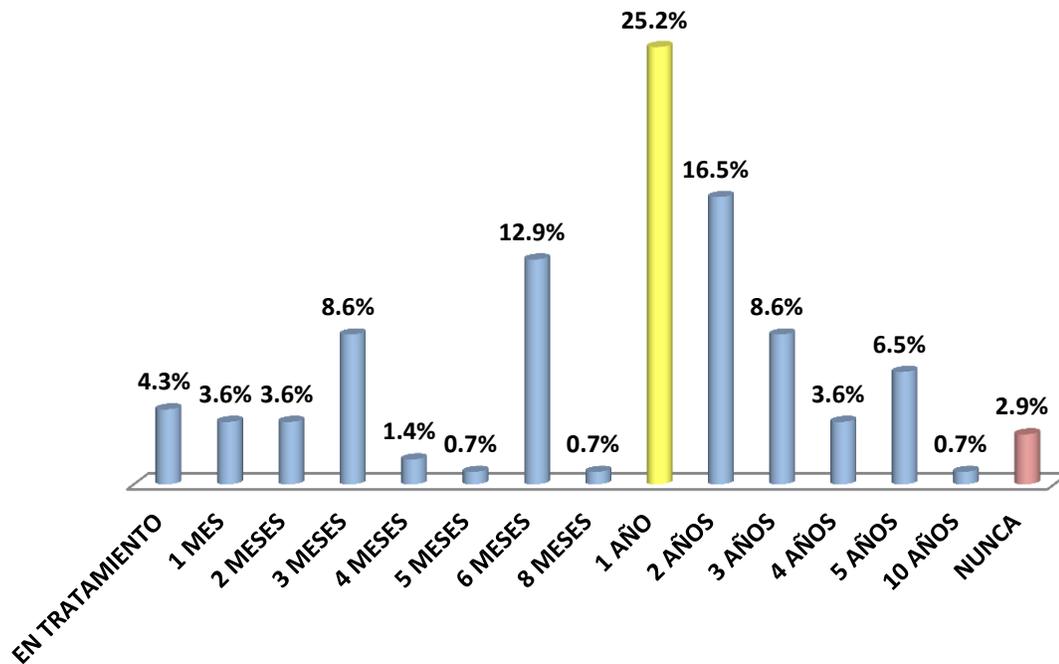


Gráfico 18. Distribución por el tiempo transcurrido desde la última visita odontológica de los entrevistados.

### Irritantes traumáticos

Del total de la muestra, se les preguntó a los entrevistados si sentían algo que les lastimara en la cavidad bucal, de los cuales el 71.2% (99) no refirió ninguna molestia, sin embargo el 28.8% (40) mencionó sentir que algo les lastimaba o raspaba dentro de la boca (**Tabla 24**). De los cuales el 17.3% (24) mencionó que su malestar se debía a alguna prótesis desajustada. (**Gráfico 19**)

¿Siente usted algo que le lastima o le raspa en la boca?		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	99	71.2
	SI	40	28.8
	<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Tabla 24. Frecuencias y porcentajes de molestias en cavidad oral.

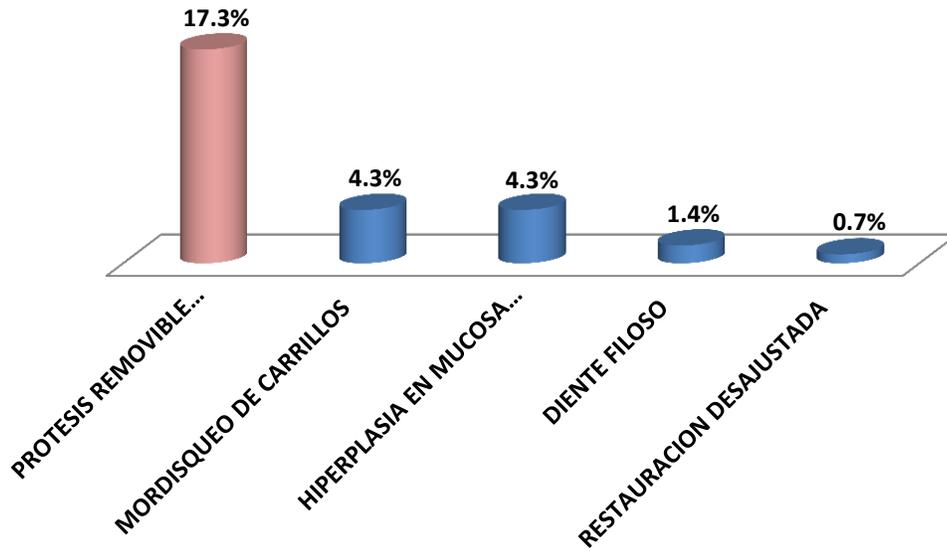


Gráfico 19. Distribución por motivo de molestias en cavidad oral.

Del total de los entrevistados el 47.5% (66) mencionó utilizar enjuague bucal (Gráfico 20), de los cuales el 41% (57) lo utiliza libre de alcohol, mientras que el 6.5% (9) prefiere utilizar enjuague bucal con alcohol. (Tabla 25)

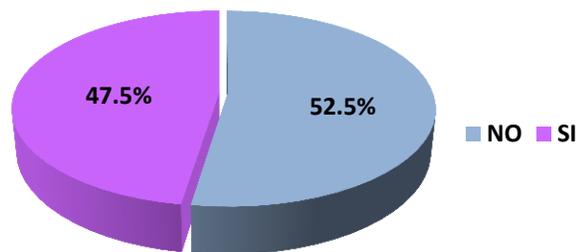


Gráfico 20. Distribución por uso de enjuague bucal.

¿Con alcohol o sin alcohol?		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SIN	57	41
	CON	9	6.5
	<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>47.5</b>
Perdidos		73	52.5
<b>Total</b>		<b>139</b>	<b>100</b>

Tabla 25. Frecuencias y porcentajes de enjuague bucal con o sin alcohol.



## Enfermedades de transmisión sexual

En la **tabla 26** se observa que del total de los entrevistados, tan sólo el 1.4% (2) refirió haber padecido alguna enfermedad de transmisión sexual; de los cuales solamente el .7% (1) mencionó haber presentado infección por el virus del papiloma humano (VPH) hace 6 años. (**Tabla 27**)

¿Padece o padeció alguna enfermedad de transmisión sexual?		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	137	98.6
	SI	2	1.4
	Total	139	100

Tabla 26. Frecuencias y porcentajes de enfermedades de transmisión sexual en los entrevistados.

¿Qué enfermedad de transmisión sexual padece o padeció?		Frecuencia	Porcentaje
Válido	CLAMIDIA	1	0.7
	VPH (HACE 6 AÑOS)	1	0.7

Tabla 27. Enfermedades de transmisión sexual que refirieron los entrevistados.



### 8.3 Resultados de confiabilidad

Para medir la consistencia interna se realizó un análisis de Kuder Richardson

Ítem	Kuder Richardson
1.- ¿Usted fuma?	0.665
2.- ¿Con qué frecuencia fuma o fumaba?	0.409
3.- ¿Está en contacto con personas que fuman?	0.621
4.- ¿Usted bebe?	0.508
5.- ¿Con qué frecuencia bebe o bebía?	0.465
6.- ¿Cuándo está bebiendo, le gusta fumar?	0.784
7.- ¿Le gusta consumir alimentos o bebidas calientes?	0.683
8.- ¿Con qué frecuencia los consume?	0.309
9.- ¿Usted se expone frecuentemente al sol?	0.628
10.- ¿Utiliza algo para protegerse del sol?	0.549
11.- ¿Ha tenido lesiones en la piel por la exposición al sol?	0.604
12.- ¿Cómo considera su salud bucal?	0.348
13.- ¿Siente usted algo que le lastima o le raspa en la boca?	0.677
14.- ¿Utiliza enjuague bucal?	0.432
15.- ¿Padece alguna enfermedad de transmisión sexual?	0.210



## 8.4 Resultados de validez

### Validez de consenso

Se realizó la consulta con un experto para la validez de consenso en la cual se determinaron los principales factores de riesgo a medir en el cuestionario, dichos factores fueron tabaquismo, alcoholismo, exposición al sol, antecedentes personales y hereditarios, irritantes térmicos, salud bucal y enfermedades de transmisión sexual.

### Validez de constructo

Para la validez de contenido se realizó un análisis factorial en el que se observan como los primeros tres factores que son tabaquismo, alcoholismo y exposición al sol explican el 62% del total de la varianza, por lo que a estos factores se les considera los de mayor peso estadístico como factores de riesgo en nuestra población.

COMPONENTES	TOTAL	% DE LA VARIANZA
1.-Tabaquismo	2.88	41.67
2.-Alcoholismo	1.93	24.25
3.-Exposición al sol	0.6	16.9
4.- APH	0.39	7.18
5.- Irritantes térmicos	0.1	4.56
6.- Salud bucal	0.2	3.7
7.- Enfermedades de transmisión sexual	0.1	1.72



## 9. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran que del total de los participantes (159), hubo un predominio del género femenino con un 52%, concordando con las tendencias reportadas, lo cual probablemente se asocia a que en México existe una mayor población femenina que acude con mayor frecuencia a los servicios de salud que los hombres,<sup>40</sup> sin embargo el género masculino tuvo una significativa participación del 48%, lo cual demuestra que la población masculina ha empezado a tomar conciencia sobre su salud e interés para acudir a un servicio odontológico. En relación con la edad, a pesar de que no hubo datos significativos, un dato importante fue en relación con el promedio de edad de 46 años, ya que la literatura reporta que la aparición de las lesiones orales potencialmente malignas, tales como la leucoplasia, liquen plano, queilitis crónica y ulceraciones traumáticas, son más propensas a presentarse en sujetos a partir de los 40 años.<sup>4,5,10</sup> A diferencia de las eritroplasias que tienen una mayor prevalencia a partir de los 60 años.<sup>9</sup> El hábito tabáquico fue el factor de riesgo con mayor incidencia dentro de nuestra población estudiada con un 42.4%, nuestro resultado concuerda con la existencia de la suficiente evidencia en la literatura científica para considerar al tabaco como el principal factor de riesgo para presentar lesiones potencialmente malignas en cavidad oral.<sup>2,7,8,14</sup> Y esto atribuible a la cantidad de cigarrillos fumados por día y a la frecuencia con la que los consumen. Gallegos y col. mencionan que el riesgo de presentar lesiones potencialmente malignas es proporcional con la cantidad de tabaco consumido: riesgo relativo 1.52 en fumadores de una cajetilla/día y 2.43 con dos cajetillas/día.<sup>3</sup> El hábito enólico tuvo una incidencia del 66.2% en nuestro grupo de estudio, aunque el porcentaje es menor comparado con el tabaquismo, la ingesta de bebidas alcohólicas solamente fue referida de manera ocasional (más de una semana sin beber) y en pequeñas cantidades (en promedio 3 vasos de 250 ml para cada ocasión) lo que disminuye el



riesgo a dicho factor. La bebida alcohólica que más consume nuestra muestra fue la cerveza con un 28%, seguido por el tequila reposado con 18%. Solano y col. mencionan que no existe evidencia de que un tipo de bebida alcohólica sea más predisponente a producir lesiones bucales o presente mayor riesgo de producirlo.<sup>18</sup> Sin embargo Gallegos y col. mencionan que los carcinógenos y su concentración varían de acuerdo con el tipo de bebida alcohólica, los “licores oscuros” como el whisky, el ron añejo y el coñac, contienen mayor proporción de carcinógenos que los “licores ligeros” (vodka, ron claro); la proporción de cáncer hipofaríngeo y de laringe supraglótica es mayor en los consumidores de alcoholes oscuros; los consumidores de vino y cerveza tienen mayor proporción de cáncer de la cavidad oral <sup>3</sup>. De los entrevistados que son fumadores activos y que consumen bebidas alcohólicas el 32.4% de la población les gusta combinar ambos hábitos, lo cual es algo significativo ya que el riesgo de un no bebedor que fuma 40 cigarrillos al día se multiplica por 2.5, al igual que en un bebedor excesivo que no fuma; sin embargo, en un fumador y bebedor el riesgo relativo se incrementa a 16.<sup>3</sup> El tercer factor de riesgo que también tuvo impacto en nuestro estudio fue la exposición al sol con un 28.8% de la población que está expuesta por más de 4 días a la semana de 2 a 9 horas diarias en promedio. La exposición prolongada o repetida a la luz solar puede producir una queilitis aguda, recurrente y erosiva sin la presencia de un mediador químico.<sup>41</sup> En esta investigación no se encontró ningún hallazgo relevante respecto al VPH, ya que los datos fueron deficientes y nulos. Sin embargo diversos estudios han encontrado una asociación importante, ya que en el complejo bucal se han visto asociadas las cepas 16, 18 y 31.<sup>16,20,21</sup> El presente estudio mostró limitaciones respecto al tema de la validación, principalmente por la escases de instrumentos de medida utilizados en el país para identificar factores de riesgo. Por lo cual no se lograron comparar nuestros resultados de validez obtenidos en el estudio.



## 10. CONCLUSIONES

- El instrumento diseñado demostró ser válido y reproducible para cuantificar el riesgo de tener una mayor predisposición en el momento actual de presentar lesiones bucales sospechosas.
- La estabilidad temporal y la concordancia de los interobservadores no fue posible comprobarla por motivos de la falta de tiempo durante la realización del estudio. Sin embargo se estimó la consistencia interna de los ítems por medio de un análisis de Kuder Richardson, la validez de consenso realizada con un experto y del análisis de la literatura científica, y la validez de constructo a través de un análisis factorial.
- Se identificaron los tres principales factores de riesgo en nuestra población estudiada por medio de la validez de constructo, los cuales fueron, tabaquismo, alcoholismo y la exposición solar.
- La utilidad de este cuestionario ayudará a identificar grupos de alto riesgo que requieran de la implementación de medidas de prevención y darle a conocer al individuo los factores de riesgo, características y conductas que lo hacen susceptible de desarrollar una enfermedad a futuro y de esta manera contribuir al mejoramiento de los estilos de vida de nuestra sociedad.
- Se recomienda realizar estudios más extensos que midan la eficacia epidemiológica para estudiar a la población que está más susceptible a presentar lesiones bucales debidas a factores de riesgo exógenos.



- Se sugiere incorporar un examen clínico al instrumento para obtener resultados más fidedignos, en conjunto a una investigación más completa.
- Se recomienda introducir este instrumento en la Facultad de Odontología de la UNAM, para dar paso a su generalización, modificación y su gradual perfeccionamiento a largo plazo para su posterior validación.



## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gueno J, Martins M, Munerato M, Hugo F, Santana Filho M, Weissheimer C et al. Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors. *Brazilian oral research*. 2015; 29(1):1-6.
2. Mathur S, Conway D, Worledge-Andrew H, Macpherson L, Ross A. Assessment and prevention of behavioural and social risk factors associated with oral cancer: protocol for a systematic review of clinical guidelines and systematic reviews to inform Primary Care dental professionals. *Systematic Reviews*. 2015;4(1)
3. Gallegos J. El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. *Cirugía y Cirujanos*. 2006. 74(4):287-293.
4. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Manual para la detección de Alteraciones de la Mucosa Bucal Potencialmente Malignas. México, D.F.; 2009; 19-24.
5. Aguas S, Lanfranchi Tizeira H. Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. *Rev Fac Odonto (UBA)*. 2004; 19(47):21- 31.
6. Warnakulasuriya S, Johnson N, Van Der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2007;36(10):575-580.
7. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*. 2009; 45(4-5):309-316.
8. Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncology*. 2009; 45(4-5):317-323.
9. Gaitán L, Quezada D. Medicina y Patología Bucal. Guía diagnóstica de lesiones de la mucosa bucal. México; 2015; 1:59-78.



10. Bouquot E, Gorling S. Leucoplakia, lichen planus and other oral keratoses in 23616 white Americans over the age of 35 years. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1986. 61(1):373-381.
11. OMS | Factores de riesgo [Internet]. Who.int. 2016 [Consulta 9 de Febrero 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
12. Mendoza M, Ordaz A, Abreu A, Romero O, García M. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. *Rev Ciencias Médicas*. 2013;17(4):24-32.
13. Lambert R, Sauvaget C, de Camargo Cancela M, Sankaranarayanan R. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. *Eur J Gastro & Hepat*. 2011;23(8):633-641.
14. Maya I. Perfiles demográficos y exposición a factores de riesgo para cáncer oral en pacientes que acudieron a la clínica de patología y medicina bucal, de la DEPeI, UNAM [Maestría en Ciencias]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2016.
15. Meza García G, Muñoz Ibarra J, Páez Valencia C, Aldape Barrios B. Carcinoma de células escamosas de cavidad bucal en un centro de tercer nivel de atención social en la ciudad de México. Experiencia de cinco años. *Av. Odontoestomatol*. 2009; 25(1):19-28.
16. Hermida Rojas M. Escala de riesgo para predecir el cáncer bucal [Doctorado]. Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Avila “Dr. José Assef Yara” Habana, Cuba; 2007.
17. Yardimci G. Precancerous lesions of oral mucosa. *World Journal of Clinical Cases*. 2014;2(12):866
18. Solano P, García V, Bascones A. ¿Existe suficiente evidencia en la literatura para considerar el tabaco y el alcohol como principales factores de riesgo del cáncer de lengua? *Av. Odontoestomatol*. 2010; 26(1):31-44.



19. Morales M. Validación de un cuestionario auto-aplicado para cuantificar riesgo de cáncer de piel en adultos mexicanos [Maestría en Ciencias]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2011.
20. Prabhu S, Wilson D. Human papillomavirus and oral disease - emerging evidence: a review. *Aust Dent J.* 2013;58(1):2-10.
21. Jayaprakash V, Reid M, Hatton E, Merzianu M, Rigual N, Marshall J et al. Human papillomavirus types 16 and 18 in epithelial dysplasia of oral cavity and oropharynx: A meta-analysis, 1985-2010. *Oral Oncology.* 2011;47(11):1048-1054.
22. Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión.* 2004; 5(17), 23-29.
23. Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med clin* 1998;110(1); 550-556
24. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz A. How is an instrument for measuring health to be validated? *An Sist Sanit Navar.* 2011; 34(1): 63-72
25. Villa A, Gohel A. Oral potentially malignant disorders in a large dental population. *Journal of Applied Oral Science.* 2014; 22(6):473-476.
26. Ramirez V, Esquivel L, Sierra J, Anaya G, González I, Ponce S. The Changing Clinical Spectrum of Human Immunodeficiency Virus (HIV)-Related Oral Lesions in 1,000 Consecutive Patients: A 12-Year Study in a Referral Center in Mexico. 2003;82(1):39-50.
27. Hassona Y, Sully C, Almangush A, Baqain Z, Sawair F. Oral potentially Malignant among dental patients: a pilot study in Jordan. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 2014; 23(15):427- 431.
28. Gaitán L, Calderón L, Martínez M. Patrones de ingesta de bebidas alcohólicas entre estudiantes de odontología. *Salud Pública de México.* 2004;46(4):282-284.



29. Sridharan G. Epidemiology, control and prevention of tobacco induced oral mucosal lesions in India. *Indian Journal of Cancer*. 2014;51(1):80-85.
30. Paizan M, Vilela-Martin J. Is There an Association between Periodontitis and Hypertension?. *CCR*. 2014;10(4):355-361
31. Agnihotri R, Gaur S. Implications of tobacco smoking on the oral health of older adults. *Geriatrics & Gerontology International*. 2014;14(3):526-540.
32. Sabbagh H, Hassan M, Innes N, Elkodary H, Little J, Mossey P. Passive Smoking in the Etiology of Non-Syndromic Orofacial Clefts: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*. 2015;10(3):e0116963
33. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencias de Sustancias. *AUDIT, Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol*. Ginebra, Suiza; 2001.
34. Becoña E, Fernández E, López A, Míguez M. La escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotínica (NDSS) en una muestra de fumadores que demandan tratamiento para dejar de fumar. 2009; 21(4):579-584.
35. Carballo J, García O, Secades V, Fernández J, García E, Errasti J et al. Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*. 2004; 16(4):674-679.
36. Saunders J, Aasland O, Babor T, De la Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption. *Addiction*. 1993; 88(1):791-804.



37. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/ Secretaría de Salud. México. 2012.
38. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/ Secretaría de Salud. México. 2012.
39. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/ Secretaría de Salud. México. 2012
40. Encuesta Nacional de Salud México. México: ENSA 2000. Disponible en: [www.bdsocial.org/index.php?option=com](http://www.bdsocial.org/index.php?option=com)
41. Hernán C. Queilitis por Fotosensibilidad. Rev. Med. Hondur. 2000; 43(1): 163-177.



## ANEXOS

### a) Anexo 1

“Cuestionario de factores de riesgo para lesiones bucales en la Facultad de Odontología de la UNAM”. Prueba piloto aplicada a 20 participantes en la DEPeI, UNAM.

**CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO PARA LESIONES BUCALES**  
**EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM**  
**Clinica de Medicina Bucal**

**FOLIO** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

<b>EDAD :</b> _____	<b>GÉNERO:</b> M        F
<b>ESCOLARIDAD:</b> _____	<b>OCUPACIÓN:</b> _____

Las preguntas que leerá a continuación están relacionadas con factores de riesgo para lesiones bucales por lo que, se le invita a participar en este estudio de investigación clínica con fines estadísticos y educativos.  
 Siéntase en absoluta confianza para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas.

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES Y FAMILIARES**

	ENTREVISTADO	MAMÁ	PAPA	HIJOS	HERMANOS	ABUELOS MATERNOS	ABUELOS PATERNOS
DIABETES							
HIPERTENSIÓN							
NEOPLASIA MALIGNA (Especificar localización)							

**TABAQUISMO**

1.- ¿USTED FUMA?

SI (pase a la pregunta 4)  
 NO (pase a la pregunta 9)  
 DEJÉ DE HACERLO

2.- ¿CÚANTOS AÑOS CREE HABER FUMADO?

3.- ¿CÚANTO TIEMPO LLEVA SIN FUMAR?

4.- ¿QUÉ FUMA O FUMABA?

CIGARRILLO  
 CIGARRO ELECTRÓNICO  
 PURO  
 MARIHUANA  
 OTRO \_\_\_\_\_



## CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO PARA LESIONES BUCALES



EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM

Clinica de Medicina Bucal



5.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA FUMA O FUMABA?

- TODOS LOS DIAS  
 ALGUNAS VECES  
 NUNCA

6.- ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA O FUMABA AL DIA?

7.- ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA CUANDO EMPEZÓ A FUMAR?

8.- ¿QUÉ TIEMPO LLEVA O LLEVÓ FUMANDO?

- MENOS DE 1 AÑO  
 DE 1 A 10 AÑOS  
 DE 11 A 20 AÑOS  
 21 O MÁS AÑOS

9.- ¿LE MOLESTA QUE LA GENTE FUME CERCA DE USTED?

- SI  
 NO

10.- ¿ESTÁ EN CONTACTO CON PERSONAS QUE FUMAN?

- SI  
 NO

11.- ¿CÚANTAS HORAS POR DÍA/ SEMANA ESTA EXPUESTO A AL HUMO DEL TABACO CON LAS PERSONAS QUE FUMAN?

### ALCOHOLISMO

12.- ¿USTED BEBE?

- SI (Pase a la pregunta 14)  
 NO (Pase a la pregunta 20)  
 DEJÉ DE HACERLO

13.- ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA SIN BEBER?

14.- ¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A BEBER?

15.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA BEBE O BEBÍA?

- TODOS LOS DÍAS  
 CADA SEMANA  
 OCASIONAL



## CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO PARA LESIONES BUCALES



EN LA FACULTAD DE ODONTOLÓGIA DE LA UNAM

**Clínica de Medicina Bucal**



16.- ¿QUÉ TIEMPO LLEVA O LLEVÓ TOMANDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS?

- MENOS DE 1 AÑO
- DE 1 A 10 AÑOS
- DE 11 A 20 AÑOS
- 21 AÑOS O MÁS

17.- ¿QUÉ BEBIDA ALCOHOLICA CONSUME?

RON	<input type="checkbox"/>	COGNAC	<input type="checkbox"/>	CERVEZA	<input type="checkbox"/>
TEQUILA BLANCO	<input type="checkbox"/>	VODKA	<input type="checkbox"/>	WHISKY	<input type="checkbox"/>
TEQUILA REPOSADO	<input type="checkbox"/>	ALCOHOL DE CAÑA	<input type="checkbox"/>	VINO	<input type="checkbox"/>
MEZCAL	<input type="checkbox"/>	BRANDY	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>

18.- CUANDO TOMA, ¿CUÁNTO TOMA?

- VASOS /COPAS
- MEZCLADOS
- BOTELLA

19.- ¿COMBINA LA INGESTA DE BEBIDA ALCÓLICAS CON EL HÁBITO DE FUMAR?

- SI
- NO

### IRRITANTES TÉRMICOS

20.- ¿LE GUSTA INGERIR ALIMENTOS O BEBIDAS CALIENTES?

- SI
- NO (Pase a la pregunta 22)

21.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA LOS CONSUME?

- DIARIO
- SEMANALMENTE
- OCASIONALMENTE

### EXPOSICIÓN AL SOL

22.- ¿USTED SE EXPONE FRECUENTEMENTE AL SOL?

- SIEMPRE. ¿Por qué y en dónde? \_\_\_\_\_
- ALGUNAS VECES
- NUNCA



## CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO PARA LESIONES BUCALES



EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM

Clínica de Medicina Bucal



23.- ¿UTILIZA PROTECCIÓN PARA PROTEGERSE DEL SOL?

- SÍ. ¿Con qué? \_\_\_\_\_  
 NO

24.- ¿HA TENIDO LESIONES EN PIEL POR EXPOSICIÓN AL SOL?

- SÍ  
 NO

### SALUD BUCAL

25.- ¿CÓMO CONSIDERA SU SALUD BUCAL?

- BUENA  
 REGULAR  
 MALA

26.- ¿CÚANDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE VISITÓ AL DENTISTA? \_\_\_\_\_

### IRRITANTES TRAUMÁTICOS

27.- ¿SIENTE USTED ALGO QUE LE LASTIMA O LE RASPA EN LA BOCA?

- SÍ. (Especifique) \_\_\_\_\_  
 NO

28.- ¿UTILIZA ENJUAGUE BUCAL?

- SÍ ¿Con alcohol o sin alcohol? \_\_\_\_\_  
 NO

### ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

29.- ¿PADECE O PADECÍA ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

- SÍ. ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 NO

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN



## b) Anexo 2

“Cuestionario de factores de riesgo para lesiones bucales en la Facultad de Odontología de la UNAM”. Cuestionario definitivo aplicado a 139 participantes en la DEPeI, UNAM.

**CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO PARA LESIONES BUCALES**  
**EN LA FACULTAD DE ODONTOLÓGIA DE LA UNAM**  
**Clínica de Medicina Bucal**




**FOLIO** \_\_\_\_\_

A continuación se le invita a participar en un estudio de investigación clínica con fines estadísticos y educativos, su participación consiste en contestar una serie de preguntas relacionadas con posibles factores de riesgo asociados a lesiones bucales; en ese sentido usted tendrá el derecho de retirarse cuando así lo desee y de no responder las preguntas que le resulten incómodas.

Si usted está de acuerdo en participar firme en la siguiente línea: \_\_\_\_\_

GÉNERO: MASCULINO	FEMENINO	EDAD:
ESCOLARIDAD:	OCUPACIÓN:	

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES Y FAMILIARES**

Marque con una paloma  sus respuestas

	ENTREVISTADO	MADRE	PADRE	HIJOS	HERMANOS	ABUELA MATERNA	ABUELO MATERNO	ABUELA PATERNA	ABUELO PATERNO
Diabetes									
Hipertensión									
Cáncer (Especificar localización)									

**TABAQUISMO**

<b>1.- ¿Usted fuma?</b> <input type="checkbox"/> Sí (Pase a la pregunta 3) <input type="checkbox"/> Dejó de hacerlo (Pase a la pregunta 2) <input type="checkbox"/> No (Pase a la pregunta 8)	<b>2.- ¿Cuánto tiempo lleva sin fumar?</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-left: auto;"></div>
<b>3.- ¿Qué fuma o fumaba?</b> <input type="checkbox"/> Cigarrillo <input type="checkbox"/> Cigarrillo mentolado <input type="checkbox"/> Cigarro electrónico <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>4.- ¿Con qué frecuencia fuma o fumaba?</b> <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Algunas veces (Especificar) _____
<b>5.- ¿Cuántos cigarrillos fuma o fumaba al día?</b> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin-left: auto;"></div>	<b>6.- ¿Cuántos años tenía cuando empezó a fumar?</b> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin-left: auto;"></div>



## CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO PARA LESIONES BUCALES

EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM

Clinica de Medicina Bucal



<p>7.- ¿Cuántos años ha fumado o fumó?</p> <input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> De 1 a 10 años <input type="checkbox"/> De 11 a 20 años <input type="checkbox"/> 21 o más años	<p>8.- ¿Está en contacto con personas que fuman?</p> <input type="checkbox"/> Sí. Mencione: ¿Cuántos días a la semana? _____ ¿Cuántas horas al día? _____ <input type="checkbox"/> No
---	--

### ALCOHOLISMO

<p>9.- ¿Usted bebe?</p> <input type="checkbox"/> Sí (Pase a la pregunta 11) <input type="checkbox"/> Dejé de hacerlo (Pase a la pregunta 10) <input type="checkbox"/> No (Pase a la pregunta 17)	<p>10.- ¿Cuánto tiempo lleva sin beber?</p> <input type="text"/>																								
<p>11.- ¿Cuántos años tenía cuando empezó a beber?</p> <input type="text"/>	<p>12.- ¿Con qué frecuencia bebe o bebía?</p> <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/> Ocasional (más de una semana sin beber)																								
<p>13.- ¿Qué tiempo lleva o llevó tomando bebidas alcohólicas?</p> <input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> De 1 a 10 años <input type="checkbox"/> De 11 a 20 años <input type="checkbox"/> 21 años o más	<p>14.- ¿Qué bebida alcohólica es la que más consume?</p> <table border="1"> <tr> <td>Ron</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Coñac</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Cerveza</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tequila blanco</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Vodka</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Whisky</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tequila reposado</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Alcohol de caña</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Vino</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mezcal</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Brandy</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Otro</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ron	<input type="checkbox"/>	Coñac	<input type="checkbox"/>	Cerveza	<input type="checkbox"/>	Tequila blanco	<input type="checkbox"/>	Vodka	<input type="checkbox"/>	Whisky	<input type="checkbox"/>	Tequila reposado	<input type="checkbox"/>	Alcohol de caña	<input type="checkbox"/>	Vino	<input type="checkbox"/>	Mezcal	<input type="checkbox"/>	Brandy	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Ron	<input type="checkbox"/>	Coñac	<input type="checkbox"/>	Cerveza	<input type="checkbox"/>																				
Tequila blanco	<input type="checkbox"/>	Vodka	<input type="checkbox"/>	Whisky	<input type="checkbox"/>																				
Tequila reposado	<input type="checkbox"/>	Alcohol de caña	<input type="checkbox"/>	Vino	<input type="checkbox"/>																				
Mezcal	<input type="checkbox"/>	Brandy	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>																				
<p>15.- Cuando toma ¿Cuánto toma?</p> <input type="text"/> Vasos /copas	<p>16.- ¿Cuándo está bebiendo, le gusta fumar?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																								

### IRRITANTES TÉRMICOS

<p>17.- ¿Le gusta consumir alimentos o bebidas calientes?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Pase a la pregunta 19)	<p>18.- ¿Con qué frecuencia los consume?</p> <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Algunas veces
--	--



## CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO PARA LESIONES BUCALES

EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM

Clínica de Medicina Bucal



### EXPOSICIÓN AL SOL

<p>19.- ¿Usted se expone frecuentemente al sol?</p> <input type="checkbox"/> Todos los días. ¿Por qué motivo? _____ (Pase a la pregunta 20) <p><input type="checkbox"/> Algunas veces (Pase a la pregunta 21)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca (Pase a la pregunta 23)</p>	<p>20.- ¿Cuánto tiempo (minutos u horas) aproximadamente se expone al sol?</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;"></div>
<p>21.- ¿Utiliza algo para protegerse del sol?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ¿Con qué? _____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>22.- ¿Ha tenido lesiones en la piel por la exposición al sol?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>

### SALUD BUCAL

<p>23.- ¿Cómo considera su salud bucal?</p> <p><input type="checkbox"/> Buena</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Mala</p>	<p>24.- Sin tomar en cuenta su visita del día de hoy, ¿cuándo fue la última vez que visitó al dentista?</p> <p>_____</p>
--	--

### IRRITANTES TRAUMÁTICOS

<p>25.- ¿Siente usted algo que le lastima o le raspa en la boca?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (Especifique) _____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>26.- ¿Utiliza enjuague bucal?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ¿Con alcohol o sin alcohol? _____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
--	--

### ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

<p>27.- ¿Padece alguna enfermedad de transmisión sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? _____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
---



### c) Anexo 3

#### Tablas

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes obtenidos sobre la edad de los pacientes entrevistados.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Edad	Frecuencia	Porcentaje
20	2	1.4	51	3	2.2
21	4	2.9	52	2	1.4
22	3	2.2	53	4	2.9
23	3	2.2	54	6	4.3
24	5	3.6	55	3	2.2
25	4	2.9	56	1	0.7
26	2	1.4	57	2	1.4
27	2	1.4	58	1	0.7
28	2	1.4	59	3	2.2
29	3	2.2	60	2	1.4
30	2	1.4	61	3	2.2
31	2	1.4	62	3	2.2
32	2	1.4	63	7	5
33	1	0.7	65	3	2.2
34	1	0.7	66	2	1.4
36	1	0.7	67	1	0.7
37	2	1.4	68	5	3.6
38	4	2.9	69	4	2.9
39	3	2.2	70	2	1.4
40	3	2.2	72	1	0.7
41	2	1.4	73	2	1.4
42	5	3.6	74	1	0.7
43	1	0.7	75	1	0.7
44	6	4.3	76	1	0.7
45	3	2.2	Total	139	100
46	2	1.4			
48	3	2.2			
49	2	1.4			
50	1	0.7			



Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de los antecedentes personales del total de los pacientes.

ENTREVISTADO		Frecuencia	Porcentaje
Válido	HIPERTENSION	23	16.5
	DIABETES	13	9.4
	DIABETES HIPERTENSION	5	3.6
	CANCER	1	0.7
	HIPERTENSION CANCER	1	0.7
	Total	43	30.9
	Perdidos		96
<b>Total</b>		139	100

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de los antecedentes patológicos de la madre del entrevistado

MADRE		Frecuencia	Porcentaje
Válido	HIPERTENSION	47	33.8
	DIABETES	15	10.8
	DIABETES HIPERTENSION	5	3.6
	CANCER	4	2.9
	DIABETES HIPERTENSION CANCER	1	.7
	Total	72	51.8
	Perdidos		67
<b>Total</b>		139	100.0

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de los antecedentes patológicos del padre del entrevistado.

PADRE		Frecuencia	Porcentaje
Válido	DIABETES	15	10.8
	HIPERTENSION	13	9.4
	CANCER	3	2.2
	DIABETES HIPERTENSION	3	2.2
	Total	34	24.5
Perdidos		105	75.5
<b>Total</b>		139	100



Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de los antecedentes patológicos de los hijos del entrevistado.

HIJOS		Frecuencia	Porcentaje
Válido	CANCER	2	1.4
Perdidos		137	98.6
Total		139	100

Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de los antecedentes patológicos de los hermanos del entrevistado.

HERMANOS		Frecuencia	Porcentaje
Válido	DIABETES	13	9.4
	HIPERTENSION	4	2.9
	CANCER	3	2.2
	DIABETES HIPERTENSION	3	2.2
	DIABETES CANCER	1	0.7
	DIABETES HIPERTENSION CANCER	1	0.7
	Total	25	18
	Perdidos		114
Total		139	100

Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de los antecedentes patológicos de la abuela materna del entrevistado

ABUELA MATERNA		Frecuencia	Porcentaje
Válido	HIPERTENSION	21	15.1
	DIABETES	9	6.5
	DIABETES CANCER	4	2.9
	CANCER	3	2.2
	Total	37	26.6
Perdidos		102	73.4
Total		139	100



Tabla 8A. Frecuencias y porcentajes de los antecedentes patológicos del abuelo materno del entrevistado.

ABUELO MATERNO		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válido</b>	HIPERTENSION	12	8.6
	DIABETES	5	3.6
	CANCER	2	1.4
	DIABETES HIPERTENSION	1	0.7
	Total	20	14.4
<b>Perdidos</b>		119	85.6
<b>Total</b>		139	100

Tabla 9. Frecuencias y porcentajes de los antecedentes patológicos de la abuela paterna del entrevistado.

ABUELA PATERNA		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válido</b>	HIPERTENSION	12	8.6
	DIABETES	12	8.6
	CANCER	1	0.7
	DIABETES HIPERTENSION	1	0.7
	Total	26	18.7
<b>Perdidos</b>		113	81.3
<b>Total</b>		139	100

Tabla 9A. Frecuencias y porcentajes de los antecedentes patológicos del abuelo paterno del entrevistado.

ABUELO PATERNO		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válido</b>	HIPERTENSIÓN	10	7.2
	DIABETES	6	4.3
	CANCER	2	1.4
	DIABETES HIPERTENSION	1	0.7
	DIABETES CANCER	1	0.7
	Total	20	14.4
<b>Perdidos</b>		119	85.6
<b>Total</b>		139	100



Frecuencias y porcentajes sobre “OTRO” producto fumado

¿Qué fuma o fumaba? OTRO		Frecuencia	Porcentaje
Válido		135	97.1
	COCAÍNA (UNA VEZ A LA SEMANA)	1	0.7
	MARIHUANA (UNA VEZ AL MES)	1	0.7
	MARIHUANA (30 AÑOS SIN FUMAR)	1	0.7
	MARIHUANA (UNA VEZ AL MES)	1	0.7
	Total	139	100