PREVALENCIA DEL CONSUMO DE CIGARRILLO, ALCOHOL Y CAFÉ ASOCIADO CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

SHYRLEY DIAZ CARDENAS

KATHERINE ARRIETA VERGARA

SIMON ANDRÉS DIAZ CASTILLO

SAIR ALBERTO GUERRERO PADILLA

WILLIAN BELEÑO GUERRA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES

PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.

2014

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE CIGARRILOS, ALCOHOL Y CAFÉ ASOCIADO CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

INVESTIGADOR PRINCIPAL

SHYRLEY DIAZ CARDENAS

Magister en salud pública y docente de pregrado Universidad de Cartagena

KATHERINE ARRRIETA VERGARA

Magister en salud publica universidad nacional de Colombia y docente de pregrado universidad de Cartagena

COINVESTIGADORES

SIMON ANDRÉS DIAZ CASTILLO

SAIR ALBERTO GUERRERO PADILLA

WILLIAN BELEÑO GUERRA

Proyecto de investigación presentado como requisito parcial para optar el titulo de Odontólogo

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES

PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.

2014

NOTA DE APROBACIÓN DEL JURADO

_____

_____

_____

_____

PRESIDENTE DEL JURADO

_____

JURADO

_____

JURADO

CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C. 2014

La Universidad de Cartagena ni el jurado examinador, se hacen responsables de los conceptos emitidos en el presente trabajo.

CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C. 2014

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios, por darnos fortaleza y disciplina para aprender, y salir adelante en cada uno de nuestros propósitos y culminar este proyecto de investigación de manera satisfactoria.

El presente trabajo fue realizado bajo la supervisión de la Dra. Shiyrley Díaz Cárdenas a quien le damos las gracias por su dedicación, motivación y conocimientos compartidos.

A nuestras familias por el apoyo, comprensión y compañía en este nuevo proceso de formación personal y profesional.

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA…….. 11

2. OBJETIVOS…… 15

2.1. Objetivo General……. 15

2.2. Objetivos Específicos……. 15

3. MARCO TEÓRICO…… 16

4. METODOLOGÍA…… 34

4.1. Tipo de estudio…….. 34

4.2. Población blanco……. 34

4.3. Instrumentos…….. 34

4.4. Variables de estudio …..…… 35

4.5. Recolección de información…… 36

4.6. Procesamiento y análisis de la información……. 36

4.7. Consideraciones éticas…… 37

5. RESULTADOS…… 38

5.1 Prevalencia del consumo de cigarrillo alcohol, café y estado de salud bucal. …… 38

5.2 Variables sociodemográficas…… 38

5.3 Prevalencia del consumo de cigarrillo……. 39

5.4 Prevalencia del consumo de alcohol……... 41

5.5 Prevalencia del consumo de café…… 42

5.6 Prevalencia de enfermedad periodontal y caries asociado con el estado de salud bucal……. 43

6 DISCUSIÓN…… 48

1.7 CONCLUSIÓN…… 52

1.8 BIBLIOGRFÍA…… 53

1.9 ANEXOS…….. 59

LISTAS DE TABLAS.

Pág.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los estudiantes de odontología y de enfermería de la universidad de Cartagena 2014. ……38

Tabla 2. Prevalencia del consumo de cigarrillo y variables relacionadas en estudiantes de odontología y enfermería de la universidad de Cartagena 2014. ……40

Tabla 3. Prevalencia del consumo de alcohol y variables relacionadas en estudiantes de odontología y enfermería de la universidad de Cartagena 2014. ……41

Tabla 4. Prevalencia del consumo de café y variables relacionadas en estudiantes de odontología y enfermería de la universidad de Cartagena 2014. ……42

Tabla 5. Estado de salud bucal y variables relacionadas en estudiantes de odontología y enfermería de la universidad de Cartagena 2014. ……44

Tabla 6. Asociación entre el hábito de fumar y las variables sociodemográficas con el estado de salud bucal de los estudiantes de odontología y enfermería. ……45

Tabla 7. Asociación entre el hábito del consumir alcohol y las variables sociodemográficas y el estado de salud bucal de los estudiantes de odontología y enfermería. ……46

Tabla 8. Asociación entre el consumo del café y las variables sociodemográficas con el estado de salud bucal de los estudiantes de odontología y enfermería. ……46

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1. Formato de recolección de información. 59

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias como el cigarrillo, el alcohol y el café, representa uno de los factores de riesgo para el desarrollo de patologías y alteraciones bucodentales. En los últimos años se ha observado que los adolescentes contactan de forma precoz con dichas sustancias, hábitos que muchas veces no sólo se mantienen o acentúan con el inicio de la vida universitaria sino que se prologan por el resto de la vida, causando importantes consecuencias para la salud en general.

En Colombia son pocos los estudios sobre el consumo del cigarrillo, alcohol y café en adolescentes y aún menos en estudiantes universitarios. El presente estudio surge ante la escasez de conocimiento sobre el consumo de estas sustancias en estudiantes universitarios y tiene como objetivos establecer la prevalencia de su consumo y la relación con el estado de salud oral, dar a conocer los factores predisponentes que conllevan a éstos hábitos, además de la descripción de las condiciones sociodemográficas basales de los sujetos de estudio y la valoración de otros factores individuales para su posterior comparación. Estos objetivos se pretenden llevar a cabo con el desarrollo de una metodología basada en un estudio descriptivo transversal, aleatorio, unicéntrico en un periodo de 24 meses realizado a una muestra de estudiantes obtenida a partir de la población de estudiantes de la Universidad de Cartagena.

A partir de los resultados, ésta investigación busca representar un impulso en la actividad preventiva de las instituciones educativas de nivel superior, con el fin de inducir cambios en los estilos de vida de la población universitaria, que promoverán hábitos saludables y mejoraran tanto la salud general como la bucodental.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Está bien establecido que el inicio del consumo de tabaco en la mayoría de los fumadores adultos se realiza en edades tempranas. Se aprende a fumar durante la infancia y la adolescencia; el 60% de los fumadores ha empezado a fumar hacia los 13 años y más del 90% antes de los 20.

Tradicionalmente, la adolescencia representa un período crítico para el inicio y experimentación del consumo de sustancias. Actualmente, no solo se percibe una tendencia al aumento en el consumo de tabaco entre los jóvenes, sino que la edad de inicio descendió, más marcada en el grupo femenino, que comienza precozmente a experimentar con el cigarrillo.

Un número significativo de adolescentes que consumen sustancias inician con sustancias legales como alcohol y nicotina (cigarrillo), es decir, su consumo puede ser un predictor temprano o la puerta de entrada al uso, abuso o dependencia de sustancias ilegales. Con frecuencia, estos comportamientos de riesgo no solo se mantienen durante la adolescencia sino que se prolongan durante el resto de la vida y ocasionan importantes repercusiones sobre la salud pública.[2] A pesar del efecto devastador que el uso del tabaco tiene sobre la salud, el consumo mundial se incrementó en los dos últimos decenios y el costo en muertes evitables se aproxima a los 3,5 millones de personas al año. Se prevé que el número de muertes evitables por consumo de tabaco aumente a 10 millones de personas hacia el año 2030, cifra superior a la de mortalidad por cualquier otra causa. En consecuencia, el consumo regular de cigarrillo explica el

mayor porcentaje de morbilidad y mortalidad que puede ser objeto de prevención en el mundo.[1]

Ante este panorama, los organismos internacionales dedicados a la salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), utilizaron el término "epidemia" para referir sea la situación que genera el consumo de tabaco en el contexto mundial.[2]

En Colombia son pocos los estudios que se han realizado sobre el consumo del cigarrillo en adolescentes y un poco menos en estudiantes universitarios. Dado los nuevos estilos de vida adquiridos al ingresar a la universidad y todo lo que se encuentra en su entorno (bares, tiendas y estancos) que promocionan un mercadeo social con intereses económico, se expone el joven universitario al inicio temprano del consumo de estas sustancias.[3]

Muchos son los factores relacionados al consumo del cigarrillo en jóvenes como las características individuales (genéticas y medioambientales), familiares, sociales, culturales y políticas que deben estudiarse en conjunto, pero algo peor aun son sus consecuencias. Hasta ahora el uso del tabaco se ha asociado a más de veinticinco enfermedades. Se ha estimado que los cigarrillos son responsables de alrededor del 30% de todos los fallecimientos por cáncer, del 20% de las muertes producidas por enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares y de más del 80% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica

[1] NERÍN, I et al. Encuesta sobre tabaquismo en estudiantes universitarios en relación con la práctica de ejercicio físico. En: Arch Bronconeumol. Vol. 40, No.1 (2004): p. 5-9.
[2] COGOLLO, Zuleima. GOMEZ, Edna. Asociación entre consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias ilegales en adolescentes estudiantes en Cartagena, Colombia, 2012. En: Hacia la promoción de la salud. Vol. 18. No.1 (enero-junio 2013): p. 110-117.
[3] BÁEZ, Dairo. DECKERS, Marcela. SILVA, Luis Manuel. GÓMEZ, Juan Daniel. Encuesta de prevalencia sobre el consumo de cigarrillos en la pontificia Universidad Javeriana. En: Univ. Psychol. Vol. 2. No. 1 (enero-junio 2003): p. 89-94.

(EPOC).[4] El tabaco se ha relacionado con el cáncer de pulmón, laringe, oro faringe, esófago, estómago, páncreas, hígado, colon-recto, riñón, vejiga, mama, aparato genital y órganos linfáticos. Se ha estimado que el 83% de las neoplasias de laringe son debidas al consumo de tabaco, constituyendo el principal agente causal de esta patología. El riesgo de padecer esta neoplasias 10 veces mayor si son fumadores y 8 veces más para las mujeres fumadoras. Otros datos epidemiológicos en la relación cáncer de laringe/tabaquismo son la conexión con el número de cigarrillos consumidos, la edad de inicio, la profundidad de la calada y el uso de filtros (disminuye el riesgo). Por otro lado los fumadores de pipa y puros tienen igual riesgo que los de cigarrillos, los exfumadores tienen menos riesgo, y la disminución del mismo comienza a hacerse patente después de 4 años de abstinencia. Un dato importante es que la combinación de consumo de cigarrillos y alcohol aumenta el riesgo de cáncer de laringe hasta un 75%, respecto al consumo exclusivo de uno de ellos (alcohol o tabaco), sobre todo en tumores supraglóticos.[5] El cigarrillo, la pipa y el puro también se han relacionado con la agravación del riesgo de cáncer de la cavidad oral. Si a esto se añade el alcohol, combinado con una mala higiene bucal o una dentadura inadecuada, se suman los factores de riesgo.[6]

El cáncer oral representa es una neoplasia maligna de comportamiento agresivo, que comprende el 4 al 5 % de todos los tumores que afectan al ser humano y se ha convertido en un problema grave de salud a nivel mundial, debido al aumento de su incidencia en los últimos años y su alta tasa de mortalidad.[7]

[4] ALBARRACÍN, Marcela. MUÑOZ, Liliana. Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. En: Liberabit. Vol. 14 (2008): p. 14-61.
[5] WYSER, C. Smoking Related disorders. En: The Tobacco Epidemic, Prog Respir Res. Vol 28 (1997): p. 28-78.
[6] HERNADEZ, I et al. Tabaquismo en la mujer: Revisión y estrategias. En: Prevención del tabaquismo. Vol. 2. No. 2 (abril 2000): p. 45-54.
[7] ALVAREZ, Efraín et al. Características histopatológicas del carcinoma escamocelular bucal. Revista Cubana de Estomatología. Vol 47. No. 1. (2010): P. 81-95

Usualmente es diagnosticado cuando ya se encuentra en estadios avanzados, dada su inicio en boca, y como sabemos la salud bucal representa menos interés en la percepción de salud general en la población por lo cual solamente se consulta por motivos de curación más no por prevención.[8]

Muchas son las estrategias que se están implementando al interior de la Universidad de Cartagena para disminuir el consumo de cigarrillo entre los estudiantes y la población académica en general como la estrategia Espacios Libres de Humos, liderada por el Ministerio de Protección Social, pero no se conocen estudios que nos reporten el consumo de cigarrillo y su asociación con el estado de salud bucal en esta población. Es por esto el interés de la Facultad de Odontología como programa presencial de la Universidad, en proyectarse desde los interiores de la universidad en colaborar con relacionar el estado de salud bucal con el consumo de cigarrillos por parte de los estudiantes de la Universidad de Cartagena.

Por ende nos nace la pregunta: ¿Cual es la prevalencia y los factores asociados al consumo del cigarrillo y estado de salud bucal en los estudiantes de la Universidad de Cartagena?

[8] ALVAREZ, Efraín et al. Características histopatológicas del carcinoma escamocelular bucal. Revista Cubana de Estomatología. Vol 47. No. 1. (2010): P. 81-95

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Identificar la prevalencia y factores de riesgo del consumo de cigarrillo, alcohol y café y su asociación con el estado de salud bucal en estudiantes de la Universidad de Cartagena.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar las variables socio demográficas en los sujetos de estudio como la edad, el sexo, el estado civil, semestre, programa de estudio, ocupación.
- Identificar la prevalencia del consumo del cigarrillo en los estudiantes de la Universidad de Cartagena.
- Identificar otros factores de riesgo asociados al consumo del cigarrillo como los antecedentes familiares, consumo de alcohol y factores psicosociales.
- Evaluar el estado de salud bucal relacionado con el estado de higiene oral y con el consumo de cigarrillos de los estudiantes de la Universidad de Cartagena.
- Asociar la prevalencia del consumo del cigarrillo con los factores sociodemográficos, factores de riesgo familiares y psicosociales con el estado de salud bucal de los estudiantes de la Universidad de Cartagena.

3. MARCO TEÓRICO

La morbimortalidad durante la adolescencia es el resultado fundamentalmente de determinadas conductas de riesgo. Estas conductas surgen a edades más tempranas que en generaciones anteriores y se acentúan ya en las etapas iniciales de la adolescencia.[9]

En la actualidad, se observa que los adolescentes contactan de forma precoz con tabaco, alcohol y drogas no legales y muchos de ellos presentan un alto consumo de estas sustancias. Hábitos como los señalados, en muchas ocasiones no sólo se mantienen durante la adolescencia, sino que se prolongan el resto de la vida ocasionando importantes consecuencias para la salud pública.[10]

Alrededor del mundo, el consumo de cigarrillo produce un número importante de enfermedades y muertes que se pueden prevenir de una forma razonable; además es responsable de millones de muertes cada año principalmente debidas a enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer pulmonar.[11]

En estudiantes de media vocacional se ha observado que el consumo diario de cigarrillo, se asocia en forma significativa con una serie de consecuencias negativas tales como el consumo de otras sustancias, por ejemplo el alcohol y marihuana, deserción y fracaso académico, accidentes, violencia, relaciones

[9] RUÍZ, D et al. Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. En: Ansiedad y estrés. Vol. 12. No.2-3 (2006): p. 223-230.
[10] PANIAGUA, H et al. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre los adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. En: Anales Españoles de Pediatría. Vol. 55. No. 2 (2001): p. 121-128.
[11] CAMPO ARIAS, Adalberto. Consumo de cigarrillo en pacientes psiquiátricos institucionalizados. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 34. No. 3 (2005): p. 395-404.

sexuales de alto riesgo para embarazos no planeados o enfermedades transmisibles sexualmente y suicidio.[12]

Se han analizado las razones por la que las personas comienzan a fumar, se plantean dejar de fumar y dejan de fumar. Una de las que está apareciendo consistentemente en los últimos años es la asociación que existe entre fumar y distintos trastornos, uno de los cuales son los trastornos de ansiedad. Sabemos que la nicotina puede actuar de un modo estimulante cuando los fumadores experimentan un nivel de activación bajo (ej., cuando están fatigados) pero actúa de modo tranquilizante cuando ellos experimentan un nivel de activación alto (ej., cuando están ansioso) los datos experimentales lo confirman dado que los estudiantes incrementan el consumo de tabaco tanto en situaciones de alta como de baja activación. También hoy sabemos que la nicotina puede beneficiar a personas con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, esquizofrenia, obesidad, depresión, ansiedad y apnea de sueño, de ahí que muchos fumadores utilizan la nicotina no solo por el proceso adictivo de la misma, sino por sus propiedades funcionales para sus problemas psicopatológicos o personales que padecen.[13]

Uno de los conceptos más vinculados al de adicción, y que más ha evolucionado también en los últimos años, es el de personalidad. Este concepto trata de estudiar el conjunto de variables cuya interacción determina el comportamiento manifiesto de las personas en diferentes escenarios. A falta de una definición universalmente aceptada, admitiremos la propuesta integradora de Millón, quien considera que la personalidad se concibe como «un patrón complejo de rasgos psicológicos profundamente arraigados, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de

[12] CAMPO ARIAS, Adalberto. Consumo de cigarrillo en pacientes psiquiátricos institucionalizados. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 34. No. 3 (2005): p. 395-404.
[13] BECOÑA, Elisardo. Tabaco, Ansiedad y Estrés. En: Salud y drogas. Vol. 3. No. 1. (2003): p. 71-92.

funcionamiento del individuo, que surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y de aprendizaje y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, afrontar y comportarse de un individuo»[14]

Según el informe mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2003 la globalización de la epidemia del tabaquismo se debe a una compleja gama de factores como la liberación del comercio, la inversión directa extranjera, el carácter transnacional de la publicidad del tabaco, la promoción y el patrocinio de actividades artísticas y deportivas, y el contrabando entre otros.[14]

Se conoce a lo largo de la historia que el tabaco es una planta originaria de América que fundamentalmente tuvo uso ceremonial entre indios americanos. Así lo decían los guionistas que a la llegada de los europeos al nuevo mundo encontraron que los indios del Caribe usabas esta hoja en forma enrollada como hoy llamaríamos un habano o un puro, o picado y colocados en dispositivos parecidos a una pipa. Esta planta fue llevada al viejo continente para ser usada inicialmente en las cortes, para luego adquirir una importante difusión tras su cultivo, esta regresa al nuevo continente no para uso ceremonial, sino para uso social difundiéndose primero entre las clases altas y luego en todos los estratos sociales.[15]

En la segunda mitad del siglo XX comenzaron a hacerse estudios epidemiológicos serios sobre el tabaquismo y sus efectos a la salud que han dado evidencias científicas de la gravedad y las consecuencias que ha traído para la humanidad el hábito de fumar. Entre otras enfermedades ocasiona cáncer en los órganos del aparato respiratorio, del aparato digestivo, y de otros aparatos. Actualmente en los países desarrollados mueren más mujeres de cáncer de pulmón que de cáncer de mama y en la región de las Américas, el tabaco causa más muertes que el SIDA,

[14] PEDRERO PEREZ, E. El tratamiento de la dependencia de la cocaína. Guiado por la personalidad. En: Trastornos Adictivos. Vol. 10. No. 4 (2008): p. 226-41

[15] PINILLOS, Luis. QUESQUÉN, Mercedes. BAUTISTA, Felix. POQUIOMA, Ebert. Tabaquismo. Un problema de salud pública en el Perú.En: Rev Med Exp Salud Pública. Vol. 22. No. 1 (2005): p. 64-70

el alcohol, el abuso de drogas, los accidentes de tráfico, y la violencia combinadas. Estas muertes por el consumo de tabaco son totalmente evitables. Se piensa que en el año 2030, morirán en el mundo 10 millones de personas 7 de las cuales serán en los países en desarrollo por causas relacionadas con el tabaco.[16]

Aunque la mayoría de los fumadores son dependientes de la nicotina, no todos lo son, ni cumplen criterios de dependencia del DSM-IV. Es por ello importante evaluar el nivel de dependencia de la nicotina de las personas que demandan tratamiento para dejar de fumar ya que aquellos que presentan una dependencia más elevada suelen precisar una terapia más intensiva. Actualmente, hay una serie de medidas que se utilizan para evaluar el grado de dependencia, siendo las más utilizadas los criterios diagnósticos DSM-IV y la escala de Fagerström para evaluarla dependencia de la nicotina.[17]

También hay estudios que han propuesto otros marcadores de la dependencia, como el número de cigarrillos fumados diariamente, el número de intentos previos de abandono o el tiempo que la persona tarda en fumar el primer cigarrillo del día. A excepción de este último, los demás marcadores no han demostrado su utilidad en la evaluación de la dependencia de la nicotina. Además de las medidas previamente señaladas, en la actualidad destaca la Escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS, *NicotineDependenceSyndromeScale)* de Shiffman, Waters y Hickcox (2004), cuya principal característica es que sigue la línea de los criterios del DSM-IV al ser elaborada partiendo de la definición de síndrome de dependencia de Edwards (1986), la cual considera que la dependencia es multifacética.[16]

[16] GARCÍA, René et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los expuestos activamente al tabaco. En: Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Vol. 45. No. 2 (mayo-agosto 2007): p.

[17] BECOÑA, Elisardo. FERNÁNDE, Elena. LÓPEZ, Ana. MIGUE, María. La escala del síndrome de dependencia de la Nicotina (NDSS) en una muestra de fumadores que demandan tratamiento para dejar de fumar. En: Psicothema. Vol.21. No.4 (2009): p. 579-584.

La NDSS considera cinco aspectos centrales para entender la dependencia de la nicotina: impulso (drive), que captura el craving y el síndrome de abstinencia y el sentido subjetivo de la compulsión a fumar; prioridad, que refleja la preferencia conductual de fumar por encima de otros reforzadores; tolerancia, que evalúa la reducción de la sensibilidad a los efectos de fumar; continuidad, que se refiere a la regularidad de fumar; y estereotipia, que evalúa la univarianza o monotonía de fumar.[16]

Por lo tanto, la NDSS es un instrumento que se ha elaborado para ser más completo que el FTND de Fagerström, ya que evalúa distintas facetas de la dependencia de la nicotina (las cinco señaladas previamente), más que una medida unidimensional como es el caso del FTND. Además, es una escala breve y de fácil cumplimentación por parte del sujeto.[18]

Shiffman et al. (2004) realizaron tres estudios para validar la NDSS. La fiabilidad de las escalas mediante el coeficiente alfa de Cronbach en los distintos estudios es buena en todas las escalas y en la puntuación total excepto en la de estereotipia, que es baja en varias de las muestras. Shiffman y Sayette (2005) estudiaron la utilidad de la NDSS para discriminar entre fumadores ocasionales y regulares, concluyendo que la NDSS discrimina entre uno y otro tipo de fumadores. [16]

Sledjeski, Dierker, Costello, Shiffman, Donny y Flay (2007) han evaluado cuatro medidas de ependencia de la nicotina en estudiantes universitarios, con consumos moderados y ocasionales. Los instrumentos utilizados fueron la NDSS,

[16] GARCÍA, René et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los expuestos activamente al tabaco. En: Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Vol. 45. No. 2 (mayo-agosto 2007): p.

[18] BECOÑA, Elisardo et al. La escala breve de evaluación del síndrome de dependencia de la Nicotina (NDSS-S) en fumadores españoles. En: Psicothema. Vol. 23. No. 1 (2011): p. 126-132.

los criterios de dependencia del DSM-IV, el FTND y el HONC (Hooked On Nicotirte Checklist). [16]

Los resultados confirman que una puntuación alta en dependencia de la nicotina es predictora de seguir consumiendo, con la misma frecuencia y cantidad, cuando se evalúa dos años después. La NDSS funciona bien para la predicción, mientras que el FTND no tiene capacidad predictiva en la mayoría de las variables. Al igual que en otros estudios, la fiabilidad del FTND en este estudio es sólo aceptable, de 0.58. Por ello indican que el FTND es útil en fumadores dependientes pero no en fumadores ligeros. En conclusión, los primeros estudios realizados con la NDSS muestran su utilidad, buena fiabilidad, buena capacidad predictiva y una buena validez incremental. Destaca su buena adecuación a los criterios del DSM-IV para la dependencia de la nicotina, por lo que es considerada como la escala más prometedora para realizar una buena evaluación de la dependencia de la nicotina en fumadores. [17]

Entre los marcadores de riesgos se han enumerado los siguientes: consumo de tabaco de los familiares, baja percepción del riesgo, actitudes favorables hacia el tabaco, desestimar la posibilidad que existe de convertirse en fumador habitual, tolerancia social, alta disponibilidad y acceso a cigarrillos, bajo rendimiento escolar, tener amigos fumadores, búsqueda de una imagen social, uso del tabaco para controlar el peso, reafirmar el paso de la niñez a la adultez, difusión del uso de tabaco por los medios de comunicación y bajo monitoreo de los padres.[19]

[16]GARCÍA, René et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los expuestos activamente al tabaco. En: Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Vol. 45. No. 2 (mayo-agosto 2007): p.

[17] BECOÑA, Elisardo. FERNÁNDE, Elena. LÓPEZ, Ana. MIGUE, María. La escala del síndrome de dependencia de la Nicotina (NDSS) en una muestra de fumadores que demandan tratamiento para dejar de fumar. En: Psicothema. Vol.21. No.4 (2009): p. 579-584.

[19] NUÑO, Bertha. ALVAREZ, José. MADRIGAL, Eduardo. RASMUSSEN, Bettylú. Prevalencia y factores asociados al consumo del tabaco en adolescentes de una preparatoria de Gaudalajara. En: Salud mental. Vol. 28. No. 5 (octubre 2005): p. 64-70.

La familia en la que un niño crece contribuye significativamente a conformar su comportamiento tabáquico. Numerosas investigaciones muestran que los padres poseen algunas de las claves básicas que conducen a sus hijos a tomar la decisión de fumar. Los adolescentes que reciben de sus padres supervisión o monitoreo, apoyo y calidez se encuentran en menor riesgo de experimentar con el tabaco En el estudio del National Center on Addiction and Substance Abuse (2003) se observó que las chicas cuyos padres estaban muy involucrados en su educación (que verificaban sus tareas, establecían horas de llegada, controlaban sus amistades, etc.) y que les proporcionaban retroalimentación positiva (por ejemplo, decirles que estaban orgullosos de ellas), tenían significativamente menos probabilidades de fumar. Así mismo, el establecimiento de reglas claras en el hogar en relación con el tabaco disminuye el riesgo de que los chicos se inicien en el tabaquismo. Otro factor clave de riesgo tabáquico, tanto para las mujeres como para los hombres, es la tendencia a la rebeldía, la toma de riesgos y la búsqueda de sensaciones.[20]

El tabaco es considerado un factor de riesgo para la aparición de diferentes enfermedades, entre otras el cáncer, considerado una de las 5 causas más importantes y frecuentes de morbilidad y mortalidad en el mundo, variando su posición relativa en dependencia del sexo y la edad. Sin embargo, la mayoría de los tumores malignos tiene un periodo latente de 10-20 años, que permite realizar prevención. El cáncer de la boca no escapa a las consideraciones generales respecto a la enfermedad cancerosa en el resto del cuerpo humano.[21]

La mayoría de los tumores malignos de la cavidad bucal son carcinomas orales de células escamosas (COCE) .Anualmente se diagnostican más de300.000 nuevos

[20] CALLEJA, Nazira. AGUILAR, Javier. Por qué fuman los adolescentes. Un modelo estructural de la intención de fumar. En: Adicciones. Vol. 20. No. 4 (2008): p. 387-394.
[21] KÜSTNER, E. Aspectos prácticos en la prevención del cáncer oral. En: Avances en Odontoestomatología. Vol. 24. No.1 (2008): p. 61-67.

casos de COCE a nivel mundial. Esta agresiva neoplasia epitelial está asociada a una severa morbilidad y menos del 50% de supervivencia a largo plazo a pesar de los avances en el tratamiento quirúrgico, con radioterapia y/o quimioterapia.[22]

El cáncer es una enfermedad celular, propia de organismos multicelulares. Se debe a la alteración de los mecanismos reguladores de la división celular en un tejido u órgano, produciéndose un daño en el ADN celular, que excede los dispositivos protectores. Es el producto final de una proliferación descontrolada de células, como resultado de la acumulación de alteraciones secuenciales genéticas (mutaciones)en una célula precursora. Esta población celular continúa mutando y perpetuándose, mediante la secreción de factores de crecimiento y angiogénicos propios. En los países desarrollados, la herencia parece está implicada en alrededor del 6% de las enfermedades cancerosas. El tabaco se relaciona con el cáncer en un 30% de los casos, la alimentación en un 35% y el resto de casos se atribuye a la ingesta de bebidas alcohólicas, la contaminación ambiental, a las radiaciones solares, a infecciones por virus y al ambiente laboral, entre otros.[20]

Tal como reconocen algunos autores, la protección de los adolescentes es un objetivo prioritario que suscita el mayor consenso social, pero es el más difícil de lograr[22].

La literatura actual da cuenta de la existencia de factores de riesgo y factores protectores para el inicio de consumo de tabaco en adolescentes. Se ha identificado una asociación significativa entre inicio de consumo de tabaco en adolescentes y una serie de factores ambientales, personales y demográficos. El consumo de alcohol entre los padres se asocia a un inicio precoz de consumo por parte de los hijos ya que la influencia paterna es aun más fuerte que la influencia de los compañeros en este sentido. [23]

[22] CAMPO TRAPERO, J et al. Marcadores de senescencia celular en cáncer y pre cáncer oral. En: Avances en Odontoestomatología.Vol. 24. No. 1 (2008): p.69-80.

[23] NERÍN, I et al. Encuesta sobre el tabaquismo en estudiantes universitarios en relación con la práctica de ejercicio físico. En: ArchBronconeumol. Vol. 40. No. 1 (2004): p. 5-9.

En el caso del tabaco, el peso relativo de la influencia de los padres y la de los hermanos y compañeros parece ser ligeramente distinta en diferentes entornos culturales. En los Estados Unidos se ha constatado que los hijos de padres con problemas de alcohol comienzan antes a consumir drogas, y que la influencia de los compañeros sobre el hábito de fumar de los adolescentes parece ser más fuerte que la de los padres aunque el entorno familiar, la personalidad, el nivel económico y las redes sociales son algunos de los factores que influyen en un inicio temprano del consumo de tabaco. Los datos disponibles sugieren que el nivel socioeconómico de los padres también puede influir en los hábitos de vida delos hijos, incluidos el consumo de alcohol y tabaco, y que existe una asociación entre el consumo adolescente de alcohol y tabaco y su rendimiento académico, el tiempo que pasan frente al televisor y la práctica de deportes. [24]

Durante los últimos años se han llevado a cabo varios programas de prevención destinados a los adolescentes, pero a pesar de todos los esfuerzos invertidos la prevalencia entre los jóvenes sigue siendo muy elevada. Se ha descrito una menor prevalencia de tabaquismo en los adolescentes que practican ejercicio físico. Si los jóvenes que realizan ejercicio físico fuman menos, la práctica de hábitos saludables desde la escuela, como el ejercicio físico, podría ser una herramienta útil para la prevención.[22]

El ejercicio físico contribuye al abandono de los hábitos tóxicos (especialmente el tabaco), al mantenimiento de dietas equilibradas y al menor consumo de alcohol. En un estudio efectuado por Hartley (1985) en individuos aparentemente sanos, se observó que muy pocos participantes con nivel de actividad física alto eran fumadores y tenían sobrepeso. En la misma línea Hickey y cols. (1975)

[22] CAMPO TRAPERO, J et al. Marcadores de senescencia celular en cáncer y pre cáncer oral. En: Avances en Odontoestomatología.Vol. 24. No. 1 (2008): p.69-80.

[24] KOVACS, Francisco et al. La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de palma de Mallorca en 2003. En: Rev Esp Salud Pública. Vol. 82. No. 6 (noviembre-diciembre 2008): p. 677-689.

comprobaron que los hombres físicamente activos en tiempo de ocio eran menos fumadores y con menores índices de obesidad.[23]

Por consiguiente, la actividad física regular promueve cambios generalmente muy importantes en el estilo de vida, caracterizados por una mejoría espontánea en los hábitos higiénico-dietéticos. El efecto inmediato es la sensación subjetiva de bienestar, que a largo plazo se traduce en un estado de salud y condición física superiores. [25]

Sociológicamente, existen dos posicionamientos claros respecto al problema: por una parte la comunidad médica y científica que aboga por denunciar los efectos perniciosos del tabaquismo activo o pasivo sobre la salud y que ha dado fundamento para la promulgación de leyes y normas que hablan de limitar el hábito de fumar en los espacios públicos y por la otra parte, la industria tabaquera y los grupos que defienden los derechos de los fumadores a hacerlo en los espacios públicos y que a través de la publicidad (principalmente dirigida a mujeres y niños nos quieren inculcar que fumar “es normal” cuando no atractivo, elegante o atrevido o incluso minimizar o falsear los efectos nocivos del humo del tabaco.[26]

En el 2004, el ECOSOC adoptó una nueva resolución en donde reconoce el impacto negativo del tabaquismo en la salud, la economía, el desarrollo y el medio ambiente, y resalta la necesidad de que las acciones para su control estén integradas en los planes de combate a la pobreza. También hace énfasis en la necesidad de movilizar los recursos para el fortalecimiento de las acciones de control del tabaquismo, principalmente en los países en vías de desarrollo, convocando a todos los países a adherirse a la Convención Marco de la OMS para

[23] NERÍN, I et al. Encuesta sobre el tabaquismo en estudiantes universitarios en relación con la práctica de ejercicio físico. En: ArchBronconeumol. Vol. 40. No. 1 (2004): p. 5-9.
[25] PRIETO, J. NISTAL, P. La importancia del deporte-salud. En: Efdeportes. Vol. 9.No.61 (2003)
[26] CAVALCANTE, Tania. MESQUITA, Aline. CAVALCANTI, Erica. El argumento de responsabilidad social de la industria tabacalera en Brasil. En: Salud Pública. Vol. 48 (2006): p. 173-182.

el Control del Tabaco. Asimismo, abre la invitación a todas las agencias, fondos y programas de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales, para que apoyen dichas iniciativas en el ámbito nacional e internacional. [27]

La experiencia desarrollada por los expertos durante estos años ha aportado algunas conclusiones importantes: a) todos los fumadores son susceptibles de recibir tratamiento para dejar de fumar, a la mayoría de ellos les bastará con una intervención mínima para conseguir abandonar el tabaco, no obstante, habrá otros que requieran un tratamiento más intenso para conseguir ese propósito; b) todos los sanitarios deben recibir formación específica en los aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento del tabaquismo, así como entrenamiento en las habilidades necesarias para implantar en la práctica clínica la mejor asistencia sanitaria a los fumadores, y c) independientemente de que todos los sanitarios deban intervenir sobre el tabaquismo de sus pacientes, es necesaria la existencia de centros especializados donde los fumadores con especiales características puedan recibir el tratamiento másadecuado.[28]

El tratamiento del tabaquismo incluye diversas intervenciones terapéuticas que han demostrado ser eficaces, desde el consejo mínimo hasta la atención intensiva con utilización de fármacos, bien terapia sustitutiva con nicotina (TSN) bien bupropión, junto con apoyo psicológico cognitivo-conductual.[29]

Actualmente se considera el tabaquismo como una enfermedad crónica, puesto que es un proceso que perdura en el tiempo con situaciones de mejoría (abstinencia) y con elevada tendencia a las recaídas. Al igual que otros problemas de salud crónicos, el abordaje de este problema de salud debe incluir la

[27] JIMÉNEZ, Carlos. RUÍZ, Juan. La acreditación de las Unidades Especializadas en Tabaquismo. En: Arch Broconeumol. Vol. 47. No. 2 (2011): p. 59-60.

[28] NERÍN, I et al. Perfil de los fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo. Arch Bronconeumol. Vol. 39. No. 7 (2003): p. 298-302.

[29] PRECIOSO, José. MACEDO, Manuel. La contribución de los programas de influencias psicosociales (complementados con otras estrategias) en el control de la epidemia tabáquica. En: Adiccioes. Vol. 15. No. 4 (2003): p. 369-378.

participación tanto de la asistencia primaria como de la especializada. Dentro de la asistencia primaria existen diversos protocolos que establecen las características de la población de fumadores que pueden beneficiarse de las intervenciones propias de este ámbito. [28]

Para intentar prevenir el consumo de cualquier droga es necesario comprender su etiología. En el caso concreto del tabaco, cuándo y por qué se comienza a fumar. Por otro lado, se conoce que los factores que llevan a las personas a comenzar a fumar difieren de individuo a individuo, lo que hace que los esfuerzos preventivos sean complejos pues se trata de actuar sobre una realidad heterogénea. No obstante la complejidad de esta conducta, existen algunas teorías que pretenden explicar por qué los jóvenes comienzan a fumar y que pueden tener un importante valor en la orientación de los esfuerzos preventivos. [30]

No son pocos quienes mantienen creencias equivocadas acerca de una supuesta ineficacia de las medidas de protección, promoción y prevención, en relación al tabaquismo, entre las cuales enumeramos las más comunes a continuación:

-Programas de información sobre los efectos para la salud del tabaquismo en adultos y jóvenes.

-Advertencias en cajetillas y aumento de su precio de venta.

-Leyes protectoras del aire respirado en lugares públicos o en el lugar del trabajo.

-Prohibición de venta a menores o en centros docentes y sanitarios.

[28] NERÍN, I et al. Perfil de los fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo. Arch Bronconeumol. Vol. 39. No. 7 (2003): p. 298-302

[30] DE IRALA, J. Prevención del consumo de tabaco, protección del aire respirable y promoción de la salud en relación al tabaquismo: avanzamos hacia un nuevo futuro. En: Anales Sis San Navarra. Vol. 26. No. 26 (2003):p. 7-10.

-Diferentes modalidades de auto-ayuda -libros y panfletos- y tratamientos -terapia sustitutiva de la nicotina, ansiolíticos.

También se han informado ciertos datos en cuanto a determinadas diferencias en características de personalidad entre fumadores y no fumadores, señalando a aquellos como individuos más extrovertidos, impulsivos y emocionalmente inestables (Coan, 1973; Cherry y Kierman, 1976: Lipkus, Barefoot, Williams y Siegler 1994).[31]

Sin embargo, a la hora de establecer las condiciones necesarias (que no suficientes) ara que un fumador se comporte en dirección a dejar de fumar, los estudios son menos abundantes y los datos disponibles menos concluyentes. Con todo, a partir del planteamiento teórico de carácter generalista expuesto por Diclemente, Prochaska (1985),ha venido a conformarse el conocido como modelo de cambio para el tabaquismo(Diclemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velaskez y Rossi, 1991) que ha acaparado casi en exclusiva la atención de los investigadores interesados en el estudio de las variables de importancia en el comportamiento de abandono (por ejemplo, López Ríosy Gil Roales-Nieto, 2001; Prochaska, Diclemente, Velicer y Rossi, 1993; Strecher,Kreuter, Den Boer, Kobrin, Hospers y Skinner,1994). Dicho modelo postula que la adicción es un proceso que atraviesa determinadas fases o estadios como son los de precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. De esta forma, conforme el fumador avanzase en su proceso adictivo hacia el cambio, se verían fortalecidas la autoeficacia y la toma de decisiones con respecto del abandono del tabaco (Diclemente,Prochaska, Fairhurst y cols, 1991). Así, desde esta perspectiva, el estadio en que se encontrase un sujeto sería una variable predictiva de la probabilidad de iniciar acciones hacia el cambio.[32]

[31] ROALES, Jesús. LÓPEZ, Francisca. MORENO, Emilio. Características del consumo de tabaco. Un estudio Transversal. En: International Journal of Psychology and Psychological. Vol. 1. No.1 (2001):p. 72-92.

[32] CABALLERO, María. MACIA, Diego. Prevención de drogodependencias. Intervención Educativa versus comportamental. En: Anales de psicología. Vol.9 No. 1. (1993):p. 31-42.

Nos encontramos en un momento de riesgo elevado para niños, adolescentes y jóvenes, en el que la prevención debe ser una actuación prioritaria si realmente queremos un desarrollo integral de las personas. Y esta necesidad de prevención se convierte en una necesidad de educación. La escuela no puede permanecer al margen de la educación sobre drogas cuando se sabe que los niños están familiarizados con tabaco, alcohol, medicamentos, que tienen a su alcance toda una gama de drogas ilegales para su consumo.[33]

Los tratamientos psicológicos efectivos para tratar a los fumadores surgen en los años 60, de la mano de las técnicas de modificación de conducta, y se expande en los años 70 (ej.,Schmahl, Lichtenstein y Harris, 1972). Desde esos primeros momentos hasta el día de hoy, se han ido desarrollado tratamientos psicológicos efectivos, con técnicas tan conocidas y utilizadas como son las técnicas psicológicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de la recaída. La relevancia y eficacia de estas técnicas de intervención y tratamiento con los fumadores es tal que hoy constituyen la base del tratamiento psicológico de los fumadores, en los distintos tipos y formatos, e incluso en muchas ocasiones son un complemento imprescindible del tratamiento farmacológico para que éste funcione, aunque no siempre se indica claramente que es tratamiento psicológico, sino que se disfraza con otros nombres. En todo caso, hoy disponemos de una experiencia con el tratamiento psicológico de los fumadores de más de 40 años, con cientos y cientos de estudios donde sistemática y consistentemente han mostrado su eficacia, efectividad y eficiencia.[34]

No obstante, la adquisición y mantenimiento de conductas y hábitos saludables como principal objetivo de los programas de prevención y promoción de salud, en

---

[33] BECOÑA, E. El tratamiento Psicológico de la Adicción a la Nicotina.En: Papeles del Psicólogo. Vol. 85. (2003):p. 12-24,

[34] CONTRERAS, Fra. ncoise. ESGUERRA, Gustavo. LONDOÑO, Ximena. Hábitos y creencias relacionadas con la salud en un grupo de adolescentes escolarizados de Bogotá. En: Perspectivas en Psicología. Vol. 23. No.2 (2005):p. 88-95.

ocasiones no tienen el impacto esperado, debido principalmente a que se han dejado de lado los aspectos particulares y factores de riesgo específicos de un grupo poblacional. Esto implica alcanzar un mejor conocimiento para intervenir de manera más efectiva a nivel individual y comunitario. Dentro de este marco de análisis, los mecanismos de prevención en salud deben orientarse hacia la identificación y modificación de comportamientos que poseen determinados grupos de adolescentes, y a la identificación de cómo se adquieren las conductas y hábitos estrechamente relacionados con la saluden poblaciones específicas.[35]

En los últimos 10-15 años han ido apareciendo nuevos tratamientos farmacológicos para dejar de fumar, algunos acompañados de datos que avalan empíricamente su eficacia, mientras que otros todavía se hallan en fase experimental. Entre los primeros se encuentran, por un lado, las nuevas terapias sustitutivas de nicotina en forma de nebulizadores nasales de nicotina e inhaladores bucales de nicotina los cuales se unen a los ya clásicos chicles y parches de nicotina aparecidos durante los años ochenta, y, por otro lado, ciertos fármacos no nicotínicos que, aunque inicialmente fueron desarrollados para otros problemas, se utilizan ahora contra el tabaquismo; tal es el caso de los antidepresivos bupropión y nortriptilina, y del antihipertensivo clonidina.[36]

Sin duda alguna, las medidas legislativas son el primer paso para abordar este problema. Por tanto, el abordaje terapéutico de los fumadores puede llevarse a cabo a través de medidas generales y/o específicas. Entre las primeras se encuentran las actuaciones dirigidas a todos los fumadores de una población, nos referimos a medidas restrictivas, legislativas e informativas y tratamientos comunitarios. Por otra parte, de manera más específica, tenemos los tratamientos clínicos, específicos o especializados, entre los que se encuentra el tratamiento

[35] GARCÍA, María. Sanz, Jesús. Análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitivo-conductual y en parches de nicotina. En; Psicooncología. Vol. 3. No. 2-3 (2006):p. 269-289.
[36] BECOÑA, Elisardo. MÍGUEZ, María. Dejar de fumar desde casa. El programa 2001 para dejar de fumar. En: Psicooncología. Vol. 3. No. 2-3 (2006):p. 319-335.

psicológico y el tratamiento farmacológico. Hoy sabemos que dejar de fumar es un proceso que puede llevar varios años a una persona. Cuantas más ayudas le proporcionemos mayores probabilidades tendrá para finalmente dejar de fumar. Prochaska y sus colaboradores han aislado los siguientes estadios de cambio respecto al abandono de los cigarrillos: precontemplación, contemplación, preparación y acción, junto a los de mantenimiento y finalización después de conseguir la abstinencia.[37]

Para controlar el consumo de productos de tabaco, Colombia cuenta con leyes que prohíben la venta de cigarrillos a menores de 14 años y obligan a que la décima parte de la cajetilla se dedique a la advertencia "el tabaco es nocivo para la salud". Sin embargo, aunque se prohíbe la publicidad de cigarrillos y productos de tabaco en la televisión en todos los horarios, no se consideran publicidad las vallas o logotipos de marcas o empresas de cigarrillos o productos de tabaco que aparecen en televisión como parte de un escenario en el que se desarrolle un evento deportivo o cultural, como tampoco las referencias al nombre de una marca o empresa productora de cigarrillos o productos de tabaco relacionadas con el patrocinio de un evento deportivo o cultural, cuando las referencias se realicen en programas informativos. En relación con las regulaciones de los ambientes llamados "100% libres de humo", se prohíbe fumar en espacios públicos cerrados como instituciones de salud y educativas y medios de transporte público, oficial o escolar y se cuenta con legislaciones locales en ciudades como Medellín, Cali y Bogotá y en departamentos como Caldas y Huila que prohíben la venta de productos de tabaco a menores de 18 años y fumar en espacios públicos cerrados. Para la protección de los menores, el Código de la Infancia y la Adolescencia vigente en Colombia establece la obligación de proteger a los niños, las niñas y los adolescentes del consumo de productos de tabaco, obliga a los medios de comunicación a abstenerse de emitir por televisión publicidad de

[37] GARCÍA, María et al. Las iniciativas para el control del tabaco en el congreso de Colombia: 1992-2007. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 25. No. 6 (2009):p. 471-480.

cigarrillos durante la franja infantil y determina como funciones de la Policía Nacional impedir el ingreso de los menores a establecimientos destinados a la venta de productos de tabaco, y desarrollar programas de prevención para los adultos que consumen esos productos cuando conviven o están acompañados de menores. Sin embargo, este Código no establece ninguna sanción por el incumplimiento de lo establecido.[38]

El abandono del hábito tabáquico se ha relacionado con una disminución del riesgo de enfermedades cardiovasculares y de cáncer. Sin embargo, la ganancia de peso tras dejar de fumar es con frecuencia una razón para no abandonar el tabaquismo, especialmente entre mujeres. Ésta es una importante asociación que cada vez es más conocida por la población y se ha de afrontar en la práctica clínica al realizar prevención cardiovascular. La mayoría de los trabajos que la han estudiado han observado que, efectivamente, se da un incremento del peso tras dejar de fumar; sin embargo, entre ellos hay variaciones en las ganancias de peso encontradas.[39]

En la terapia del tabaquismo es fundamental hacer partícipe al paciente del tratamiento e informarle, tanto de los síntomas de la retirada de la nicotina que cabe esperar, como de los efectos adversos que puede ocasionar el tratamiento y de cómo hacer para reducirlos en caso de aparición, con el objetivo de conseguir que el medicamento utilizado sea una ayuda y no un impedimento para conseguir la abstinencia tabáquica.[40]

[38] BASTERRA, Javier et al. Evolución de los cambios en el peso corporal según habito taqbaquico: análisis longitudinal de la cohorte SUN. En: Revista Española de Cardiología. Vol. 63. No. 1 (2010):p. 20-7.
[39] BARRUCO, Miguel. HERNÁNDE, Miguel. TORRECILLA, Miguel. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 2 ed. Majadahonda Madrid. 2003. Pp.403.
[40] GRANVILLE, Ana et al. Smoking among undergraduate students in the area of health. En: Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 17. No. 2 (2012):p.389-396.

Con el presente estudio buscamos dar a conocer los factores predisponentes en los estudiantes universitarios que conllevan al habito del cigarrillo, así como su estado emocional, económico, social y mental, de igual forma prevenir a los estudiantes colombianos y a la población en general sobre los riesgos obtenidos por la ingesta excesiva de los componentes del cigarrillo y sus consecuencias fatales a la salud.[41]

[41] PÁEZ, Astrid et al. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios de la salud y ciencias sociales. Revista de Investigación Programa de enfermería UDES. Vol. 3. No.2 (2002):p. 334-41.

4. METODOLOGÍA PROPUESTA

4.1. Tipo de estudio: Descriptivo transversal.

4.2. Población blanco: La constituyen 9760 estudiantes matriculados en la Universidad de Cartagena, sede Cartagena de Indias, en jornadas diurnas y nocturnas presenciales de las tres sedes de la institución.

Muestra: La muestra fue de 537 sujetos, confianza del 95% y error relativo del 5%. Este tamaño se recalculó teniendo en cuenta una tasa de no respuesta del 5%, asumiendo una muestra parcial de 227 participantes. Esta prevalencia fue obtenida del estudio realizado por Luis Tafur y Cols donde la prevalencia obtenida fue de 23,2%.

El muestreo fue de tipo probabilístico estratificado por programas, semestre y con reemplazo, teniendo en cuenta una selección proporcional al tamaño de cada grupo identificado como estrato. Para tal fin se utilizará una lista de números aleatorios desde la función ALEATORIO del programa Excel versión Windows 2007, con la cual se seleccionaran los individuos. Previo a esto se tendrán en cuenta los siguientes criterios de selección: estudiantes activos matriculados en la universidad de Cartagena durante el periodo académico en que se recolectarían los datos (II periodo académico de 2014). Se excluyeron a los estudiantes que no deseen participar en el estudio, a los que no diligencien el consentimiento informado por escrito y los que no ingresen de forma adecuada las respuestas que el cuestionario exige.

4.3. Instrumentos:

Inicialmente se realizó una prueba piloto con 22 estudiantes de la Corporación Universitaria Rafael Núñez con el fin de calibrar el instrumento (encuesta) y con

10 estudiantes y 1 docente Departamento de Medicina Oral e Interna de la Universidad de Cartagena para calibrar los examinadores para la realización del examen estomatológico.

Luego de este proceso de calibración, se aplicaron los dos instrumentos a los estudiantes pertenecientes a la muestra obtenida. Uno para recolectar la información relacionada con el consumo del cigarrillo, alcohol y café y los factores asociados a los mismos un segundo instrumento clínico para el diagnostico de salud bucal general de los estudiantes.

A cada ítem se le valoró el grado de validez y consistencia. Además, a los cuestionarios construidos por los investigadores se les evaluó su validez de apariencia; a través dos expertos, en estomatología y en salud pública teniendo en cuenta sus características, pertinencia, suficiencia de las categorías, plausibilidad, semántica, sintaxis y ordenamiento de los ítems de acuerdo a los objetivos planteados dentro del estudio.

4.4. Variables de Estudio:

Variables Socio demográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación, semestre, programa de estudio y trabajo.

Variables relacionadas con el consumo del cigarrillo: prevalencia del consumo del cigarrillo, edad de inicio, motivo del consumo, frecuencia, duración e intensidad del consumo del cigarrillo, personas que motivaron al consumo, test Fagerstrom y Richmond,

Variables relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas: prevalencia de consumo, tipo de bebida, influencia para su consumo.

Variables relacionadas con el consumo de café: prevalencia de consumo, motivo de consumo, número de tasas.

Variables relacionadas con el estado de salud bucal: presencia de enfermedad periodontal, presencia de caries, número de dientes e índice de necesidad periodontal.

4.5. Recolección de la información:

La información fue recolectada en dos etapas dentro de los programas de Odontología y Enfermería y en los semestres muestreados; los investigadores en una primera etapa entregaron los cuestionarios a cada participante previo diligenciamiento del formato de consentimiento informado por escrito, el cual estuvo contemplado en el presente estudio a partir del trabajo con seres humanos y la posible violación de su intimidad con la divulgación de la información obtenida. En el momento de recolectar la información no se encontraron en el salón de clase, se utilizó la lista muestral para el reemplazo en segunda instancia para completar el muestreo.

Posterior al diligenciamiento del cuestionario se realizó en una segunda etapa los diagnósticos de salud bucal para lo cual se trasladó a los participantes a la facultad de odontología. El diagnostico fue realizado por los estudiantes de pregrado que fueron calibrados previamente.

4.6. Procesamiento y análisis de la información:

En cuanto al análisis e interpretación de la información, los datos fueron depurados y organizados en el programa de Excel versión para Windows 2007, luego la matriz se trasportó al programa estadístico STATA versión para Windows 10.0. En primera instancia con el fin de realizar un análisis individual o univariado de cada variable se utilizaran pruebas de estadística descriptiva (promedios, desviación estándar, distribución de frecuencias y porcentajes), medidas de

tendencia central y de dispersión, para las variables cualitativas se calculó un intervalo de confianza del 95%.

En el análisis bivariado se realizaron pruebas de estadística inferencial para poner a prueba las asociaciones entre variables. Para poner a prueba asociación entre variables cualitativas y cuantitativas se utilizará la prueba de Chi cuadrado para valores esperados menores o igual que 5. En caso contrario se realizarán prueba exacta de Fisher.

4.7. Consideraciones éticas: Consideraciones éticas:

A los individuos seleccionados se les explicó el objetivo del presente trabajo, teniendo en cuenta que los investigadores asumieron el compromiso de no socializar la información obtenida en forma individual, tratando ante todo de no vulnerar la intimidad de los participantes. En este sentido será diseñado un consentimiento informado por escrito, basados en la normatividad legal vigente; normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en seres humanos, resolución 8430 de 1993 antiguo Ministerio de Salud, República de Colombia.

5. RESULTADOS.

5.1. Prevalencia del consumo de cigarrillo alcohol, café y estado de salud bucal.

A continuación se mostraran resultados parciales del proyecto prevalencia del consumo de cigarrillo, alcohol, café y estado de salud bucal en estudiantes de la Universidad de Cartagena partiendo de 115 estudiantes de la Facultad de Odontología y 112 de Enfermería encuestados primeramente y evaluados a nivel oral posteriormente, durante los meses de Agosto a Noviembre de 2014 en las Clínicas Odontológicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena.

5.2 Variables sociodemográficas

La muestra obtenida estuvo conformada por un 72,69% de estudiantes de sexo femenino. La mayoría de la población es de procedencia urbana y no tienen actividad laboral. El 50,66% de la población estudiada pertenece a la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena y el 49,34 a la Facultad de Enfermería de la misma institución. La mayor parte de los estudiantes encuestados provienen de semestres inferiores, no tienen pareja actualmente y son menores de 20 años de edad (tabla 1).

TABLA 1. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA Y DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA 2014

Variables	Frecuencia	(Porcentaje)
Sexo		
Masculino	62	(27,3)
Femenino	165	(72,6)
Procedencia		
Urbana	197	(86,7)

Rural	30	(13,2)
Trabaja		
No	212	(93,3)
Si	15	(6,6)
Programa		
Odontología	115	(50,6)
Enfermería	112	(49,3)
Semestre		
Inferiores (1-5)	133	(58,5)
Superiores(6-10)	94	(41,4)
Estado civil		
Sin pareja	214	(94,2)
Con pareja	13	(5,7)
Edad		
Menores 20 años	136	(59,9)
Mayores 20 años	91	(40,0)

5.3 Prevalencia del consumo de cigarrillo

La prevalencia de estudiantes fumadores fue de 7,05%. Se indagó por la sustancia más usada para fumar (Marihuana, cigarrillo, tabaco) y se obtuvo que el 100% de los estudiantes fumaban cigarrillo; la edad promedio para el inicio del hábito de fumar fue de 17,9 años. El 62,5 % de los estudiantes fumadores comenzaron a fumar antes de ingresar a la universidad (Tabla 2). Por otro lado, el 43,75% de los estudiantes incrementaron su hábito de fumar posterior a su ingreso a la universidad.

El 68,7 % de los estudiantes fumadores respondieron que las presiones académicas influyeron para que aumente su hábito de fumar (tabla 2).

Al sacar el promedio de cigarrillos consumidos por día de los estudiantes fumadores se reportó que el consumo promedio diario fue de 2,2 cigarrillos por día o en el día de consumo (tabla 2). El 43,7 de los estudiantes fumadores fuman por estrés (tabla 2). Las personas que más influyeron en el inicio del hábito del cigarrillo fueron los amigos en un 81,2 %. El 75 % de los padres de estudiantes

fumadores no saben que tienen el hábito de fumar, (tabla 2). El 93,75% respondieron que sus padres no aprueban que fumen (tabla 2). Con respecto al nivel de dependencia hacia la nicotina evaluada por el test de Fagerström, el 100 % de los estudiantes fumadores presentan baja dependencia a la nicotina; también se evaluó la motivación para dejar de fumar a través del test de motivación para dejar de fumar Richmond obteniendo que el 43,75% presenta una moderada motivación para dejar el hábito (Tabla 2).

TABLA. 2 PREVALENCIA DEL CONSUMO DE CIGARRILLO Y VARIABLES RELACIONADAS EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA Y ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA 2014

Variables	Frecuencia (%)	IC 95 %
Fuma?		
No	211(92,9)	89 – 96
Si	16(7,0)	3 – 10
Que Fuma?		
Nada	211(92,9)	89 – 96
Cigarrillo	16(7,0)	3 – 10
Inicio a Fumar		
No fuma	211(92,9)	89 – 96
Antes de ingresar a la universidad	10(4,4)	17 – 70
Después de ingresar a la universidad	6(2,6)	5 – 47
Incremento su hábito de fumar posterior a su ingreso a la Universidad		
No	9(56,2)	28 – 83
Si	7(43,7)	16 – 71
Fuma por presiones Académicas		
No	5(31,2)	57 – 56
Si	11(68,7)	43 – 94
Motivo por el que fuma		
Estudio	1(6,2)	70 – 19
Estrés	7(43,7)	16 – 64
Placer	6(37,5)	10 – 64
Imagen social	2(12,5)	57 – 30
Quien te dio el primer cigarrillo		
Padre	0(0)	0
Madre	0(0)	0
Hermano	0(0)	0
Tíos	1(6,25)	70 – 19
Amigos	13(81,25)	59 - 102
Otra persona	2(12,50)	50 - 30
Saben tus padres que fumas		
No	12(75)	51 – 98
Si	4(25)	11 – 48
Aprueban tus padres que fuman		
No	15(93,7)	80 – 107

Si	1(6,2)	70 - 195
Niveles de Dependencia hacia la nicotina (Fagerström)		-
Dependencia Baja	16(100)	-
Dependencia Moderada	0	-
Dependencia Alta	0	-
Motivación para dejar de fumar (Richmond)		
Nula o Baja	2(12,5)	57 – 30
Dudosa	3(18,7)	27 – 40
Moderada	7(43,7)	16 – 71
Alta	4(25)	11 – 48
Edad inicio para iniciar a fumar	**Promedio**	**Std. Dev.**
	17.9	1.4
Cigarrillos fumados al día	**Promedio**	**Std. Dev.**
	2.2	2.0

5.4 Prevalencia del consumo de alcohol.

Se determino el porcentaje de estudiantes encuestados que consumían bebidas alcohólicas actualmente tomando como referencia un mes, los resultados arrojados fueron que el 51,5% toman bebidas alcohólicas (tabla 3). Al preguntar por la bebida alcohólica frecuentemente consumida por la población se determino que el 29,5% toma cerveza. El 47,8% de los estudiantes consumidores de bebidas alcohólicas han aumentado la ingesta de alcohol desde que ingresaron a la universidad. Se identificó que el 72,6% de los estudiantes bebedores de sustancias alcohólicas no considera que las presiones académicas por parte del ente universitario aumenten el consumo de alcohol (tabla 3).

TABLA 3. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y VARIABLES RELACIONADAS EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA Y ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA 2014

Variables	Frecuencia (%)	IC 95 %
Consume alcohol?		
No	110(48,4)	41 – 55
Si	117(51,5)	44 – 58
Tipo de bebida alcohólica?		
Ninguna	110(48,4)	41 – 55
Ron	10(4,4)	17 – 70
Aguardiente	24(10,7)	65 – 146
Cerveza	67(29,5)	23 – 35

Whisky	11(4,8)	20 – 76
Vino	2(0,8)	-3 - 21
Otras	3(1,3)	-1 – 28
Ha aumentado su consumo de alcohol después de ingresar a la universidad		
No	61(52,1)	42 – 61
Si	56(47,8)	38 – 57
Las presiones académicas aumentan su consumo		
No	85(72,6)	64 – 80
Si	32(27,3)	19 – 35

5.5 Prevalencia del consumo de café

El consumo de café en los estudiantes universitarios tuvo una prevalencia del 45,0% (tabla 4). Al consultar sobre los motivos que inducen a tomar café en la población universitaria encuestada se obtuvo que el 77,4% de los estudiantes consumidores de café lo hacen porque le gusta (tabla 4).El promedio de tazas de café consumidas al día fue de 1,5 tazas (tabla 4). Se indago por cual había sido la primera sustancia que habían consumido los estudiantes encuestados dando como resultado que el 52,86% la primera sustancia que consumieron fue el alcohol (tabla 4).

TABLA 4. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE CAFÉ Y VARIABLES RELACIONADAS EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA Y ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA 2014

Variables	Frecuencia (%)	IC 95 %
Ingiere café?		
No	125(55,0)	48 - 61
Si	102(44,9)	38 - 51
Motivo por cual ingiere café		
Porque le gusta	79(77,4)	69 - 85

Ansiedad	5(4,9)	64 - 91
Lo mantiene despierto	17(16,6)	93 - 240
Otro	1(0,9)	-9 - 29
Que sustancia probó primero		
Cigarrillo	4(1,7)	3 - 34
Alcohol	120(52,8)	46 - 59
Sustancia alucinógena	0(0)	-
Ninguna	103(45,3)	38 - 51
Tazas de café bebidas por día	**Promedio**	**Std.Dev**
	1,53	0.97

5.6 Prevalencia de enfermedad periodontal y caries asociado con el estado de salud bucal.

En cuanto al estado de salud oral de los sujetos de estudio, se encontró que el 52,8 % de los estudiantes encuestados presentaron mal estado de salud, el cual se determinó por la presencia de enfermedad periodontal, caries, número de dientes menores de 19 e INTPC (Índice de necesidad de tratamiento periodontal comunitario) con valores de 1, 2, 3 y 4. Si el estudiante presentó 3 de estas características al momento del examen oral, quedó clasificado en mal estado de salud oral (tabla 5). Para evaluar caries, pérdidas dentales y obturaciones se utilizo el índice COP-D modificado (caries, obturados y perdidos).encontrando los siguientes promedios: Caries =2,26, Perdidos=0,2, Obturados=2,4. El índice COP-D general fue de 5,2. El 66 % de los estudiantes examinados presentó enfermedad periodontal y requieren de tratamiento con énfasis en: instrucción de higiene oral y motivación (34,3%), detartraje supragingival, profilaxis, higiene oral, motivación (29,0%), tratamiento complejo, profilaxis, higiene oral y motivación (2,6%). La mayoría de la población presento caries dental y todos los estudiantes cuentan con más de 19 dientes en boca.

TABLA 5. ESTADO DE SALUD BUCAL Y VARIABLES RELACIONADAS EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA Y ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA 2014

Variables	Frecuencia (%)	IC 95 %
Estado de salud bucal		
Bueno	107(47,1)	40-53
Malo	120(52,8)	46-59
Presencia de caries		
No	56(24,6)	19 – 30
Si	171(75,5)	69 – 80
Presencia enfermedad periodontal(Códigos 1,2,3,4)		
No	77(33,9)	27-40
Si	150(66,0)	59-72
Índice de necesidad de tratamiento periodontal (severidad)		
0	77(33,9)	27-40
1	78(34,3)	28-40
2	66(29,0)	23-35
3	6(2,6)	5-47
4	0	-
Necesidad de tratamiento periodontal		
No requiere	77(33,9)	27-40
TN1	78(34,3)	28-40
TN2	66(29,0)	23-35
TN3	6(2,6)	5-47
Número de dientes presentes en boca		
Menos de 19	0	-
Más de 19	227(100)	-
Variables	**Promedio**	**Std. Dev**
Caries dental	2,6	2,27
Dientes perdidos	0,2	0,64
Obturaciones	2,4	2,44
Índice COP modificado	5,2	3,5

Al asociar el hábito de fumar con la variables sociodemográficas se halló solo asociación estadísticamente significativa con el sexo (p=0,000); el hábito de fumar y el semestre estudiantil (p<0,05) (tabla 6).

TABLA 6. ASOCIACION ENTRE EL HÁBITO DE FUMAR Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA Y ENFERMERÍA

Variables	Fuma Frecuencia (%)	No fuma Frecuencia (%)	OR	IC 95 %	p
Sexo					
Masculino	10(16,2)	52(83,8)	0,19	0,6-0,58	0,003
Femenino	6(3,6)	159(96,4)			
Programa					
Odontología	9(56,2)	106(50,2)	0,78	0,2-2,18	0,643
Enfermería	7(43,7)	105(49,7)			
Semestre					
Inferiores(1,2,3,4,5)	5(31,2)	128(60,6)	3,39	1,13-10,1	0,028
Superiores(6,7,8,9,10)	11(68,7)	83(39,3)			
Edad					
Menor de 20 años	8(50,0)	128(60,6)	1,54	0,55-4,26	0,404
Mayor de 20 años	8(50,0)	83(39,3)			
Presencia de enfermedad periodontal					
No	2(2,6)	75(97,4)	3,86	0,85-17,4	0,07
Si	14(9,3)	136(90,6)			
Presencia caries					
No	2(3,57)	54(96,4)	2,40	0,53-10,9	0,255
Si	14(8,19)	157(91,8)			
Estado de salud bucal					
Bueno	4(3,7)	103(96,2)	1,69	0,89-9,15	0,07
Malo	12(10,0)	108(90,0)			

Al asociar el consumo de alcohol y el sexo se encontró asociación estadísticamente significativa (p<0,05).al igual que para programa, semestre y edad. Para las demás variables asociadas con el consumo de alcohol como prevalencia de enfermedad periodontal, prevalencia de caries y estado de salud bucal no se encontró asociación (tabla 7).

TABLA 7. ASOCIACION ENTRE EL HÁBITO DEL CONSUMIR ALCOHOL Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y EL ESTADO DE SALUD BUCAL DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA Y ENFERMERÍA

Variables	Consumo de alcohol Frecuencia (%)	No consume alcohol Frecuencia (%)	OR	IC 95 %	P
Sexo					
Masculino	44(70,9)	18(29,0)	0,32	0,17-0,60	0,000
Femenino	73(44,2)	92(55,7)			
Programa					
Odontología	68(58,1)	47(42,7)	0,53	0,31-0,91	0,021
Enfermería	49(42,8)	63(57,2)			
Semestre					
Inferiores (1,2,3,4,5)	59(58,5)	74(67,2)	2,02	1,17-3,46	0,010
Superiores(6,7,8,9,10)	58(49,5)	36(32,7)			
Edad					
Menor de 20 años	59(50,4)	77(70,0)	2,293	1,32-3,95	0,003
Mayor de 20 años	58(49,5)	33(30.0)			
Presencia de enfermedad periodontal					
No	33(42,8)	44(57,1)	1,69	0,97-2,95	0,062
Si	84(56,0)	66(44,0)			
Presencia de caries					
No	26(46,4)	30(53,5)	1,31	0,71-2,40	0,378
Si	91(53,2)	80(46,7)			
Estado de salud bucal					
Bueno	49(45,7)	58(54,2)	1,54	0,91-2,61	0.102
Malo	68(56,6)	52(43,3)			

Al asociar el hábito de consumir café con el sexo, presencia de enfermedad periodontal, prevalencia de caries y estado de salud bucal no se encontró asociación significativa (tabla 8). Se encontró asociación significativa en cuanto al programa, semestre y edad ($p<0,05$) (tabla 8).

TABLA 8. ASOCIACION ENTRE EL CONSUMO DEL CAFÉ Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA Y ENFERMERÍA

Variables	Consume café Frecuencia (%)	No consume café Frecuencia (%)	OR	IC 95 %	P
Sexo					
Masculino	27(43,5)	35(56,4)	1,08	0,59-1,94	0,797
Femenino	75(45,4)	90(54,5)			
Programa					
Odontología	49(48,0)	66(52.8)	0,53	0,31-0,91	0,021
Enfermería	53(51,9)	59(47,2)			
Semestre					
Inferiores (1,2,3,4,5)	59(57,8)	74(59,8)	2,02	1,17-3,46	0,010
Superiores(6,7,8,9,10)	43(42,1)	51(40,8)			
Edad					
Menor de 20 años	60(58,8)	76(60,8)	2,29	1,32-3,95	0,003
Mayor de 20 años	42(41,1)	49(39,2)			
Presencia de enfermedad periodontal					
No	32(41,5)	45(58,4)	1,23	0,70-2,14	0,464
Si	70(46,6)	80(53,3)			
Presencia de caries					
No	24(42,8)	32(57,1)	1,11	0,60-2,05	0,719
Si	78(45,6)	93(54,3)			
Estado de salud bucal					
Bueno	43(40,1)	64(59,8)	1,43	0,85-2,43	0,175
Malo	59(49,1)	61(50,83)			

6. DISCUSIÓN

Se analizaron varios estudios científicos en los cuales buscamos datos relacionados con el nuestra investigación, obteniendo algunos en los cuales sus resultados fueron contradictorios y en otros que concordaban con los de esta investigación.

Los resultados obtenidos en el presente estudio reflejan una baja prevalencia del consumo de cigarrillo de 7,05%, este se asemeja a la prevalencia mostrada en el trabajo realizado por Ana Flávia Granville-Garcia y Cols, donde la prevalencia arrojada fue de 5,7%.[42] A diferencia de la investigación hecha por Astrid Nathalia Páez Esteban (2012) en la cual la prevalencia del consumo de cigarrillo fue de 16,40%.[41] Posiblemente la baja prevalencia de consumo de cigarrillo presentado en este estudio se deba a que en las facultades estudiadas el porcentaje de mujeres encuestadas fue mayor.

El rango de edad para el inicio del hábito de fumar en los trabajos realizados por Ana Granville[40] y Astrid Páez[41] en estudiantes universitarios de la ciudad de Paraíba en Brasil y Norte de Santander en Colombia va desde 13 a 18 años de edad, este concuerda con nuestro promedio para el inicio de este hábito. A la vez el rango de consumo de cigarrillo al día por parte de los estudiantes de estos estudios fue de 1 a 3, que coincide con el promedio de este estudio.[40, 41]

[4o] GRANVILLE, Ana et al. Smoking among undergraduate students in the area of health. En: Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 17. No. 2 (2012):p.389-396.

[41] PÁEZ, Astrid et al. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios de la salud y ciencias sociales. Revista de Investigación Programa de enfermería UDES. Vol. 3. No.2 (2002):p. 334-41.

[42] FERNANDEZ, E. LOPEZ, A. BECOÑA, E. Trastorno de personalidad y abstinencia del consumo de tabaco en un tratamiento psicológico para dejar de fumar. En: Psicothema. Vol.22. No.3 (2010):p.357-362.

El sexo masculino presento mayor prevalencia en el hábito de fumar, aspecto que en comparación concuerda con el estudio de Gladys Morales que identifica un consumo superior en hombres en una población estudiantil universitaria chilena.[43]

Al comparar los porcentajes del grado de dependencia a la nicotina por medio del test de Fagerstrom del estudio con el de Merly Fabelo y cols, se encontró que no concuerdan, ya que en el presente estudio toda la población tiene baja dependencia a la nicotina.[42] Diferente a la investigación realizada por María García donde la mayoría de la población presenta alta dependencia a la nicotina.[44]

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el hábito de fumar con la presencia de enfermedad periodontal y un mal estado de salud bucal en la población estudiada, igual a lo descrito por Fernandez Riveiro en estudiantes de la Universidad de Santiago de Compostela en la que en ninguna de las variables estudiadas se halló asociación.[45]

La prevalencia del consumo de alcohol en la población fue de 51,5%, que corresponde a un porcentaje menor al presentado por Astrid Páez[41]. Por otra parte la bebida alcohólica frecuentemente consumida es la cerveza hecho que se confirma por los estudios realizado por Astrid Páez[41] y Alejandra Salcedo Monsalve[46], se asocia la alta predilección por el consumo de cerveza a que esta es mas económica y por lo tanto más asequible para todo tipo de estrato social, a la vez otro factor que puede influir es que es menos embriagante que las demás

[41] PÁEZ, Astrid et al. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios de la salud y ciencias sociales. Revista de Investigación Programa de enfermería UDES. Vol. 3. No.2 (2002):p. 334-41.

[43] MORALES, Gladys et al. Prevalencia del consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año. En: Revista Médica de Chile. Vol. 139 (2011):p. 1573-1580.

[44] RUBÍ, María et al. Dependencia a la nicotina, disposición al cambio y confianza situacional en estudiantes pre-universitarios. En: Psicologia.com. Vol. 45. No.3 (2011):p. 15-14.

[45] FERNÁNDEZ, Paula. GONZÁLEZ, Patricia. LEIS, Catherine. SMYTH, Ernesto. Tabaco y salud oral en estudiantes de la Universidad Santiago de Compostela. En: RCOE. Vol.12. No.1-2 (2007):p.23-29.

bebidas alcohólicas y también se puede asociar con hábitos culturales en donde las personas toman la cerveza como bebida refrescante. Se identifico que el consumo de alcohol fue mayor en estudiantes varones al igual que lo mostrado Astrid Páez [46]en el cual el hábito de consumir alcohol fue menor en mujeres. Esto puede ser por aptitudes o costumbres del sexo masculino con más tendencia hacia el consumo de bebidas alcohólicas. No se encontró asociación entre la presencia de caries, enfermedad periodontal y un mal estado de salud por la ingesta de alcohol.

Con respecto al consumo de café que se asocia a factores como gustos personales o alimenticios, estrés, estimulante para seguir despierto a la hora de estudiar, se obtuvo en la presente investigación que el 44,9% de la población lo consume y de esta población la mayor parte lo consume por que les gusta, al contrario de lo estipulado por el estudio de Martí Zaragoza[47] en el que la mayoría de los estudiantes refirió no. Se encontró una asociación significativa entre el consumir café con respecto al semestre y programa de educación, esto se relaciona con el estrés y el hábito de tomar café para mantenerse despierto en horas de estudio.[47]

Al confrontar el promedio de caries presentes en boca utilizado el índice COP modificado en este estudio con el de Katherine Arrieta[48] se encontró que el promedio fue menor, al igual que la prevalencia de la enfermedad periodontal. Se determino que el porcentaje de estudiantes que presentaron hemorragia al sangrado, cálculo dental y bolsas periodontales, los datos concuerdan con los del presente estudio presentándose similitud en los datos estadísticos. Por otra parte

[46] SALCEDO, Alejandra. PALACIOS, Ximena. ESPINOSA, Angela. Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. En: Avances en Psicología Latinoamericana. Vol. 29. No.1 (2011):p.77-97

[47] ZARAGOZA, A et al. Tipo de bebidas consumidas por los estudiantes universitarios.En: Rev Esp Nutr Comunitaria. Vol. 19. No. 2 (2013):p.114-119.

[48] FALEH, A et al. High relative frequency of oral squamous cell carcinoma in Yemen: qat and tobacco chewing as its aetiological background. En: International Journal of environmental health research. Vol. 17.No.3 (2007):p. 185-195

analizando la necesidad de tratamiento periodontal se definió que los datos concuerdan con los presentados por Katherine Arrieta[48].

En otros estudios el promedio del COP fue mayor y en cuanto a la necesidad de tratamiento periodontal el porcentaje de estudiantes que requieren tratamiento al igual es mayor que en el presente estudio, por lo tanto hay que analizar las variables como frecuencia de cepillado, visita al odontólogo, uso de enjuague y seda dental, así identificando algunas características que pueden corroborar estas asociaciones.[49]

En otros estudios realizados se encontró que el estado periodontal medido por el (INTPC) fue menor al del presente estudio, se puede relacionar esta diferencia a que en la presente población estudiantil ya se han realizado varios estudios e incentivado a los estudiantes a mantener buenos hábitos de higiene oral como cepillado frecuente después de cada comida, uso de seda dental y enjuague bucal.[50]

[49] ARRIETA VERGARA, Katherine. GONZÁLEZ MARTÍNEZ, Farith. DIAZ, Shyrley. Historia, severidad de caries y necesidades de tratamiento periodontal en estudiantes de odontología de Cartagena. En: Salud Uninorte. Vol. 28. No.3 (2012):p. 364-372.

[50] LOPEZ, Jessica et al. Prevalencia de caries dental, factores de riesgo, enfermedad periodontal y hábitos de higiene oral en estudiantes de ciencias de la salud. En: Ciencia y Salud Virtual. Vol. 3. No.1 (2011):p. 35-41.

7. CONCLUSIÓN.

Para concluir se determino que el consumo de cigarrillo, alcohol y café tiene una baja prevalencia en la población universitaria estudiada, esto se puede asociar a factores como inicio de vida universitaria temprana, programas dentro de las instituciones en contra del consumo de estas sustancias y por conductas de estilos de vida saludable implementadas por la población estudiantil actualmente.

Al respecto del estado de salud bucal, la prevalencia de caries y enfermedad periodontal presentado por la población concluimos que fue menor a la encontrada en diferentes estudios realizados en la misma población, se puede concluir que por las campañas y programas hechos anteriormente estos han promovido la implementación de buenos hábitos de higiene oral y a la vez estimulado a la población a asistir frecuentemente al profesional de higiene oral.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. ALBARRACÍN, Marcela. MUÑOZ, Liliana. Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. En: Liberabit. Vol. 14 (2008): p. 14-61.

2. ALVAREZ, Efraín et al. Características histopatológicas del carcinoma escamocelular bucal. Revista Cubana de Estomatología. Vol 47. No. 1. (2010): P. 81-95.

3. ARRIETA VERGARA, Katherine. GONZÁLEZ MARTÍNEZ, Farith. DIAZ, Shyrley. Historia, severidad de caries y necesidades de tratamiento periodontal en estudiantes de odontología de Cartagena. En: Salud Uninorte. Vol. 28. No.3 (2012):p. 364-372.

4. BÁEZ, Dairo. DECKERS, Marcela. SILVA, Luis Manuel. GÓMEZ, Juan Daniel. Encuesta de prevalencia sobre el consumo de cigarrillos en la pontificia Universidad Javeriana. En: Univ. Psychol. Vol. 2. No. 1 (enero-junio 2003): p. 89-94.

5. BARRUCO, Miguel. HERNÁNDE, Miguel. TORRECILLA, Miguel. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 2 ed. Majadahonda Madrid. 2003. Pp.403.

6. BASTERRA, Javier et al. Evolución de los cambios en el peso corporal según habito taqbaquico: análisis longitudinal de la cohorte SUN. En: Revista Española de Cardiología. Vol. 63. No. 1 (2010):p. 20-7.

7. BECOÑA, Elisardo. Tabaco, Ansiedad y Estrés. En: Salud y drogas. Vol. 3. No. 1. (2003): p. 71-92.

8. BECOÑA, Elisardo. MÍGUEZ, María. Dejar de fumar desde casa. El programa 2001 para dejar de fumar. En: Psicooncología. Vol. 3. No. 2-3 (2006):p. 319-335.

9. BECOÑA, E. El tratamiento Psicológico de la Adicción a la Nicotina.En: Papeles del Psicólogo. Vol. 85. (2003):p. 12-24,

10. BECOÑA, Elisardo. FERNÁNDEZ, Elena. LÓPEZ, Ana. MIGUE, María. La escala del síndrome de dependencia de la Nicotina (NDSS) en una muestra

de fumadores que demandan tratamiento para dejar de fumar. En: Psicothema. Vol.21. No.4 (2009): p. 579-584.

11. BECOÑA, Elisardo et al. La escala breve de evaluación del síndrome de dependencia de la Nicotina (NDSS-S) en fumadores españoles. En: Psicothema. Vol. 23. No. 1 (2011): p. 126-132

12. BECOÑA, Elisardo. Tabaco, Ansiedad y Estrés. En: Salud y drogas. Vol. 3. No. 1. (2003): p. 71-92.

13. CABALLERO, María. MACIA, Diego. Prevención de drogodependencias. Intervención Educativa versus comportamental. En: Anales de psicología. Vol.9 No. 1. (1993):p. 31-42.

14. CAMPO ARIAS, Adalberto. Consumo de cigarrillo en pacientes psiquiátricos institucionalizados. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 34. No. 3 (2005): p. 395-404.

15. CALLEJA, Nazira. AGUILAR, Javier. Por qué fuman los adolescentes. Un modelo estructural de la intención de fumar. En: Adicciones. Vol. 20. No. 4 (2008): p. 387-394.

16. CAMPO TRAPERO, J et al. Marcadores de senescencia celular en cáncer y pre cáncer oral. En: Avances en Odontoestomatología.Vol. 24. No. 1 (2008): p.69-80.

17. CAVALCANTE, Tania. MESQUITA, Aline. CAVALCANTI, Erica. El argumento de responsabilidad social de la industria tabacalera en Brasil. En: Salud Pública. Vol. 48 (2006): p. 173-182.

18. COGOLLO, Zuleima. GOMEZ, Edna. Asociación entre consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias ilegales en adolescentes estudiantes en Cartagena, Colombia, 2012. En: Hacia la promoción de la salud. Vol. 18. No.1 (enero-junio 2013): p. 110-117.

19. CONTRERAS, Fra. ncoise. ESGUERRA, Gustavo. LONDOÑO, Ximena. Hábitos y creencias relacionadas con la salud en un grupo de adolescentes escolarizados de Bogotá. En: Perspectivas en Psicología. Vol. 23. No.2 (2005):p. 88-95.

20. DE IRALA, J. Prevención del consumo de tabaco, protección del aire respirable y promoción de la salud en relación al tabaquismo: avanzamos hacia un nuevo futuro. En: Anales Sis San Navarra. Vol. 26. No. 26 (2003):p. 7-10.

21. FALEH, A et al. High relative frequency of oral squamous cell carcinoma in Yemen: qat and tobacco chewing as its aetiological background. En: International Journal of environmental health research. Vol. 17.No.3 (2007):p. 185-195

22. FERNÁNDEZ, Paula. GONZÁLEZ, Patricia. LEIS, Catherine. SMYTH, Ernesto. Tabaco y salud oral en estudiantes de la Universidad Santiago de Compostela. En: RCOE. Vol.12. No.1-2 (2007):p.23-29.

23. FERNANDEZ, E. LOPEZ, A. BECOÑA, E. Trastorno de personalidad y abstinencia del consumo de tabaco en un tratamiento psicológico para dejar de fumar. En: Psicothema. Vol.22. No.3 (2010):p.357-362.

24. GARCÍA, María. Sanz, Jesús. Análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitivo-conductual y en parches de nicotina. En; Psicooncología. Vol. 3. No. 2-3 (2006):p. 269-289.

25. GARCÍA, René et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los expuestos activamente al tabaco. En: Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Vol. 45. No. 2 (mayo-agosto 2007): p.

26. GARCÍA, María et al. Las iniciativas para el control del tabaco en el congreso de Colombia: 1992-2007. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 25. No. 6 (2009):p. 471-480.

27. GRANVILLE, Ana et al. Smoking among undergraduate students in the area of health. En: Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 17. No. 2 (2012):p.389-396.

28. HERNADEZ, I et al. Tabaquismo en la mujer: Revisión y estrategias. En: Prevención del tabaquismo. Vol. 2. No. 2 (abril 2000): p. 45-54.

29. JIMÉNEZ, Carlos. RUÍZ, Juan. La acreditación de las Unidades Especializadas en Tabaquismo. En: Arch Broconeumol. Vol. 47. No. 2 (2011): p. 59-60.

30. KOVACS, Francisco et al. La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de palma de Mallorca

en 2003. En: Rev Esp Salud Pública. Vol. 82. No. 6 (noviembre-diciembre 2008): p. 677-689.

31. KÜSTNER, E. Aspectos prácticos en la prevención del cáncer oral. En: Avances en Odontoestomatología. Vol. 24. No.1 (2008): p. 61-67.

32. LOPEZ, Jessica et al. Prevalencia de caries dental, factores de riesgo, enfermedad periodontal y hábitos de higiene oral en estudiantes de ciencias de la salud. En: Ciencia y Salud Virtual. Vol. 3. No.1 (2011):p. 35-41.

33. MARTÍNEZ, Jorge Arturo et al. Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundaria de Bucaramanga. En: Biomédica. Vol. 25 No. 5 (2005): p.18-26.

34. MORALES, Gladys et al. Prevalencia del consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año. En: Revista Médica de Chile. Vol. 139 (2011):p. 1573-1580.

35. NERÍN, I et al. Encuesta sobre tabaquismo en estudiantes universitarios en relación con la práctica de ejercicio físi co. En: Arch Bronconeumol. Vol. 40, No.1 (2004): p. 5-9.

36. NERÍN, I et al. Encuesta sobre el tabaquismo en estudiantes universitarios en relación con la práctica de ejercicio físico. En: ArchBronconeumol. Vol. 40. No. 1 (2004): p. 5-9.

37. NERÍN, I et al. Perfil de los fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo. Arch Bronconeumol. Vol. 39. No. 7 (2003): p. 298-302.

38. PÁEZ, Astrid et al. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios de la salud y ciencias sociales. Revista de Investigación Programa de enfermería UDES. Vol. 3. No.2 (2002):p. 334-41.

39. PANIAGUA, H et al. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre los adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. En: Anales Españoles de Pediatría. Vol. 55. No. 2 (2001): p. 121-128.

40. PRECIOSO, José. MACEDO, Manuel. La contribución de los programas de influencias psicosociales (complementados con otras estrategias) en el control de la epidemia tabáquica. En: Adiccioes. Vol. 15. No. 4 (2003): p. 369-378.

41. PEDRERO PEREZ, E. El tratamiento de la dependencia de la cocaína. Guiado por la personalidad. En: Trastornos Adictivos. Vol. 10. No. 4 (2008): p. 226-41

42. PINILLOS, Luis. QUESQUÉN, Mercedes. BAUTISTA, Felix. POQUIOMA, Ebert. Tabaquismo. Un problema de salud pública en el Perú.En: Rev Med Exp Salud Pública. Vol. 22. No. 1 (2005): p. 64-70

43. PRIETO, J. NISTAL, P. La importancia del deporte-salud. En: Efdeportes. Vol. 9.No.61 (2003)

44. PUENTE, Merly et al.Factores de riesgo para el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de Medicina. En: En: Revista Médica de Chile. Vol. 13 (2011):p. 15-23.

45. ROALES, Jesús. LÓPEZ, Francisca. MORENO, Emilio. Características del consumo de tabaco. Un estudio Transversal. En: International Journal of Psychology and Psychological. Vol. 1. No.1 (2001):p. 72-92.

46. RUBÍ, María et al. Dependencia a la nicotina, disposición al cambio y confianza situacional en estudiantes pre-universitarios. En: Psicologia.com. Vol. 45. No.3 (2011):p. 15-14.

47. RUÍZ, D et al. Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. En: Ansiedad y estrés. Vol. 12. No.2-3 (2006): p. 223-23.

48. SALCEDO, Alejandra. PALACIOS, Ximena. ESPINOSA, Angela. Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. En: Avances en Psicología Latinoamericana. Vol. 29. No.1 (2011):p.77-97.

49. WYSER, C. Smoking Related disorders. En: The Tobacco Epidemic, Prog Respir Res. Vol. 28 (1997): p: 28-78.

50. ZARAGOZA, A et al. Tipo de bebidas consumidas por los estudiantes universitarios.En: Rev Esp Nutr Comunitaria. Vol. 19. No. 2 (2013):p.114-119.

9. ANEXOS

Anexo 1. Formato del Instrumento para la recolección de información.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE CIGARRILLO, ALCOHOL, CAFÉ Y ESTADO DE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA"

1. Edad: _____ 2. Sexo: M___ F___ 3. Procedencia: Urbana_____ Rural_____ 4. Trabajas: Si____ No_____5. Programa_____ 6. Semestre_____
7. Estado civil: Soltero___ Casado____ Unión libre_____ Separado____ Divorciado____ Viudo(a) _____

8. ¿Fuma? Sí___ No____

En caso de que su respuesta sea negativa pase a la pregunta número 31

9. ¿Que fuma? a) Tabaco___ b) cigarrillo____ c) marihuana___ d) otro. Cuál?_____

10. ¿Alguien en su familia fuma? Si_ No__ ¿Quién? a) padre b) madre c) hermanos d) tíos e) abuelos f) primos

11. A qué edad inicio a fumar cigarrillo: _____

12: ¿Inicio a fumar? a) Antes de ingresar a la universidad b) Después de ingresar a la universidad c) No aplica

13. ¿Siente que su hábito de fumar incremento al ingresar a la universidad? a) Si_____ b) no_____

14. ¿Considera que las presiones académicas influyen para que usted fume? Sí___ No__

15. ¿Motivo por el que fumas? a) estudio b) estrés c) placer d) Imagen social e. otro. Cuál?_____

16. ¿Quién te dio tu primer cigarrillo? a) Padre_____ b) madre_____ c. Hermano_____ d. Tío_____ e. Amigos_____ f. Otra persona_____

17. ¿Saben tus padres que fumas: si_____ no_____

18. ¿Aprueban tus padres que fumas? si____ no_____

19. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?a) Hasta 5 minutos_____ b. Entre 6 y 30 minutos_____ c. 31 - 60 minutos_____ d. Más de 60 minutos_____

20¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine? a.Si __ b. No_

21. ¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar? a) El primero de la mañana_____ b. Cualquier otro_____

22. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día? _____

23. ¿Con que frecuencia fumas? a. Todos los días b. 2 a 3 días por semana c. 2 días al mes d. Menos de una día al mes

24. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día? a) Si__ b. No__

25. ¿Qué utilizas para dejar de fumar? a. Chicles b. Pastillas c. Parches d. Filtro e. Otro_____ ¿Cuál? H. Ninguno

26. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente? a. Si b. No

27. ¿Con qué ganas quiere dejarlo? a. Nada b. Poca c. Indiferente d. Mucha

28. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas? a. No b. Dudoso c. Probable d. Sí

29. ¿Cree que dentro de 6 meses no fumará? a. No b. Dudoso c. Probable d. Sí

30. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud han mostrado preocupación por su consumo de cigarrillo o le han sugerido que deje de fumar? a. No b. Sí ¿Quién?_____

31. ¿Consumes alcohol? a. Sí b. No Si su respuesta es negativa pase a la pregunta número 46.

32. ¿Qué tipo de bebida alcohólica consume con más frecuencia? a. Ron b. Aguardiente c. Cerveza d. Whisky e. Vino f. Otra cual_____

33. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? a) 0. Nunca b). Una o menos veces al mes c). De 2 a 4 veces al mes d) De 2 a 3 veces a la semana e). De 4 o más veces a la semana f). Todos los días.

34. ¿Cuantas bebidas alcohólicas o tragos suele realizar en un día de consumo normal? a). Una o 2 b). Tres o 4 c). Cinco o 6 d). De 7 a 9 4. Diez o más

35. ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo? (4 ó más si es mujer) a). Nunca b). Menos de una vez al mes c). Mensualmente d). Semanalmente e). A diario o casi diario

36. ¿Quién de tu familia ingiere alcohol frecuentemente? a). Ninguno b). Madre c). Padre d). Abuelos e). Tíos f). Hermanos.

37. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? a). Nuca b). Menos de una vez al mes c). Mensualmente d). Semanalmente e). A diario o casi diario

38. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? a). Nunca b). Menos de una vez al mes c). Mensualmente d). Semanalmente e). A diario o casi diario

39. ¿Con que frecuencia en el último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? a). Nunca b). Menos de una vez al mes c). Mensualmente d). Semanalmente e). A diario o casi diario

40. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? a) Nunca b). Menos de una vez al mes c). Mensualmente d). Semanalmente e). A diario o casi diario

41. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? a). Nuca b). Menos de una vez al mes c). Mensualmente d). Semanalmente e). A diario o casi diario

42. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? a). No b). Sí, pero no en el curso del último año c).Si, pero el último año

43. ¿Usted o alguna persona han resultados heridos porque usted había bebido? a). No b).Si, pero no en el curso del último año c).Si, el último año en curso

44. ¿Siente que su consumo de alcohol ha aumentado desde que entro a la universidad? a) Sí___ b)No___

45. ¿Considera que las presiones académicas influyen para que usted ingiera alcohol? a) Sí___ b)No__

46. ¿Consume café? a. Sí____ b. No 47. ¿Cuántas tazas de café consume al día?_____

48. ¿Qué motivos lo inducen a tomar café? a. Porque le gusta b. porque le quita la ansiedad c. porque lo mantiene despierto cuando necesita estudiar d. otro Cual(es).__________

49. ¿Qué probaste primero? a. Cigarrillo b. Alcohol c. Sustancia alucinógena d. Ninguna

50. Has padecido alguna de las siguientes manifestaciones? a. Sensación de resequedad b. Tos crónica c. Disfonía d. Asfixia e. Ulceras en boca que demoran en sanar f. Sensación de quemazón g. Te sangran las encías h. Mal aliento (halitosis) i. Manchas parduzcas en dientes y encías. J. Otra cual?_____ k. Ninguna

51. ¿Has asistido a consulta odontológica en los últimos 6 meses? a) Sí___b) No____

52. ¿Cuantas veces al día cepillas tus dientes? a. 1 vez b. 2 veces c. 3 veces d. más de 3 veces e. No cepilla sus dientes

53. ¿Utiliza seda dental? a. Sí b. No 54. ¿Utiliza enjuague bucal? a. Sí b. No

55. ¿Implementa otra ayudas de higiene bucal? a. Sí b. No Cual(es) _____

56. ¿Te cepillas los dientes después de consumir cigarrillo? a. Si b. No

57. ¿Te preocupa salud bucal por el consumo de cigarrillo o café? a. Si b. No

58. ¿Qué hábitos orales usted presenta? a. se come las uñas b. se muerde los labios c. aprieta los dientes cuando duerme d. mordisquea objetos (lápices, audífonos, etc.) e. Otros Cual(es) _____ h. Ninguno

Diagnostico Bucal del Paciente

Numero de dientes: _____ Presenta Resto Radiculares: ( ) Si ( ) No Número de restos radiculares: _____

Lesiones orales: ulceras___ vegetaciones___ manchas____ ulceraciones_____ eritemas_____

Dientes con caries: _____ Dientes Perdidos: _____ Dientes Obturados: _____ COP_____

Obturaciones desadaptadas: ( ) Si ( ) No Cuantas obturaciones: _____ Manchas Dentales a. Sí b. No

Presencia de cálculo: Si ( ) No ( ) Presencia de Placa bacteriana: Si ( ) No ( ) porcentaje de PB :

Diagnostico periodontal: _____

Usa prótesis: ( ) Si ( ) No superior: _____ inferior: _____

Maxilar superior:

Tipo de prótesis: ( ) Fija ( ) Removible ( ) Total

Estado de la prótesis: Desadaptada ( ) Si ( ) No

Maxilar inferior:

Tipo de prótesis: ( ) Fija ( ) Removible ( ) total

Estado de la prótesis: Desadaptada ( ) Si ( ) No

Problemas del ATM ( ) Si ( ) No ( ) otros problemas Cual? _____

INDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL (CPINT).

DIENTE	0 SANOS	1 HEMORRAGIA	2 CALCULO	3 BOLSA 4 a 5 mm	4 6 ó más mm
51-11					
55-16					
65-26					
71-31					
75-36					
85-46					
IPS TOTAL					

LOCALIZACION	LESION ELEMENTAL	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO
LABIOS		
MUCOSA LABIO SUPERIOR		
MUCOSA LABIO INFERIOR		
MUCOSA YUGAL IZQUIERDA		
MUCOSA YUGAL DERECHA		
PALADAR DURO		
PALADAR BLANDO		
CARA DORSAL DE LENGUA		
CARA VENTRAL DE LENGUA		
BORDES LATERALES LENGUA		
PISO DE BOCA		
TABLA MANDIBULAR		