



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN  
ESTUDIANTES DE LA F.O. UNAM 2004

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

LOURDES MARGARITA LÓPEZ AYALA

*autorizado*  
*Nancy Jacques*  
DIRECTORA: C.D. NANCY A. JACQUES MEDINA  
ASESORA: MTRA. ARCELIA F. MELÉNDEZ OCAMPO

MÉXICO, D.F.

ABRIL 2004

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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).

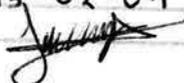
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

# ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	
1. ANTECEDENTES.....	1
2. CONSEJO MÉDICO PARA DEJAR DE FUMAR.....	5
3. TABAQUISMO Y SALUD.....	14
3.1. Enfermedades y efectos atribuibles al consumo del tabaco	
3.2. Manifestaciones del tabaquismo en cavidad bucal	
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	31
5. JUSTIFICACIÓN.....	31
6. HIPÓTESIS.....	32
7. OBJETIVOS.....	33
7.1. Objetivo general	
7.2. Objetivo específico	
8. METODOLOGÍA.....	35
8.1 Material y método	
8.2 Tipo de estudio	
8.3 Población de estudio	
8.4 Muestra	

Adiutorio a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a digitalizar en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: López Ayala Lourdes  
Marganta  
FECHA: 13-02-04  
FIRMA: 

8.5 Criterios	
8.5.1 Criterios de inclusión	
8.5.2 Criterios de exclusión	
8.5.3 Criterios de eliminación	
8.6 Variables de estudio	
8.7 Operacionalización de las variables	
8.8 Análisis de la información y tratamiento estadístico	
8.9 Recursos	
9. RESULTADOS.....	38
10. CONCLUSIONES.....	49
11. BIBLIOGRAFÍA.....	52
12. ANEXOS.....	55

# INTRODUCCIÓN

Vivimos en un mundo en el cual el uso del tabaco, cada año es la causa de tres millones y medio de muertes alrededor del mundo. Esto se traduce a diez mil muertes diarias. Basado en las tendencias actuales, las cifras aumentarán a diez millones de muertes anualmente entre el 2020 y 2030, de las cuales siete millones tendrán lugar en países en desarrollo. En base a los patrones actuales de consumo, se predice que más de 500 millones de personas vivas morirán a causa del tabaco.

Sabemos que si no se toman medidas drásticas, la epidemia tabáquica escalara posiciones.

. Por más de medio siglo, hemos tenido evidencia de que el tabaco mata. Apenas pasa un día en el que ya hay otro estudio con nueva evidencia sobre los riesgos del uso del tabaco. Sin embargo, también es cierto que cada día hay miles de jóvenes alrededor del mundo probando su primer cigarrillo, lo cual en muchos casos lleva a una vida de adicción y muerte a destiempo. Y a pesar de la evidencia cada vez mayor sobre los peligros del humo secundario, seguimos permitiendo que millones de niños en el mundo crezcan rodeados del humo del tabaco.

Debemos preguntarnos ¿Por qué no estamos haciendo más para cambiar esta situación inaceptable?

Sabemos que las políticas y los programas comprensivos de control del tabaquismo funcionan. Esto incluye fuertes programas educativos anti-tabáquicos, impuestos más altos para los productos del tabaco, prohibiciones totales a la publicidad del tabaco y al patrocinio, y mandatos para escuelas y sitios públicos libres de humo. Con la combinación de estas medidas es posible reducir las muertes y las enfermedades crónicas como las cardiovasculares y las pulmonares y el cáncer ocasionado por el tabaco.

Estas estrategias han sido exitosas y muchos y variados países, y ahora los Países Miembros de la OMS han solicitado a la Organización preparar una Convención para fortalecer y armonizar las medidas de control en todo el mundo.

Estas medidas deben tomarse con urgencia e implementarse con gran determinación. Sabemos que hay fuertes intereses en la promoción del tabaquismo. También sabemos que estas fuerzas representan oponentes formidables que están bien fundados y organizados. Para contrarrestar estas fuerzas, es imperativo tomar decisiones difíciles que aseguren que la salud de los niños se puede proteger y promover efectivamente.

Actualmente , la Organización Mundial de la Salud, promueve en forma prioritaria que el personal médico y paramédico deje de fumar, porque ellos desempeñan una importante función como educadores en la promoción de comportamientos saludables en la población general. Se ha documentado ampliamente la influencia de los médicos y enfermeras en programas de cesación de consumo de tabaco en sus pacientes. Por otra parte, existen diversos reportes que muestran que en promedio el profesional de la salud que tiene el hábito de fumar , no otorga el consejo Médico a los pacientes sobre los riesgos del tabaquismo, ni se perciben como ejemplo.

La prevalencia de consumo de tabaco entre los profesionales de la salud resulta igual o mayor que la de la población general. Sin embargo, es necesario continuar con programas integrados contra el consumo del tabaco y la adicción a la nicotina.

El odontólogo siendo parte de los profesionales de la salud no debe ser excluido de éstos programas, para así ser un factor más de cambio con respecto al tabaquismo.

# 1. ANTECEDENTES

La epidemia mundial de la enfermedad y de la muerte relacionadas con el tabaco continúan empeorándose. Según la OMS, el uso de tabaco es extenso, cada año, el tabaco causa alrededor de cuatro millones de muertes prematuras, ésta epidemia se predice para matar a 250 millones de niños y adolescentes que hoy están vivos, cuya tercera parte se encuentran en países en vías de desarrollo. Para el año 2030, el tabaco será probablemente la causa principal a través del mundo de la muerte y de la inhabilidad, matándose más de 10 millones de personas anualmente. Y demandará más vidas que el VIH, la tuberculosis, la mortalidad maternal, accidentes de vehículo de motor, suicidios, y el homicidio combinado.. Aunque el uso total del tabaco se disminuye en muchos países desarrollados, aumentó en la mayoría de los países y vías de desarrollo.<sup>1</sup>

En los países europeos se da cuenta de más de medio millón de muertes anuales. 30 de cada 100 europeos adultos fuman cigarrillos a diario. En los países de la Unión Europea que estima que uno de cada diez adultos fumadores morirá a causa de los efectos del tabaco, razón que se eleva a uno de cada cinco en los países del este de Europa.<sup>2</sup>

En un estudio realizado en Sudamérica el principal riesgo para adquirir el hábito del tabaquismo es la convivencia con los amigos, otros riesgos adicionales son el poco desempeño académico, ser mayor de edad, ser varones, el tener un trabajo pagado y el tener padres separados.<sup>3</sup>

En Cuba, según resultados de un estudio 46.4% de los fumadores encuestados, estaban en una etapa de pre contemplación o falta de motivación para el abandono del uso del tabaco, las mujeres se mostraron más dispuestas que los hombres a abandonar la adicción, mientras mayor era el nivel de instrucción, el deseo de abandonarlo era mayor. A medida que aumentaron la edad de inicio de fumar, la cantidad de cigarrillos consumidos

diariamente y los intentos de dejar de fumar, disminuyeron la probabilidad de querer abandonar el hábito tabáquico.<sup>4</sup>

En México, se realizó la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 en donde se obtuvo resultados de 30.2% de individuos de 18 a 65 años, lo que significa casi 14 millones de individuos fumadores (13,958,232), 18.2% de exfumadores (9 618,107) y en los no fumadores el 55.4% (29,306,164). En las edades de 18 y 29 años la prevalencia aumenta considerablemente a un 40.8%. También se obtuvo edades de inicio del hábito tabáquico, en donde el 41.1% inicia este hábito de los 15 a los 17 años de edad y en donde el 39.8% de los 18 a los 25 años de edad, por lo que consideramos ambas categorías que 8 de cada 10 individuos inicia el tabaquismo entre los 15 y 26 años.<sup>5</sup>

La concientización de todos los profesionales de la salud es esencial para el control y la superación del tabaquismo. En un estudio realizado se comprobó que los médicos fumadores tuvieron una actitud menos crítica que los no fumadores, y aconsejaron menos a sus pacientes para que abandonaran el tabaquismo (71.6% frente a 53.2% respectivamente), por lo que llevar a cabo actividades de sensibilización para reducir la prevalencia de profesionistas de la salud fumadores es esencial para que estos influyan en sus pacientes.<sup>6</sup>

El estudio de prevalencia de tabaquismo en profesionales de la salud, constituyó el inicio de un nuevo paradigma en la investigación epidemiológica cuando, Doll y Hill, al inicio de la década de los años cincuenta, establecieron una relación causa-efecto, entre el consumo de tabaco y la ocurrencia de cáncer pulmonar, mediante un estudio de cohorte en médicos ingleses.<sup>7</sup>

Actualmente la Organización Mundial de la Salud, promueve en forma prioritaria que el personal médico y Paramédico dejen de fumar porque ellos desempeñan una importante función como educadores en la promoción de comportamientos saludables en la población general. Se ha documentado

ampliamente la influencia de los médicos y enfermeras en programas de cesación de consumo de tabaco en sus pacientes.<sup>8</sup> Por otra parte, existen diversos reportes que muestran que en promedio el profesional de la salud que tiene el hábito de fumar, no ofrecerá el consejo médico a los pacientes sobre los riesgos del tabaquismo<sup>9</sup>, ni se perciben como ejemplo<sup>10</sup>. La prevalencia de consumo de tabaco entre los profesionales de la salud en países desarrollados es menor a la observada en la población general. Estados Unidos de América (EUA) cuenta con una prevalencia de tabaquismo entre médicos 6 veces menor al que la observada en la población general.<sup>11</sup> Por el contrario, en algunos países en desarrollo, en particular para aquellos que no han logrado regular el consumo de tabaco en edificios y lugares públicos, la prevalencia de tabaquismo en profesionales de la salud resulta igual o mayor que la de la población en general.<sup>12</sup>

Algunos de los estudios realizados sobre prevalencia de tabaquismo en profesionales de la salud fueron elaborados en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Morelos, México, en donde los resultados de tabaquismo activo fue de 28.3% y 14.4% en hombres y mujeres respectivamente. Entre los hombres, los médicos presentan una prevalencia de tabaquismo activo menor (20.9%) que la observada entre trabajadores de otras áreas: personal administrativo (33%) y personal técnico de distintas categorías (26.6%). Las mujeres muestran en general una prevalencia menor que los hombres en todas las categorías.<sup>13</sup>

Actualmente en la Universidad Autónoma de México (UNAM) se realiza un Examen Médico Automatizado (EMA) anualmente en donde algunas de las preguntas están enfocadas hacia el tabaquismo los resultados obtenidos en la generación 2002 en alumnos de ingreso a Licenciatura fueron:

Hombres que si fuman 33.2% (2,340), hombres que no fuman 65.1% (4,586)  
mujeres que si fuman 27.5% (2,434), mujeres que no fuman 70.8% (6,260). En la Facultad de odontología la proporción de hombres y mujeres consumidores de esta generación es ligeramente menor 3 y 2%

respectivamente a la media de la licenciatura. Otros resultados obtenidos fueron de alumnos que egresaron de licenciatura en donde los hombres y mujeres que fuman son el 37.2% (658) y el 29.8% (730) respectivamente y hombres y mujeres que no fuman son el 62.0% (1,098) y el 69.6% (1,706) respectivamente. Con los anteriores resultados podemos observar que el 33% de los alumnos fuman por lo que es 3% mas alto de los que ingresaron a licenciatura. Se midieron también la cantidad de cigarros por día en alumnos de ingreso a licenciatura resultando para hombres que de 1 a 5 cigarros por día fue el 74.2%, de 6 a 10 cigarros fue 16.2% y más de 10 cigarros 4.7%, y para las mujeres de 1 a 5 cigarros por día fue del 84%, de 7 a 10 cigarros 8.2% y más de 10 cigarros 2.8%. En los egresados de licenciatura la cantidad de cigarrillos por día fue en hombres de 1 a 5 cigarros 68.6%, de 6 a 10 cigarros 24% y más de 10 cigarros 4% y en mujeres de 1 a 5 cigarros 83.1%, de 6 a 10 cigarros 10.6% y más de 10 cigarros 2%. En la Facultad de odontología los hombres que fuman mas de 6 cigarrillos es 2% inferior a la media y en las mujeres de 1 a 5 cigarrillos es 2.3% mas alto al nivel superior. A sí mismo entre la cuarta y la quinta parte de los alumnos que ingresan son fumadores. Casi la tercera parte de los alumnos que ingresan son ex fumadores. Han ingresado menos alumnos fumadores en los dos últimos años y más alumnos que nunca han fumado. En las dos ultimas generaciones hay una tendencia a la disminución de fumadores activos y ex fumadores así como un aumento en los que nunca han fumado.<sup>14</sup>

---

## **2. CONSEJO MÉDICO PARA DEJAR DE FUMAR**

---

El Programa contra el Tabaquismo se ha planteado como el marco programático para contribuir con el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2000-2006 mediante acciones gubernamentales y de la sociedad organizada, tendientes a reducir el deterioro causado por el tabaquismo en la salud de los individuos y de las familias, en la productividad, en el desarrollo económico y en la calidad de vida.

El Programa contra el Tabaquismo plantea seis ejes de acción: prevención, tratamiento y rehabilitación, control, participación social, investigación y desarrollo de recursos humanos; a partir de los cuales contribuye con las políticas del Gobierno Federal.

El Consejo Médico para dejar de fumar tiene como objetivo constituir una guía técnica que sirva de instrumento normativo en materia de tabaquismo a profesionales del primer nivel de atención. Se le ha dado un enfoque de género a fin de manejar diferenciadamente a hombres y mujeres, de acuerdo con sus características y necesidades.

Esta guía técnica describe las acciones del primer nivel de atención que se han propuesto en el Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México.

Este Modelo se presenta como una pirámide donde concuerdan los tipos de población y las intervenciones adecuadas, de manera que a medida que se incrementa el grado de severidad de las enfermedades ocasionadas por el tabaquismo, aumenta la complejidad y especificidad de las intervenciones.

La base de la pirámide está conformada por la población sana, no fumadora, a la cual se destinan acciones de promoción y educación para la salud.

El segundo piso de la pirámide lo integran los grupos vulnerables, niños, adolescentes, mujeres, embarazadas y fumadores involuntarios, quienes corren riesgo de presentar enfermedades asociadas o desencadenadas por el tabaquismo.

Esto corresponde al primer nivel de atención, donde se da énfasis a la importancia de realizar diagnóstico oportuno, proporcionar Consejo Médico, así como a la referencia de pacientes al segundo y tercer niveles de atención.

El tercer piso de la pirámide agrupa a personas fumadoras con mayor riesgo de adquirir enfermedades causadas por el tabaquismo, para quienes se recomiendan

acciones del segundo nivel de atención; en éste se ubican las clínicas de tabaquismo, además de los procedimientos de primer nivel ya mencionados.

Finalmente, el último escalón de la pirámide está formado por las personas fumadoras que ya presentan enfermedades ocasionadas por el tabaquismo.

Para ellas, se disponen acciones correspondientes al tercer nivel de atención que incluyen clínicas de tabaquismo, tratamiento de enfermedades concomitantes, así como investigación y capacitación.



Desde hace varias décadas se ha identificado al tabaquismo como una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo. Investigaciones realizadas en diversos países, reportan ascenso en las tasas de consumo de tabaco, particularmente en adolescentes y mujeres, así como disminución en la edad de inicio.

La Organización Mundial de la Salud indica que el consumo de tabaco es causa directa o indirecta de cerca de 8,242 muertes por día y de cuatro millones al año en el mundo, de las cuales la tercera parte ocurre en países en vías de desarrollo.

En México se estima que 147 personas mueren diariamente por causas asociadas con el tabaco, ésta es una de las razones por las que se ubica al

tabaquismo dentro de los diez problemas prioritarios de salud pública. De no establecerse medidas integrales para su control, rebasará la capacidad sanitaria que se requiere para su atención.

La Encuesta Nacional de Adicciones 1998, señala que la prevalencia de fumadores entre los adolescentes fue de 11.6%, lo que equivale a más de 1 millón de individuos

con una mayor proporción de hombres (16%) que de mujeres (7.4%). Es decir, para este grupo de edad se tienen 2.2 fumadores varones por cada mujer.

### **CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS**

El Consejo Médico es una intervención que puede ser aislada o sistemática, cuyo objetivo es que el paciente o usuario de servicios de salud adopte un cambio voluntario en su conducta con un impacto positivo en la salud, en este caso, el abandono del consumo de tabaco.

Es importante recalcar que se trata de una población que acude a un servicio de atención médica, por un problema que no es el tabaquismo, por lo cual necesita que

alguien le ayude a entender al consumo de tabaco como un peligro para la salud, y que le apoye de un modo efectivo para dejar de fumar.

El objetivo fundamental del Consejo Médico es desarrollar una autoeficacia positiva en cada paciente, es decir que confíe en su capacidad para poner en práctica un cambio de conducta que le permita desarrollar un plan de acción para lograr dicho cambio.

El Consejo Médico puede requerir desde dos a tres minutos hasta diez o quince minutos adicionales en la consulta médica.

Ello dependerá del uso de materiales y recursos auxiliares, y de la disponibilidad de tiempo del médico. El aspecto más importante de esta técnica es que destaca la importancia de la participación del paciente en el desarrollo de un plan de cambio efectivo.

Existe una estrategia conocida como de las 5 " **A**es", a través de la cual el profesional podrá abordar a todo paciente:

- 1 **A**verigüe
- 2 **A**conseje
- 3 **A**cuerde
- 4 **A**poye
- 5 **A**nticipe

### **AVERIGUE**

El primer paso es preguntar, en cada visita, sobre el consumo de tabaco a las personas adultas y registrarlo en la historia clínica. La periodicidad mínima de esta detección en cada paciente debe ser una vez cada dos años.

### **VALORACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO**

Una vez que se sabe que una persona fuma, es importante interrogarla sobre algunos aspectos esenciales para aumentar la efectividad del Consejo Médico. Las intervenciones deben ser adecuadas al grado de motivación y a la dependencia del tabaco que padezca el fumador.

En el contexto de las consultas de primer nivel, muchas veces puede ser suficiente plantear cuatro preguntas para evaluar el grado de dependencia:

1. ¿Cuánto fuma?
2. ¿Cuánto tarda desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?
3. ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar?
4. ¿Qué pasó?

Un cambio de conducta no es un acto puntual. Es un proceso con varias etapas más o menos estandarizadas, que requiere un tiempo generalmente largo.

Las etapas del cambio fueron definidas como sucesivas a lo largo de un proceso en la siguiente forma:

Precontemplación: la persona no ha considerado la idea de cambiar la conducta. El fumador piensa que el tabaco no lo perjudica y no está preocupado por este

asunto. No se ha planteado la posibilidad de dejar de fumar. Ésto es típico en fumadores jóvenes sanos.

Contemplación: hay un planteamiento serio de cambio, el fumador se interesa en dejar de fumar, en general, debido a la aparición de síntomas o a experiencias cercanas de enfermedades o muertes relacionadas con el tabaco. En este estadio, el

fumador piensa que debe y puede dejar de fumar y es capaz de fijar una fecha para hacerlo.

Preparación: el individuo está dispuesto a intentar un cambio, y en consecuencia, planea seriamente para un futuro inmediato, normalmente en el plazo de un mes.

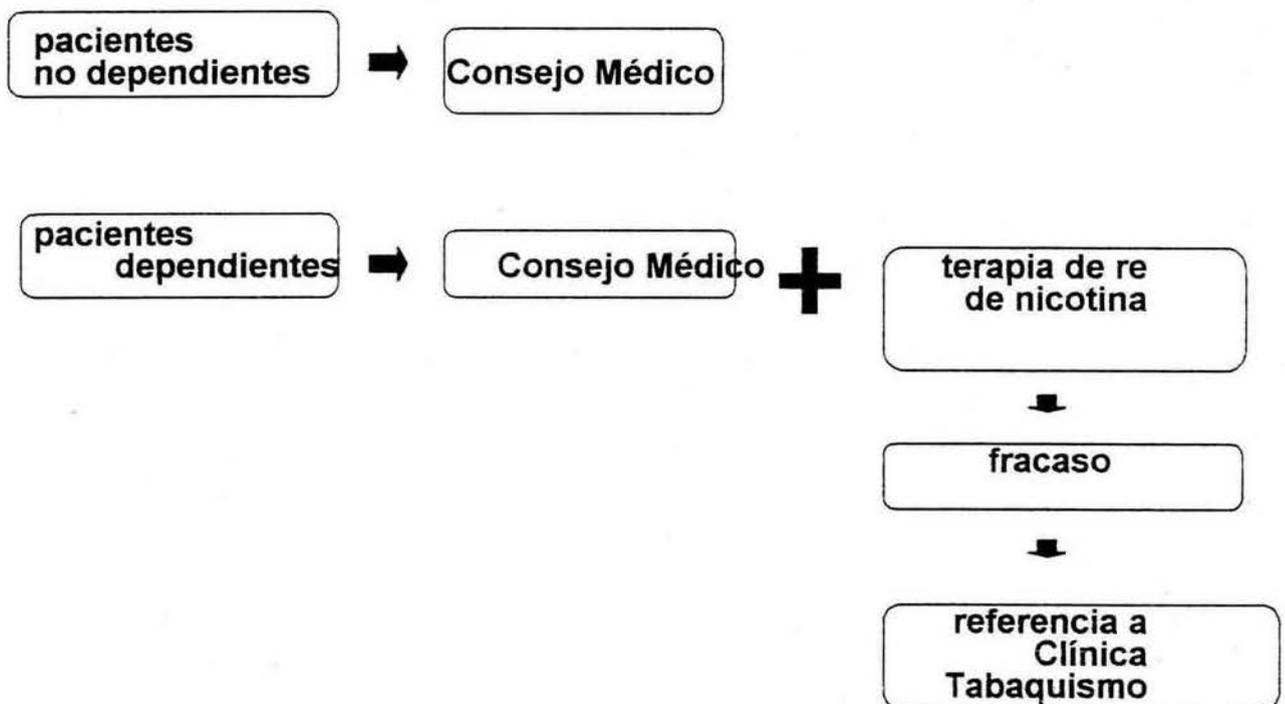
Acción: la persona está realizando los pasos necesarios para cambiar. Aquí el fumador pone en práctica los planes que había hecho, e intenta dejar de fumar.

Recaída: el fumador repite la conducta que había intentado cambiar. Recae.

Mantenimiento: consolidación del nuevo estatus, la persona que ya ha cambiado está evitando recaer. En este caso el exfumador se mantendría sin volver a fumar.

Hay varios puntos clave relacionados con esta teoría. Por un lado, este proceso es cíclico: la persona que recae, vuelve a un estadio en el cual, por el momento prefiere no cambiar la conducta, para volver a plantearse, etc. Con estos elementos de valoración de la dependencia y grado de motivación se tomará una decisión para intervenir.

Después de aplicar el cuestionario y definir si el paciente presenta o no dependencia a la nicotina, se recomienda actuar de acuerdo con el siguiente esquema:



## **ACONSEJE**

¿Cómo debe ser el Consejo?

El Consejo Médico depende en gran medida de la percepción del profesional sobre la eficacia del mismo. Es fundamental, que el médico esté convencido de la utilidad de su intervención.

El Consejo Médico siempre debe ser positivo, ya que se está intentando que una persona tome una decisión de cambiar una conducta poco saludable.

También debe ser **claro, personalizado, adecuado y específico**

## **ACUERDE**

### Plan para dejar de fumar

Cuando un fumador acude a la consulta y está motivado para dejar de fumar, es muy importante acordar con él una fecha para suspender el consumo. Por lo regular se recomienda al paciente que elija una fecha en las cuatro semanas siguientes, misma

que se registra en la historia clínica.

Para el caso de las mujeres se procurará que la fecha fijada no coincida con la menstruación, ya que los cambios hormonales potencian el síndrome abstinencia.

### Citas de seguimiento

Si bien el Consejo Médico puede efectuarse como una intervención aislada, que alcanza cierto margen de efectividad, lo ideal es que se realice de manera sistemática con seguimiento, para obtener mejores resultados.

Se sugiere por ello, que una vez llevado a cabo el Consejo, es importante que el profesional de la salud fije citas posteriores en las cuales – en el caso de tratarse de pacientes no motivados para el abandono del consumo– se siga abordando el tema del tabaquismo y los daños a la salud que provoca. En los casos de pacientes motivados, vigilar el cumplimiento del plan personal desarrollado para dejar de fumar.

## **APOYE**

Para reforzar el Consejo Médico se pueden proporcionar folletos de autoayuda con instrucciones concretas sobre cómo dejar de fumar.

Es fundamental tener a mano un directorio de clínicas y otras instituciones de salud, hospitales de segundo nivel que requiere la referencia del paciente.

### **ANTICIPE**

La mayoría de las recaídas se producen en las primeras semanas después de dejar de fumar y están relacionadas con la abstinencia.

Es muy importante avisar al paciente que tal síndrome de abstinencia es una situación frecuente y que su curso y evolución son conocidos y que sus síntomas duran un tiempo corto. El seguimiento en las primeras dos semanas ayuda a superar este periodo crítico y aumenta las expectativas de éxito.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

s de tabaquismo y de  
tercer nivel, por si se

as dos o tres semanas  
con el síndrome de

puede presentarse, e  
ntro del proceso, cuyo  
s desaparecen en un  
anas puede ayudar a  
de éxito.<sup>15</sup>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### **3. TABAQUISMO Y SALUD**

#### **3.1 ENFERMEDADES Y EFECTOS ATRIBUIBLES AL CONSUMO DEL TABACO.**

La epidemia mundial de la enfermedad y de la muerte tabaco-relacionadas continúa empeorándose mientras que el uso del tabaco se separa. Millones de vidas se podían ahorrar con el tratamiento eficaz para la dependencia del tabaco. Sin embargo, tal tratamiento es actualmente inaccesible para muchos usuarios del tabaco a través del mundo.<sup>16</sup>

Las investigaciones muestran que los riesgos de fumar son sustancialmente mayores de lo que se creía. Con el tabaquismo prolongado, los fumadores tienen una tasa de mortalidad aproximadamente tres veces mayor que la de no-fumadores a todas las edades a partir de la adultez temprana. En general, los fumadores que comienzan a fumar en la adolescencia y siguen fumando regularmente tienen un 50% de chance de morir a causa del tabaco. Y la mitad de estos morirá a edad media, antes de los setenta, con una pérdida de unos 22 años de esperanza de vida normal. Por ende, una persona que ha fumado a lo largo de su vida tiene igual probabilidad de morir como resultado directo del uso del tabaco como por todas las demás causas potenciales de muerte combinadas.

El tabaco es la causa conocida o probable de aproximadamente 25 enfermedades, y la escala de su impacto en la carga global de enfermedades aún no se puede apreciar. Por ejemplo, es bien sabido que el tabaco es la causa más importante de cáncer al pulmón. Lo que no se conoce tan ampliamente es que el tabaco mata a más personas por medio de otras enfermedades, incluyendo el cáncer en otras partes del cuerpo, enfermedad del corazón, infarto, enfisema y otras enfermedades crónicas. Estudios realizados en el Reino Unido han mostrado que los fumadores de 30 a 40

años tienen cinco veces más probabilidades de sufrir un ataque al corazón que los que no fuman.<sup>17</sup>

Cuanto mayor es el número de cigarrillos fumados diariamente tanto más alta resulta la tasa de muerte. De acuerdo con los estudios prospectivos, en el caso de los hombres que fuman menos de 10 cigarrillos diarios, la tasa de muerte por todas las causas es casi 40% más alta que la de los no fumadores. Para aquellos que fuman de 10 a 19 cigarrillos al día, la tasa es 70% superior y para los que consumen de 20 a 39 cigarrillos, 90%

Más alta, la tasa resulta 120% mayor en el caso de los que superan la tasa de 40 cigarrillos diarios.

Los fumadores de cigarrillo que habían dejado de fumar antes de participar, presentan una tasa de muerte casi de 40% arriba de los no fumadores, en contraste con la tasa 50% superior de los que siguen fumando. Los hombres que empiezan a fumar antes de los 20 años de edad, tienen una tasa de muerte sustancialmente superior de los que lo hacen después de los 25 años. En comparación con los no fumadores, el riesgo de mortalidad de los fumadores de cigarrillo, después de los ajustes por la diferencia en edad, aumenta con la duración del tabaquismo (número de años) y resulta superior en los que interrumpen el hábito después de los 55 años al de aquellos que lo hacen a una edad menor.<sup>18</sup>

## TABACO COMO CAUSA CONOCIDA O PROBABLE DE MUERTE POR:

<p><b>Cáncer de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Labio, cavidad oral faringe</li><li>Esófago</li><li>Páncreas</li><li>Laringe</li><li>Pulmón, tráquea y bronquios</li><li>Vejiga</li><li>Riñón y otros órganos urinarios</li></ul> <p><b>Enfermedades cardiovasculares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Enfermedad reumática del corazón</li><li>Hipertensión</li><li>Enfermedad isquémica del corazón</li><li>Enfermedad pulmonar del corazón</li><li>Otras enfermedades del corazón</li><li>Enfermedades cerebrovasculares</li><li>Arteriosclerosis</li><li>Aneurisma aórtica</li><li>Otras enfermedades arteriales</li></ul>	<p><b>Sistema respiratorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Tuberculosis</li><li>Neumonía e influenza</li><li>Bronquitis y enfisema</li><li>Asma</li><li>Obstrucción crónica de vías respiratorias</li></ul> <p><b>Enfermedades pediátricas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Bajo peso al nacer</li><li>Síndrome de distress respiratorio.</li><li>Condiciones respirato</li><li>Síndrome de muerte infantil repentina</li></ul> <p><b>Cáncer pulmonar y otras enfermedades causadas por el fumar pasivo. Incendios causados por materiales para fumar. <sup>1</sup></b></p>
---	--

## **Efectos en la reproducción**

El tabaquismo durante el embarazo afecta adversamente la reproducción. Se ha demostrado que reduce el peso del bebé en el nacimiento en cerca de 200 gramos en promedio; el grado de reducción se relaciona con la cantidad que se fuma.

Si una mujer embarazada que fuma deja el hábito en el tercer trimestre, puede evitarse gran parte de la reducción señalada. El tabaquismo aumenta también los índices de abortos espontáneos, placenta previa y mortalidad perinatal, y el tabaquismo durante el embarazo se considera ahora como una causa del síndrome de muerte súbita del infante (SMSI).

Existe evidencia más limitada que sugiere que el tabaquismo de mujeres embarazadas quizá aumente la incidencia en su descendencia del cáncer infantil y de defectos congénitos.

## **Enfermedades cardiovasculares**

Las enfermedades cardiovasculares que provoca el tabaquismo incluyen la enfermedad de las arterias coronarias, la vascular periférica aterosclerótica o aterosclerosis, y la vascular cerebral (embolia). Los mecanismos por los cuales el tabaquismo ocasiona la embolia son similares a los que causan el infarto de miocardio.

La evidencia epidemiológica de la relación entre el tabaquismo y las enfermedades cardiovasculares es impresionante y proviene de los estudios casos y controles de varios estudios de cohorte. El riesgo de las

enfermedades cardiovasculares aumenta con el número de cigarros fumados diarios y con la duración del hábito. Dejar de fumar reduce el riesgo de las enfermedades cardiovasculares. En el caso de los padecimientos coronarios, el riesgo tiende a disminuir con rapidez inmediatamente después de dejar de fumar. Luego de un año de abstinencia, el riesgo para el ex fumador se ha reducido a casi la mitad del correspondiente al fumador habitual.

## **Enfermedades respiratorias**

### **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica**

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica constituye una clasificación diagnóstica clínica y que se refiere a la pérdida permanente de la función pulmonar que padecen los fumadores de cigarro; origina la reducción de la respiración, el deterioro de la capacidad de ejercicio y, con frecuencia, la necesidad de terapia de oxígeno. En el pasado, el término enfisema constituía a menudo la clasificación diagnóstica para la misma enfermedad, aunque EPOC es el término que se usa con mayor amplitud hoy en día. La EPOC se caracteriza por el vaciado lento del pulmón, reflejando un estrechamiento implícito de las vías respiratorias del mismo y una pérdida de elasticidad, lo cual se expresa en el desarrollo del enfisema, término que se refiere propiamente a la destrucción permanente de los alvéolos –los sacos de aire del pulmón–.

La evidencia epidemiológica importante proviene de la investigación acerca del nivel de la función pulmonar en fumadores y no fumadores, y del cambio del nivel de la misma a lo largo del tiempo en relación con el tabaquismo; la mortalidad por la EPOC se ha descrito también en estudios de cohorte.

## **Morbilidad respiratoria**

Hay evidencia epidemiológica abrumadora acerca de la salud respiratoria y el estado de salud relativo al tabaquismo. En muchos estudios se señala la asociación del tabaquismo con los síntomas respiratorios, las infecciones respiratorias y varios indicadores de un estado de salud casi siempre disminuido.

## **Cáncer**

### **Cáncer de pulmón**

Los fumadores experimentan casi diez veces más riesgo creciente de cáncer pulmonar cuando se comparan con la extensión de vida de los no fumadores.

### **Cáncer laríngeo**

El alcohol y el hábito del cigarro son sinergistas y aumentan el riesgo, lo que significa que aquellos con una gran ingestión de alcohol son más susceptibles a que el humo del cigarro constituya una causa de cáncer laríngeo.

### **Cáncer esofágico**

La supervivencia es baja. Los estudios epidemiológicos muestran que el riesgo de cáncer del esófago se eleva aproximadamente cinco veces en fumadores en comparación con los que nunca han fumado.

### **Cáncer pancreático**

Varios estudios de cohorte y de casos y controles indican mayor riesgo de cáncer pancreático en fumadores. El riesgo tiende a aumentar con el número de cigarrillos por día y disminuye cuando se consigue dejar de fumar.

### **Cáncer de riñón**

El riñón, como órgano excretor mayor, se baña en los carcinógenos del humo del tabaco, que están en la sangre y luego se concentran en la orina.

El aumento en el riesgo para fumadores, en comparación con quienes nunca han fumado, es modesto y existe poca evidencia de un cambio en el riesgo luego de dejar de fumar. A pesar de eso, se ha dictaminado que los datos muestran una asociación causal entre el tabaquismo y el cáncer de la pelvis renal y el cuerpo.

### **Cáncer de la vejiga urinaria**

Se ha comprobado que la orina de los fumadores contiene carcinógenos específicos del tabaco y que tiene también un nivel de actividad mutagénica generalmente más alta, indicador del potencial para provocar daño genético a las células.

Los riesgos tienden por lo general a aumentar con el número de cigarrillos diarios y a disminuir al dejar el tabaco.

### **Úlceras pépticas**

El tabaquismo tiene múltiples efectos en el tracto gastrointestinal que quizá sean significativos para este padecimiento.

El tabaquismo se asocia con la enfermedad de la úlcera péptica en personas con gastritis provocada por este organismo. Además, las evidencias indican que la acción de fumar retrasa la sanación de las úlceras pépticas.

### **Efectos en los niños**

Los resultados epidemiológicos relativos al tabaquismo activo y la salud respiratoria de niños, abarcando síntomas respiratorios, función pulmonar y morbilidad respiratoria general. Existen estudios que documentan los crecientes síntomas respiratorios en niños que fuman activamente en comparación con los que no lo hacen.

Los síntomas incluyen mayor morbilidad respiratoria y efectos adversos en la función pulmonar, efectos similares a los de los adultos, aunque no se observa la EPOC en los niños, pues se necesitan generalmente muchos años de tabaquismo continuo para desatar la enfermedad.

El tabaquismo activo retarda la velocidad del crecimiento pulmonar durante la adolescencia.<sup>19</sup>

### **3.2 Manifestaciones del consumo del tabaco en cavidad oral.**

En la cavidad bucal se produce el primer contacto que el fumador tiene con el tabaco, su sustancia que en mayor o menor grado ocasiona cambios o alteraciones en los tejidos blandos y duros.

Es importante que todos los odontólogos conozcan profundamente las alteraciones que puede producir el hábito de fumar en la cavidad bucal.

El fumar no solo ensucia la cavidad bucal sino que disminuye la capacidad gustativa, su peor efecto es inhibir la sensación del olfato que se interrelaciona con el gusto.

### **Cáncer oral**

Este es un cáncer de células escamosas que se origina en la boca y la garganta. Las superficies de la cavidad oral están cubiertas con una membrana celular que sufre cambios vinculados con el tabaquismo. Las lesiones no malignas denominadas leucoplasia se asocian con el hábito del tabaco, y a medida que prosiguen los daños genéticos, es posible que aparezcan los cánceres orales.

Por lo común, se detectan cánceres orales como protuberancias, a menudo con síntomas de dolor o sangrado, y la extirpación quirúrgica puede curar, aunque al costo de la desfiguración. La cavidad oral es un sitio de depósito directo de las partículas y los gases del humo del tabaco. Presumiblemente, esta exposición directa y la captación resultante de cancerígenos por parte de las células expuestas conduzcan al cáncer. Como en el caso del cáncer laríngeo, el tabaquismo y el consumo de alcohol actúan sinérgicamente para el cáncer oral.

#### **Características clínicas**

Los síntomas más habituales son dolor, la presencia de una lesión que no cura y dificultades para la masticación y la deglución. En otros casos los pacientes refieren el sangrado al cepillarse los dientes o simplemente la presencia de una masa ocupante. A menudo estas lesiones experimentan una colonización bacteriana secundaria y desprenden un olor fétido.<sup>20</sup>

Clínicamente, al carcinoma de cavidad bucal por lo general lo precede una leucoplasia o una eritoplasia, esta última se asocia con mayor frecuencia al cáncer. Cuando ocurre la transformación, puede adoptar dos tipos de crecimiento: a) exofítico, b) ulcerado o infiltrante, y c) verrugoso.

La lesión exofítica se presenta como una masa elevada, de base amplia y superficie nodular, y con induración en su base y bordes los cuales pueden llegar a ulcerarse.<sup>21</sup>

### **Cáncer labio**

Según estudios se presenta de un 25 a un 30% del cáncer oral en caucásicos; principalmente en hombres de 10 a 20 años y en edad avanzada mayores de 40 años.

Su etiología principal se debe a la exposición solar, y se ha asociado también al consumo de tabaco o pipa. Hay predisposición en gente con tez y ojos claros.

Se inicia generalmente con una ulceración, posteriormente se hace de mayor tamaño o puede presentar una lesión exofítica, costrosa, induración.

### **Cáncer piso de boca**

*Este tipo de cáncer se diagnostica tardíamente, un 65% tiene metástasis al consultar y ser detectado. Su etiología se asocia al consumo de tabaco, alcohol, cirrosis hepática y a una deficiente condición higiénica.*

*Se presenta mas frecuentemente en hombres que en mujeres.*

### **Cáncer de lengua**

Se presenta generalmente en hombres de 60 a 80 años que son bebedores o fumadores excesivos.

Este cáncer se presenta como una masa indolora, exofítica o úlcera indura, que presenta áreas de eritoplasia o leucoplasia.

Su diagnóstico es tardío y generalmente es invasivo, principalmente en piso de boca. Su etiología esta asociada al consumo de tabaco, alcohol y sífilis.

### **Cáncer de paladar**

Se presenta mas frecuentemente en hombres que en mujeres, esta asociado al consumo de tabaco y hay una mayor prevalencia en Asia y Centroamérica. La sintomatología que presenta es aumento de volumen, dolor y úlcera; tiene un crecimiento exofítico mas que infiltrativo, se localiza en paladar duro, blando y rara vez en úvula.

### **Cáncer de encía y reborde alveolar**

Se presenta principalmente en maxilar inferior en un 79% de los casos, en la zona posterior.

Las características clínicas que presenta son dolor y ulceración, puede simular enfermedad periodontal.

Esta asociada al consumo de tabaco. <sup>22</sup>

### **Leucoplasia**

El término leucoplasia significa literalmente placa blanca. Se emplea como término clínico solamente para describir una variedad de lesiones blancas de las mucosas. Algunos clínicos prefieren restringir este término a las lesiones que no pueden eliminarse fácilmente mediante frotamiento suave de la superficie mucosa, excluyendo así las lesiones que producen una pseudomembrana. En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) modificó aún más el concepto al definir la leucoplasia como una placa blanda situada sobre la mucosa bucal que no puede ser eliminada mediante rascado ni clasificada como ninguna otra enfermedad diagnosticable. En diversas

partes del mundo y entre diferentes clínicos, el término puede emplearse en forma ligeramente diferente.

La relación causa-efecto esta bien demostrada en esta lesión, y es probable que los factores locales extrínsecos sean los principales causantes de la producción de leucoplasia. Entre tales factores destacan el tabaco, el alcohol, la sepsis bucal, irritación local, radiación actínica, infección candidiásica, virus y ciertos elementos industriales; y de forma secundaria, algunos factores predisponentes intrínsecos como sífilis, deficiencia vitamínica y trastornos endócrinos desempeñan un papel preponderante en su génesis.

El tabaco es un elemento importante en la producción de leucoplasia, y esto se debe a que muchos de sus componentes químicos y sus productores terminales de combustión, como los alquitranes y resinas, son sustancias irritantes capaces de producir alteraciones leucoplásicas en la mucosa bucal, al igual que el calor generado durante la combustión y las sustancias extraídas del tabaco cuando se mastica. Esto último se demuestra por el hecho de que la zona leucoplásica se produce en el lugar en el que se deposita el tabaco.<sup>21</sup>

### **Eritoplasia**

La eritoplasia, también llamada eritoplaquia fue un término empleado por primera vez por Queyrat para describir una lesión roja, aterciopelada, situada en el glande del pene de hombres ancianos. Literalmente, el término significa una mancha o placa roja. El término se usa para describir lesiones mucosas rojas de la cavidad oral que no tienen causa aparente.<sup>23</sup>

Se desconoce la causa de la lesión, pero, se supone que intervienen los mismos factores etiológicos del cáncer bucal. Es posible que el tabaco tenga una función importante en la producción de muchas de estas lesiones.

La eritroplasia de la boca suele ser una lesión asintomática que aparece principalmente en hombres mayores que fuman cigarrillos. Puede encontrarse en el suelo de la boca superficies lateral y ventral de la lengua, paladar blando y mucosa del carrillo.

El término eritroplasia moteada se emplea a menudo para describir una lesión principalmente roja, pero que presenta placas blancas focales entre mezcladas. Esta lesión debería contemplarse con un alto índice de sospecha dada su alta incidencia de degeneración premaligna o maligna. Al obtener una biopsia de esta lesión deben tomarse muestras de ambas áreas, rojas y blancas.

### **Estomatitis Nicotínica**

La estomatitis nicotínica, también llamada paladar de fumador, leucoqueratosis del paladar, leucoqueratosis nicotínica del paladar o palatitis nicotínica, es una leucoplasia que se localiza en el paladar duro y en el blando; tiene características clínicas muy específicas y se presenta en los grandes fumadores. La estomatitis nicotínica es un padecimiento casi exclusivamente masculino.<sup>21</sup>

Esta forma de queratosis relacionada con el tabaco es uno de los trastornos que ocurren con mayor frecuencia en la boca y sólo se presenta en individuos fumadores. Es típica de los fumadores de pipa o cigarrillos y la gravedad de la lesión es directamente proporcional a la intensidad del consumo.

La estomatitis nicotínica posee poca importancia si se compara con la queratosis de otras zonas de la cavidad bucal. En raras ocasiones se maligniza, a excepción de los individuos que acostumbran fumar al revés.<sup>24</sup>

## **Melanosis del fumador**

Fumar cigarrillos y en pipa suelen causar grados variables de pigmentación de la mucosa oral. El aumento de pigmentación parece estar relacionado con un componente del humo del tabaco que estimula el aumento de la producción de melanina. Es frecuente un grado leve de melanosis del fumador en hombres y mujeres fumadoras, que puede ser difícil de detectar clínicamente, en especial en personas que presentan una pigmentación fisiológica normal. Puesto que se sabe que algunas hormonas femeninas intensifican la pigmentación melánica, en las mujeres fumadoras que consumen anticonceptivos orales puede presentarse una pigmentación más intensa de las mucosas.

## **Periodontitis**

Es una enfermedad dental ocasionada por la gingivitis progresiva que produce inflamación e infección de los ligamentos y huesos que sirven de soporte a los dientes.

La periodontitis se origina cuando la inflamación y la infección de las encías (gingivitis) no se trata o cuando el tratamiento se retrasa. Dicha infección e inflamación se disemina desde la encía (gingiva) hasta el ligamento y el hueso que sirven de soporte a los dientes. La pérdida de soporte hace que los dientes se aflojen y finalmente se caigan. La periodontitis es la causa principal de la caída de los dientes en los adultos y no es una enfermedad común en los niños, pero se incrementa durante la adolescencia.

La placa y el sarro se acumulan en la base de los dientes. La inflamación hace que entre la encía y los dientes se formen bolsas que se llenan de sarro y de placa, lo cual hace que la inflamación del tejido blando atrape la placa

en la bolsa. La inflamación continua causa finalmente la destrucción de los tejidos que circundan los dientes y debido a que la placa contiene bacterias, es probable que se desarrollen infecciones e inclusive abscesos en los dientes, aumentando así el riesgo de destrucción ósea.<sup>25</sup>

En fumadores se registra una mayor prevalencia e intensidad de enfermedad periodontal, además la acumulación de placa aumenta en los fumadores. Se ha observado que las mujeres entre 20 y 39 años y los hombres entre 30 y 59 años que fuman cigarrillos tienen doble posibilidad de tener enfermedad periodontal o quedar desdentados que los no fumadores.<sup>26</sup>

### **Gingivitis**

Es una condición que involucra la inflamación de las encías (gingiva).

La gingivitis es la primera forma de enfermedad periodontal que supone una inflamación y/o infección que destruye el tejido de soporte óseo, incluyendo la gingiva (encías), los ligamentos periodontales y por último los alvéolos dentales (hueso alveolar).

La gingivitis es causada por los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, que es un material adherente que se desarrolla en las áreas expuestas del diente y es ocasionada por bacterias, moco y residuos de comida. La placa es la principal causa de caries dental y, si no se remueve, se mineraliza formando un depósito duro denominado cálculo (sarro) que se acumula en la base del diente. La placa y el cálculo causan irritación e inflamación mecánica de la gingiva, las bacterias y sus toxinas hacen que ésta se infecte, se inflame y se vuelva sensible.

La gingivitis puede también ser causada por cualquier tipo de lesión o trauma en las encías, incluyendo el cepillado y el uso de seda dental demasiado fuerte. Entre los factores de riesgo para el desarrollo de la gingivitis se encuentran la diabetes no controlada, el embarazo (debido a los cambios

hormonales que aumentan la sensibilidad de las encías), la enfermedad general (sistémica) y los malos hábitos de higiene dental. Los dientes mal alineados, los bordes ásperos de las obturaciones y la aparatología oral mal colocada o contaminada (ortodoncias, prótesis, puentes y coronas) pueden irritar las encías e incrementar los riesgos de gingivitis. Los medicamentos como la fenitoína, los anticonceptivos y la ingestión de metales pesados como el plomo y el bismuto, también están asociados con el desarrollo de la gingivitis.

Muchas personas experimentan la gingivitis en diversos grados. Ésta se desarrolla generalmente durante la pubertad o durante las primeras etapas de la edad adulta debido a los cambios hormonales y dependiendo de los hábitos de higiene oral del paciente, esta condición frecuentemente puede persistir o recurrir.<sup>27</sup>

### **Pigmentación dentaria.**

Los dientes de los fumadores crónicos presentan manchas cuyos colores van desde un amarillo oscuro hasta negro según la cantidad de cigarrillos consumidos, su frecuencia y la susceptibilidad a la higiene oral de quien tiene estos hábitos. El color, así como la intensidad, cantidad y distribución de tales manchas se encuentran en correspondencia con la intensidad y duración de la exposición.

Cuando se fuma o se mastica tabaco las fisuras en el esmalte y la dentina expuestas se decoloran y el cálculo supragingival se oscurece; consecuentemente, la formación de cálculo se incrementa.<sup>21</sup>

## **Caries**

La carie dental es la enfermedad crónica más común en niños, se trata de una enfermedad infecciosa que se debe a la colonización del diente por el *Streptococcus mutans*, bacteria que produce ácido láctico por fermentación de carbohidratos, con el resultado de que el ácido corroe la superficie dental. Algunos autores opinan que la exposición a humo de tabaco en el ambiente, la cual se observa con mayor frecuencia en niños de clase socioeconómica baja, podría ser un factor de riesgo de caries dental. Esta creencia se basa en estudios anteriores en que se ha demostrado que el humo de tabaco se asocia con periodontitis en adultos y también en otras investigaciones que apuntan hacia un posible papel causal del humo de tabaco en la formación de caries.<sup>28</sup>

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Debido a que la epidemia de tabaquismo es un gran problema de salud pública en todo el mundo y que causa millones de muertes y daños a la salud, sería muy importante realizar estudios de prevalencia de éste hábito en odontólogos durante su formación profesional, así como identificar el nivel de conocimientos que poseen sobre los daños a la salud y los tratamientos existentes para su abandono.

#### **5. JUSTIFICACIÓN**

El realizar estudios de éste tipo en estudiantes de profesiones del área de la salud, como son los Odontólogos, constituye un precedente importante para realizar cambios dentro del currículo de la carrera, a fin de establecer de manera continua estrategias para eliminar éste hábito dentro de los estudiantes y profesionistas, los cuales deben de aconsejar y educar a sus pacientes en éste rubro que ha pasado a ser una parte crucial dentro de la práctica profesional diaria. Para poder llevar a cabo ésta acción de manera efectiva el consejo tiene que venir de un profesional libre de ésta adicción para que tenga credibilidad en su paciente. Por lo tanto, un Odontólogo con conocimientos profundos sobre éste problema de salud pública que conozca los diferentes tratamientos a que puede acceder su paciente, motivándolo y prestándole asesoría, puede transformarse en un agente de cambio en la sociedad para la cesación del hábito tabáquico.

## 6. HIPÓTESIS

$H_1$  El hábito tabáquico es frecuente en alumnos de la Facultad de odontología.

$H_0$  El hábito tabáquico no es frecuente en alumnos de la Facultad de odontología.

$H_2$  La opinión de los alumnos acerca de que el odontólogo debe de tener educación antitabáquica para aconsejar a sus pacientes es afirmativa.

$H_0$  La opinión de los alumnos acerca de que el odontólogo debe de tener educación antitabáquica para aconsejar a sus pacientes es negativa.

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1 OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la prevalencia de tabaquismo en la población estudiantil de la Facultad de odontología de primero y cuarto año de licenciatura.

### **7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar el porcentaje de alumnos fumadores de la Facultad de odontología
2. Identificar el porcentaje de alumnos no fumadores y ex fumadores y los principales motivos de éstos para no adquirir el hábito tabáquico o para el abandono de éste.
3. Determinar las variables sociodemográficas de edad, sexo y grado escolar en los alumnos de la Facultad de odontología.
4. Identificar la edad más frecuente en que la población fumadora consumió su primer cigarro, la frecuencia y duración del hábito tabáquico, así como la presencia o ausencia de adicción a la nicotina.
5. Determinar conocimientos de los alumnos de las enfermedades sistémicas y bucales que causa el tabaquismo.

## **8. METODOLOGÍA**

### **8.1 MATERIAL Y MÉTODO**

Este estudio se realizó con alumnos de la Facultad de Odontología, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

La muestra será obtenida por criterio eligiendo tres grupos de primer año y tres grupos de cuarto año del turno matutino.

Para la captación de variables de estudio se diseñó especialmente un formato (anexo 1). En el se incluyó el Cuestionario Fargerström (adaptado y validado en México), para valorar dependencia física a la nicotina (anexo 2).

En una primera etapa se realizará la prueba piloto de la encuesta con alumnos de segundo año de la carrera con el fin de ver si las preguntas son claras, si se obtiene las respuestas en el sentido esperado, tiempo que lleva realizarlo y pertinencia de llevar a cabo modificaciones.

Para el análisis de datos se utilizó el programa Excel 2000.

### **8.2 TIPO DE ESTUDIO**

Observacional descriptivo, transversal y prospectivo.

### **8.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Alumnos de la Facultad de Odontología, UNAM.

### **8.4 MUESTRA**

100 alumnos de tres grupos de primer año de la carrera

100 alumnos de tres grupos de cuarto año de la carrera

## **8.5 CRITERIOS**

### **8.5.1 DE INCLUSIÓN**

- Alumnos de la Facultad de Odontología de 1° y 4° grado
- Turno matutino
- Sexo masculino y sexo femenino
- Cualquier edad
- Alumnos que deseen participar en el estudio

### **8.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Alumnos de la Facultad de Odontología de 2°, 3° , 5° grado y recursadores del turno matutino
- Alumnos del turno vespertino
- Alumnos que no deseen participar en el estudio.

### **8.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Encuestas que no hayan sido contestadas completamente.
- Encuestas que no sean regresadas al investigador.

## **8.6 VARIABLES DE ESTUDIO:**

Edad, sexo, año escolar, fumador , es fumador , no fumador.

Tabaquismo, inicio, frecuencia, duración, adicción a la nicotina, conocimiento sobre riesgos en la salud y métodos para dejar de fumar.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

NOMBRE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN Y NATURALEZA
EDAD	Tiempo en años en que una persona ha vivido desde la fecha en que nació.	En años hasta el día de la encuesta.	Cuantitativa Razón
SEXO	Característica de género que distinguen a una persona sobre si es hombre o mujer.	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal
GRADO ESCOLAR	Año que cursa de la carrera al momento de la encuesta.	1° 4°	Cualitativa Ordinal
FUMADOR	Persona que responde afirmativamente a la pregunta ¿usted fuma?		Cualitativa Nominal
EX FUMADOR	Persona que habiendo sido fumador actualmente no lo hace.		Cualitativa Nominal
INICIO DEL TABAQUISMO	Edad en la que fumó su primer cigarro	En años	Cuantitativa Discreta

## **8.8 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO**

El análisis estadístico se realizará con el programa Excel 2000 y la información se presentará a través de gráficas y tablas.

## 9. RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

El total de alumnos entrevistados en la Facultad de Odontología, 200 personas, en donde 100 de ellos son de primer año y los 100 restantes son de cuarto año. La edad oscilaba entre los 18 y los 27 años se encontró que la edad más frecuente fue 21 años con un 24.5% (49); 18 años un 18% (36); 19 años un 14% (28); 20 años un 12.5% (25); 22 años 17% (34); 23 años 7.5% (15); 24 años 4% (8); 25 años 2% (4); 26 años 5% (1) y 27 años 0.5% (1). (Gráfica 1). Para los de primer año el rango fue de 18 a 24 años y la edad más frecuente, fue de 18 años así como para los de cuarto grado el rango fue de 20 a 27 años, y la edad más frecuente fue de 21 años.

Con relación al sexo se encontró que el 24% (48 personas) son hombres y el 76% (152) son mujeres. Con una relación de 3 mujeres por cada hombre. (Gráfica 2)

Se encontró una prevalencia de tabaquismo en población total del 40% (80) que son fumadores, 5% (10) ex fumadores y 55% (110) no fumadores, (Gráfica 3); en relación a los alumnos de 4º. Año el 20.5% (41) son fumadores, 4.5% (9) ex fumadores y 26% (52) no fumadores y de 1er. Año 19.5% (39) fumadores, 0.5% (1) ex fumadores, y 29% (58) no fumadores. (Gráfica 4) Los resultados obtenidos en alumnos fumadores de primer y cuarto año fueron de 19.5% y 20.5%, en donde  $RM=0.97$ , por lo que no hay mayor riesgo en uno que en otro.

De la población de los ex fumadores y no fumadores los principales motivos por los que no tienen el hábito de fumar son el 38% "no me llama la atención", 13% "riesgos en la salud", 6% "mala apariencia", 9% "malestar", 1% "presión social o familiar" y 1% "económica". (Gráfica 5)

La edad en que se fumó el primer cigarrillo va de los 9 a 21 años, en donde el intervalo de edad con mayor porcentaje es la edad de los 15 a 18 con 53%, de 11 a 14 años, 29%; 19 a 22, 12% y menos de 10, 6%. Para la población fumadora (80 personas) la frecuencia con que lo hace es de "diario" 30 personas, "cada tercer día" 17 "una vez a la semana" 6, "una vez al mes" 2 y "ocasionalmente" 17. (Gráfica 7)

En relación al tiempo que llevan fumando, se encontró que el 31% lleva más de 5 años fumando, 32% 3 a 4 años, 24% uno a dos años, (6%) 7 a 11 meses, 7% uno a seis meses.

En el presente estudio se encontró que la mayoría de los fumadores, consumen menos de 10 cigarrillos al día 78.5% y de 11 a 20 cigarrillos 14.28% no encontrando ningún caso de alumnos que fumen más de 21 cigarrillos al día.

Otro dato importante es que la gran mayoría de los fumadores (80 personas) el 94% (75) no presenta adicción a la nicotina y sólo el 6% (5) si la presenta.

Un dato que sobresale es que el 100% de los alumnos tiene conocimientos acerca de los daños que ocasiona para la salud el tabaquismo., en donde el cáncer de pulmón aparece como respuesta 121 veces y el enfisema pulmonar 126 veces. (Tabla 1)

En relación con el conocimiento acerca de las lesiones y enfermedades bucales que causa el tabaquismo, un 94% ( 188) respondió que sí las conoce y un 6% (12) no sabe; donde la respuesta más frecuente fue la pigmentación dental con 98 menciones, siguiéndole el cáncer bucal con 43, halitosis con 21., periodontitis con 21. (Tabla 2)

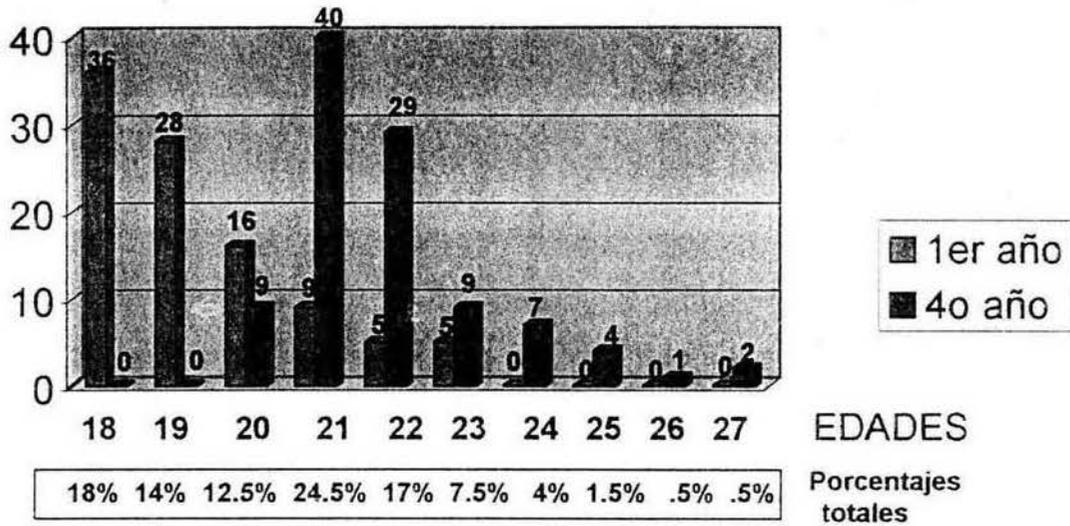
El conocimiento acerca de los métodos para dejar de fumar es de 71% (142) y los que desconocen son el 29% (58). En donde la respuesta más frecuente fue parches (109 respuestas), chicles (46) fuerza de voluntad (30).

En lo concerniente a la orientación por parte de los alumnos de odontología a sus pacientes para que dejen de fumar, fue de 54% (108) y un 46% que no lo ha aconsejado.

Una de las respuestas con las cifras más relevantes, fue que el 98% de la población consideró importante la capacitación antitabáquica del odontólogo para así lograr sensibilizar a sus pacientes.

GRAFICA 1

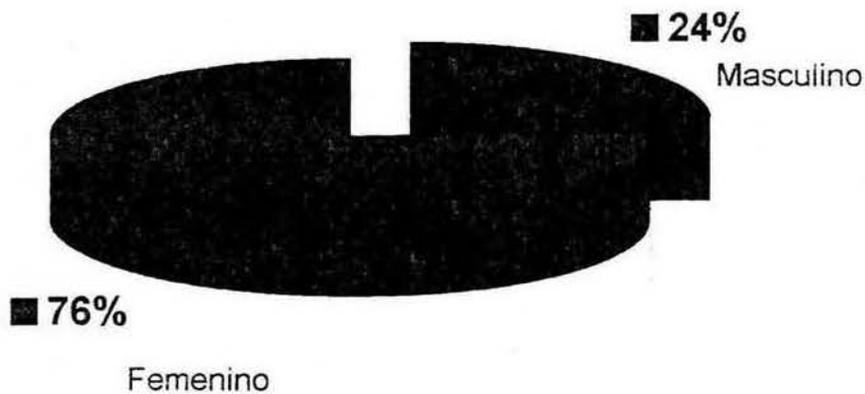
COMPARATIVO DE EDADES  
DE LOS ALUMNOS DE 1er Y 4o AÑO



Fuente: Directa

GRAFICA 2

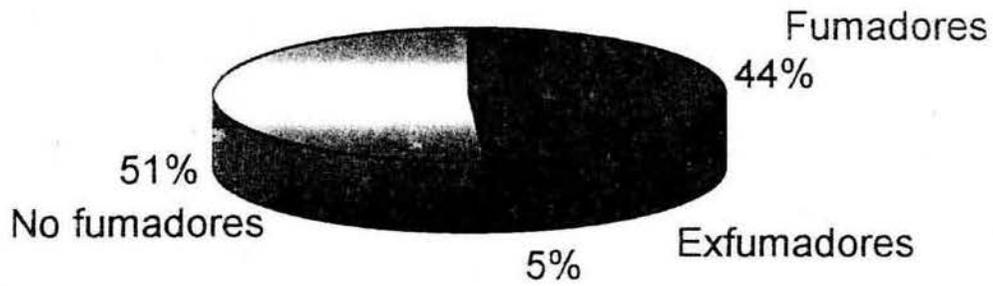
Distribución porcentual población por género



Fuente: Directa

GRAFICA 3

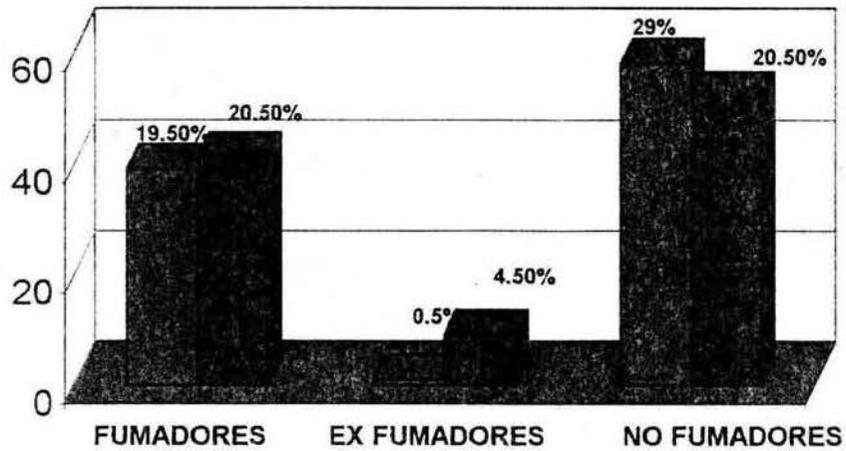
DISTRIBUCION PORCENTUAL  
POBLACION TOTAL DE ESTUDIO  
HABITO TABAQUICO



Fuente Directa

Gráfica 4

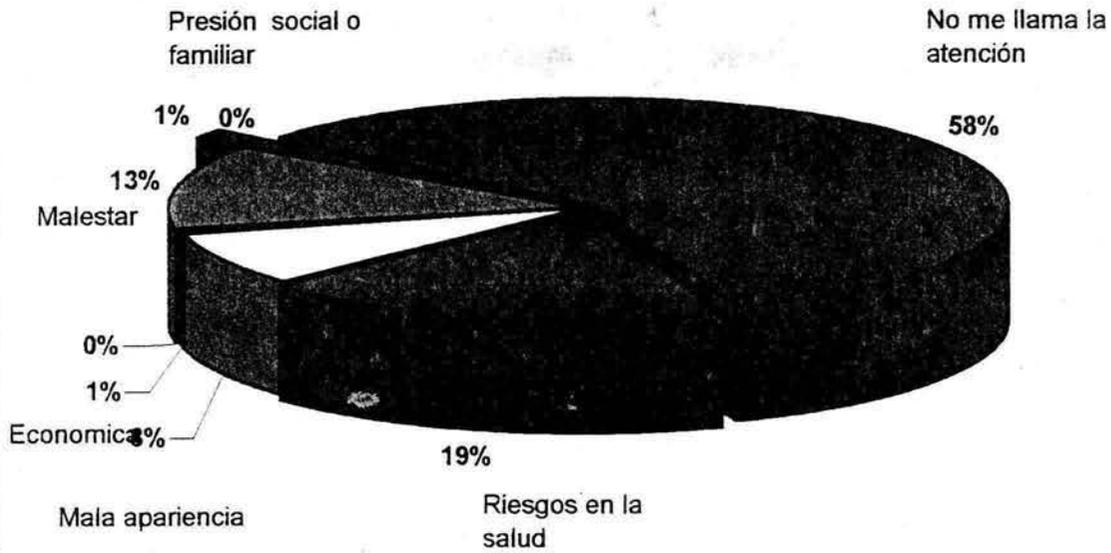
POBLACION PRIMER Y CUARTO AÑO  
HÁBITO TABÁQUICO



Fuente: Directa

GRAFICA 5

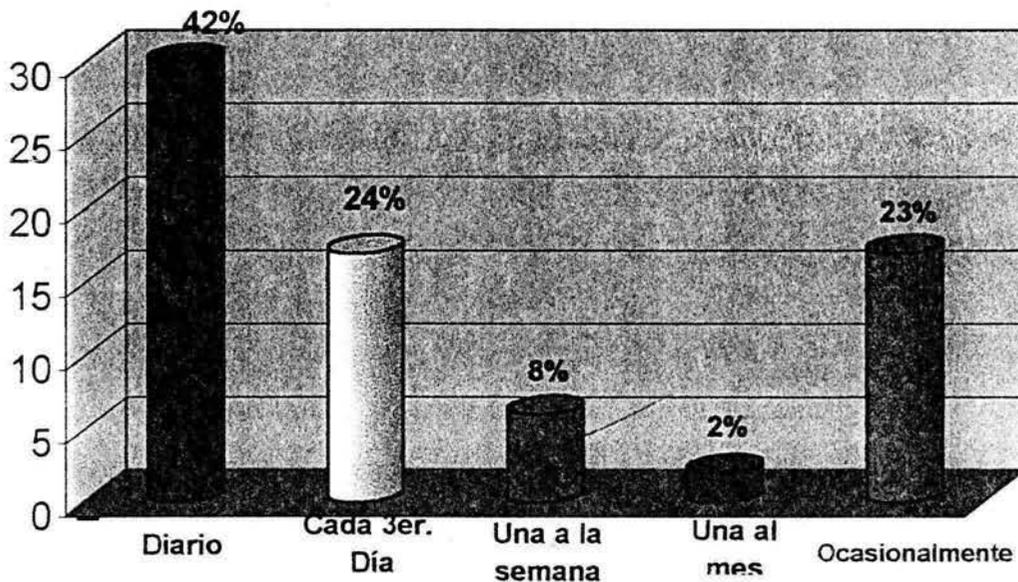
MOTIVO PRINCIPAL PARA NO FUMAR



Fuente: Directa

GRAFICA 6

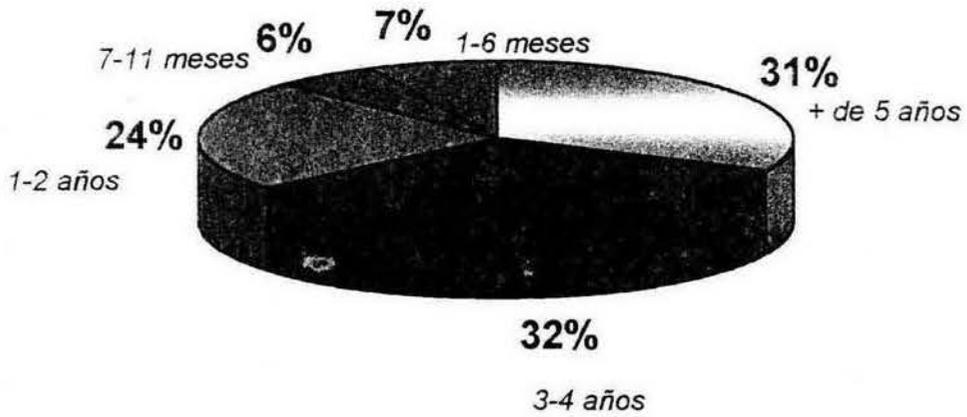
FRECUENCIA DEL FUMADOR



Fuente: Directa

GRAFICA 7

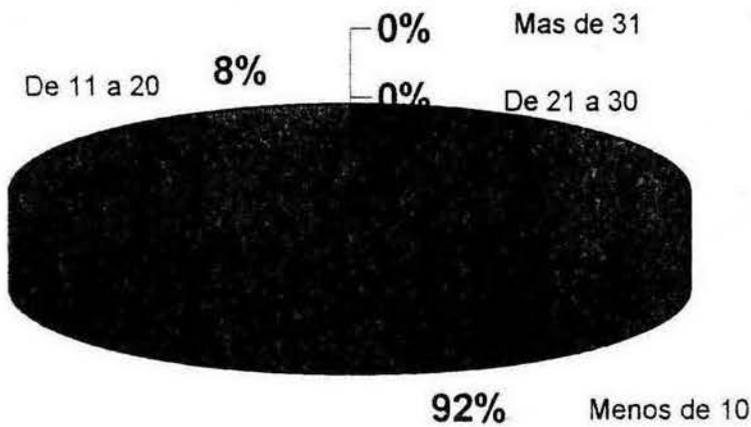
### TIEMPO FUMANDO



Fuente: Directa

GRAFICA 8

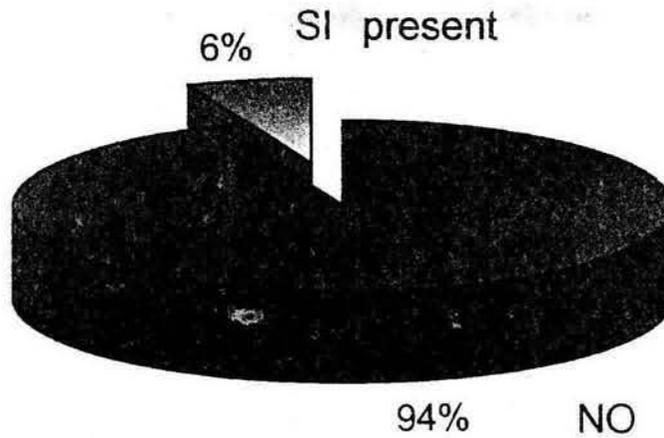
### CONSUMO DE CIGARRILLOS AL DIA



Fuente: Directa

GRAFICA 9

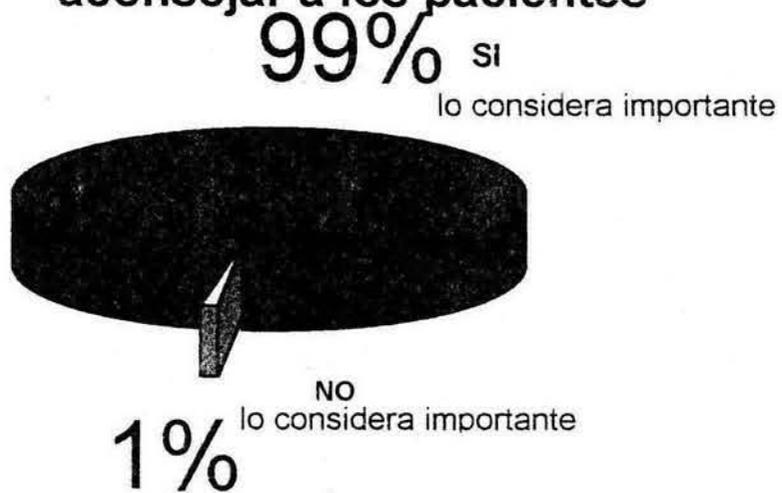
### ADICCION A LA NICOTINA



Fuente: Directa

GRAFICA 10

### Opinion de los alumnos acerca de tener educacion antitabáquica para aconsejar a los pacientes



Fuente: Directa

Tabla 1. Respuesta de la pregunta 16 “¿Cuáles son?” (Daños a la salud por tabaquismo)

Daños	Primero		Cuarto	
	N	%	N	%
Enfisema	59	37.34	67	40.36
Cáncer	64	40.5	57	34.33
EPOC	0	0	11	6.62
Enf. Respiratorias	11	6.96	11	6.62
Hipertensión Arterial	5	3.16	5	3.01
Bronquitis	0	0	5	3.01
Enf. Cardiovasculares	8	5.06	2	1.2
Adicción	0	0	2	1.2
Asma	5	3.16	1	0.6
Riñón	0	0	1	0.6
Gastritis	0	0	1	0.6
Impotencia	3	1.89	1	0.6
Infartos	0	0	1	0.6
Bajo peso en recién nacidos	2	1.26	0	0
Muerte	1	0.63	0	0
Envejecimiento prematuro	0	0	1	0.6
Perdido de condición física	3	1.89	0	0
Cáncer de estómago	1	0.63	0	0
Total	158	100	166	100

Fuente: Directa

Tabla 2. Respuesta de la pregunta 18 "¿Cuáles son?" (Enfermedades bucales por tabaquismo)

Daños	Primero		Cuarto	
	N	%	N	%
Cáncer bucal	43	24.15	50	29.58
Pigmentación de dientes	60	33.7	38	22.48
Estomatitis nicotínica	0	0	12	7.1
Halitosis	21	11.79	10	5.91
Periodontitis	0	0	10	5.91
Estomatitis	0	0	8	4.73
Gingivitis	5	2.8	7	4.14
Pigmentación mucosa	0	0	7	4.14
Carcinoma epidermoide	0	0	7	4.14
Leucoplasias	0	0	5	2.95
Cáncer de lengua	8	4.49	4	2.36
Melanomas	0	0	3	1.77
Fibrosis del paladar	0	0	2	1.18
Quistes	0	0	2	1.18
Cáncer de faringe	0	0	1	0.59
Neoplasias	0	0	1	0.59
Úlceras	1	0.56	0	0
Degenera sentido del gusto	2	1.12	0	0
Placa	1	0.56	0	0
Eritoplasias	0	0	1	0.59
Enf. Periodontal	11	6.17	0	0
Tumores	2	1.12	0	0
Cáncer garganta	5	2.8	0	0
Aftas	2	1.12	0	0
Sarro	7	3.93	0	0
Caries	10	5.61	0	0
Xerostomía	0	0	1	0.59
Total	178	100	169	100

Fuente: Directa

Tabla 3. Respuesta de la pregunta 20 "¿Cuál?" (Conoces método para dejar de fumar)

Método	Primero		Cuarto	
	N	%	N	%
Parches	62	48.43	47	53.4
Chicles	28	21.87	18	20.45
Voluntad	20	15.62	10	11.36
Enjuagues	5	3.09	6	6.81
Pastillas	4	3.12	4	4.54
Tratamiento en clínica	3	2.34	1	1.13
Jarabe	2	1.56	0	0
Tés	2	1.56	0	0
Medicamento	1	0.78	0	0
Terapias Psicológica	1	0.78	0	0
Pláticas	0	0	1	1.13
Inhaladores	0	0	1	1.13
Total	128	100	88	100

Fuente: Directa

## 9. CONCLUSIONES

Con el fin de conocer la prevalencia de tabaquismo y otros aspectos relacionados con éste, en alumnos de la Facultad de Odontología, se realizó el presente estudio y de acuerdo a los resultados previamente presentados se puede considerar lo siguiente:

- El total de alumnos encuestados fue 200 alumnos, 100 de primer año y 100 de cuarto año, se realizó específicamente en estos dos años de la carrera ya que nos muestra tanto el inicio como casi el término de la misma, pudiendo así comparar en algunos casos las diferencias de éstos durante su desarrollo profesional.
- La edad oscilaba entre los 18 y 27 años, y la edad más frecuente fue de 21 años ya que en esta categoría se encuentran alumnos tanto de primer año (18 a 24 años), como de cuarto (20 a 27).
- En cuanto al sexo, se encontró que hay un hombre por cada tres mujeres, esto tiene que ver con que la proporción de mujeres estudiantes de odontología es mayor.
- La prevalencia de tabaquismo en población total fue de 40%, cifra casi idéntica a la observada para la población urbana entre 18 y 29 años, obtenida en la última Encuesta Nacional de Adicciones 2002 en la que fue de 40.8%, esto es un dato alarmante ya que como profesionistas de la salud, se esperaría un porcentaje mucho más bajo, de ahí la importancia de llevar a cabo actividades de sensibilización con estudiantes de odontología para reducir la prevalencia de fumadores entre sus egresados.
- No hay casi ninguna diferencia de porcentajes entre alumnos de primer y cuarto año fumadores (19.5% y 20.5% respectivamente), lo que significa que no hay mayor riesgo en uno que en otro.

- De la población de ex fumadores y no fumadores los principales motivos por los que no tienen el hábito tabáquico fueron, “no me llama la atención”, “riesgos en la salud” ,”malestar” y mala apariencia”, el conocer cuales son estas razones y analizarlas más a fondo pueden tomarse en cuenta para programas antitabaquicos.
- La edad de inicio del tabaquismo en su mayoría fue de los 15 a los 18 años, teniendo también un alto porcentaje en las edades 11 a 14, edades en las cuales deben estar enfocadas las campañas de prevención.
- La frecuencia de los fumadores es casi la mitad la que consume diariamente tabaco.
- El consumo de cigarros al día fue en su gran mayoría 90%, “menos de 10 cigarros diarios”, y del total de la población fumadora solo el 6% tiene adicción a la nicotina, lo que se traduce como un mejor pronóstico para el abandono del tabaquismo.
- El 100% conoce de los alumnos sobre algunos riesgos y enfermedades para la salud integral que ocasiona el tabaquismo y un 94% en salud bucal, siendo ésta última importante ya que el odontólogo debe identificarlas y tratarlas,y al detectar alguna en sus pacientes,sería el momento de aconsejarle el dejar de fumar, éste consejo durante la práctica clínica de los alumnos fue dado alguna vez por el 54%,por lo que es importante que se promueva que éste consejo sea dado por los odontólogos durante su práctica clínica rutinaria.
- Un dato relevante obtenido es que casi el 100% de los alumnos encuestados, opina que el odontólogo sí debería de tener una educación antitabaquica a manera de que pueda sensibilizar e informar a sus pacientes sobre los riesgos que conlleva el hábito tabaquico, ésta actitud da pie a que en futuras investigaciones se realicen programas antitabaquicos y capacitación para sensibilizar e informar a sus pacientes, específicos para odontólogos, para que éste como profesional de la

salud carezca del hábito tabáquico y además sea un agente de cambio en la sociedad uniéndose a la lucha contra el tabaquismo.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Iniciativa Libre del Tabaco (TFI). 1999.
2. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heathc, Doll R. Mortality from smoking worldwide. *Br Med Bull* 1996 Jan;52(1):12-21.
3. Malcon M, Menezes A, Maia M, Chatkin M, Victora C. Prevalence of and risk factors for cigarette smoking among adolescents in South America: a systematic literature review. *Pan American Journal of Public Health* 2003. Abril: 13 (4): 222-228.
4. Varona P, Rodríguez M, Alfonso K, Bonet M, García R, Fernández N, et al. Factores asociados a etapas de cambio de comportamiento en fumadores cubanos. *Rev Panamericana de Salud Pública* 2003: 14(2): 119-123.
5. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Diario Oficial de la Federación 2002, Secretaría de Salud.
6. Sánchez P, Lisanti N. Prevalencia de tabaquismo y actitud hacia ese hábito entre médicos del Azuay, Ecuador. *Rev Panamericana de Salud*: 2003: 14(1): 25-29.
7. Lazcano E, Hernández M. Cáncer; frecuencia, factores de riesgo, medidas de prevención. *Salud Pública de México* 1997: 39(4):251-255.
8. Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrance Database Syst Rev* 2000; (3):CD000214.
9. Bener A, Gomes J, Anderson JA, Abdullah S. Smoking among health professionals *Med. Educ* 1994; 28: 151-157.
10. Grosman DW, Know JJ, Nash C, Jimenez JG. Smoking: Attitudes of Costa Rican physicians and opportunities for intervention. *Bull World Health Organization* 1999; 77: 315-322.

11. Hensrud D, Sprafka M. The smoking habits of Minnesota physicians. *Am J Public Health* 1993;83 (3): 415-417.
12. Antonius S. High levels of smoking in Romanian doctors. *The Lancet* 2000; 356:1420.
13. Salmeron-Castro J, Arillo E, Campuzano J, López F, Lascano E. Tabaquismo en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. *Rev. Salud Pública de México* 2002; 44 (1):67-75.
14. De la Fuente J, Sifuentes C, González M. Simposio "La Facultad de Odontología de la UNAM, ante la problemática del tabaquismo", Facultad de Odontología, Nov 11 2003.
15. Consejo Médico para dejar de fumar. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Secretaría de Salud. 2003: 1-13.
16. Dr. Harlem Brundtland G. World Health Organization. Tratamiento para la dependencia del tabaco. 1999..
18. Samet J, Informe del Cirujano General de 1964, acerca de los daños a la salud atribuibles al consumo de tabaco. *Salud Pública de México* 2002; 44(1): 171-182.
19. Samet J. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública de México* 2002; 44(1): 144-160.
20. Hurts J. Medicina por la práctica médica. 4ª edición. Ed Panamericana. Buenos Aires, 1998.
21. Rico G. Tabaquismo. Primera edición. Ed Trillas. México D:F. 1990
22. Obtenido de Internet World Wide Web:  
[patoral.unmayor.cl/diapos/caoral-03.ppt](http://patoral.unmayor.cl/diapos/caoral-03.ppt).
23. Sapp P. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Ed. Hareourt. Madrid, España.
24. Regezi J. Patología bucal. Tercera edición. Ed Interamericana. México 1999.
25. [www.nlm.nih.gov/medline plus/spanish/ency/articl/001059.htm](http://www.nlm.nih.gov/medline plus/spanish/ency/articl/001059.htm).

26. Glickman, Marina T, González B. Periodontología Clínica. Quinta edición. Ed Interamericana. México D.F. 1986.
27. [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/articl/001056.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/articl/001056.htm).
28. Aligne CA, et al. Association of pediatric dental caries with passive smoking. Pan American Journal of Public Health. 2003; 13(4): 254-255.

# ANEXO 1

FOLIO \_\_\_\_\_

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA  
SEMINARIO DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA**

El presente cuestionario es personal y estrictamente confidencial y la información que se obtiene de éste, se usará para fines estadísticos, por lo que te solicito contestes de la manera más veraz posible. Agradezco tu participación.

1. EDAD   2. SEXO:  M  F <sup>1</sup> <sup>0</sup> 3. GRADO ESCOLAR:  1  4 <sup>1</sup> <sup>0</sup>

4. USTED ACTUALMENTE ES:

0) Fumador 1) Ex Fumador 2) NO fumador

Si nunca has fumado o actualmente no lo haces, contesta la siguiente pregunta y posteriormente pasa a la pregunta número 15, si fumas favor de contestar el resto del cuestionario.

5. MOTIVO PRINCIPAL POR EL QUE NO HAS ADQUIRIDO EL HÁBITO DE FUMAR O POR LO QUE DECIDISTE ABANDONARLO

0) No me llama la atención 1) riesgos en la salud 2) mala apariencia (pigmentación dental, mal aliento, etc.)  
3) Pérdida de condición física 4) Económica 5) Malestar (nauseas, tos, etc..)   
6) Presión social o familiar 7) Otra, especifique \_\_\_\_\_

6. ¿A QUE EDAD FUMASTE TU PRIMER CIGARRILLO?

7. ¿CON QUE FRECUENCIA FUMAS?

0) Diario 1) cada tercer día 2) una vez a la semana 3) una vez al mes 4) ocasionalmente

8. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVAS FUMANDO?

0) Más de 5 años 1) 3 a 4 años 2) 1 a 2 años 3) 7 a 11 meses 4) 1 a 6 meses

9. ¿CUANTOS CIGARRILLOS FUMAS AL DÍA?

0) menos de 10 1) 11 a 20 2) 21 a 30 3) 31 o más

10. ¿FUMAS MAS CIGARRILLOS DURANTE LA PRIMERA PARTE DEL DÍA QUE DURANTE EL RESTO?  SI  NO <sup>1</sup> <sup>0</sup>

11. ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRE DESDE QUE DESPIERTAS HASTA QUE FUMAS EL PRIMER CIGARRILLO?

0) más de 60 min. 1) 31 a 60 min. 2) 6 a 30 min. 3) menos de 5 min.

12. ¿QUÉ CIGARRILLO TE ES MÁS DIFÍCIL OMITIR?

0) el primero de la mañana 1) algún otro

13. ¿TE ES DIFÍCIL NO FUMAR DONDE SE PROHÍBE FUMAR?

SI  NO <sup>1</sup> <sup>0</sup>  
  <sup>1</sup> <sup>0</sup>

14. ¿FUMAS CUANDO ESTAS ENFERMO O INCLUSO EN CAMA? SI NO

15. ¿SABES ALGO ACERCA DE LOS DAÑOS QUE OCASIONA PARA LA SALUD EL TABAQUISMO? SI NO

16. ¿CUALES SON? \_\_\_\_\_

17. ¿CONOCES LAS LESIONES Y ENFERMEDADES BUCALES QUE CAUSA EL TABAQUISMO? SI NO

18. ¿CUÁLES SON? \_\_\_\_\_

19. CONOCES ALGÚN MÉTODO PARA DEJAR DE FUMAR: SI NO

20. ¿CUAL? \_\_\_\_\_

21. ¿DURANTE TU PRACTICA CLÍNICA ALGUNA VEZ HAS ORIENTADO O ACONSEJADO A TUS PACIENTES PARA QUE DEJEN DE FUMAR? SI NO

22. CONSIDERAS IMPORTANTE QUE EL ODONTÓLOGO ESTÉ CAPACITADO EN EDUCACIÓN ANTITABÁQUICA A MANERA DE QUE PUEDA SENSIBILIZAR E INFORMAR A SUS PACIENTES SOBRE LOS RIESGOS QUE CONLLEVA EL HÁBITO DEL TABACO? SI NO

17. OTRA, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### TEST DE FARGERSTRÖM

Para valorar la dependencia física de la nicotina se puede usar el Cuestionario Fargerström, el cual ha sido adaptado y validado en México:

<b>1</b>		
¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	31 o más	3
	21 a 30	2
	11 a 20	1
	Menos de 10	0
<b>2</b>		
¿Fuma usted más cigarrillos durante la primera parte del día que durante el resto?	Sí	1
	No	0
<b>3</b>		
¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos	3
	6 a 30 minutos	2
	31 a 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
<b>4</b>		
¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?	El primero de la mañana	1
	Algún otro	0
<b>5</b>		
¿Le es difícil no fumar donde se prohíbe fumar?	Sí	1
	No	0
<b>6</b>		
¿Fuma usted cuando está enfermo o incluso en cama?	Sí	1
	No	0

**CALIFICACIONES:** dependiente si tiene puntuación de **5** puntos o más.

Versión validada por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.