

01423
21.3

EL HABITO DE FUMAR EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA

POR

C. D. ARACELI APOLONIA VALVERDE ALVARADO

TESIS

PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN ODONTOLOGIA
(PATOLOGIA BUCAL)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1986

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION.....	1
REVISION BIBLIOGRAFICA.....	6
MATERIALES Y METODOS.....	24
RESULTADOS.....	25
DISCUSION.....	46
RESUMEN.....	54
CONCLUSIONES.....	55
BIBLIOGRAFIA.....	57
APENDICE.....	63
CURRICULUM VITAE.....	64

INDICE DE CUADROS

	Página
Cuadro No. 1	
Distribución de los estudiantes según presencia del hábito.....	30
Cuadro No. 2	
Distribución de estudiantes fumadores según edad	31
Cuadro No. 3	
Distribución de estudiantes fumadores según edad y sexo.....	32
Cuadro No. 4	
Distribución de estudiantes fumadores según sexo.....	33
Cuadro No. 5	
Distribución de estudiantes fumadores según edad de inicio en el hábito de fumar.....	34
Cuadro No. 6	
Distribución de los estudiantes fumadores según edad de inicio en el hábito y sexo.....	35
Cuadro No. 7	
Distribución de estudiantes fumadores según tipo de cigarrillo fumado.....	36

Cuadro No. 8

Distribución de estudiantes fumadores según cantidad de cigarrillos consumidos por día.....	37
---	----

Cuadro No. 9

Distribución de estudiantes fumadores según sexo y cantidad de cigarrillos consumidos al día.....	38
---	----

Cuadro No. 10

Distribución de estudiantes fumadores según tipo de inhalación del humo.....	39
--	----

Cuadro No. 11

Distribución de estudiantes fumadores según tipo de exhalación.....	40
---	----

Cuadro No. 12

Distribución de estudiantes fumadores según deseo de dejar de fumar.	41
--	----

Cuadro No. 13

Distribución de estudiantes fumadores según deseo por dejar de fumar y sexo.....	42
--	----

Cuadro No. 14

Opiniones de los fumadores respecto a las razones por las que desearía dejar de fumar.....	43
--	----

Cuadro No. 15

Opiniones de los fumadores respecto a las razones por las que dejaría de fumar según sexo.....	44
---	-----------

Cuadro No. 16

Distribución de los estudiantes fumadores según el deseo de orientar a sus pacientes y amigos sobre el riesgo de fumar y sexo.....	45
---	-----------

INTRODUCCION

El hábito de fumar tabaco existe de una forma ampliamente difundida en diversas partes del mundo (13)(12)(3)(15)(16).

Sus efectos en el organismo son muchos y muy importantes ya que afectan de manera determinante la salud del individuo que lo consume. Entre los padecimientos más importantes que se presentan, por su frecuencia se señala: la bronquitis crónica, cáncer pulmonar, úlcera gastroduodenal, cáncer de larínge, cáncer de boca, cáncer de esófago, cáncer de vejiga, - cáncer de riñón, cáncer de páncreas, hipertensión arterial, cardiopatías, recién nacidos de bajo peso (hijos de madres fumadoras) y abortos, entre otros. Información al respecto ha sido ampliamente reportada en la literatura y continua en investigación detalles al respecto (3)(16).

En el aspecto económico también causa graves daños por los gastos que ocasiona a cada nación que se ve afectada por fumadores crónicos (16)(1)(29). Sin embargo nuestro país no cuenta con los datos económicos al respecto que nos permitan conocer ampliamente este aspecto.

En lo que se refiere a los daños que causa el tabaco al organismo los de mayor gravedad son aquellos que resultan del consumo prolongado del tabaco (16)(17)(21)(22). Tomando en cuenta que es probablemente

INTRODUCCION

El hábito de fumar tabaco existe de una forma ampliamente difundida en diversas partes del mundo (13) (12) (3) (15) (16).

Sus efectos en el organismo son muchos y muy importantes ya que afectan de manera determinante la salud del individuo que lo consume. Entre los padecimientos más importantes que se presentan, por su frecuencia se señala: la bronquitis crónica, cáncer pulmonar, úlcera gastroduodenal, cáncer de larínge, cáncer de boca, cáncer de esófago, cáncer de vejiga, cáncer de riñón, cáncer de páncreas, hipertensión arterial, cardiopatías, recién nacidos de bajo peso (hijos de madres fumadoras) y abortos, entre otros. Información al respecto ha sido ampliamente reportada en la literatura y continua en investigación detalles al respecto (3) (16).

En el aspecto económico también causa graves daños por los gastos que ocasiona a cada nación que se ve afectada por fumadores crónicos (16) (1) (29). Sin embargo nuestro país no cuenta con los datos económicos al respecto que nos permitan conocer ampliamente este aspecto.

En lo que se refiere a los daños que causa el tabaco al organismo los de mayor gravedad son aquellos que resultan del consumo prolongado del tabaco (16) (17) (21) (22). Tomando en cuenta que es probablemente

la más adictiva forma de dependencia del hombre (16) (19).

De tal forma que se ha considerado al aspecto preventivo como la medida principal para evitar al máximo continuar con este problema de salud pública (3). Dentro de las medidas adecuadas para combatir el hábito de fumar se establece la realización de campañas de carácter informativo con el propósito de despertar interés entre los fumadores por evitar el consumo de tabaco. Tomando en cuenta de forma importante los siguientes aspectos (3).

- Los programas educativos y de información al público deberán estar dirigidos en particular a los grupos más expuestos como son los adolescentes.
- Hacer necesario que cada individuo asuma una mayor responsabilidad respecto a su salud y a la de sus semejantes.
- Promover un intercambio internacional de información y experiencias sobre el hábito de fumar y la salud.
- Hacer un importante señalamiento del riesgo al que se expone todo joven que comienza a fumar.
- Se deberán promover programas colaborativos entre el sector salud y otros sectores del gobierno y la comunidad, misma para reducir y en lo posible eliminar el hábito de fumar, en especial entre los jóvenes.

- Dirigir los programas educativos al grupo familiar y grupos escolares que son los de mayor riesgo (3).
- Que los profesionistas del área médica cumplan con alguna función de tipo preventivo que influya en la opinión pública (31).

Por lo tanto los estudiantes del área de la salud están considerados (1) (2) (31) (30) ser un sector importante de los futuros profesionistas capaces de poder realizar actividades de tipo preventivo para combatir el hábito de fumar tabaco. (31)

Por formar parte de la población en general, así como por la razón de que el periodo de preparación profesional es adecuado para que se --- adquieran los conocimientos sobre los efectos nocivos del tabaco, que les permita cambiar de manera positiva su conducta hacia este, y en el futuro ser los profesionistas capaces de llevar a cabo actividades de tipo preventivo.

Se plantean Objetivos como son:

- 1.- Establecer las características del hábito de fumar en los --- alumnos (1) (2) .

Entendiendo como características:

Prevalencia del hábito

Periodo de ser fumador

Edad de comienzo en el hábito

Promedio de cigarrillos fumados por día

Causa inicial del hábito

Deseo de dejar el hábito

2. - Conocer opiniones de los alumnos con respecto al hábito de fumar (1)(2).

Relación de Patologías favorecidas por el hábito

Efectos del tabaquismo en la salud

Propaganda en contra del hábito

Sugerencias para reducir la cantidad de fumadores.

Causas señaladas para la carencia del hábito

Efecto de la publicidad en el incremento del tabaquismo

Papel del médico ante el problema del tabaquismo

Los estudios realizados reportaron información importante y de utilidad, como lo es que:

- Los alumnos consideran necesario realizar una mayor cantidad de campañas de tipo educativo en contra del hábito de fumar (1)(2).
- Los alumnos no tienen los conocimientos suficientes respecto a los efectos nocivos del tabaco para la salud (1)(2).

Entre otros datos se dijo que:

- La publicidad favorece la presencia del hábito en la población
- El médico no cumple con alguna función de carácter preventivo (lo refleja con su conducta, cuando el médico fuma) (1) (2).

MARCO TEORICO

TIPOS DE CONSUMO DEL TABACO

El consumo del tabaco se ha observado en diversas culturas del mundo, en el Este (La India, Malasia y Pakistán) existen productos característicos y diversas formas de fumar tabaco, se fuman mezclas exóticas de tabaco (Bidi, Hooka, Chillum etc.) y la forma de fumar de forma invertida (24). En culturas del Oeste (América) se ha observado el consumo de tabaco principalmente a manera de cigarrillos, puros o pipa (24).

Antecedentes históricos señalan el descubrimiento de la planta de tabaco en América por Cristobal Colón quien observó que las formas de consumo de este eran: "chupado", "comido" y "aspirado" y con fines ceremoniales o religiosos únicamente, lo que deja un antecedente de la existencia de otras variedades de consumo de tabaco en este continente (23).

En la actualidad se consideran que las diferentes formas de consumo del tabaco que persisten son: (5) (18)

1. - Tabaco Fumado

- a) Forma Convencional: Cigarrillos, Puro o Pipa
- b) Forma Invertida

2. - Tabaco Oral

- a) Por succión
- b) Por masticación

3. - Combinación de las anteriores

Forma Convencional

La forma convencional de fumar tabaco se refiere al uso del tabaco industrializado, a manera de cigarrillo, puro o pipa.

Forma Invertida

Fumar de manera invertida o al revés es una modalidad de fumar - que consiste en introducir el cigarrillo a la boca en sentido inverso (hábito que se observa comunmente en la India) (15).

Tabaco Oral por Succión

La forma de tabaco Oral por succión o también llamada "aspiración interna", se refiere a colocar cierta cantidad de tabaco entre la mucosa bucal y la encía y se aspira (5).

Tabaco Oral por Masticación

Masticar tabaco consiste en colocar hojas de tabaco o tabaco en pequeños rollos cerca de la mejilla que se mastica y succiona (5). Es un hábito que se había visto poco común en lugares como Dinamarca y E. U. A., sin embargo en la actualidad se está haciendo popular, princi-

palmente entre los jóvenes estudiantes (5)(18)(7).

Para México, existe el antecedente histórico que menciona "La Relación de los Cuitzeo de la Laguna" (Michoacán), documento de 1579, que refiere que los indios de ese lugar acostumbraban masticar hojas frescas de tabaco con polvo de cal para tener fortaleza (23) y que sería el uso general del tabaco; también se señala que los Mayas ya masticaban el tabaco (16).

La forma de consumo de tabaco actual más común a nivel mundial y cuya preferencia va en aumento, es la de fumar tabaco en forma convencional (cigarrillos) (15)(1)(3)(16).

Para nuestro país, actualmente la forma de consumo de tabaco observada empíricamente como más común, es la de fumar de manera convencional (cigarrillos) (2)(16).

El desarrollo de las lesiones en boca por efecto del tabaco, se relacionan con la forma de consumo de este así como con las características -- del propio hábito (4)(15).

MARCO DE REFERENCIA

LEUCOPLASIA
RECESION GINGIVAL
ABRASION DENTARIA
PERDIDA OSEA PARODONTAL

La forma de consumo de tabaco denominada "Tabaco Oral" o "Tabaco sin Humo" con sus dos modalidades: a) Por succión o "aspiración interna" y b) Por masticación, provoca alteraciones en los tejidos blandos y -duros de la cavidad bucal (5). Sus efectos están estrechamente relacionados con el sitio de colocación del tabaco en la cavidad bucal y el periodo de tiempo con que se halla utilizado (7).

Las alteraciones reportadas en fumadores adultos con largos periodos de consumo de tabaco Oral (considerados fumadores habituales) son: Leucoplasia, Recesión Gingival, Abrasión Dentaria, Pérdida ósea parodontal, decoloración dentaria y disminución del gusto y del olfato (5)(7).

La Leucoplasia Oral es una lesión precancerosa asociada significativamente al uso del tabaco en cualquiera de sus formas de consumo (24). Waldron y Shafer la han definido como un término clínico sin conotaciones histológicas. Clínicamente se refiere a una mancha blanca o placa de la mucosa oral la cual no se elimina con el frotamiento y no puede ser caracterizada clínica o histológicamente como cualquier otra enfermedad espe-

cífica (7). Se ha establecido un criterio clínico para clasificar los ---- cambios en la mucosa de adultos consumidores de tabaco:

- Grado 1: Lesión superficial de color semejante al de la mucosa que lo rodea, ligeramente plegada y sin apariencia de engrosamiento.
- Grado 2: Lesión superficial blanca o rojiza moderadamente plegada y sin aparente engrosamiento.
- Grado 3: Lesión blanca o roja con pliegues de la mucosa y notorio engrosamiento (Axell) (5).

Los sitios de localización de cambios leucoplásicos más frecuentes en la cavidad bucal de fumadores de Tabaco Oral son: encía, mucosa alveolar, saco vestibular y mucosa bucal (7); mientras que para los fumadores de pipa los cambios leucoplásicos son más aparentes en paladar: y para los fumadores de cigarrillos o puros estos cambios prevalecen en mucosa vestibular (24). El porcentaje de lesiones leucoplásicas que sufren transformación maligna se considera que va del 3 a 6% aproximadamente (24) (7).

Se asocian cambios como son: alta prevalencia de periodontitis crónica, gingivitis y gingivitis ulcero necrozante, así como una alta prevalencia de abrasión dentaria en superficies oclusales, incisales. En casos más severos de consumo de tabaco Oral se ha observado amplia destrucción parodontal con pérdida de tejido óseo y tejidos blandos, y con bolsas paro

dontales que se extienden hasta un tercio apical de la raíz del diente. En la zona del margen gingival pequeñas cantidades de tejido de granulación. Radiográficamente se observa la amplia destrucción de hueso alveolar con márgenes no definidos (7).

Histológicamente se describe la presencia de úlceras e hiperplasia epitelial del epitelio que rodea el cuello dentario, denso infiltrado inflamatorio de neutrófilos, células plasmáticas y linfocitos en el tejido conectivo subepitelial, el epitelio superficial que cubre la encía libre con hiperqueratosis. El diagnóstico establecido es de hiperqueratosis con gingivitis crónica. (7).

Las características histológicas pueden variar de acuerdo al tipo de tabaco y tipo de manufacturación de este sin embargo existe una característica particular en la queratina de la mucosa bucal de fumadores de tabaco en cualquiera de sus formas, que se refiere al desarrollo de queratina en punta o en espiguilla específica de fumadores crónicos (5).

El hábito de Tabaco Oral se consideraba poco común en E. U. A., a partir de 1970 se detectó su resurgimiento y su continua popularidad -- siendo en la década de los 80's cuando su uso se incrementó entre los jóvenes estudiantes de todos los niveles, y especialmente en la zona Sur de los E. U. A. y en grupos de edad de 18 a 22 años de edad, dentro de las causas que se mencionan para su consumo están: A) ser un hábito so--

cialmente aceptado B) dar imagen de virilidad y C) ser consumido por --
 atletas (5) (7).

Investigaciones realizadas en jóvenes consumidores de tabaco Oral reportan la presencia de 4 lesiones o cambios clínicamente detectables: le--
 siones hiperqueratósicas y eritroplásicas; inflamación gingival o parodon--
 tal combinación de lesiones de la mucosa Oral e inflamación parodontal y --
 erosión cervical de los dientes. Características diferentes a las menciona--
 das en los fumadores adultos (5)

De un total de 1 119 jóvenes escolares, el 10% consumía "Tabaco -
 sin Humo" de estos el 48.7% presentaba lesiones en los dientes, en perio--
 donto y mucosa. Los cambios clínicamente detectables en la mucosa fue--
 ron de acuerdo a la escala de Axell de la siguiente forma:

Grado 1: Lesión superficial de color semejante al de la mucosa que
 lo rodea, ligeramente plegada y sin apariencia de engrosa--
 miento, con una frecuencia de 50%.

Grado 2: Lesión superficial blanca o rojiza moderadamente plegada
 y sin apariencia de engrosamiento, con una frecuencia de
 36%.

Grado 3: Lesión blanca o roja con pliegues de la mucosa y notable
 engrosamiento, con un 14% de frecuencia (5).

Las alteraciones parodontales establecidas fueron: recesión gingival en un sitio específico con migración apical de la encía más allá de la unión cemento-esmalte con o sin evidencia clínica de la lesión, con una frecuencia del 5.9% en tanto que el 19% presentaba estas alteraciones asociadas con alteraciones de la mucosa oral. No se detectó abrasión dentaria incisal u oclusal en ninguna de los consumidores de tabaco, ni enfermedad periodontal avanzada como la observada en la población de adultos, la erosión cervical dentaria solo se asoció al sitio específico de colocación del tabaco, se observó un aumento en el flujo salival que se menciona tener relación con la disminución de caries de estos pacientes, sin embargo no está esto completamente establecido (5).

Por último se ha hecho mención al desarrollo de Carcinoma Verrucoso por efecto de la Nitrosornicotina (NNN) aislada del tabaco de consumo oral, sugiriendo que sea el posible carcinógeno responsable del desarrollo de este tipo de carcinoma, cuyos cambios inducidos en el epitelio están siendo estudiados (6).

LEUCOEDEMA

Leucoedema se considera en términos clínicos como película de apariencia de velo difuso, aterciopelada de color blanco grisáceo o con disposición de pliegues más o menos verticales de la mucosa bucal y en forma bilateral que no desaparecen al abrir la boca (13).

Estudios de tipo epidemiológico realizados en la India respecto a la presencia de alteraciones en la cavidad bucal y su relación con el consumo de tabaco reportaron la presencia de Leucoedema, con una prevalencia de 2.5 por mil habitantes en un distrito de este país.

Investigaciones posteriores realizadas en Suecia (1981) reportaron una relación semejante del tabaco y leucoedema, con una prevalencia de 60.0% en fumadores de tabaco (13). La mayor prevalencia de leucoedema se presentó en fumadores de pipa, seguida de fumadores de cigarrillos y de aspiración bucal (13). En relación a la cantidad de tabaco consumido se encontró que existía una prevalencia más alta en aquellos fumadores de mayores cantidades de tabaco, fumadores habituales que en los fumadores considerados como moderados (13). La prevalencia mayor de leucoedema se presentó en grupos de edad de 25 a 34 y de 15 a 24 años de edad siendo esta de un 60.6% y 57.04% respectivamente (13). Se determina que existe una diferencia en el grado de prevalencia en las diferen

tes razas o grupos étnicos como lo son (en orden de frecuencia): negros africanos; asiáticos y blancos, con una preferencia marcada por la raza negra considerando a los negros de E. U. A. (13).

Sugiriendo que el leucoedema sea una condición que resulta parcialmente del constante y amplio grado de irritación de la mucosa bucal provocada por el tabaco en cualquiera de sus formas de consumo. Estableciendo la existencia de alguna correlación entre el leucoedema y el hábito del tabaco con cierta predisposición étnica y cuyo mecanismo de desarrollo permanece desconocido y requerirá de mayor investigación (13).

MELANOSIS DE FUMADORES

Dentro de los cambios observados en la cavidad bucal relacionados con el consumo de tabaco se señala la pigmentación melánica de la encía (9).

Clínicamente se define como cualquier pigmentación negro parduzca difusa o solitaria de la encía adherida. Hedin (primer autor en reportarla) la clasifica de acuerdo a su distribución en la encía adherida, sin que se presente en encía libre o pliegue mucogingival, en zona de anteriores --- comprendida desde una pequeña zona aislada de pigmentación hasta una -- franja continua en la encía de incisivos y caninos.

Grado I. - Pigmentación localizada de manera aislada en una o dos papilas interdentarias observadas generalmente entre incisivos y caninos que son las más afectadas.

Grado II. - Pigmentación aislada que afecta a varias papilas interdentarias solitarias.

Grado III. - Pigmentación que abarca una mayor extensión, en -- áreas aisladas, formando dos pequeñas franjas continuas.

Grado IV. - Pigmentación continua que forma una franja que incluye gran parte de la encía de incisivos y caninos.

Observada con mayor frecuencia en la mandíbula y observada está -- pigmentación melánica en fumadores sin que tenga alguna relación con el color de ojos o de piel (10).

La pigmentación de la encía se encuentra en numerosos grupos étnicos de piel oscura, y raramente en blancos. Cuando la melanosis es causada por factores genéticos se encuentra en algunas otras zonas de la mucosa bucal; la originada por medicamentos: antimaláricos y timoléptico tricíclicos. Algunas enfermedades están caracterizadas por la pigmentación de la mucosa oral, entre ellas la enfermedad de Addison; Síndrome de Albright, Síndrome de Peutz -Jegher- y enfermedad Von Recklinghausen. Debiendo de obtenerse correctamente la impresión clínica de la encía en relación a su tratamiento (10).

Hedin al realizar su investigación sobre la frecuencia de la pigmentación melánica en la encía adherida y su relación con el hábito de fumar - tabaco en sujetos de raza blanca, demostró histológicamente la presencia de una mayor cantidad de melanina en el tejido de la encía adherida; la melanina se hizo evidente utilizando una tinción de plata (Fontana - Masson) deposita principalmente en la capa basal del epitelio; la tinción para DOPA mostró un mayor número de actividad enzimática de melanocitos en la capa basal, con microscopio electrónico se observó la presencia de melanosomas y premelanosomas en los melanocitos y una cantidad de melanoso--

mas distribuidos entre las células queratinocitos (10).

Los estudios de tejido de partes no pigmentadas de la encía de pacientes con esta pigmentación clínica demostró la presencia de muy poca melanina en la capa basal. La pigmentación siempre se localizó en la encía insertada donde la extensión apical nunca llegó hasta la unión mucogingival (10).

Demostrando la estrecha relación entre la pigmentación melánica en la encía, en donde todas las personas con pigmentación melánica fueron fumadoras. La población estudiada estuvo compuesta por alumnos y pacientes de raza blanca, todos los pacientes con pigmentación eran fumadores de tabaco, de estos el 14.9% tuvieron pigmentación en la encía adherida, en tanto que entre los estudiantes la frecuencia fue de 12.9% con pigmentación melánica en la encía adherida. Se encontró en forma general una frecuencia de 95.2% en la mandíbula, así como los pacientes con melanosis tuvieron un consumo más elevado de tabaco que los fumadores sin pigmentación (10).

Otros estudios han sugerido que los pacientes con melanomas, fumadores de cigarrillos disminuyen su índice de sobrevivida comparado con aquellos no fumadores, probablemente porque el tabaco induce a una disminución en la inmunidad lo que facilita su propagación o metástasis (8).

Tomando en cuenta que el melanoma maligno de la cavidad bucal se asocia fuertemente a la pigmentación de la encía y otras zonas de la mucosa bucal, también se le ha llamado a esta pigmentación melánica "Melanosis precancerosa" (9).

Se ha publicado un estudio para evaluar la relación entre el consumo del tabaco y la pigmentación en la encía, de un grupo de trabajadores relacionados con el plomo. De estos en un primer estudio el 12% presentó pigmentación en la encía adherida mientras que en un segundo estudio fue un 18% de los trabajadores fumadores de tabaco, siendo la pigmentación más significativa en aquellos fumadores de más de 10 cigarrillos al día (17%) que en los no fumadores (0%), el promedio se incrementó en proporción al consumo de tabaco sin encontrar relación entre la pigmentación melánica y la presencia de plomo en la sangre. La presencia de pigmentación en la encía fue considerada de acuerdo a la clasificación de Hedin, siendo de mayor frecuencia el Grado III y IV en fumadores de 10 hasta 40 cigarrillos al día (9).

Histológicamente se observaron depósito de pigmentación melánica en la capa basal del epitelio, sin detectar gránulos de sulfuro en las paredes de los vasos sanguíneos y papilas de tejido conectivo como es el caso típico en el envenenamiento por plomo (9).

Como causa de la melanosis de los fumadores se ha sugerido un posible efecto de la nicotina sobre el contenido de melanina en las células del epitelio de la encía, se considera necesario realizar más estudios para aclarar el mecanismo de desarrollo de este tipo de melanosis, así como también su posible transformación maligna en cavidad bucal (9).

CARACTERISTICAS DEL HABITO DE FUMAR TABACO

(CIGARRILLOS)

Las características del hábito de fumar tabaco (cigarrillos) que influyen para el desarrollo de alteraciones en la cavidad bucal son:

- a) Tiempo transcurrido de ser fumador
- b) Tipo de cigarrillos fumados
- c) Inhalación del Humo
- d) Abandono del hábito

Tiempo Transcurrido de ser fumador. -

Indica el periodo de tiempo de exposición al factor de riesgo, efecto de los productos nocivos del humo del tabaco (4). Se considera como -- productos nocivos del humo del tabaco: Alquitrán, la nicotina, monóxido de carbono, gases irritantes, y sustancias carcinógenas entre otras (16).

Tipo de Cigarrillos. -

Se refiere al sistema de filtración, que considera a los cigarrillos con filtro, cigarrillos sin filtro y cigarrillos preparados por sí mismo, el - sistema de filtración actua disminuyendo el depósito de partículas de la - combustión del tabaco que actuan como carcinógenos (4).

Inhalación del Humo. -

Señala el periodo durante el cual los componentes del humo están en contacto con las mucosas. Si se inhala el humo hasta el fondo, el 90% de las partículas quedan retenidas en los pulmones, mientras que si se mantiene el humo en la boca, permite que el 50% de las partículas, se depositen en la mucosa bucal (4).

Abandono del Hábito. -

Se refiere a quedar exento a la exposición de los productos nocivos del tabaco.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las alteraciones presentes en la cavidad bucal por efecto del consumo del tabaco, se asocian a factores importantes como son: Tipo de Tabaco; Forma de Consumo del Tabaco y Características de Consumo del Mismo (4) (5) (15). Lo que indica la importancia que existe para que el Cirujano Dentista considere estos factores en la población, que le permitan llevar a cabo un análisis del riesgo que significa el consumo del tabaco para la salud bucal. Estableciendo la relación con los cambios clínicos detectables que le faciliten cumplir con la función preventiva que le corresponde (5) - (7) (9) (11).

Considerando la presencia del hábito de fumar tabaco (cigarrillos) - en la población en general y por formar parte del personal del área de la salud, se consideró de utilidad realizar un estudio de tipo descriptivo en - estudiantes de Odontología, para determinar:

- 1) La presencia del hábito de fumar en estudiantes de Odontología.
- 2) Características del hábito de fumar y su relación con la cavidad bucal.
- 3) Conocer el interés de los estudiantes por cumplir con alguna - función de tipo preventivo.

METODOLOGIA

La población estudiada fueron los alumnos inscritos en el cuarto semestre de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología - U. N. A. M., periodo 85-II. El total de alumnos (669) distribuidos en diez y siete grupos sin algún patrón en especial. Considerando como muestra final aleatoria un total de 370 alumnos.

Para obtener la información se empleo como instrumento de medición un cuestionario que se aplicó por profesores de la carrera, el cual contenía once preguntas que cubrían los aspectos mencionados en los objetivos.

Una vez revisados los cuestionarios se procedio a tabular la información mediante la técnica de tarjetas simples. Para su descripción se emplearon medidas de posición y dispersión para facilitar su comparación.

RESULTADOS

Se recogió la información completa de trescientos cincuenta y tres - alumnos inscritos para el periodo en estudio, los casos en los que no se pudo obtener la información correspondió a quienes por diversos motivos no se presentaron el día que se aplico el cuestionario. De estos, el 66.3% - pertenecio al sexo femenino y el 33.7% al sexo masculino.

- Presencia del hábito -

De acuerdo a la información obtenida se pudo establecer que de los estudiantes de cuarto semestre el 32.9% fueron fumadores en el - momento de responder el cuestionario y los no fumadores constitu yeron el 67.1% de la población en estudio. (Cuadro No. 1)

Edad. - Se determinó la edad promedio en los fumadores de cuar- to semestre de la Facultad de Odontología de 26.07 años y la edad modal de 20 años. (Cuadro No. 2 y 3)

Sexo. - En el Cuadro No. 4 se observa que el porcentaje de fuma- dores fue ligeramente menor en mujeres 49.1% que en hombres 50.9% .

- Características del hábito -

Edad de inicio en el hábito. - La edad promedio de inicio en el hábito fue de 17.6 años y la más frecuente de 18 años. Por otra parte la edad mínima de comienzo fue de 11 años y máxima de 32 años, con una desviación estandar igual a 5.5 años (que indicó que el 68% de la población en estudio aproximadamente empezó a fumar entre los doce y veintitres años de edad). (Cuadro No. 5)

En cuanto las diferencias por sexo se determinó en mujeres con edad promedio de inicio en el hábito de 18.8 años y en hombres la edad promedio de inicio en el hábito de 15.5 años. (Cuadro No. 6)

- Tipo de cigarrillos fumados -

El Cuadro No. 7 muestra que el 99.1% de los fumadores fumó cigarrillos con filtro, mientras que el .9% de los fumadores fumó cigarrillos sin filtro.

- Número de cigarrillos fumados por día -

En el momento de estudio el grupo de fumadores de cuarto semestre fumó un promedio de 5.58 cigarrillos al día, con una desviación estandar de 4.78 (que indicó que el 68% aproximadamente de la población de fumadores fumó entre uno y diez cigarrillos por día). (Cuadro No. 8)

Las diferencias por sexo indicaron que las mujeres fumaron un promedio de 5 cigarrillos por día. Y los hombres un promedio de 7 cigarrillos por día, con una desviación estandar de 3.15 (indica que el 68% aproximadamente de las mujeres fumadoras fuma entre uno y ocho cigarrillos al día) y la desviación estandar para hombres de 2.73 (que indica que el 68% aproximadamente de los hombres fumadores fuma entre cuatro y diez cigarrillos por día. (Cuadro No. 9)

- Inhalación del humo -

El Cuadro No. 10 muestra que el 66.4% de los fumadores inhala el humo; el 23.3% lo hace ocasionalmente y 6.0% no lo inhala mientras que el 4.3% no lo sabe.

- Exhalación del humo -

Se señala en el Cuadro No. 11 que el 66.1% de los fumadores indicó exhalar el humo por la boca, el 32.2% por boca y nariz y el 1.7% por nariz.

- Interés en el aspecto preventivo -

- Deseo por dejar de fumar -

El Cuadro No. 12 muestra que el 75.9% de los fumadores indicó desear dejar de fumar, mientras que el 24.1% dijo no tener inte-

rés en hacerlo. Las diferencias por sexo señalan (en el Cuadro No. 13) - que el 70.1% de las mujeres deseaba dejar de fumar, y el 29.9% no lo deseaba mientras que el 84.7% de los hombres dijo que si deseaba dejar de hacerlo, y el 15.3% no. Las causas señaladas para dejar el hábito fueron: el 49% de los fumadores señalaba que hacía daño y afectaba a la salud (no especificando el tipo de alteración); el 14.6% dijo que afectaba su estado físico causándole algún tipo de problema (dolor de cabeza, náuseas, mareos, agotamiento, xerostomía); el 10.5% dijo que causaba problemas de tipo sistémico (especificando alteraciones relacionadas con el aparato respiratorio y cardiovascular principalmente el 10.5% dijo no saberlo; el 6.3% mencionó que era caro; el 3.1% dijo que causaba problemas en cavidad bucal; el 2.0% dijo que daba mal aspecto; el otro 2.0% mencionó el riesgo de padecer cáncer y el último 2% dijo ser deportista. (Cuadro No. 14)

En cuanto a las razones mencionadas para no dejar el hábito fueron: el 38% mencionó que por gusto, el 42.3% por que no era un hábito; el 11.6% por satisfacción; 3.8% porque le daba tranquilidad y el otro 3.8% no lo sabía.

- Orientación a pacientes y amigos sobre el riesgo de fumar -

En el Cuadro No. 16 se observa que el 94.8% de los fumadores

sí orientaría a pacientes y amigos mientras que 5.2% no lo haría.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE LOS ESTUDIANTES SEGUN PRESENCIA
DEL HABITO. FACULTAD DE ODONTOLOGIA MEXICO.

1985

PRESENCIA DEL HABITO	FRECUENCIA	%
FUMADORES	116	32.9
NO FUMADORES	237	67.1
TOTAL	353	100

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES FUMADORES SEGUN EDAD FACULTAD
DE ODONTOLOGIA, MEXICO 1985.

EDAD	FRECUENCIA	%
19	11	9.5
20	31	26.7
21	18	15.5
22	12	10.3
23	11	9.5
24	16	13.7
25	4	3.4
26	3	2.6
27	3	2.6
28	3	2.6
29	1	.9
30	1	.9
32	1	.9
39	1	.9
TOTAL	116	100.0

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES FUMADORES SEGUN EDAD Y SEXO.
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA, MEXICO 1985.

EDAD	SEXO		TOTAL		
	FEMENINO FRECUENCIA	%	MASCULINO FRECUENCIA	%	
19	8	14.0	3	5.0	11
20	17	30.0	14	24.0	31
21	8	14.0	10	17.0	18
22	6	10.5	6	10.0	12
23	4	7.0	7	11.9	11
24	7	12.2	9	15.2	16
25	3	5.2	1	1.7	4
26	-		3	5.0	3
27	1	1.8	2	3.4	3
28	1	1.8	2	3.4	3
29	-		1	1.7	1
30	1	1.8	-		
32	-		1	1.7	1
39	1	1.8			
TOTAL	57	100.0	59	100.0	116

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES FUMADORES SEGUN SEXO. FACULTAD
DE ODONTOLOGIA, MEXICO 1985.

SEXO	FRECUENCIA	%
FEMENINO	57	49.1
MASCULINO	59	50.9
TOTAL	116	100.0

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES FUMADORES SEGUN EDAD DE INICIO
EN EL HABITO DE FUMAR. FACULTAD DE ODONTOLOGIA, MEXICO
1985.

EDAD	FRECUENCIA	%
11	2	1.7
12	1	.9
13	5	4.3
14	5	4.3
15	9	7.8
16	11	9.5
17	14	12.1
18	33	28.4
19	15	12.9
20	16	13.8
21	2	1.7
22	2	1.7
32	1	.9
TOTAL	116	100.0

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE LOS ESTUDIANTES FUMADORES SEGUN EDAD DE INICIO
EN EL HABITO Y SEXO. FACULTAD DE ODONTOLOGIA, MEXICO 1985.

AÑOS	SEXO		TOTAL
	FEMENINO FRECUENCIA	MASCULINO FRECUENCIA	
11		2	2
12		1	1
13	2	3	5
14	3	2	5
15	4	5	9
16	4	7	11
17	5	9	14
18	15	18	33
19	10	5	15
20	9	7	16
21	2		2
22	2		2
32	1		1
TOTAL	57	59	116

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES FUMADORES SEGUN TIPO DE CIGARRILLO FUMADO. FACULTAD DE ODONTOLOGIA, MEXICO 1985.

TIPO DE CIGARRILLO	FRECUENCIA	%
CON FILTRO	115	99.1
SIN FILTRO	1	.9
TOTAL	116	100.0

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES FUMADORES SEGUN CANTIDAD DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS POR DIA. FACULTAD DE ODONTOLOGIA, MEXICO 1985.

No. DE CIGARRILLOS FUMADOS POR DIA	FRECUENCIA	%
DE 1 a 5	81	70.0
6 a 10	20	17.1
11 a 15	8	6.9
16 a 20	4	3.4
21 a 25	3	2.6
TOTAL	116	100.0

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES FUMADORES SEGUN SEXO Y CANTIDAD DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS AL DIA. FACULTAD DE ODONTOLOGIA, MEXICO 1985.

No. DE CIGARRILLOS FUMADOS POR DIA	SEXO		TOTAL
	FEMENINO FRECUENCIA	MASCULINO FRECUENCIA %	
1 - 5	43	75.4	38 64.4 81
5 - 10	10	17.5	10 16.9 20
11 - 15	3	5.3	5 8.5 8
16 - 20	1	1.8	3 5.1 4
21 - 25	-	-	3 5.1 3
TOTAL	57	100.0	59 100.0 116

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES FUMADORES SEGUN TIPO DE INHALACION DEL HUMO. FACULTAD DE ODONTOLOGIA, MEXICO 1985.

INHALA EL HUMO	FRECUENCIA	%
OCASIONALMENTE	27	23.3
REGULARMENTE	77	66.4
NO	7	6.0
NO LO SABE	5	4.3
TOTAL	116	100.0

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES FUMADORES SEGUN TIPO DE EXHALACION DEL HUMO. FACULTAD DE ODONTOLOGIA, MEXICO 1985.

EXHALA EL HUMO	FRECUENCIA	%
POR BOCA	76	66
POR NARIZ	2	1.1
POR BOCA Y NARIZ	37	32.1
SIN RESPUESTA	1	.8
TOTAL	115	100.0

CUADRO No. 12

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES FUMADORES SEGUN DESEO DE DEJAR
DE FUMAR. FACULTAD DE ODONTOLOGIA, MEXICO 1985.

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
SI	88	75.9
NO	28	24.1
TOTAL	116	100.0

CUADRO No. 12

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES FUMADORES SEGUN DESEO DE DEJAR
DE FUMAR. FACULTAD DE ODONTOLOGIA, MEXICO 1985.

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
SI	88	75.9
NO	28	24.1
TOTAL	116	100.0

CUADRO No. 13

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES FUMADORES SEGUN DESEO POR DEJAR
DE FUMAR Y SEXO. FACULTAD DE ODONTOLOGIA, MEXICO 1985.

RESPUESTA	SEXO			
	FEMENINO FRECUENCIA	%	MASCULINO FRECUENCIA	%
SI	40	70.1	50	84.7
NO	17	29.9	9	15.3
TOTAL	57	100.0	59	100.0

CUADRO No. 14

OPINIONES DE LOS FUMADORES RESPECTO A LAS RAZONES POR LAS QUE DESEARIA DEJAR DE FUMAR. FACULTAD DE ODONTOLOGIA, - MEXICO 1985.

OPINIONES	FRECUENCIA	%
HACE DAÑO Y AFECTA LA SALUD	47	49.0
AFECTA SU ESTADO FISICO	14	14.6
CAUSA PATOLOGIA SISTEMICA (Especificando tipo)	10	10.5
NO LO SABE	10	10.5
ES CARO	6	6.3
CAUSA PATOLOGIA BUCAL	3	3.1
POR EL RIESGO DE PADECER CANCER	2	2.0
DA MAL ASPECTO	2	2.0
POR SER DEPORTISTA	2	2.0
TOTAL	96	100.0

CUADRO No. 15

OPINIONES DE LOS FUMADORES RESPECTO A LAS RAZONES POR LAS QUE DEJARIA DE FUMAR SEGUN SEXO. FACULTAD DE ODONTOLOGIA, MEXICO 1985.

OPINION	FEMENINO		MASCULINO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
HACE DAÑO Y AFECTA LA SALUD.	22	55.0	25	44.6
AFECTA SU ESTADO FISICO	4	10.0	12	21.4
CAUSA PATOLOGIA SISTEMICA.	4	10.0	6	10.7
NO LO SABE	4	10.0	6	10.7
ES CARO	4	10.0	2	3.6
CAUSA PATOLOGIA BUCAL	2	5.0	1	1.8
RIESGO DE PADECER CANCER.	1	2.5	1	1.8
DAR MAL ASPECTO	1	2.5	1	1.8
POR SER DEPORTISTA	-		2	3.6
TOTAL	40	100.0	56	100.0

6 (Hombres dieron doble respuesta.

DISCUSION

La población de estudiantes de Odontología mostró una frecuencia del hábito de fumar (32.9%) muy semejante a la prevalencia (32%) del hábito de fumar en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la U. N. A. M. (1981) pero menor a la prevalencia (50%) del hábito de fumar en estudiantes del sector salud de Chile (1981). La Universidad de Manchester reporta que los estudiantes de Medicina fumaron en 1981 en una proporción de 17% en tanto que en 1972 fumaban el 29%. Considerando que el consumo de cigarrillos ha disminuido en los estudiantes que inician sus estudios de Medicina en esta Universidad. Los cambios han ocurrido con el conocimiento y opiniones acerca del hábito de fumar. La exactitud y la amplitud de los conocimientos de los estudiantes acerca de los riesgos a la salud fueron incrementados entre 1972 y 1981 particularmente entre los estudiantes de los ciclos preclínicos. (31) Investigaciones publicadas en 1983 por las Oficinas Británicas sobre la Población muestra que los fumadores son una mínima parte de la sociedad, que desde 1980 ha ido disminuyendo el número de fumadores en todos los grupos de edad. En estudiantes Preuniversitarios de la La Habana, Cuba 1980, se consideró como prevalencia que uno de cada dos estudiantes de 18 años era fumador y en conjunto, en todas las edades uno de cada tres hombres y una de cada cinco mujeres eran fumadores habituales (27). En Malasia los jóvenes de secundaria -

(1983) muestran una incidencia de aproximadamente 20%. En Bélgica el número de gente joven que fuma es muy alto, el 43% de edades de 14 y 15 años y el 62% de edades de 16 a 18 años (30).

Las diferencias por sexo en los estudiantes de Odontología mostraron que para ambos sexos los porcentajes fueron muy cercanos 50.9% - hombres y 49.1% mujeres. En la Facultad de Medicina U. N. A. M. se se^añaló que fumaban en mayor porcentaje los hombres que las mujeres (15% aproximadamente más los hombres) y se ha señalado a nivel mundial que el hábito de fumar va en aumento entre las mujeres. (Chile, O. M. S.) - En Bélgica se considera que el número de mujeres adultas y jóvenes que fu^uma actualmente está en aumento. En Nueva Zelanda el 38% de los hombres y 30% de mujeres de 15 años fuman cigarrillos en forma habitual, particularmente las mujeres del grupo étnico Maoris que tienen el promedio más alto de cáncer de pulmón en el mundo (32). La Universidad de Man--chester señala que el 23% de los estudiantes de Medicina del sexo masculino fueron fumadores de cigarrillos en 1981, mientras que en 1972 fumaron el 40%, en 1972 la proporción de mujeres estudiantes de medicina que fu--maron fue del 32% mientras que en 1981 fue del 36%. Considerando que - la disminución en el hábito de fumar en los hombres estudiantes de Mediciⁱna fue semejante al de otros profesionistas del mismo sexo. Por el con--trario estudiantes de Medicina del sexo femenino, fumaron en un prome--

dio más bajo que el de mujeres de otras profesiones. En Noruega el hábito de fumar en mujeres ha cambiado muy poco desde hace 10 años, en un 30% - como mínimo y 34% como máximo, el consumo de cigarrillos en mujeres ha incrementado de 10 cigarrillos por día en 1973 a 11 por día en 1982.

La edad de inicio en el hábito de fumar de la población en estudio - (alumnos de Odontología) fue de 18 años de edad, mayor que la reportada en los estudiantes de Chile (15 años) sin que esta se haya determinado en los estudiantes de Medicina de la U. N. A. M. (1981) La O. P. S. ha señalado - que en América Latina el 75% de los fumadores comienza a fumar antes de los 20 años. La Universidad de Manchester sugiere que la edad de inicio en los estudiantes es de mayor importancia en relación a su conducta de fumador que hacía su educación médica (31). Un estudio retrospectivo de - dicha Universidad recogió datos de los estudiantes unos meses antes de entrar a la escuela de Medicina, en el estudio de 1972 el 71% de los estudiantes que había entrado a la escuela de Medicina fueron no fumadores comparado con el 81% de la segunda investigación en 1981.

La cantidad de cigarrillos fumados al día entre los estudiantes de Odontología fue entre 1 y 10 cigarrillos por día semejante al patrón de consumo de los estudiantes de Medicina U. N. A. M. (1 a 10 cigarrillos por día) con una diferencia por sexo en Odontología que mostró que las mujeres fumaron de 1 a 8 cigarrillos por día, y en promedio general para --

ambos sexos seis cigarrillos por día.

La Universidad de Manchester con respecto al consumo de cigarrillos (uno o más al día) considera que la proporción de fumadores regulares disminuyó, representando una disminución de 18 a 9% de los estudiantes de Medicina. Entre los hombres la disminución fue de 21 a 10% y en mujeres de 11 a 7% entre 1972 y 1981 respectivamente. En la Habana, Cuba el 22.2% de los estudiantes Preuniversitarios de 14 a 18 años y más fumaron 10 cigarrillos o más al día. Mientras que en Nueva Zelanda la mitad de los hombres y un tercio de las mujeres fumadoras fumó más de 20 cigarrillos al día. La O. P. S. (estudio realizado en ocho ciudades latinoamericanas: La Plata, Bogotá, Caracas, Santiago, Ciudad de México, Guatemala, y Lima (1975) señaló que aproximadamente el 29% de los hombres y 15% de mujeres fumadoras consumió 20 cigarrillos o más al día. En E. U. A. el 31% de los hombres fumadores y el 17% de las mujeres fumadoras consumía 25 cigarrillos por día, en Sao Paulo (Brasil) el 52%; Caracas (Venezuela) el 51% y la Plata (Argentina) el 38% de los fumadores fumó más de 25 cigarrillos por día.

Los cigarrillos con sistema de filtración en los estudiantes de Odontología fueron los de preferencia para los fumadores (99.1%). En la población fumadora latinoamericana de ocho ciudades, (O. P. S.) el 79% de

los hombres y 85 % de mujeres fuman cigarrillos con filtro. En E. U. A. el 68% de los fumadores hombres y 83% de mujeres prefiere los cigarrillos con filtro. En Australia del 75 a 78% de la población los prefiere con filtro.

Se ha encontrado una tendencia a captar menores volúmenes de humo en cada bocanada de cigarrillo sin filtro y mayores volúmenes de humo con cigarrillos con filtro. El patrón del fumador se ajusta de acuerdo a la variación en los componentes del humo, encontrando diferencias significativas entre la cantidad de alquitrán y nicotina de los diferentes cigarrillos. (34)

Se ha demostrado que la compresión parcial del filtro afecta la producción de humo en varios grados de acuerdo al tipo de construcción del filtro. Se demuestra que existen diferencias significativas entre la absorción de los diferentes componentes del humo de cada tipo de cigarrillos de acuerdo al tipo de filtro que presenten (33).

La inhalación del humo hecha hasta el fondo, se realizó en forma regular en el 64.4% de la población en estudio. En los estudiantes preuniversitarios de la Habana, Cuba el 38.9% aspiró el humo parcial o totalmente dentro del pecho. En casi el 57% de los hombres y 41% de las mujeres que fuman en ocho ciudades latinoamericanas inhalan el humo del cigarrillo hasta dentro del pecho, los porcentajes son más altos en E. U. A. donde el 88% de los hombres y el 46% de las mujeres lo hacen de esa forma (35).

Se dice que cuando la manufacturación de los cigarrillos reduce la cantidad de nicotina y las propiedades de los irritantes, más se incrementa la exposición de los pulmones a las sustancias tóxicas por haber una mayor profundidad de la inhalación (34).

La exhalación indicó realizarse en los Estudiantes de Odontología en un mayor porcentaje (66.1%) por boca, seguido por boca y nariz (32.6%). En Australia la preferencia también fue la exhalación por boca (60 a 69%) seguida por boca y nariz (16 y 31%).

La causa señalada como más común para dejar el hábito fue aquella opinión de que causaba daño (49%) seguida de la opinión que señalaba presentar algún problema para su estado físico (14.6%) y un porcentaje menor (.3%) mencionó que era caro. En estudios de la Universidad de Manchester 9 de cada 10 estudiantes consideran el hábito de fumar como el mayor riesgo para la salud. Dentro de sus respuestas dieron ocho consideraciones asociadas con el hábito de fumar, de estas seis se tomaron en cuenta; 1) Cáncer de pulmón 2) Bronquitis Crónica 3) Enfermedades Coronarias 4) Cáncer de laringe 5) Cáncer de vejiga y 6) Úlcera péptica. Eliminando glaucoma y colitis. Virtualmente todos los estudiantes conocían la asociación con cáncer de pulmón y bronquitis crónica; la presencia de enfermedades cardíacas las mencionaron alumnos

de estudios más avanzados quienes también asociaron padecimientos como -
cáncer de larínge y vejiga. La mayoría de los estudiantes no ha asociado -
su conducta de fumador a padecer enfermedades graves. Estudiantes Preu
niversitarios de la Habana, Cuba fumadores, mostraron menor rendimiento
en los deportes y mayor frecuencia de molestias respiratorias que los no fu
madores; los jóvenes deportistas fumadores reportaron padecer tos matuti-
na o vespertina, expectoración y catarros dos veces mayor que los deportis
tas no fumadores (27). En estudios realizados en América Latina se ha
señalado dentro de las opiniones que el 21% abandonarían el hábito por ser -
este caro, otro porcentaje semejante 21% señaló que era malo para la salud
y en un porcentaje menor, 13% que afectaba su estado físico y el resto por
causas diversas.

El 94.8% de la población en estudio mencionó tener interés en --
orientar a parientes y amigos sobre el riesgo de fumar. En Nueva Zelan-
da la Organización Nacional representada por 82% de la profesión médica -
está responsabilizada de la lucha en contra del hábito de fumar (30).

En Noruega en el periodo de 1975-1982 se llevó a cabo un estudio -
sobre el hábito de fumar entre niños y adolescentes. El porcentaje de fu
madores habituales tenía para ambos sexos de 13 a 15 años disminución en
el periodo de 1975 a 1982, especialmente en las mujeres. Investigaciones
entre grupos de edad de 16 a 20 años mostraron que la disminución continua

ba. Existieron pruebas positivas para el cambio en el hábito de fumar entre 2,100 alumnos de 15 años de edad de treinta escuelas. En donde en 1975 fumaban el 21.8% de los hombres y el 28% de las mujeres, para 1982 fumaban el 16.5% de los hombres y el 22.5% de las mujeres. Esto se logró gracias al material de enseñanza que fue desarrollado y evaluado. Dicho material se ha distribuido ahora en escolares de 12 a 16 años de edad de ese país. Si la presente tendencia del hábito de fumar entre gente joven continúa se dice que tendrá un fuerte impacto sobre el hábito de fumar y el consumo del tabaco total en la población en general (30).

RESUMEN

Con el fin de establecer el porcentaje de fumadores y características del hábito de fumadores y su posible asociación con cavidad bucal, entre los estudiantes del cuarto semestre de la Carrera de Odontología de la U. N. A. M. se realizó una encuesta a 353 alumnos durante abril de 1985. Se encontró que el 32.9% de los estudiantes eran fumadores, mientras que el 67.1% fueron no fumadores. Las variables asociadas al hábito fueron la edad de inicio en el hábito y el sexo. Las características del hábito de fumar y su asociación con cavidad bucal reflejaron la posibilidad de ser auxiliares para el control de cambios detectables en boca. Después de captar las opiniones de los estudiantes sobre su deseo por dejar de fumar se determinó que existen pocos conocimientos respecto al hábito de fumar que señalan una vez más la necesidad de ampliar la acción educativa.

SUMMARY

In this study the goal was to establish the smoker ratio and to know the characteristics in the smoking habit and the possible association with The Oral Cavity. The fourth - semester students of Dental Surgery in the in the National Autonomous of Mexico. An opinion Poll was carried out to - 353 students in April (1985), It was found that 32.9% of this students were smokers, and that 67.1% were no smokers. The variables associate to --- when the habit beganing and the sex. The characteristics in the smoking -- habit and their association to Oral Cavity indicate the possibility of being -- auxiliares to control exchanging under observation in the mouth. This study also showed the scare information about the smoking habit signaling one more time the necessity to improve the educational action.

CONCLUSIONES

El porcentaje de fumadores fue muy similar al de otros estudios realizados en México pero mayor a los niveles encontrados en Europa y menor al encontrado en Latinoamérica, tomando en cuenta que en Europa se realizan un alto número de campañas de tipo educativo para combatir el hábito de fumar. Dichos porcentajes fueron similares para ambos sexos, diferente al reportado en estudios realizados en la misma Universidad y similar al de datos reportados en Europa y Latinoamérica donde se observa que el hábito está más arraigado entre las mujeres, asociado a presiones de tipo social y psicológico.

La edad de inicio en el hábito, que no se determinó en estudios de la misma Universidad se encontró ligeramente mayor al encontrado en Latinoamérica, las diferencias por sexo indicaron que las mujeres comenzaron a fumar a edad mayor que los hombres.

La cantidad de cigarrillos fumados por día fue semejante a la encontrada en la misma Universidad pero mayor a la encontrada en Europa y menor a la encontrada en Latinoamérica.

La preferencia por el sistema de filtración fue similar al encontrado en Europa y Latinoamérica. Dicho sistema tiene importancia de acuerdo

do a que puede señalar el grado de riesgo al que se expone el consumidor -- pero hay que conocer su tipo de manufacturación.

La inhalación profunda del humo que se realiza en un porcentaje muy semejante al señalado en E. U. A. da una idea de la cantidad de tabaco que consume cada individuo.

El tipo de exhalación no señaló asociación directa con boca.

Con respecto a las opiniones de los alumnos la mayor parte dijo tener interés en realizar actividades preventivas, sin embargo existen deficiencias en cuanto a los conocimientos acerca del daño que produce el tabaco.

Los padecimientos originados por el consumo del tabaco se mencionan en grado menor al reportado en Latinoamérica y E. U. A.

BIBLIOGRAFIA

1. - Marín F., Vega Raymundo. "El hábito de fumar en los Estudiantes del Sector Salud. Bol of Sanit Panam 91(3) 1981.
2. - Gutiérrez Avila J. II., "El hábito de fumar entre los estudiantes de Medicina. Facultad de Medicina U. N. A. M. 1982.
3. - Tabaco o Salud Elija. Bol of Sanit Panam 88(4) 1980.
4. - Ross, Bastian and Reade. Tobacco smoking habits and attitudes of Australians with Oral mucous membrane keratose. Munksgcard, Copenhagen 1979: 292-296.
5. - Greer R.O. Poulson T.C. Oral tissue alterations associated with the use of smokless tobacco by teen agers. Oral Surg 56(3): - 275-284 1983.
6. - Kaugars G.E. Lieband R.J. Abbey L.M. Focal Oral Warty Dyske ratoma. International Journal of Dermatology 23(2): 123-130 1984.
7. - Christen-Arm Strong., Mc Daniel. Intraoral leukoplakia, abrasion, periodontal breakdownand tooth loos in a snuff dipper. JADA (98) 584-586 April 1979.

8. - Kolf H, Sober A.J., Doy LC. et al Cancer 53: 2570-2573, 1984.
Cigarette smoking and malignant melanoma.
9. - Arakis, Murata K, Ushio K, Sakai R, Dose- Response relationship
betwe enytobacco consumption and melanin pigmentatiob in the --
attached gingiva. Archives of Environmentak Health 38 (6) Nov-Dec.
1983.
10. - Hedin Aders, Smokers Melanosis. Arch Dermatol Vol. 113 Nov.
1977.
11. - Silverman S., Gorsky M., Greenspan D. Tobacco usage in patients
with head and neck carcinomas a follow-up on habit changes and -
second primary oral. Oropharyngeal cancers. JADA Vol. 106
33-35 January 1983.
12. - Lay KM., Sein K., Myint and Pindborg J.J. Epidemiologic study of
6000 villagers of oral precancerous lesions in Bilugyun: Preliminary
report. Community Dent. Oral Epidemiol, 10 : 152-155 1982.
13. - Axell, T. and Henricsson, V: Leukoedema - an epidemiologic study
with special reference to the influence of tobacco habits. Community
Dent. Oral Epidemiol: 9 : 142-146 1981.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

14. - Shafer W. Hine M., Levy B.M., Tratado de Patología Bucal --
3a. Ed. Interamericana 1977.
15. - Gupta P.C., Falls, Mehta D.K. Daftary, Pindborg J. et. al. --
Influence rates of oral cancer and natural history of oral precance- --
rous lesions in a 10 years follow up study of Indian Villegers. --
Community Dent Oral Epidemiol. 1980 : 287-333 Copenhagen.
16. - Sánchez - Tauret M., Ferrer X, Bolguer-Vintro et al Rev. Fac. --
Méx. 1982.
17. - Barona, PA, Borunda O., et. al Rev Fac. Méx. 1981.
18. - Gross Joyce. Oral Tobacco another cause for dizziness Southern -
Medical Journal. Vol. 77(6) June 1984.
19. - Russell M. A. H., The smoking habit and its classification. The
practitioner Vol. 212 June 1974.
20. - Warren C., Holford, et al The relationship between smoking and
total inmunoglobulin E levels. Inmunology 68(4) : 370-375 1982.
21. - Barona, P. A. Borunda O., et al Rev. Fac. Med. Méx. 1981.
Vol. XXIV 1981.

22. - Rees P.J., Chowienczyk. et al Irritant effects of cigarette and cigar smoke. Lancet 6 Nov. 1982.
23. - González Galván M. El tabaco y las cigarreras Mexicanas de oro y plata. Universidad Nacional Autónoma de México (Instituto de Investigaciones estéticas) 1980.
24. - Baric J. M., et al Influence of cigarette, pipe, and cigar smoking removable partial dentures and age on Oral leucoplakia. Oral Surg 54(4) : 424-429 1982.
25. - Roed-Petersen B. Effect on Oral Leucoplakia of reducing or ceasing tobacco smoking. Acta Dermatovener (Stockolm) 62 : 164-167 1981.
26. - Cabrera Reyes F; Salomón Rex C; López Bravo I., "El hábito de fumar en Estudiantes de Educación media en Santiago de Chile". Bol of Sanit Panam 93 : (6) 1982.
27. - Joly J. Daniel; Sarmiento A. M., "El hábito de fumar en estudiantes preuniversitarios de la Habana, Cuba" Bol of Sanit Panam, 94 (3) 1983.
28. - Nath Ram U. India's shame. New York State Journal of Medicine December 1983.

29. - Kee Teoh Soon. Smoking in Malaysia (Promotion and control).
New York Journal of Medicine. December 1983.
30. - Barwood Maryse; Shemidt F; Hauknes A; Manderlier T; Viljoen M;
Morris K; Rosales V. J. Medical associations step up activies to
counter smoking. New York Sate Journal of medicine. December
1983.
31. - Knopf Elkind A. Changes in the smoking behaviour, knowledge and
opinion of medical students, 1972 - 1981 Soc. Sci. Med. Vol. 16
pp. 2137 to 2143 1982 Great Britain.
32. - Hay Dr; Foster F. H. "The influence of Race, Religion, Occupation
and Other Social Factors on Cigarette Smoking in New Zealand. -
International Journal of Epidemiology. Oxford University. Vol. 10
No. 1 1981.
33. - Hoffmann D; Adams J; Haley N. Reported cigarette smoke values
A closer Look. American Journal of Public Health. Vol. 73 No. 9
September 1983.
34. - Rees; Chowienczyk; Ayres; Clark. Irritant efects of cigarrete and
cigar smoke. The Lancet, November 6, 1982.

35. - Joly Daniel. El hábito de fumar cigarrillos en América Latina una encuesta en ocho ciudades. Bol of Sanit Panam. Agosto 1975
36. - Cohen N. Smoking, Health, and Survival : Prospects in Bangladesh
The Lancet, May 16, 1981.

A P E N D I C E

CUESTIONARIO SOBRE TABAQUISMO

- 1.- Edad (en años cumplidos) _____
- 2.- Sexo F M
- 3.- Presenta el hábito de fumar tabaco
 a) SÍ b) No
 (En caso de ser positiva su respuesta, pase a la siguiente pregunta)
- 4.- Edad a la que comenzó a fumar _____
- 5.- Tipo de cigarrillos que fuma:
 a) Cigarrillos con filtro
 b) Cigarrillos sin filtro
 c) Cigarrillos preparados por sí mismo
 d) Otros (especifique)
- 6.- Número de cigarrillos que fuma al día:
 a) De 1 a 5 d) De 16 a 20
 b) De 6 a 10 e) De 21 a 25
 c) De 11 a 15 f) Más de 25
- 7.- Inhala el humo (dar el golpe)
 a) Ocasionalmente c) No
 b) Regularmente d) No lo sabe
- 8.- Exhala el humo
 a) Por boca
 b) Por nariz
 c) Por boca y nariz
- 9.- Desearía dejar de fumar
 a) SÍ b) No
- 10.- ¿Por qué?
-
- 11.- Orientaría a sus pacientes o amigos sobre los riesgos de fumar
 a) SÍ b) No

CURRICULUM VITAE

NOMBRE: Araceli Apolonia Valverde Alvarado

FECHA DE NACIMIENTO: 10 de Abril de 1959

NOMBRE DE LOS PADRES: Angel Valverde Jiménez
Ma. Luisa Alvarado de Valverde

LUGAR DE ORIGEN: México, D. F.

ESTADO CIVIL: Soltera

DOMICILIO: Calle Nayarit No. 2 San Mateo, Milpa Alta, D. F.

TELEFONO: 844-06-76

ESCOLARIDAD

ESTUDIOS PRIMARIOS: Esc. Prim. Antonia Arellano L.

ESTUDIOS SECUNDARIOS: Esc. Sec. No. 41 Sor Juana Inés de la Cruz.

ESTUDIOS DE PREPARATORIA: Plantel No. 7 Ezequiel A. Chávez, Universidad Nacional Autónoma de México.

ESTUDIOS PROFESIONALES: Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, U. N. A. M.

ESTUDIOS DE POSGRADO: Especialidad en Docencia de la Odontología (Patología Bucal), División de Estudios de Posgrado. Facultad de Odontología U. N. A. M.

FECHA DE EXAMEN DE ESPECIALIDAD: 25 de Mayo de 1984

Maestría en Odontología (Patología Bucal) División de Estudios de Posgrado, Facultad de Odontología U. N. A. M.