

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EAP. DE ODONTOLOGIA

Efecto del estrés y del tabaquismo en la estomatitis aftosa RECURRENTE

TESIS para obtener el Título Profesional de : CIRUJANO DENTISTA

AUTOR

Dion Fernando Gutierrez Ramos

ASESOR: Dr. Arturo Rodríguez Flores

LIMA - PERÚ 2005

DEDICATORIA

A MI MADRE DINA RAMOS VERA... AUNQUE YA NO ESTES PRESENTE FÍSICAMENTE SIEMPRE PERMANECERAS A MI LADO.

A LAS FAMILIAS EZCURRA RONDON, RAMOS PALOMINO Y MEDRANO RAMOS POR SU APOYO Y COMPAÑÍA.

AGRADECIMIENTOS

A MIS AMIGOS DE PROMOCIÓN GUSTAVO ALIAGA RODRIGUEZ Y LUIS PEZO LANFRANCO.

A MI ASESOR DR. ARTURO RODRIGUEZ FLORES.

AL SR. GUIDO RATTO BERNUY POR BRINDARME SU APOYO EN MOMENTOS QUE LO NECESITABA.

A LA FAMILIA EZCURRA RONDON EN ESPECIAL A LA SRA. MATILDE, MÓNICA, MARISOL, JUAN, TORIBIO Y MARÍA RODRIGUEZ.

A MIS TIOS ALEJANDRO, PANCHO, NORA, SABINA, YOLANDA Y TODOS MIS PRIMOS (AS) Y SOBRINOS (AS) QUE CON SU APOYO AYUDARON A SOBREPONERME Y LLEVAR A CABO ESTE TRABAJO EN ESPECIAL DELIA, JANET, FELIX, ANDY Y MARÍA NAVARRO.

I. INTRODUCCION

El Afta es una lesión muy antigua, cuya prevalencia se observa en casi todas las edades, en diferentes clases sociales, razas, sexo; en suma, es una lesión que se registra mundialmente y sus causas, en la actualidad, no están del todo definidas, por lo que se le considera multifactorial.

Los estudios que han tratado el tema, relacionan al estrés como uno de las causas de la presencia de estas lesiones en boca. Los investigadores han señalado que la alteración de la condición emocional (*stress*) está muy relacionada con la inmunidad, la cual disminuye, desencadenando procesos patológicos diversos, entre ellos, la presencia de lesiones aftosas recurrentes.

Por otro lado, otros investigadores indican que el dejar de fumar está relacionado con la aparición de este tipo de lesiones. Al respecto, se ha señalado que el fumar provoca una especie de “espesamiento” de la mucosa bucal, tornándola resistente a algunos agentes desencadenantes de las aftas. Sin embargo, en algunos artículos se indica la presencia de lesiones bucales relacionadas al consumo de tabaco, es decir a la condición clínica de estomatitis nicotínica.

El presente estudio buscó determinar el nivel de estrés somático y cognoscitivo y relacionarlo con el tabaquismo, para evaluar la aparición de lesiones bucales recurrentes, considerando que muchas veces la condición de estrés nos lleva al consumo de tabaco, debido a la sensación de “relajamiento” que se experimenta al fumar.

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes Extranjeros y Nacionales.

McCANN D. 1989 (26) publicó un trabajo en los Estados Unidos sobre las consecuencias del tabaquismo en la cavidad bucal. Sus revisiones indican que el consumo del tabaco está relacionado causalmente al cáncer de pulmón en hombres; que el cigarro es la causa más importante de bronquitis crónica y aumenta el riesgo de muerte por bronquitis y enfisema, los fumadores masculinos tienen un índice de muerte mayor por enfermedad de las arterias coronarias, el fumar pipa parece estar relacionado causalmente con el cáncer de labio y que el cigarro es un factor importante en la causa de cáncer de la laringe y puede estar relacionado al cáncer del esófago y de la vejiga. Con referencia a la salud bucal cita las palabras del Dr. Rivera-Hidalgo quien declara que: “la evidencia sugiere fuertemente que el cigarro ejerce un efecto nocivo a la salud gingival y que es un factor condicionante en la enfermedad periodontal. También se le relaciona con la Infección de Vincent (GUNA) “está condición se caracteriza por úlceras dolorosas en la encía. Aquellos que fuman más de diez cigarrillos en un día, tienen diez veces más probabilidades de desarrollar este padecimiento.” Otra consecuencia interesante para nuestro estudio, es el de la cicatrización retardada de las heridas, especialmente después de una exodoncia la prevalencia de un alvéolo seco “ocurre entre los fumadores con una frecuencia de cuatro veces más que en los no fumadores.”

BRADON TH, COLLINS BN 1995 (10) se publicó un estudio en Barcelona-España, sobre la relación entre la adicción al tabaco y la depresión (nivel de

estrés). Este trabajo parte de las observaciones del autor sobre el porcentaje de depresiones en los fumadores impenitentes es unas dos veces más elevado que entre los no fumadores. Asimismo señala que la presencia de síntomas depresivos hacia los 15 a 16 años predice el consumo de tabaco nueve años más tarde. En el grupo etéreo entre los 21 a 30 años; el 5,4% de los sujetos que han sufrido una depresión se han convertido en fumadores regulares catorce meses más tarde; frente al 2,4% de los sujetos sanos sin antecedentes. El autor plantea la interrogante de cómo explicar que los estados depresivos y negativos inciten al consumo del tabaco y también, nos da una posible solución el que los fumadores aprenden a utilizar la nicotina para regular su estado de ánimo. Es decir contrarresta los efectos de la irritabilidad, la depresión, la angustia, el dolor, etc. Los autores deslindan cualquier intención de demostrar que en la depresión está el origen del tabaquismo. Este antecedente es de gran interés para nosotros pues relaciona las dos condiciones sistémicas que evaluamos con la estomatitis recurrente.

GARCIA TORRES ST 1996 (19) sustentó una Tesis en Lima-Perú de carácter histológico de la mucosa bucal de pacientes fumadores crónicos. Para efectos del estudio se tomó una muestra de 50 pacientes de ambos sexos, con diferentes años de dependencia nicotínica, y se realizó un raspado de la mucosa del paladar, encía y carrillos. Se tomó una muestra control de pacientes no fumadores. Los resultados indican que existe una mayor queratinización en una relación directa con un mayor tiempo de dependencia, y que la zona más afectada era la mucosa del paladar.

QUINTANA DIAZ, J C 1997 (32) realizó en Cuba un estudio sobre las manifestaciones bucales asociadas a la giardiasis en un grupo de 50 pacientes mayores de 16 años con este diagnóstico. Los resultados mostraron que 52% de los pacientes (26) mostraban diferentes lesiones bucales, entre ellas la presencia de aftas bucales recurrentes (15 pacientes). Cuando se relacionó con el sexo las mujeres presentaron un mayor número de casos, pero sin significancia estadística.

ESPARZA, G. ET AL 1998 (18) publicó en España un trabajo de revisión sobre la prevalencia de la estomatitis aftosa recurrente. Señalando que este tipo de lesiones se observa en pacientes de 20 a 35 años de edad, tanto en hombres como en mujeres. Además señala que su causa es hasta ahora desconocida, pero que se le ha relacionado con los factores genéticos, infecciosos, inmunológicos, locales y sistémicos. Se distinguen tres tipos de lesiones: menor, mayor y herpetiforme, atendiendo al tamaño de las lesiones. El tratamiento es sintomático y consiste en aplicar antibióticos y antiinflamatorios (corticoides).

JULCAMORO MENDOZA 1999 (25) sustentó una tesis en Lima-Perú con el fin de determinar la relación que existe entre la condición clínica de la estomatitis aftosa recurrente y el estado de estrés. Se evaluó una muestra de 60 pacientes con diagnóstico de estomatitis aftosa recurrente, de ambos sexos, entre los 20 a 45 años de edad. Los resultados mostraron que la mayoría de las lesiones aftosas se localizaron en la mucosa labial y yugal; y que una mayor severidad se relacionó con un mayor nivel de estrés.

2.2. Bases teóricas.

2.2.1 Estomatitis Aftosa: Aspectos Clínicos, Sintomatología y Tratamiento.

Como las lesiones en boca son múltiples y en algunos casos similares en diferentes etapas de su evolución, conviene definir qué se entiende por afta. Al respecto **GRINSPAN (20)** da una serie de condiciones clínicas para que la lesión pueda ser considerada un afta verdadera:

- a. Localizado en mucosa sea bucal o genital.
- b. Debe observarse pérdida de sustancia.
- c. El dolor debe ser urente.
- d. Debe ser recurrente.
- e. Inicialmente necrótica.
- f. De aparición aguda.

Se considera que la estomatitis aftosa es la patología inflamatoria más frecuente de la mucosa bucal. Las lesiones que se observan clínicamente consisten en úlceras redondas u ovals cubiertas de una membrana grisacea y rodeadas de un halo eritematoso, comprometiendo principalmente a la mucosa de labios y carrillos. Pero también pueden localizarse en el piso de boca en el paladar y rara vez en la encía. **(3, 7, 8, 13, 14, 27, 31, 38)**

Estas lesiones son autolimitadas de un diámetro promedio de 3 mm., dolorosas al tacto, al estiramiento de la mucosa que la contiene o de manera espontánea. Demoran en curar entre 1-2 semanas, y no dejan cicatriz dependiendo de la severidad. La recurrencia se estima entre 2-4 veces por año; aunque se han presentado casos de la presencia permanente de lesiones aftosas. **(3, 8,14, 27, 38)**

La prevalencia de estas lesiones es variada pudiendo ser de 2% a 50% en la población en general **(25,31)**; y en los niños la incidencia es algo mayor cerca de un 40%. No se ha establecido una relación según sexo.

Pueden ser únicas o múltiples y de diferente tamaño, el cual sirve para una conveniente clasificación ya que el mayor diámetro de la lesión generalmente va acompañado de una mayor severidad **(17,18)**:

TABLA Nro. 1 CARACTERÍSTICAS DE LAS AFTAS RECIDIVANTES *

CARACTERÍSTICAS DE LAS AFTAS RECIDIVANTES				
Tipo de afta	Prevalencia	Número	Tamaño	Localización
Herpetiforme	10%	Múltiples (> 3)	1-2 mm.	Posterior y ant.
Menor	10%	Escasas (1-4)	< 10 mm	Anterior
Mayor	80%	Escasas (1-2)	10 mm.	Anterior y post.

* Tomado de Patología Bucal de Bashkar, Edit Ateneo Argentina 1984

Los factores causales de esta patología no están del todo establecidos pero se le ha relacionado con un sinnúmero de condiciones desencadenantes. **(7, 11, 13, 15, 23, 39)**

Traumatismos	-	Genética
Estrés emocional	-	Hipersensibilidad alimentaria
Factores hormonales	-	Alteraciones inmunes
Bacterias	-	Cese de tabaquismo

Muchos autores consideran que el cese de tabaquismo desencadena una aparición de la estomatitis aftosa, debido al engrosamiento de la mucosa por el efecto irritante del humo del tabaco **(2, 11, 35, 37)**. Lo que si está establecido es la relación de la estomatitis aftosa con diversas enfermedades sistémicas, entre ellas tenemos **(16)**:

Ulceración vulvar aguda	-	Enteropatía por gluten
Enfermedad de Bencet	-	Síndrome febril en niños
Aftosis asociada por HIV	-	Síndrome de Reiter
Déficits hematológicos	-	Giardiasis

No existe un tratamiento específico para este tipo de lesiones; solo es sintomático y en la mayoría de los casos caseros. Algunos ya no son indicados como la técnica de cauterizar el afta con nitrato de plata o aplicar sustancias muy cáusticas como el yodo, que sólo conduce a exacerbar la lesión. **(33)**

Se recomienda aplicación de enjuagues bucales que contengan analgésicos y antibióticos o usar una cucharada de agua oxigenada disuelta en un vaso con agua, otros aconsejan usar bicarbonato de sodio. También se indica evitar comer alimentos ácidos, muy fríos o muy calientes para evitar la irritación.

(8)

Cuando el tratamiento casero a fracasado o la severidad lo requiera, es necesario acudir a una consulta odontológica y seguir un tratamiento más riguroso como el de enjuagatorios con tetraciclina 4 veces al día (1 enjuague cada 6 horas por 5 días); junto con el uso de corticoides y xilocaína en cremas. La vía sistémica no está descartada para dar un alivio inmediato. **(6)**

Cuando las aftas son consecuencia de alguna condición sistémica mayor se observa mejoría con el uso de vitamina C y complejo vitamínico B, cuando se trata de una desnutrición, o de un tratamiento psicológico si estamos ante un estrés. **(40)**

2.2.2 El consumo de Tabaco. Generalidades y Constituyentes.

Convendría mostrar algunas cifras estadísticas relacionadas con el tabaquismo antes de estudiarlo desde el punto de vista químico de su composición; de este modo tendremos una idea más global, realista y crítica de las terribles e irreparables consecuencias que trae esta adicción.

El consumo de tabaco es responsable de la muerte de 2 millones de personas al año en los países desarrollados. En España el tabaco causa unas 400 mil muertes por año. En 1995 tiene una prevalencia entre la población mayor de 15 años del 43,4% en varones y el 24,5% en mujeres. **(23)**

Según la OMS se considera que una persona es fumador si ha consumido diariamente, durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillo, incluso uno.

En la población genéticamente predispuesta (padre y madre fumadora) las sustancias irritantes de la combustión del tabaco inducen después de un periodo de latencia a las siguientes patologías: Bronquitis Crónica Simple (tos y expectoración diaria) y a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) **(30)**.

Es interesante mencionar algunos datos estadísticos sobre el consumo de tabaco en América Latina y el Caribe **(22)**:

Fuman alrededor del 40% de los hombres y el 21% de las mujeres.

En las zonas urbanas los adolescentes pueden superar el 50% del total de fumadores.

En las zonas rurales o indígenas se registra todavía una prevalencia relativamente baja.

La edad promedio del inicio de consumo de tabaco es ahora entre los 14 y 17 años.

La población es poco consciente de los riesgos del consumo de tabaco.

Existe un importante estudio realizado por la **OPS (29)** sobre el tabaco y la salud en el Perú desde 1970 a 1989. Sus conclusiones indican:

“El Perú tiene una de las tasas más bajas de consumo de cigarrillos per cápita de los países de América.”

“La modernización ha producido un aumento gradual del consumo de cigarrillos, en particular entre las mujeres.” En ese sentido se indica que: “Entre 1971 y 1987 la prevalencia del tabaquismo entre los residentes de Lima disminuyó del 71,8% al 68% entre los hombres y aumentó del 13,7% al 40% entre las mujeres.”

El humo del tabaco posee una composición compleja que puede ser dividida en:

Alquitrán	-	Monóxido de Carbono
Nicotina	-	Irritantes

De estos componentes, se acepta que el alquitrán y los irritantes son los responsables del cáncer de pulmón, la bronquitis crónica y el enfisema. Se cuestiona la participación de la nicotina.

La nicotina viene a ser una amina terciaria con una pirimidina y un anillo pirrimidilo. Durante la combustión del tabaco ejerce varios efectos sobre el sistema cardiovascular, sobre todo los relacionados al sistema nervioso simpático. Estos son **(9, 37)**:

1.- Vasoconstricción cutánea y sistémica lo que provoca una menor temperatura cutánea y un aumento de la presión sanguínea.

2.- Aumento de los niveles plasmáticos de ácidos grasos, glicerol y lactato.

En algunos fumadores estas condiciones no se observan debido a que han desarrollado una tolerancia a la nicotina. La taquicardia puede determinarse durante los primeros cigarrillos del día; pero posteriormente no se altera. También se ha determinado mediante exámenes sanguíneos niveles elevados de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y niveles reducidos de lipoproteínas de alta densidad (HDL); este fenómeno está relacionado con la aterosclerosis, también incrementa la actividad plaquetaria. **(30, 37)**

La nicotina ejerce efectos endocrinos y metabólicos incrementando el nivel plasmático de:

Endorfinas	-	Hormona del crecimiento.
ACTH	-	Catecolaminas.
Prolactina	-	Cortisol.
Vasopresina		

Sin embargo estas condiciones dadas por la nicotina están sujetas al número, tipo y frecuencia de cigarrillos fumados y del desarrollo de la tolerancia. También la nicotina ejerce influencia en el estado psicológico, al respecto se ha identificado:

- a) Placer, disminución de la cólera y la tensión.
- b) Activación cortical.
- c) Relajación, especialmente en el estrés.

Otras condiciones que parecen estar relacionadas son un incremento en la atención, el aprendizaje, el tiempo de reacción y la resolución de los problemas. Muchas personas fuman porque creen que así mejoran su capacidad de concentración. Se le asocia también con la menopausia precoz y un riesgo aumentado de osteoporosis en mujeres.

La coloración parduzca típica de los grandes fumadores, no se debe a la nicotina la cual es incolora, sino a los componentes del alquitrán; éste sufre sólo una combustión parcial y que se deposita como residuos a la manera del hollín en una chimenea u horno.

Quien fuma una cajetilla diaria inhala unos 840 cc de alquitrán de tabaco al año; esto significa rociar las vías respiratorias superiores y los pulmones con algo más de tres litros de alquitrán que además contiene benzopireno. El benzopireno es una sustancia mutagénica asociada al cáncer en los órganos con los que se pone en contacto **(37)**.

El dejar de fumar representa un verdadero problema. De los que intentan abandonar el hábito sólo lo consiguen, menos del 30%. El tratamiento es, sobre todo, psicológico, se han creado modelos conductuales como el de Prochaska y

Di Clemente que se han venido aplicando desde 1983. El modelo consiste en enviar mensajes directos y subliminales que le permitan al fumador conocer y comprender la magnitud del riesgo de fumar; paralelamente se refuerza .la autoconfianza y se reafirma su decisión de dejar el hábito.

También se aplica el Tratamiento Sustitutivo con Nicotina (TSN); se utiliza para disminuir los síntomas de abstinencia, aportando nicotina no fumada en cantidad suficiente bajo la presentación de chicles (2-4mg/ 30 m; no mas de 15 por día), nebulizadores y parches (21 mg/día durante un mes; 14 mg/día medio mes y 7 mg/día medio mes). **(23)**

Otras terapias que se han empleado son la hipnosis, acupuntura y la homeopatía cuya eficacia no está del todo demostrada. Por último se han empleado algunos fármacos como antidepresivos y ansiolíticos para aliviar ciertos síntomas durante el proceso de abstinencia.

2.2.3 Consecuencias del Tabaquismo en la Mucosa Bucal.

Las consecuencias que se observan en la mucosa bucal por consumo de tabaco, llegan a ser bien definidas después de muchos años de adicción. Entre ellas tenemos **(20, 28, 32)**:

1.- Lengua pilosa: Se debe al crecimiento hipertrófico y tinción de los filamentos.

El color puede variar de blanco amarillento a marrón y negro. El mecanismo por

medio del cual las papilas se alargan se debe a una condición inducida químicamente por la nicotina, la cual altera el proceso de descamación normal. El crecimiento puede dar la apariencia de un cepillo y chocar contra el paladar provocando náuseas, además puede retener bacterias, detritus alimenticios, lo que ocasiona halitosis o ardor de lengua. El tratamiento consiste en evitar el cigarrillo y un riguroso cepillado.

2.- Gusto y olfato alterados: Estas dos capacidades se ven disminuidas en los fumadores debido a la obstrucción parcial de los poros gustativos y el daño de la hipertrofia de los filamentos relacionados a las yemas gustativas. Generalmente, el fumador pierde la capacidad de saborear las comidas amargas y dulces por lo que prefiere comidas altamente condimentadas y saladas. El deterioro de la sensibilidad es progresivo; siendo completamente notorio después de 20 años. Se ha determinado que el incremento del estímulo salado es de 12 a 14 veces el normal. Esta condición es reversible al dejar de fumar.

3.- Enfermedad periodontal: El tabaco no es un factor desencadenante, pero si puede complicar la patología periodontal establecida. Los estudios indican que los fumadores de ambos sexos tienen alta prevalencia de gingivitis, periodontitis crónica destructiva, y GUNA cuando existe una negligente higiene oral. En lo que se ha determinado alguna correlación es entre el fumar y los depósitos de cálculos dentales. Se recomienda abstenerse del tabaco durante los episodios más severos de la enfermedad periodontal.

4.- Abrasión y decoloración dentaria: Esta condición se produce cuando se mastica tabaco, del puro o de la pipa entre los dientes. La abrasión se localiza en los bordes de los incisivos centrales de ambas arcadas, cúspides y bicúspides. En muchos casos la dentina se encuentra expuesta, tiñéndose por la presencia del tabaco y afectando seriamente la estética. El uso frecuente de una pipa de cañón grande puede generar maloclusión y respiración bucal.

5.- Alteraciones en la mucosa bucal: La mucosa se encuentra generalmente deshidratada y con alguna inflamación. Las evidencias clínicas más son las que se observan en la mucosa del paladar duro y blando. Se observa papilas blancas pequeñas que se desarrollan alrededor de los conductos glandulares salivales.

6.- Cicatrización lenta de las heridas: Existen algunos productos secundarios utilizados en la fabricación de los cigarrillos como: nicotina, amonio, aldehídos, arsénico, plomo, cianuro de hidrógeno, hidrocarburos aromáticos, pesticidas entre otros, por sólo mencionar algunos. Se ha demostrado que la nicotina es absorbida directamente por las paredes de los vasos sanguíneos ocasionando la secreción de norepinefrina, generando una vasoconstricción activa con una consecuente disminución de la circulación de la mucosa oral. Cuando existen infecciones o ulceraciones bucales o después de una exodoncia se recomienda abstenerse del tabaco. Un dato interesante es el que otros estudios manifiestan que la nicotina está implicada en la hiperactividad de las plaquetas por lo que la sangre de los fumadores tiende a coagularse más fácilmente.

7.- Sinusitis: Es una patología que se presenta en un 75% más en los fumadores crónicos que en los que no fuman. La sinusitis puede llegar a ser incapacitante y anualmente en los U.S.A se producen 1.8 millones de casos de sinusitis por tabaco.

8.- Leucoplasia: En los fumadores se ha observado un defecto hiperqueratótico blanco localizado en la mucosa, generalmente sobre la cresta alveolar mandibular, la gíngiva, el pliegue muco bucal y la mucosa bucal. El factor causante vendría a ser el humo del cigarrillo, al respecto se ha comprobado que la reacción del tejido al tipo de cigarro varía. Así tenemos que humos ácidos (cigarro), alcalino (puros) y ambos (pipa). El más perjudicial vendría a ser el humo alcalino ya que es más concentrado y más irritante. La forma de fumar un cigarro, también tiene una marcada relación con la leucoplasia palatina. Esta condición se ha observado en las personas del Caribe que fuman el cigarrillo al revés (el borde de encendido dentro de la boca).

9.- Cáncer: El factor causal son los elementos sólidos del cigarro como el alquitrán. En USA cerca del 90% de los diagnósticos de cáncer bucal son pacientes fumadores. Por supuesto que el fumar no es el único factor causal, pero un fumador tiene un riesgo de muerte por cáncer bucal cuatro veces mas que el no fumador.

10.- Otros: Las consecuencias del consumo de tabaco son múltiples, y en algunas ocasiones lo han relacionado a otras condiciones, del que todavía no está

del todo claro, como la caries dental, placa bacteriana y la presencia de aftas bucales. (2, 7, 30)

2.2.4. La Fisiopatología del Estrés y sus consecuencias bucales.

El estrés no es una condición que caracterice al hombre moderno, es tan antiguo como la humanidad, porque la presencia del estrés en ciertos niveles es necesaria para poder desarrollarnos durante la vida. En lo que se ha experimentado un cambio es en tipo de agentes estresantes o estresores y su frecuencia. Lo que se ha mantenido durante todos estos siglos es el mecanismo fisiológico.

En nuestro estudio hemos considerado dos conceptos de suma importancia el **estrés cognoscitivo** y el **estrés somático** según el Dr. **AVENDAÑO (4)** el primero viene a manifestarse sobre las condiciones cognitivas, es decir sobre los procesos mentales relacionados a la memoria, concentración, toma de iniciativa y decisiones que se llevan en el estado conciente o de vigilia, mientras que el segundo está relacionado a la función o componente biológico, es decir el efecto que tiene sobre la fisiología del individuo.

Quizás el primero en dar alguna idea sobre las alteraciones que el hombre sufría frente aun estímulo fue Bernard (siglo XIX) quien hablo de el medio interior de los organismos vivos, el cual debe permanecer sin alteraciones a pesar de los estímulos externos. Claude Bernard definió al medio interior como un estado

fisiológico en donde viven, conviven y funcionan las células, los tejidos en una perfecta armonía y que para asegurar la vida hay que procurar que nada se desvíe de ese normal equilibrio. **(12)**

En el siglo XX Cannon habló de la estabilidad que debía tener todo organismo y la denominó homeostasis, agregó que existen tres tipos de reacciones sintotóxica (tranquilizante) y catatóxica (destructora). La primera permite una acomodación del organismo, la segunda su destrucción. Y la tercera vendría a ser de escapatoria **(12)**.

El Dr. SELYE en 1936 acuña el término de *stress* definiéndolo como una condición interna del organismo que constituye una respuesta adaptativa a los agentes denominados estresores. Algunos autores lo denominan el Síndrome General de Adaptación, que se manifiesta en tres fases **(12, 21, 24, 28, 36)**:

Una reacción defensiva de alarma, incremento de la actividad suprarrenal y alteración del sistema tímico linfático, aumenta los niveles de glucosa en sangre, se incrementa la ACTH y los corticoides.

Una fase de resistencia al agente agresor en un intento por adaptarse. Esta fase se fundamenta en la experiencia. Aquí se habla de un concepto moderno, el de la inteligencia emocional, que puede definirse como una madurez psicológica.

Agotamiento, aparece cuando se consume la energía de adaptación y el organismo se somete al agente agresor. Aquí es donde se hacen más evidentes las condiciones clínicas.

Este vendría a ser lo que todo organismo experimenta ante un agente estresor. Como hemos mencionado más arriba los agentes estresores han cambiado para nuestros tiempos, son de naturaleza variable y pueden tener su origen psicosocial como en la frustración, la ansiedad, la sobrecarga física o psicológica, la contaminación, el ruido, cambios de temperatura, etc.

Lo que debe quedar claro es que el agente estresor es subjetivo y por lo tanto el estrés también lo es. Para que nuestro cuerpo interprete un estímulo como un agente estresor depende de nuestra autovaloración, de nuestra fuerza interior, de nuestros valores, etc, en resumen de nuestra visión del mundo.

Si bien los agentes estresores han cambiado, también nuestras respuestas. Si consideramos que el hombre primitivo experimentaba estrés, su respuesta era también primitiva, es decir, peleaba o huía. En el hombre moderno las respuestas ya no son sólo conductuales, es por eso de interés estudiar las consecuencias a nivel físico.

El estrés afecta varios sistemas de nuestro organismo, como la percepción sensorial, el sistema nervioso, el equilibrio hormonal, el sistema cardiovascular, el

aparato digestivo, la respiración, la piel, el aparato génito-urinario y el sistema inmunológico. **(30)**

La reacción provocada por el estrés se origina desde nuestro sistema límbico en el cerebro hasta las glándulas suprarrenales, terminando con una secreción de adrenalina y noradrenalina, sustancias responsables de un sinnúmero de cambios físicos en el organismo.

Actualmente se habla del eu-estrés y el dis-estrés. El primero es positivo y benéfico, produce vitalidad, entusiasmo, optimismo, fortalecimiento físico, etc. El segundo es negativo y produce fatiga, irritabilidad, depresión, pesimismo, falta de concentración, etc.

Un dato interesante es el ofrecido por Michal, M. **(21)** al mencionar entre los factores causales del estrés al tabaquismo. Contradiendo en cierta forma lo que algunos autores señalan sobre su uso para conseguir un estado de relajación.

Para evitar que el estrés se vuelva un mal mucho más grave existen tratamientos como las terapias individuales o de grupo o el uso de fármacos para poder aliviar los factores causales.

En síntesis podemos colegir que el estrés afecta tanto a nuestro sistema anímico o espiritual como a nuestro sistema biológico, en este último, se

experimenta diversas alteraciones, entre las más relacionadas para nuestro estudio, tenemos una disminución del sistema inmunitario y una alteración hormonal, lo que puede traer como consecuencia la aparición recurrente de lesiones aftosas en boca, y entre estas condiciones el tabaquismo parece desempeñar un papel no muy claro

2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

2.3.1. DEFINICION DEL PROBLEMA.

La estomatitis aftosa recurrente es la patología inflamatoria más común y más frecuente de la mucosa oral (**7, 13, 18**). Clínicamente se observan como una lesión ulcerativa aislada o múltiple que generalmente es de diámetro pequeño (1 mm.), pero puede alcanzar hasta un 1 cm. o más.

Generalmente, está localizada en la mucosa bucal, pero también puede comprometer el paladar, la lengua y la encía, suelen ser muy dolorosas y curan en menos de 10 días. En su etiología se le ha relacionado con el estrés, la inmunodepresión, infecciones víricas, etc. Dependiendo de la extensión y localización de las lesiones aftosas, estas pueden sobreinfectarse ocasionando cuadros clínicos mucho más severos, como dolor insoportable y/o fiebre que podrían incapacitar parcialmente a una persona.

Durante la observación clínica, algunos investigadores han señalado la menor incidencia en personas que fuman frecuentemente, otros en cambio, indican que esta condición provoca la aparición de aftas bucales. Ambos reconocen que el efecto irritante del tabaco vendría a alterar histológicamente la mucosa bucal. Sin embargo, no se ha desarrollado un estudio que relacione directamente la condición de tabaquismo y la presencia de estas lesiones

2.3.2. DELIMITACION DEL PROBLEMA.

El estrés y el tabaquismo no son condiciones nuevas en el ser humano, sin embargo, los grandes cambios que han modificado substancialmente la vida del hombre han provocado que estas dos condiciones se encuentren mucho más agudizadas y globalizadas. Es decir los estímulos estresores son nuevos, sofisticados y más frecuentes y los cambios o adaptaciones a estos estímulos se tienen que producir más rápida y eficientemente, asimismo las tabacaleras no sólo se han convertido en un negocio sin fronteras, sino que ha conseguido adaptarse a los cambios en las diferentes culturas y estilos de vida.

Si estas dos condiciones se ven incrementadas, es posible que la prevalencia e incidencia de las lesiones ulcerativas (aftas) presente nuevas estadísticas y nuevas relaciones de causa-efecto. Además debemos resaltar que las lesiones ulcerativas son las más prevalentes y comunes en la cavidad bucal.

Por lo expuesto, el presente estudio planteó una metodología que permitió determinar la relación de las lesiones aftosas presentes en boca como una consecuencia de las condiciones estresantes o por el consumo de tabaco.

2.3.3. FORMULACION DEL PROBLEMA.

¿Cuál será la relación existente entre el estrés y el tabaquismo con la estomatitis aftosa recurrente?

2.4. JUSTIFICACIÓN.

La determinación de lesiones aftosas ya sea relacionada al estrés o tabaquismo, la prevalencia de este en cada caso permitirá orientar al público consumidor del tabaco las implicancias clínico-patológicas en cavidad bucal, además de adoptar medidas de salud pública.

OBJETIVOS.

2.4.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar la relación existente entre el estrés y el tabaquismo con la estomatitis aftosa recurrente.

2.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

a) Determinar el tipo de las lesiones aftosas presentes en la cavidad bucal.

- b) Determinar la relación entre el estrés cognoscitivo con la frecuencia de las lesiones aftosas.
- c) Determinar la relación entre el estrés somático con la frecuencia de las lesiones aftosas.
- d) Determinar la relación del tabaquismo con la frecuencia de lesiones aftosas.
- e) Determinar la relación del estrés cognoscitivo con el tipo de lesiones aftosas.
- f) Determinar la relación del estrés somático con el tipo de lesiones aftosas.
- g) Determinar la relación de la edad con la frecuencia y el tipo de lesiones aftosas.
- h) Determinar la relación del sexo con la frecuencia y el tipo de lesiones aftosas.

2.5. HIPÓTESIS.

Las lesiones aftosas en la cavidad bucal tienen una relación directa con un mayor nivel de estrés (somático y cognoscitivo) y no tiene una relación con el mayor o menor grado de tabaquismo.

2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

INDEPENDIENTE

A) NIVEL DE ESTRÉS.

INDICADORES

- Estrés somático: Promedio según el test (Preguntas B, D, F, H, J, L y N)
- Estrés cognoscitivo: Promedio según el test (Preguntas A, C, E, G, I, K, M)

ESCALA DE ESTRÉS

- Nada: 0 – 0,9
- Poco: 1 – 1,9
- Regular: 2 – 2,9
- Mucho: 3 – 3,9
- Bastante: 4 – 4,1

B) GRADO DE TABAQUISMO.

INDICADORES

- CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DÍA
- TIEMPO DE CONSUMO

DEPENDIENTE

A) LESIONES AFTOSAS RECURRENTES EN LA CAVIDAD BUCAL.

INDICADORES

- MENOR: Aftas escasas (1-4) y de menos de un cm. de diámetro.
- MAYOR: Aftas escasas (1-2) y de más de un cm. de diámetro.
- HERPETIFORME: Aftas múltiples (> 3) y de 1 a 2 mm.

B) FRECUENCIA DE AFTAS

- Cada Mes (Incluye hasta 30 días de recurrencia)
- Cada tres meses (Casos mayores de un mes hasta los 3 meses)
- Cada seis meses (Casos mayores de 3 meses hasta los 6 meses)
- Cada año (Casos mayores de 6 meses hasta los 12 meses)

INTERVINIENTE

GRUPO ETAREO

- 18 - 20 - 21 - 30 - 31 - 40 - 41 – 50
- 50-55

B) SEXO

INDICADORES

- MASCULINO

- FEMENINO

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
NIVEL DE ESTRÉS	Condición de estrés somática y de estrés cognoscitivo	Cuestionario del Nivel de Estrés Somático y Cognoscitivo	Nominal (Nada, Poco, Regular, Mucho, Bastante)
GRADO DE TABAQUISMO	Hábito de Fumar	Frecuencia de Cigarrillos por Día Tiempo de consumo	Ordinal (No fumador, Menos de 5, de 6 a 10, de 11 a 20, más de 20) Ordinal (No Fumador, 3 o menos, 4 a 6, 7 a 10, más de 10)
LESIONES AFTOSAS RECURRENTE	Signos Clínicos Frecuencia de Aftas	Examen Clínico Test de evaluación	Nominal (Herpetiforme, Mayor, Menor) Ordinal (Cada mes, Cada tres meses, Cada seis meses y Cada año)
SEXO	Sexo del Paciente	Historia Clínica	Nominal (F, M)

III. MATERIAL Y METODOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio es analítico porque investigó la relación de variables, comparando los diferentes datos encontrados estableciendo las posibles relaciones de causa efecto. Es un estudio transversal pues la muestra fue evaluada en un solo corte de tiempo.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población de estudio la conformaron las personas con aparente buen estado de salud general, mayores de edad, de ambos sexos que consuman tabaco y que presentaron lesiones aftosas recurrentes en la cavidad bucal residentes en la ciudad de Lima durante los meses de enero a julio del año 2002. El tipo de selección de la muestra fue no probabilística de tipo intencionado.

3.2.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La muestra de estudio estuvo formada por 30 (treinta) pacientes de ambos sexos y que cumplieron con los criterios de inclusión; asimismo tomamos un grupo control de 30 (treinta) personas que presenten lesiones aftosas en boca pero que no consumían tabaco. En general, se trabajó con una muestra total de 60 (sesenta) pacientes.

3.2.2. UNIDAD DE MUESTRA.

La unidad de muestra estuvo formada por todos los pacientes mayores de edad, de ambos sexos que presentaron lesiones aftosas con o sin tabaquismo.

3.2.3. UNIDAD DE ANÁLISIS.

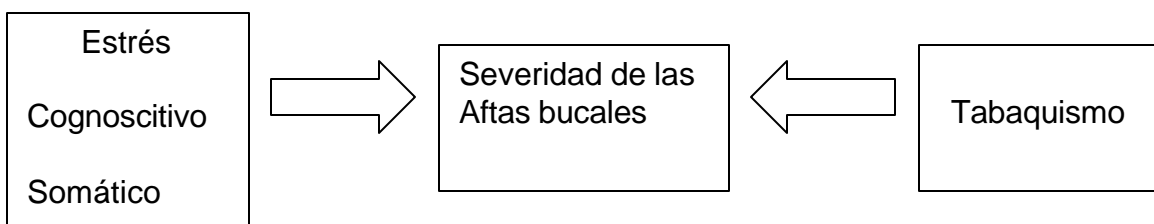
La unidad de análisis estuvo formada por la cavidad bucal de los pacientes con lesiones aftosas presentes, consumidores y no consumidores de tabaco.

3.2.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

- Tener entre 18 y 55 años de edad.
- Presentar una o más lesiones aftosas en la cavidad bucal.
- Pacientes sin antecedentes de algunas otras enfermedades con repercusiones de lesiones aftosas como el herpes bucal, Síndrome de Reuter, Gardiasis, entre otras.

3.3. METODOS.

A continuación se grafica la cadena lógica más adecuada para los objetivos que persiguió nuestro estudio y el procesamiento de los resultados.



3.3.1. PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS.

A todos los pacientes seleccionados se les realizó un examen clínico convencional que determinó el tipo, ubicación y frecuencia de las lesiones aftosas en la cavidad bucal. Los materiales indicados para realizar el examen bucal fueron:

- Un par de guantes
- Mascarilla
- Espejos bucales o bajalenguas
- Torundas de algodón
- Sillón dental con luz artificial incorporada
- Equipo de Diagnóstico (espejos bucales, campos operatorios, etc.)
- Ficha de Recolección de datos (Anexo 2)
- Cámara Fotográfica
- PC, Pentium IV, Windows 98, Software de Procesamiento de Datos.

El tipo de lesiones aftosas responde a la siguiente escala:

- MENOR: Aftas escasas (1-4) y de menos de un cm. de diámetro.
- MAYOR: Aftas escasas (1-2) y de más de un cm. de diámetro.
- HERPETIFORME: Aftas múltiples (> 3) y de 1 a 2 mm.

Asimismo se registró el grado de tabaquismo mediante dos preguntas que determinan el tiempo de consumo y el número de cigarrillos por día.

Para la condición de estrés se usó un cuestionario (ver anexo 1) que nos permitirá medir el estrés clínico y cognoscitivo del paciente, el test fue adaptado del Cuestionario de Autoevaluación del Stress. **(4)** Está redactado en un lenguaje sencillo dirigido a personas con grado de instrucción superior o mínima, sin nada de esfuerzo para resolver, con una breve lista de preguntas que evitan el agotamiento, aplicable en forma individual y/o colectiva tanto a adolescentes como a adultos, útil para fines clínicos, de utilidad tanto para el psicólogo como para otros profesionales; su validez ha sido aceptada por la Oficina General de Epidemiología (OGE) del MINSA. **(4)**

Este cuestionario está formado por un total de catorce preguntas de la **A** a la **N**; de las cuales siete están dirigidas a determinar el estrés cognoscitivo (**A, C, E, G, I, K y M**) y siete el estrés somático (**B, D, F, H, J, L y N**). Las respuestas a cada una de las preguntas responden a una escala jerarquizada, adaptada del Cuestionario de Autovaloración del Stress **(4)**; esto nos permitió valorar numéricamente las respuestas subjetivas de cada uno de nuestros pacientes:

Primera Escala

0 = Nada	3 = Mucho
1 = Poco	4 = Bastante
2 = Regular	

Después se procedió a registrar un promedio de notas de las preguntas que correspondan al del estrés cognoscitivo y al somático.

ESTRÉS COGNOSCITIVO:

$$\text{SUMA} = \frac{A + C + E + G + I + K + M}{7}$$

ESTRÉS SOMÁTICO:

$$\text{SUMA} = \frac{B + D + F + H + J + L + N}{7}$$

Estos promedios fueron comparados con una segunda escala

Segunda Escala

- | | | | |
|------------|---------|-------------|---------|
| - Nada: | 0 – 0,9 | - Mucho: | 3 – 3,9 |
| - Poco: | 1 – 1,9 | - Bastante: | 4 – 4,1 |
| - Regular: | 2 – 2,9 | | |

3.3.2. RECOLECCION DE DATOS

La evaluación de la muestra fue realizada bajo la supervisión del Dr. Arturo Rodríguez Flores en el Servicio de Odontología (Dental IV) del Hospital Hipólito Unanue.

Los datos obtenidos en nuestro estudio, fueron ordenados en valores numéricos, porcentuales, promediales y de desviación estándar utilizando una estadística inferencial con los test de significancia, Chi-cuadrado por ser variable cualitativa.

La información cuantificada se presentó mediante gráficos y cuadros, la elaboración de tablas y operaciones estadísticas fueron procesados mediante el programa SP10.0.

IV. RESULTADOS

En el Cuadro No 1 se presenta la frecuencia de aftas que tuvo los siguientes valores: 1 mes, 3 meses, 6 meses y 1 año; mientras que el tiempo de fumador se evaluó considerando: no fumadores, con tres años o menos de fumador, de 4 a 6 años de fumador, de 7 a 10 años de fumador y fumadores de más de 10 años.

En todos los grupos se observa muy poca frecuencia de aftas cada mes y los porcentajes mayores se dan en la frecuencia de cada año. El grupo con menor frecuencia de aftas el de fumadores con más de 10 años de tabaquismo se concentró toda su población en las frecuencias de cada seis meses (28.6%) y cada año (71.4%).

La frecuencia de aftas de cada mes sólo la presentaron los grupos de no fumadores (10%) y fumadores con siete años de consumo de cigarrillos (11.1%).

Los que tenían de 4 a 6 años de fumadores no tuvieron muestra con frecuencia de aftas de cada mes y cada tres meses, mientras que el 44.4% de ellos presentaban aftas cada 6 meses y el 55.6% restantes cada año.

Al someter los grupos a la prueba Chi Cuadrado no se encontraron diferencias significativas estadísticamente ($p = 0.226 > 0.05$).

En el Gráfico No 1 se puede apreciar que todos los grupos de fumadores tienen mayor población con frecuencia de aftas de cada año.

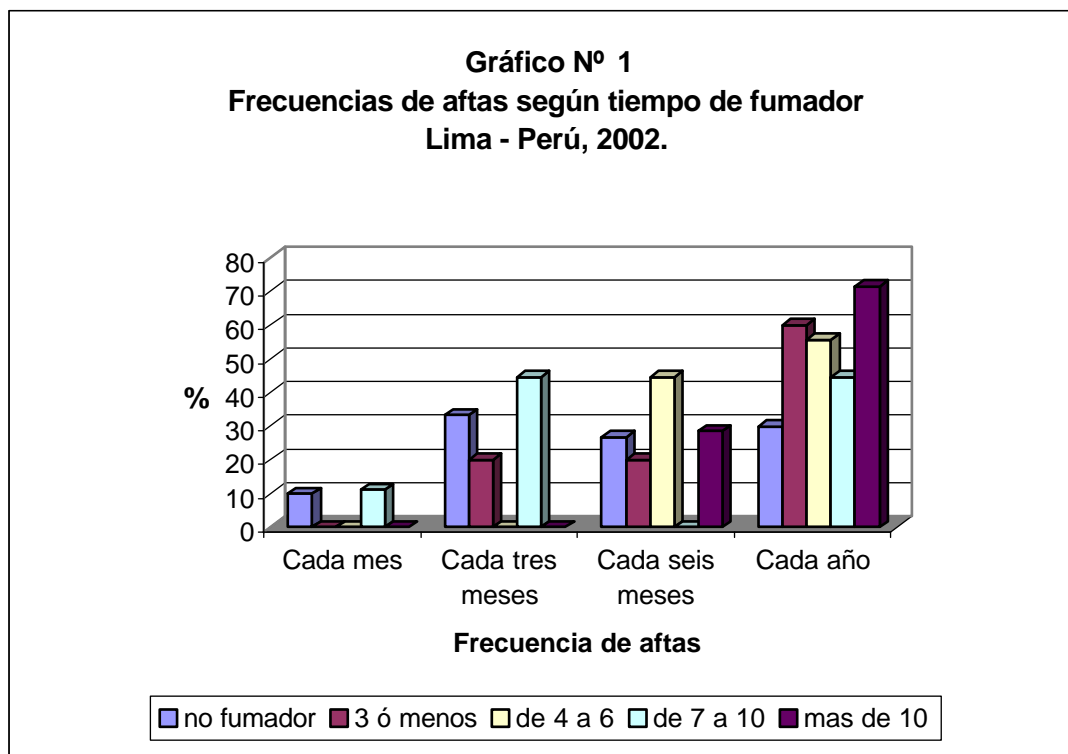
Cuadro N° 1
Frecuencia de aftas según tiempo de fumador.

Frecuencia de aftas	tiempo de fumador en años										TOTALES
	no fumador		3 ó menos		de 4 a 6		de 7 a 10		mas de 10		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Cada mes	3	10.0	0	0.0	0	0.0	1	11.1	0	0.0	4
Cada tres meses	10	33.3	1	20.0	0	0.0	4	44.4	0	0.0	15
Cada seis meses	8	26.7	1	20.0	4	44.4	0	0.0	2	28.6	15
Cada año	9	30.0	3	60.0	5	55.6	4	44.4	5	71.4	26
Total	30	100	5	100	9	100	9	100	7	100	60

Chi cuadrado = 15.3

p= 0,22 No significativo.

El valor de p es mayor al 0,05 por lo tanto no existe una relación entre ambas variables



Se aprecia que la mayoría de pacientes presentan lesiones aftosas cada año

En el Cuadro No 2 también se presenta la frecuencia de aftas, pero esta vez la muestra se dividió según el número de cigarros fumados por día. Los grupos formados fueron: no fumadores y fumadores que consumen menos de 5, 6 a 10, de 11 a 20 y más de 20 cigarros por día. Las frecuencias de aparición de aftas tomadas también fueron de cada mes, cada tres meses, cada seis meses y cada año.

Los datos para los no fumadores son los mismos que en el cuadro anterior, pero su presencia es necesaria para fines comparativos. El grupo de fumadores que consumen más de 20 cigarros al día no tuvo población.

Los fumadores que consumen 5 cigarros o menos no presentaron frecuencia de aftas cada mes, el 20% tuvo una frecuencia de aftas cada tres meses, otro 20% cada seis meses y el 60% restante tenía aftas con frecuencia anual. Los fumadores que consumen de 6 a 10 cigarros tampoco tuvieron frecuencia de aftas cada mes, el 14.3% presentaban aftas cada tres meses, el 28.6% cada seis meses y el 57.1% una vez al año. Para los fumadores que consumen de 11 a 20 cigarros las frecuencias de aftas tuvieron los siguientes porcentajes: cada mes 12.5%, cada tres meses 12.5%, cada seis meses 25% y cada año 50%.

Comparando los grupos usando la prueba Chi cuadrado se encontró que no había diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($p=0.639>0.05$).

En el Gráfico No 2 se observa que la tendencia es la misma que en gráfico No 1, es decir los grupos de fumadores se concentra en la menor frecuencia de aftas.

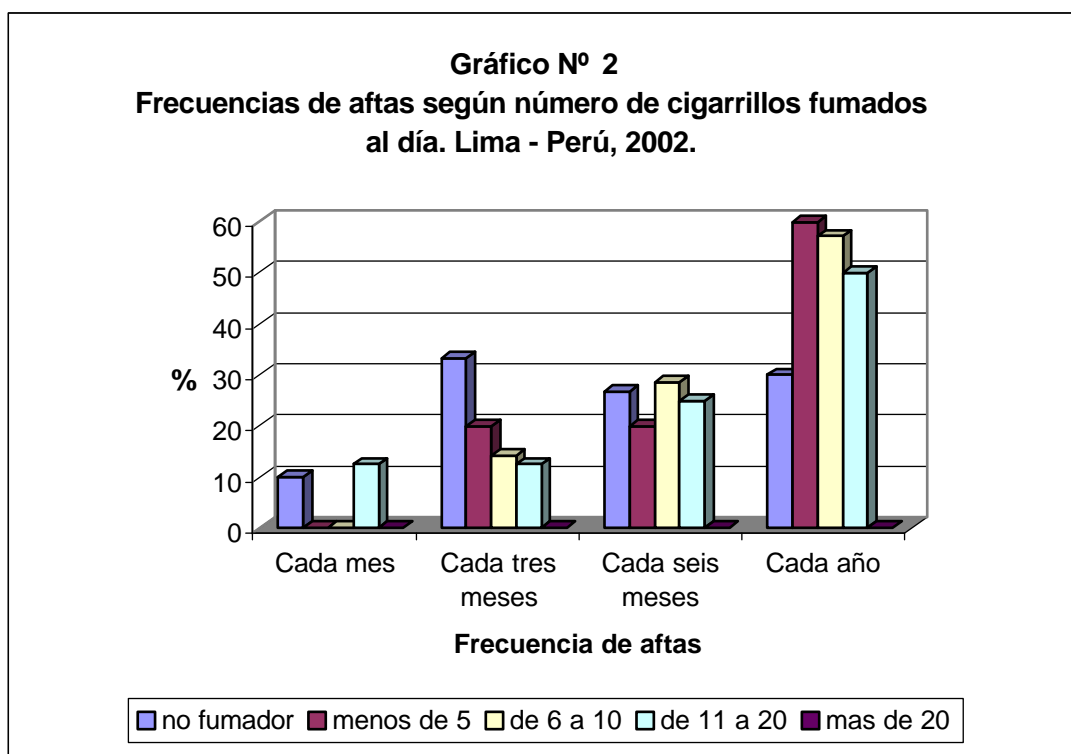
Cuadro N° 2

Frecuencia de aftas según cantidad de cigarrillos fumados al día.

Frecuencia de aftas	Número de cigarrillos fumados al día										TOTALES
	no fumador		menos de 5		de 6 a 10		de 11 a 20		mas de 20		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Cada mes	3	10.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	0	0.0	4
Cada tres meses	10	33.3	3	20.0	1	14.3	1	12.5	0	0.0	15
Cada seis meses	8	26.7	3	20.0	2	28.6	2	25.0	0	0.0	15
Cada año	9	30.0	9	60.0	4	57.1	4	50.0	0	0.0	26
Total	30	100	15	100	7	100	8	100	0	0	60

Chi cuadrado = 6.98
 p= 0.64 No significativo

El valor de p es mayor al 0,05 por lo tanto no existe una relación entre ambas variables



Se aprecia que el mayor número de fumadores presentan lesiones aftosas cada año

En el cuadro Nro. 3 presentamos la frecuencia de aftas según el nivel de estrés cognoscitivo, para lo cual dividimos la muestra en grupos por el nivel de estrés cognoscitivo alcanzado según la escala siguiente: nada, poco, regular, mucho y bastante. El grupo de nivel de estrés bastante no tuvo muestra.

Para los no estresados, nivel nada, no hubo muestra con frecuencia de aftas mensual, el 31.6% presentaban aftas cada 3 meses, el 10.5 cada 6 meses y el 57.9% cada año. El grupo de poco nivel de estrés cognoscitivo presentó el 4.8% con aftas cada mes, 14.3% con aftas cada 3 meses, 33.3 con aftas cada 6 meses y 47.6 con frecuencia de aftas anual.

En el nivel de estrés cognoscitivo regular el 13.3% presentó aftas mensualmente, el 26.7% cada 3 meses, otro 26.7% cada 6 meses y el 33.3% una vez al año. En el grupo de mucho estrés el 20% presentaba aftas cada mes, el 40% cada 3 meses, otro 40% cada 6 meses y nadie cada año.

En la prueba Chi cuadrado los grupos resultaron no teniendo diferencias estadísticamente significativa ($p=0.233>0.05$)

En el Gráfico No 3 las tendencias de todos los grupos son irregulares, pero se puede notar que los grupos de menor estrés concentran la mayor parte de su muestra en las frecuencias menores (6 meses y 1 año)

Cuadro N° 3

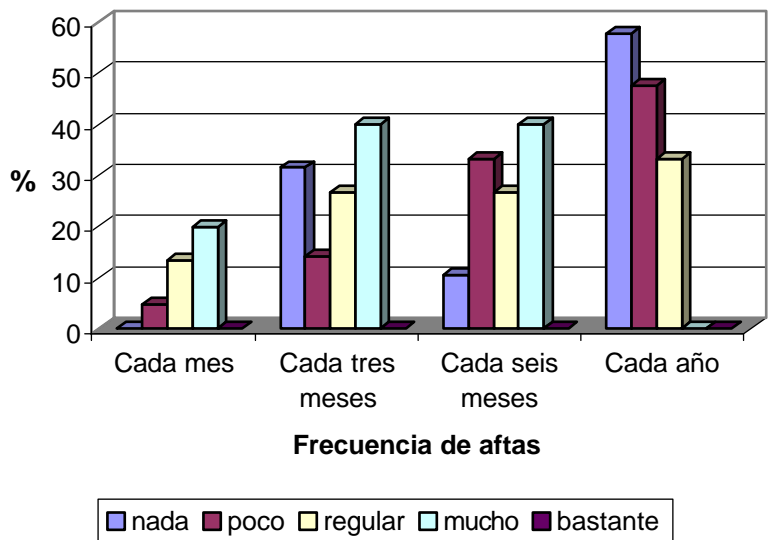
Frecuencia de aftas según condición de estrés cognocitivo.

Frecuencia de aftas	Nivel de estrés cognocitivo										TOTALES
	nada		poco		regular		mucho		bastante		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Cada mes	0	0.0	1	4.8	2	13.3	1	20.0	0	0.0	4
Cada tres meses	6	31.6	3	14.3	4	26.7	2	40.0	0	0.0	15
Cada seis meses	2	10.5	7	33.3	4	26.7	2	40.0	0	0.0	15
Cada año	11	57.9	10	47.6	5	33.3	0	0.0	0	0.0	26
Total	19	100	21	100	15	100	5	100	0	0	60

Chi cuadrado = 11.6
 p= 0,234 No significativo

El valor de p es mayor al 0,05 por lo tanto no existe una relación entre ambas variables

Gráfico N° 3
Frecuencias de aftas según nivel de estrés cognocitivo. Lima · Perú, 2002.



Se aprecia que el nivel de estrés cognocitivo presentan más casos de aftas con recurrencia anual.

El cuadro Nro. 4 es similar al anterior, en el se presenta la frecuencia de aftas en grupos de estrés somático similar, estos grupos tuvieron la siguiente escala: nada, poco, regular, mucho y bastante. En toda la muestra no se encontró a nadie en los niveles de estrés somático mucho y bastante.

En el nivel de estrés somático nada, ningún individuo tuvo frecuencia de aftas de 1 mes, el 19.4 tenía aftas cada 3 meses, otro 19.4 cada 6 meses y el 61.3% cada año. Para el nivel de estrés poco la muestra se dividió en 10% con frecuencia de aftas de 1 mes, 25% cada 3 meses, 30% cada 6 meses y 35% cada año. Los que tuvieron un nivel de estrés somático regular presentaron frecuencia de aftas mensual el 22.2%, cada 3 meses el 44.4% y cada 6 meses el 33.3%.

En la prueba Chi cuadrado se encontró que si había diferencias estadísticamente significativas en los grupos ($p = 0.02 < 0.05$).

En el Gráfico No 4 se aprecia claramente que el grupo de menor nivel de estrés tiene la mayor parte de sus elementos con la menor frecuencia de aftas, que es de 1 año, mientras que los de estrés poco y regular concentran la mayor parte de su muestra en las frecuencias de 3 y 6 meses.

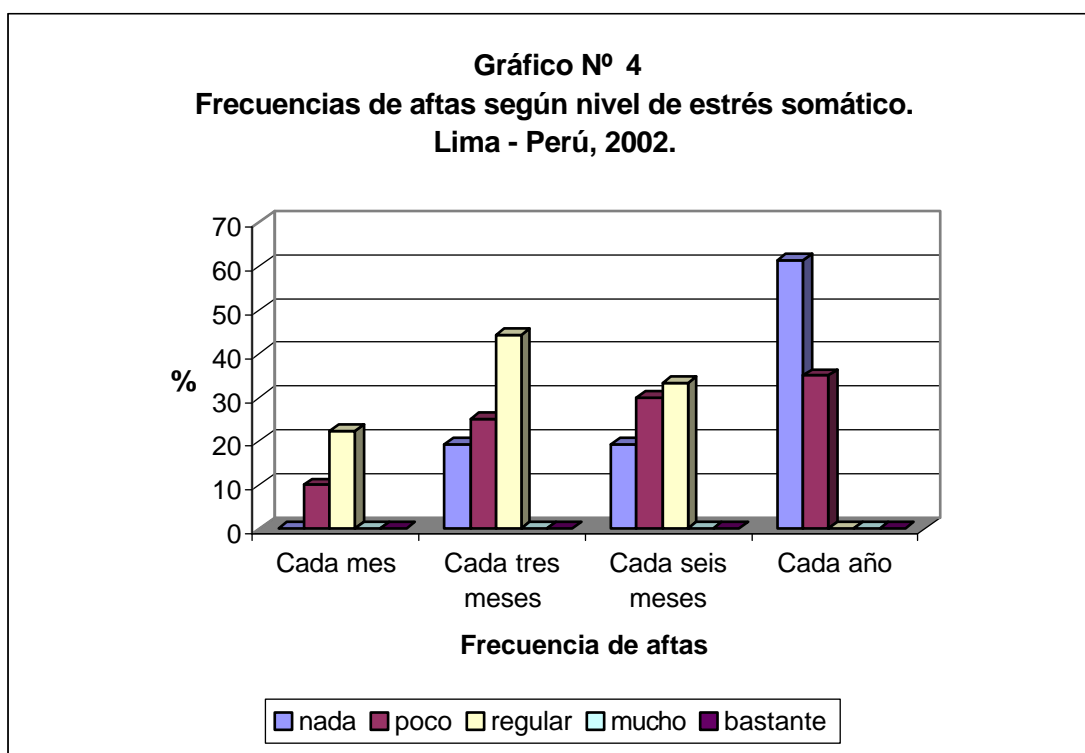
Cuadro Nº 4

Frecuencia de aftas según condición de estrés somático.

Frecuencia de aftas	Nivel de estrés somático										TOTALES
	nada		poco		regular		mucho		bastante		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Cada mes	0	0.0	2	10.0	2	22.2	0	0.0	0	0.0	4
Cada tres meses	6	19.4	5	25.0	4	44.4	0	0.0	0	0.0	15
Cada seis meses	6	19.4	6	30.0	3	33.3	0	0.0	0	0.0	15
Cada año	19	61.3	7	35.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	26
Total	31	100	20	100	9	100	0	0	0	0	60

Chi cuadrado = 15.79
 p= 0,022 Es significativo

El valor de p es menor a 0,05 por lo tanto existe una relación entre ambas variables



Se aprecia que el nivel de estrés somático presentan más casos de aftas con recurrencia anual.

En el cuadro No 5 presentamos el tipo de lesión aftosa según el tiempo de fumador. Los tipos de lesiones consideradas fueron menor, mayor y herpetiforme y la muestra se agrupó en, no fumadores y fumadores, tabaquismo de menos de 3 años, de 4 a 6 años, de 7 a 10 años y mas de 10 años.

En todos los grupos se encontró que predominaba la lesión aftosa menor con más del 75% de la muestra, siendo el 100% en los fumadores de menos de 3 años. La lesión herpetiforme sólo se presentó en los no fumadores con 3.3%.

Al someter los grupos a la prueba Chi cuadrado no se encontraron diferencia estadísticamente significativas entre ellos ($p=0.953>0.05$).

En el Gráfico No 5 se puede apreciar lo similares que son los 5 grupos y la casi nula presencia de la lesión aftosa herpetiforme.

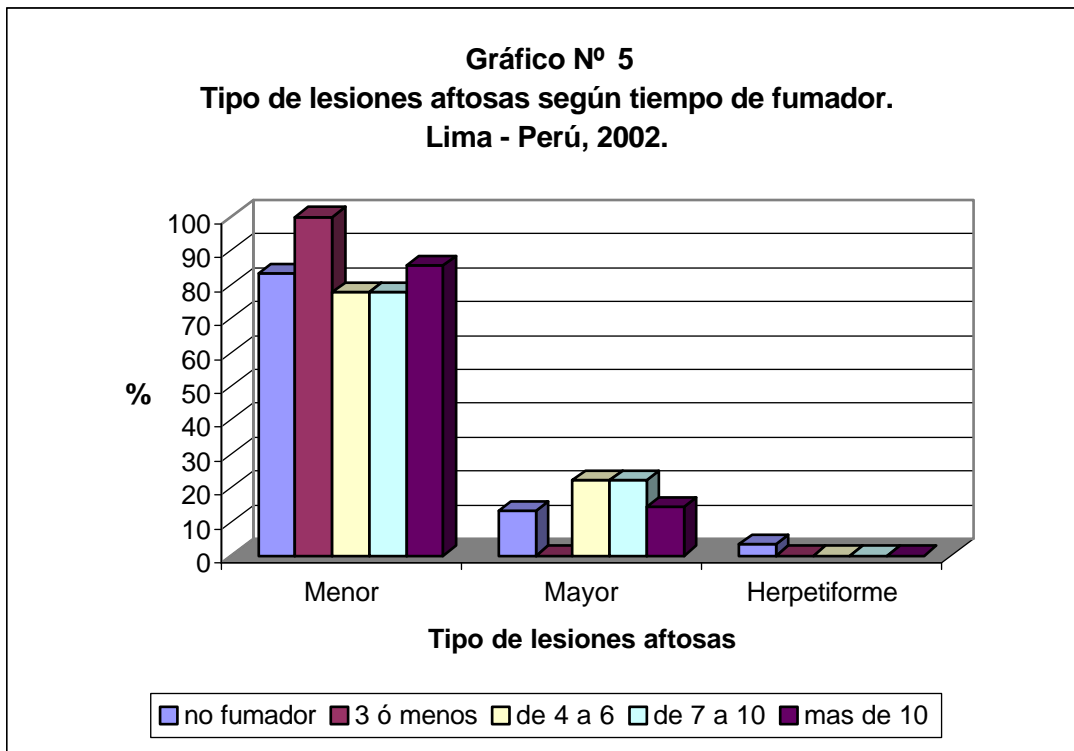
Cuadro N° 5

Tipo de lesiones aftosas según tiempo de fumador.

Tipo de lesiones aftosas	tiempo de fumador en años										TOTALES
	no fumador		3 ó menos		de 4 a 6		de 7 a 10		mas de 10		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Menor	25	83.3	5	100.0	7	77.8	7	77.8	6	85.7	50
Mayor	4	13.3	0	0.0	2	22.2	2	22.2	1	14.3	9
Herpetiforme	1	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
Total	30	100	5	100	9	100	9	100	7	100	60

Chi cuadrado = 2.67
 p= 0.95 No significativo

El valor de p es mayor al 0,05 por lo tanto no existe una relación entre ambas variables



La mayor frecuencia de lesiones aftosas son lesiones menores y se observa en pacientes no fumadores

En el cuadro No 6 presentamos el tipo de lesión aftosa según el número de cigarrillos consumidos al día. Al igual que en el cuadro anterior los tipos de lesiones consideradas fueron: menor, mayor y herpetiforme. Esta vez la muestra se agrupó en: no fumadores y fumadores que consumen menos de 5, de 6 a 10, de 11 a 20 y más de 20 cigarrillos por día. No hubo fumadores que consuman más de 20 cigarrillos diarios.

Todos los grupos tuvieron más del 75% de su muestra en el tipo de lesión menor.

El grupo que tuvo mayor porcentaje de lesión aftosa mayor fue el de fumadores que consumen de 11 a 20 cigarrillos diarios con un 75 %. Se repite el dato de los fumadores con el 3.3% de lesión herpetiforme.

A la prueba Chi cuadrado los grupos no presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.944>0.05$).

En el Gráfico No 6 se puede apreciar bien la similitud de los grupos.

Cuadro Nº 6

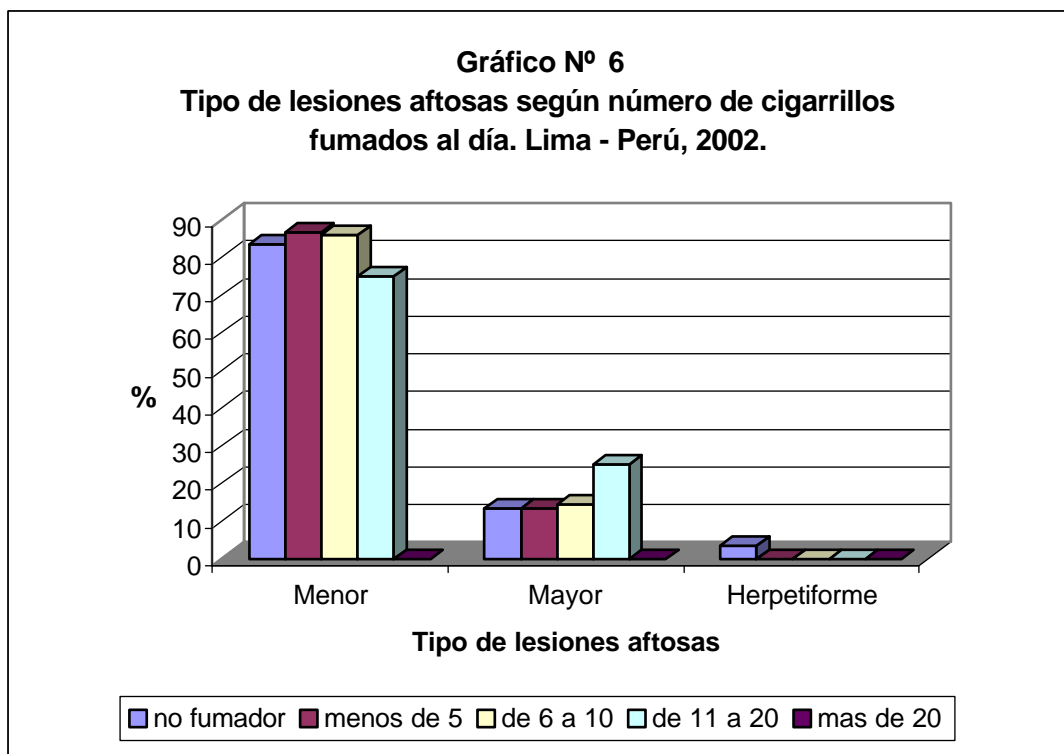
Tipo de lesiones aftosas según número de cigarrillos fumados al día.

Tipo de lesiones aftosas	Número de cigarrillos fumados al día										TOTALES
	no fumador		menos de 5		de 6 a 10		de 11 a 20		mas de 20		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Menor	25	83.3	13	86.7	6	85.7	6	75.0	0	0.0	50
Mayor	4	13.3	2	13.3	1	14.3	2	25.0	0	0.0	9
Herpetiforme	1	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
Total	30	100	15	100	7	100	8	100	0	0	60

Chi cuadrado = 1.71

p= 0.94 No significativo

El valor de p es mayor al 0,05 por lo tanto no existe una relación entre ambas variables



La mayor frecuencia de lesiones aftosas son lesiones menores y se observa en todos los niveles de fumador

En el cuadro No 7 se presentan el tipo de lesión aftosa según el nivel de estrés cognoscitivo. Los tipos de lesiones consideradas fueron: menor, mayor y herpetiforme. Los niveles de estrés cognoscitivo tomados fueron: nada, poco, regular, mucho y bastante. El nivel de estrés cognoscitivo bastante no tuvo muestra.

Para los niveles nada, poco y regular acumularon la mayor parte de su muestra en el tipo de lesión menor con 100%, 90.5% y 66.7% respectivamente. Sólo en el nivel de estrés mucho el porcentaje de lesiones mayores superó al de lesiones menores (40% contra 60%).

El tipo de lesión herpetiforme sólo estuvo presente en el grupo de poco estrés cognoscitivo con 4.8%.

En la prueba Chi Cuadrado los grupos tuvieron diferencia estadísticamente significativas ($p=0.004<0.05$).

En el gráfico No 7 se puede apreciar que la tendencia del grupo de mucho estrés cognoscitivo es diferente al de los otros tres grupos que tuvieron muestra.

Cuadro Nº 7

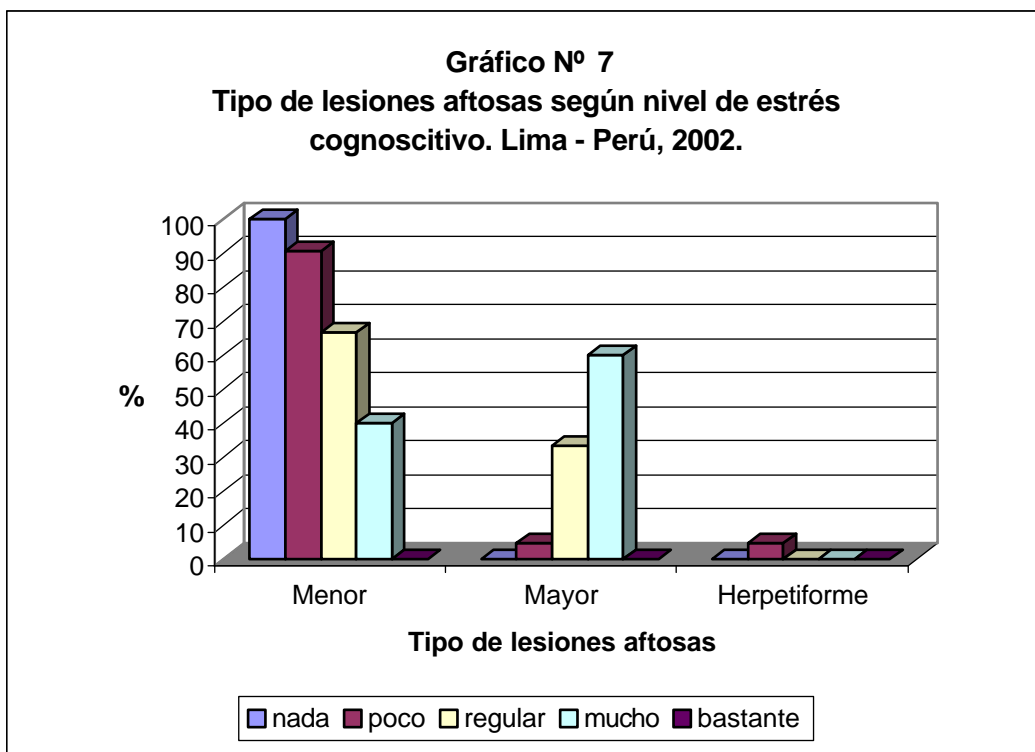
Tipo de lesiones aftosas según nivel de estrés cognoscitivo.

Tipo de lesiones aftosas	Nivel de estrés cognoscitivo									
	nada		poco		regular		mucho		bastante	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Menor	19	100.0	19	90.5	10	66.7	2	40.0	0	0.0
Mayor	0	0.0	1	4.8	5	33.3	3	60.0	0	0.0
Herpetiforme	0	0.0	1	4.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	19	100	21	100	15	100	5	100	0	0

Chi cuadrado = 18.7

p= 0.0047 Es significativo

El valor de p es menor a 0,05 por lo tanto existe una relación entre ambas variables



Se aprecia una mayor prevalencia de las aftas menores en casi todos los niveles de estrés cognoscitivo

En el cuadro No 8 se presentan el tipo de lesión aftosa según el nivel de estrés somático. Los tipos de lesiones consideradas fueron: menor, mayor y herpetiforme. Los niveles de estrés somático tomados fueron: nada, poco, regular, mucho y bastante. Los niveles de estrés somático mucho y bastante no tuvieron muestra.

Los tres grupos que presentaron muestra tuvieron el mayor porcentaje en el tipo de lesión aftosa menor (nada 96.8%, poco 70% y regular 66.7%), siendo esto mas notorio en el grupo de nivel de estrés somático nada.

El tipo de lesión aftosa mayor tuvo al 3.2% de los individuos de nivel de estrés somático nada, 25% de los de poco y 33.3% de los de nivel de estrés regular.

El tipo de lesión aftosa herpetiforme solo estuvo presente en el 5% de los individuos con nivel de estrés poco.

Sometidos a la prueba Chi Cuadrado los grupos presentaron diferencia estadísticamente significativas ($p=0.047<0.05$).

En el gráfico No 8 se aprecia claramente la diferencia del grupo de nivel de estrés somático nada con los otros dos grupos.

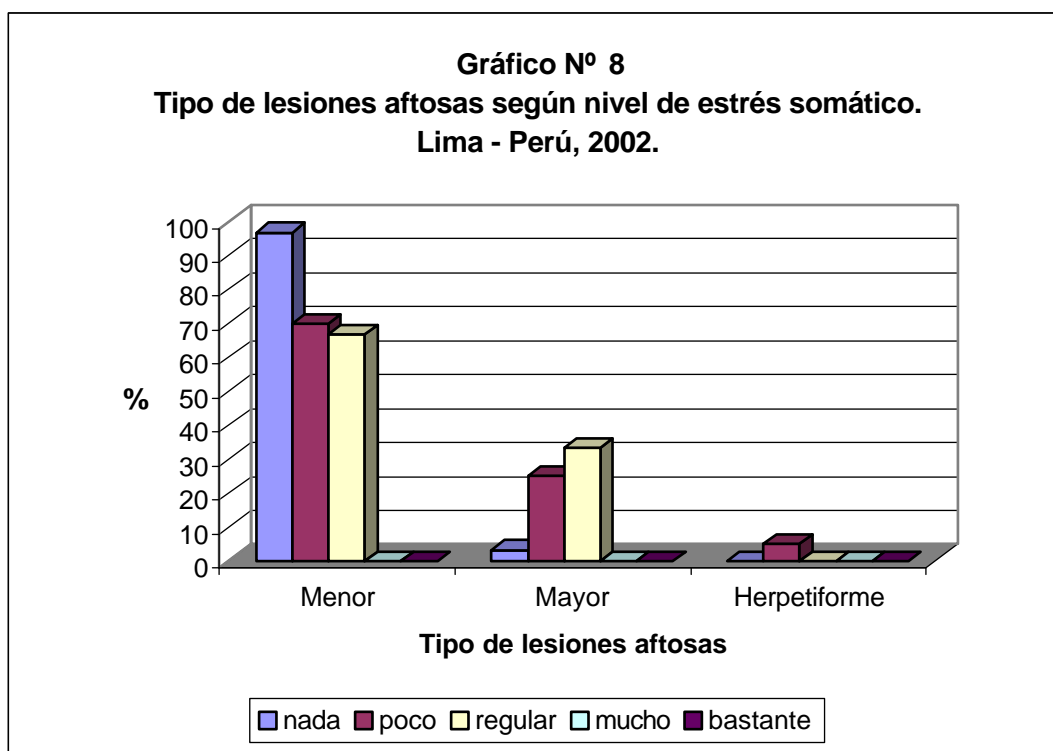
Cuadro Nº 8

Tipo de lesiones aftosas según nivel de estrés somático.

Tipo de lesiones aftosas	Nivel de estrés somático										TOTALES
	nada		poco		regular		mucho		bastante		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Menor	30	96.8	14	70.0	6	66.7	0	0.0	0	0.0	50
Mayor	1	3.2	5	25.0	3	33.3	0	0.0	0	0.0	9
Herpetiforme	0	0.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
Total	31	100	20	100	9	100	0	0	0	0	60

Chi cuadrado = 9.61
 p= 0.047 Es significativo

El valor de p es menor a 0,05 por lo tanto existe una relación entre ambas variables



Se aprecia una mayor prevalencia de las aftas menores en casi todos los niveles de estrés somático.

En el Cuadro No 9 presentamos la localización de las lesiones aftosas en la cavidad bucal de los integrantes de la muestra. Las zonas de que se consideraron fueron: mucosa labial, mucosa yugal, lengua, piso de boca, paladar duro y paladar blando.

Se debe resaltar que había individuos que presentaban aftas en más de una zona, por lo cual la suma de los porcentajes no es 100%.

La zona que alcanzó mayor porcentaje fue la mucosa labial con 92%, seguida de la mucosa yugal con un 36%.

Los porcentajes alcanzados por los otros grupos fueron: lengua 14%, piso de boca 26%, paladar duro 4% y paladar blando 6%.

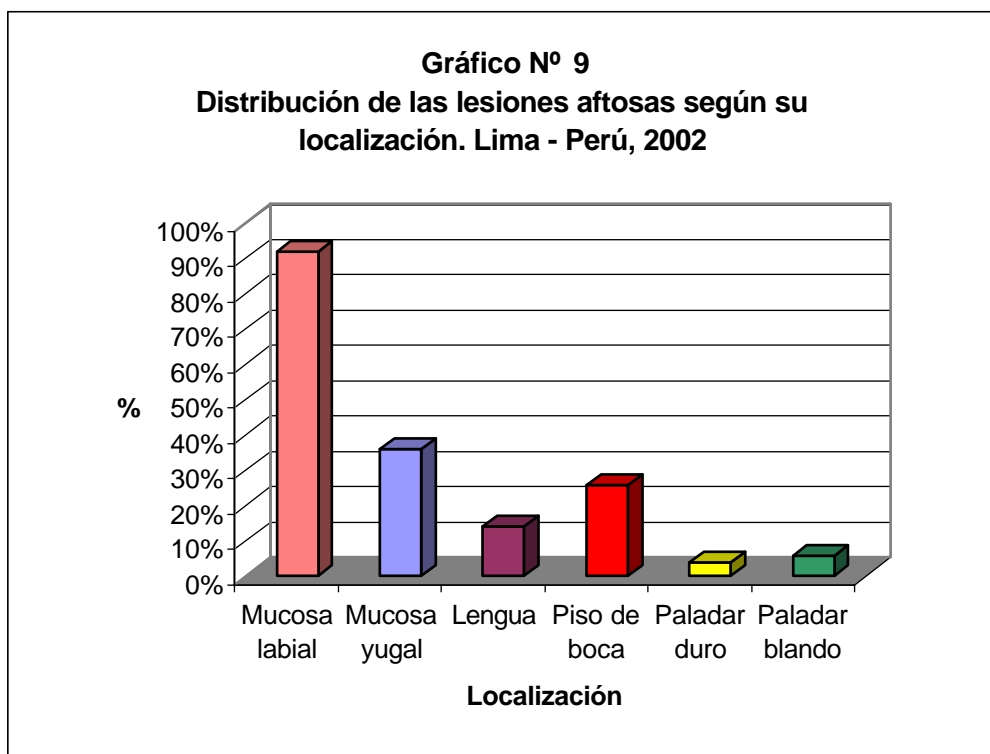
En el gráfico No 9 se nota el gran porcentaje de lesiones localizadas en la mucosa labial y la poca prevalencia de estas lesiones en el paladar.

Cuadro Nº 9

Distribución de las lesiones aftosas según su localización en la cavidad bucal.

Localización de las lesiones aftosas	casos encontrados	porcentaje (*)
Mucosa labial	46	92%
Mucosa yugal	18	36%
Lengua	7	14%
Piso de boca	13	26%
Paladar duro	2	4%
Paladar blando	3	6%
Total de muestra	50	100%

* el porcentaje se ajusta al total de lesiones



Se observa una mayor prevalencia de lesiones a nivel de la mucosa bucal

En el Gráfico No 10 se presenta la frecuencia de aftas según la edad del paciente. Los grupos etáreos formados fueron de 20 años o menos, de 21 a 30 años, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años y mas de 50 años. Las frecuencias de aftas referidas son: 1 mes, 3 meses, 6 meses y 1 año.

En el grupo de 20 años o menos no hubo muestra con frecuencia de aftas de 1 mes, la frecuencia de 3 meses tuvo un porcentaje de 22.2%, la de 6 meses de 33.3% y la de un año de 44.4%. En el grupo de 21 a 30 años el 7.1% tuvo frecuencia de 1 mes, 25% de 3 meses, 21.4 de seis meses y un mayoritario 46.4 un año. El grupo de 31 a 40 años dividió su muestra en 10% con frecuencia de 1 mes y 3 segmentos de 30% cada uno con frecuencias de 3 meses, 6 meses y 1 año. Los de 41 a 50 años no tuvieron muestra de frecuencia de aftas mensual, la frecuencia de 3 meses alcanzó el 42.9% y las de 6 meses y un año alcanzaron 28.6% cada una. El grupo de mas de 50 años tuvo una frecuencia de aftas mayoritaria (66.7%) de un año, no hubo individuos con frecuencia de aftas de 3 meses y los grupos de frecuencias de 1 y 6 meses alcanzaron ambos un porcentaje de 16.7%.

En la prueba Chi Cuadrado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0.861>0.05$).

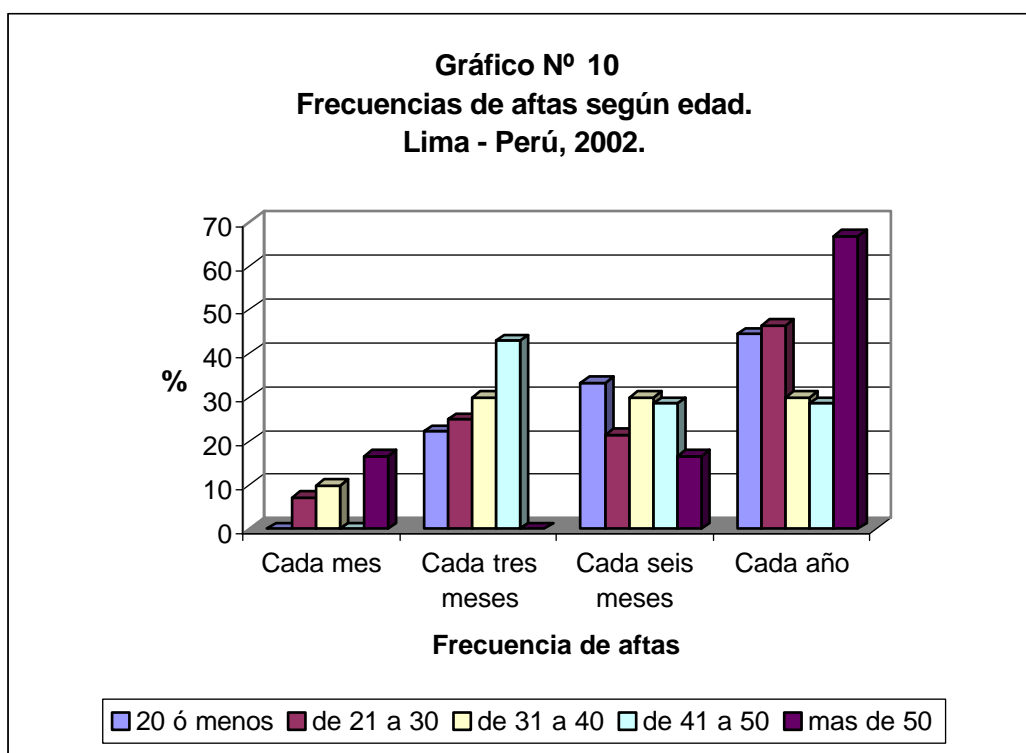
En el Gráfico No 10 se observa que la tendencia de los datos no es la misma para ninguno de los grupos.

Cuadro N° 10
Frecuencia de aftas según edad.

Frecuencia de aftas	edad										TOTALES
	20 ó menos		de 21 a 30		de 31 a 40		de 41 a 50		mas de 50		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Cada mes	0	0.0	2	7.1	1	10.0	0	0.0	1	16.7	4
Cada tres meses	2	22.2	7	25.0	3	30.0	3	42.9	0	0.0	15
Cada seis meses	3	33.3	6	21.4	3	30.0	2	28.6	1	16.7	15
Cada año	4	44.4	13	46.4	3	30.0	2	28.6	4	66.7	26
Total	9	100	28	100	10	100	7	100	6	100	60

Chi cuadrado = 6.94
 p= 0,86 No significativo

El valor de p es mayor al 0,05 por lo tanto no existe una relación entre ambas variables



Se observa un mayor número de casos en los pacientes entre 21 a 30 años de edad y están relacionados con un tiempo de recurrencia anual.

En el Cuadro No 11 presentamos la frecuencia de aftas según sexo. Las frecuencias de aftas referidas son: 1 mes, 3 meses, 6 meses y 1 año.

Para el sexo femenino la mayor frecuencia de aftas fue 3 meses (42.1%), el nivel de 1 mes no tuvo muestra y las frecuencias de 6 meses y un año tuvieron 26.3% y 31.6% respectivamente.

En el sexo masculino el porcentaje va aumentando con la disminución de la frecuencia, el 9.8% tuvo frecuencia de aftas de 1 mes, 17.1% de 3 meses, 24.4% de 6 meses y 48.8% de 1 año.

Realizada la prueba de Chi Cuadrado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($p=0.110>0.05$).

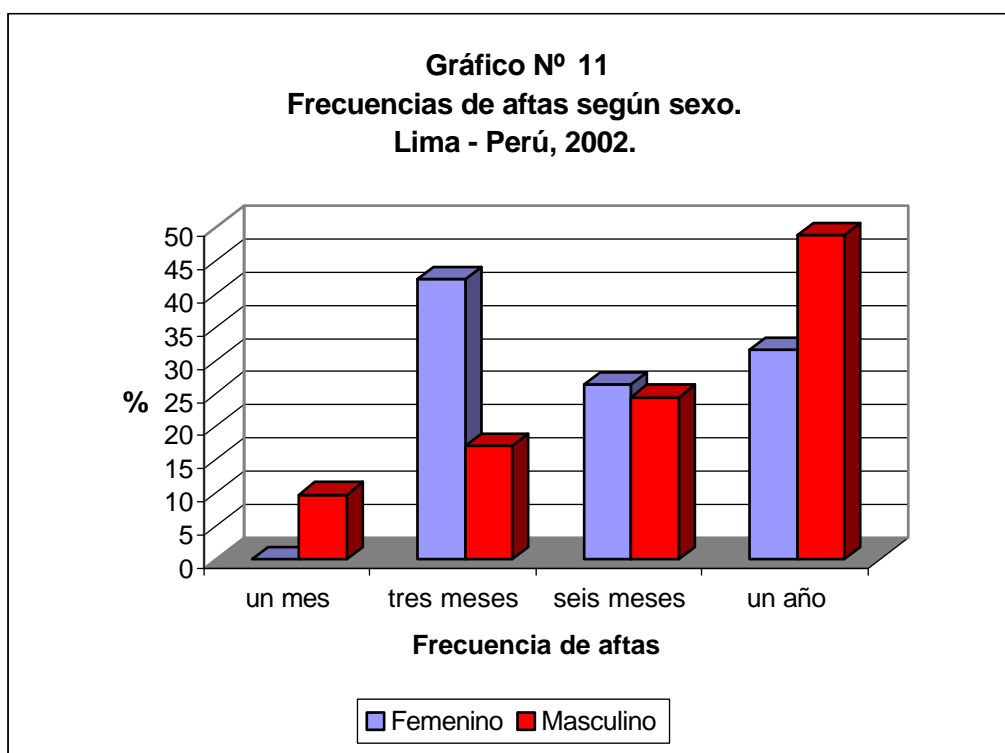
En el Gráfico No. 11 se nota claramente la tendencia creciente del sexo masculino e irregular del femenino.

Cuadro N° 11
Frecuencia de aftas según sexo.

Frecuencia de aftas	Sexo				TOTALES
	Femenino		Masculino		
	f	%	f	%	
un mes	0	0.0	4	9.8	4
tres meses	8	42.1	7	17.1	15
seis meses	5	26.3	10	24.4	15
un año	6	31.6	20	48.8	26
Total	19	100	41	100	60

Chi cuadrado 7,52
 p = 0,11 No es significativo

El valor de p es mayor al 0,05 por lo tanto no existe una relación entre ambas variables



Existe un mayor número de pacientes de sexo masculino que presentan una recurrencia de lesiones aftosas cada año.

En el cuadro No 12 se presentan el tipo de lesión aftosa según la edad. Los tipos de lesiones consideradas fueron: menor, mayor y herpetiforme. Los grupos etáreos fueron: de 20 años o menos, de 21 a 30 años, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años y más de 50 años.

En todos los casos el tipo de lesión prevalente fue la menor siendo el 100% en el grupo de mayores de 50 años y mas del 75% para el resto de grupos (77.8 para menos de 20 años, 82.1% para 21 a 30, 80% para 31 a 40 y 85.7% para 41 a 50).

Los porcentajes alcanzados en el tipo de lesión mayor fueron: 22.2% para menos de 20 años, 17.9% para 21 a 30, 10% para 31 a 40 y 14.3% para 41 a 50. Sólo hubo lesión herpetiforme en el grupo de 31 a 40 años (10%).

En la prueba Chi Cuadrado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.559>0.05$).

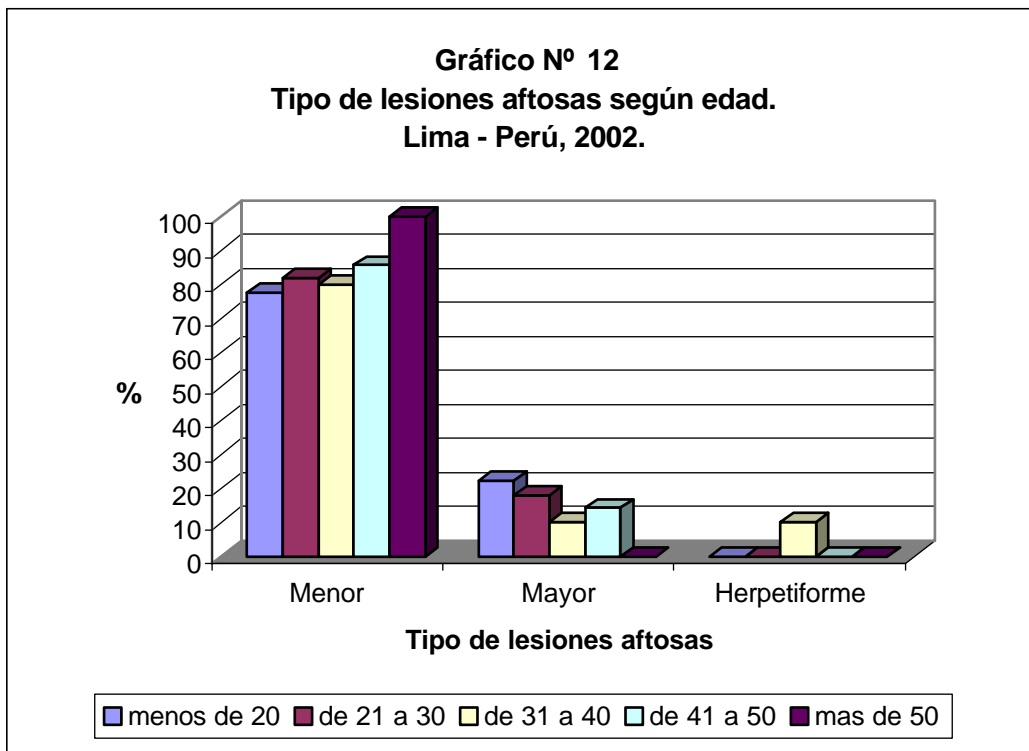
En el Gráfico No 12 se aprecia claramente la similitud de los grupos.

Cuadro Nº 12
Tipo de lesiones aftosas según edad.

Tipo de lesiones aftosas	edad										TOTALES
	menos de 20		de 21 a 30		de 31 a 40		de 41 a 50		mas de 50		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Menor	7	77.8	23	82.1	8	80.0	6	85.7	6	100.0	50
Mayor	2	22.2	5	17.9	1	10.0	1	14.3	0	0.0	9
Herpetiforme	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	1
Total	9	100	28	100	10	100	7	100	6	100	60

Chi cuadrado = 6.79
 p= 0.56 No significativo

El valor de p es mayor al 0,05 por lo tanto no existe una relación entre ambas variables



La mayoría de los pacientes presentaron lesiones aftosas menores en todos los niveles etareos

En el Cuadro No 13 presentamos el tipo de lesiones aftosas según sexo. Los tipos de lesiones considerados son: menor, mayor y herpetiforme.

Para el sexo femenino el 68.4 presentó lesiones del tipo menor, 31.6 del tipo mayor y nadie del tipo herpetiforme.

El sexo Masculino presentó mayoritariamente lesiones del tipo menor con 90.2%, 7.3% presentaron lesiones aftosas menores y 2.4% herpetiformes.

Realizada la prueba Chi Cuadrado para estos dos grupos se encontró que entre ellos había diferencias estadísticamente significativas ($p=0.042<0.05$).

En el Gráfico No 13 podemos observar que ambos grupos tienen más casos de lesiones del tipo menor, pero esta tendencia es marcada para el sexo masculino.

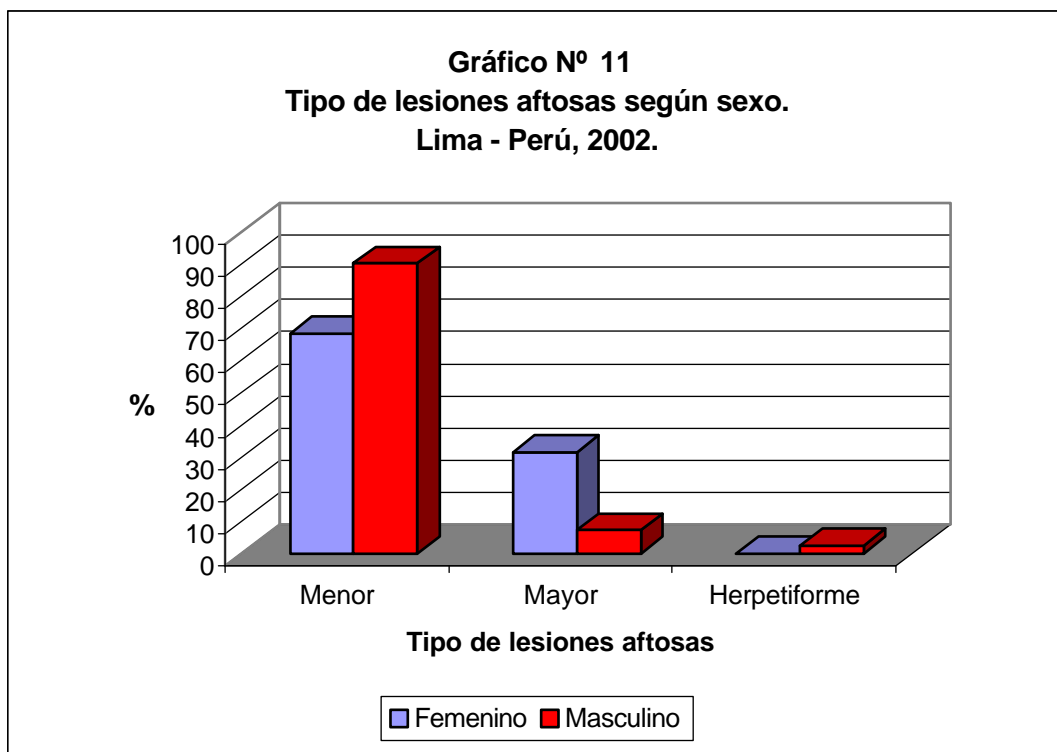
Cuadro Nº 13

Tipo de lesiones aftosas según sexo.

Tipo de lesiones aftosas	Sexo				TOTALES
	Femenino		Masculino		
	f	%	f	%	
Menor	13	68.4	37	90.2	50
Mayor	6	31.6	3	7.3	9
Herpetiforme	0	0.0	1	2.4	1
Total	19	100	41	100	60

Chi cuadrado = 6.3
 p= 0.42 No es significativo

El valor de p es mayor al 0,05 por lo tanto no existe una relación entre ambas variables



Tanto en los pacientes masculinos como femeninos se observó una mayor prevalencia de lesiones aftosas menores.

V. DISCUSSION

Presentado nuestros datos, debemos considerar en un primer nivel de análisis, la validez de nuestra metodología. La teoría establece que la aparición de lesiones aftosas recurrentes en la cavidad bucal tiene un origen multicausal, entre ellas señala al estrés. Para esta condición, nuestro estudio consideró un instrumento con doble medición (estrés cognoscitivo y estrés somático) para abarcarla ampliamente debido a que es un mecanismo muy complejo ya que implica interacción entre el organismo y el espíritu. Además las mediciones fisiológicas si bien pueden parecer, en la actualidad, insuficientes debido a que cada vez más personas tienen control sobre sus funciones fisiológicas en momentos de tensión, debido a la exigencia social, no debemos dejar de considerar a esta variable como un indicador válido. Consideremos también que el hábito de fumar tiene, en la condición del estrés, un papel importante pues la literatura científica reconoce los efectos que la nicotina tiene sobre el organismo, así como a nivel psicológico. **(7, 10, 13, 26, 29)**

Otro factor teórico a considerar es la doble relación que existe entre los cigarrillos y las lesiones ulcerativas, pues algunos indican un efecto de protección por el espesamiento de la mucosa y otros una alteración del proceso de cicatrización que favorece la aparición y la permanencia de estas lesiones **(2, 14, 27, 30, 38)**. Si consideramos la condición de microhemorragias y microtraumas a los que está sometida la mucosa bucal se podría pensar en una relación positiva entre estos factores tal y como lo señala la bibliografía revisada.

En ese sentido, establecimos una primera relación entre la presencia de aftas y el hábito de fumar. En el Cuadro Nro. 1 relacionamos la frecuencia de aftas y el tiempo de

fumador en años, observando que un mayor número de años de tabaquismo se relaciona con una menor frecuencia de aparición de aftas, es decir, la aparición de lesiones aftosas en ciclos de tiempo más prolongados tiene una relación positiva con los mayores años de tabaquismo. Reforzando esta primera asociación tenemos el Cuadro Nro. 2 que relaciona la frecuencia de aftas y el número de cigarrillos fumados por día. Observamos la misma relación. Estos datos se sustentan en las bases teóricas encontradas en Internet: “El tabaco parece prevenir la aparición de estomatitis aftosas” **(32)** “El fumar provoca un espesamiento de la mucosa que parece tornarse más resistente a la penetración de agentes desencadenantes del afta.” **(14)**

A la prueba estadística Chi cuadrado no se presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Siguiendo esta relación los Cuadros 5 y 6 relacionan el tipo de lesiones aftosas con el tabaquismo. En este caso el mayor número de años de fumador se relaciona mayormente con el afta tipo “menor” y “mayor”. Debemos señalar que el afta tipo menor ha sido la de mayor prevalencia en la casuística de casos confirmando lo señalado en la bibliografía **(7, 8, 14, 20, 27, 31, 34, 38)**. A la prueba estadística Chi cuadrado no se presentó significancia estadística.

Medir el estrés nos ha permitido aclarar mejor la asociación ya establecida entre aftas y tabaquismo, así tenemos que en el Cuadro 3 y 4 se relaciona la frecuencia de aftas, el nivel de estrés cognoscitivo y somático respectivamente, para ambos casos se observa una relación discreta positiva entre una menor frecuencia de lesiones aftosas y

un mayor nivel de estrés. Otro dato a mencionar es la ausencia de casos en el nivel “mucho” y “bastante” del estrés somático, mientras que para el estrés cognoscitivo se alcanza 5 casos en el nivel “mucho”, lo que indica un cierto control de nuestras reacciones fisiológicas tal y como lo habíamos inferido de las condiciones sociales de nuestra realidad; a esto se agrega que los pacientes presentan, para ambos tipos de estrés, niveles bajos: “nada” y “poco”. Sobre este aspecto debemos tener presente la capacidad de procesar emociones y que interviene en la medición del estrés cognoscitivo. También debemos tener muy presente que las lesiones aftosas es una forma de somatización del estrés, deducimos por lo tanto que el Cuadro Nro. 4 nos ofrece un mayor acercamiento a la relación entre el estrés y la frecuencia de lesiones aftosas, observando los valores porcentuales de este cuadro los mayores niveles de frecuencia se relacionan con los mayores niveles de estrés. Esta última relación confirma empíricamente su condición de factor causal. A la prueba estadística se encuentra una diferencia estadísticamente significativa para el Cuadro Nro. 4.

En los Cuadros 7 y 8 se observa una relación positiva y discreta interesante, especialmente, en el Cuadro Nro. 8 (tipo de lesión aftosa / estrés somático) pues el tipo de lesión menor se relaciona con un mayor nivel de estrés. Esta relación ofrece significancia estadística.

Los resultados obtenidos en el Cuadro Nro. 9 al 12 se derivan de una serie de variables intervinientes consideradas en nuestro estudio. Como la localización, en donde se confirma que la mucosa labial es la región anatómica en donde se observa la mayor prevalencia (72%) en comparación con otras regiones. La menor prevalencia se observó

en el paladar duro y blando (4% cada uno), esto se confirma con la bibliografía revisada.
(7, 20, 34)

La edad es un factor de importancia en nuestro estudio pues nuestra experiencia señala que a una mayor edad se presenta una menor aparición de lesiones ulcerativas, es así que se considera dividir a nuestra muestra en grupos etáreos de 10 años, ofreciendo dificultad el encontrar pacientes de 41 a 50 años y de más de 50 años que presenten estas lesiones.

El comportamiento de la edad con respecto a la frecuencia de aftas no guarda una relación muy definida observándose en los dos primeros grupos etáreos (< igual a 20 y 21-30) una mayor relación porcentual con la frecuencia “un año” mientras que en los otros grupos se relaciona mayormente con la frecuencia de “tres meses”. Como en las condiciones etáreas intervienen un sinnúmero de situaciones que podrían influenciar en mayor o menor grado la aparición de úlceras (por ejemplo: nivel educativo, nivel socioeconómico, etc.) no es posible establecer una relación definitiva. Igualmente al relacionar el tipo de lesión aftosa y grupos etáreos (Cuadro Nro. 12) observamos que la afta ‘menor’ es predominante.

Con respecto al sexo (Cuadros Nro. 11 y Nro. 13) se observó un dato muy interesante, el grupo masculino fue el único que presentó casos en la frecuencia de aftas ‘un mes’ (Cuadro Nro. 11: 4 casos - 9,8%), esta relación se puede explicar a que los varones tienden a somatizar más sus emociones debido al rol protagónico que, en nuestro medio, generalmente ocupa, por lo tanto un mayor nivel de estrés cognoscitivo

puede ser el factor desencadenante de apariciones mensuales de aftas. Con respecto al tipo de lesión fue parecido para ambos grupos.

Finalmente, en una síntesis de lo estudiado, creemos que en la coyuntura de ambas condiciones, estrés y tabaquismo, este último tiene un efecto mayor que beneficia con una disminución de la prevalencia de lesiones aftosas, además a medida que pasa el tiempo el efecto de adaptación al estrés tiende a mejorar es decir que cada vez nos encontramos frente a situaciones estresantes que manejamos mucho mejor, por lo tanto, el estrés como factor causal queda disminuido frente al hábito de fumar que se mantiene constantemente. Esta característica al relacionar las variables se podría haber estudiado mucho mejor en un estudio longitudinal, sin embargo, creemos que los resultados de nuestro estudio servirán de base para investigaciones más sofisticadas.

Sobre los resultados de nuestra investigación podemos inferir sobre la hipótesis de trabajo que esta debe ser modificada: **“Las lesiones aftosas en la cavidad bucal tiene una relación directa con un mayor nivel de estrés somático y no tiene una relación con el estrés cognoscitivo y el grado de tabaquismo.”**

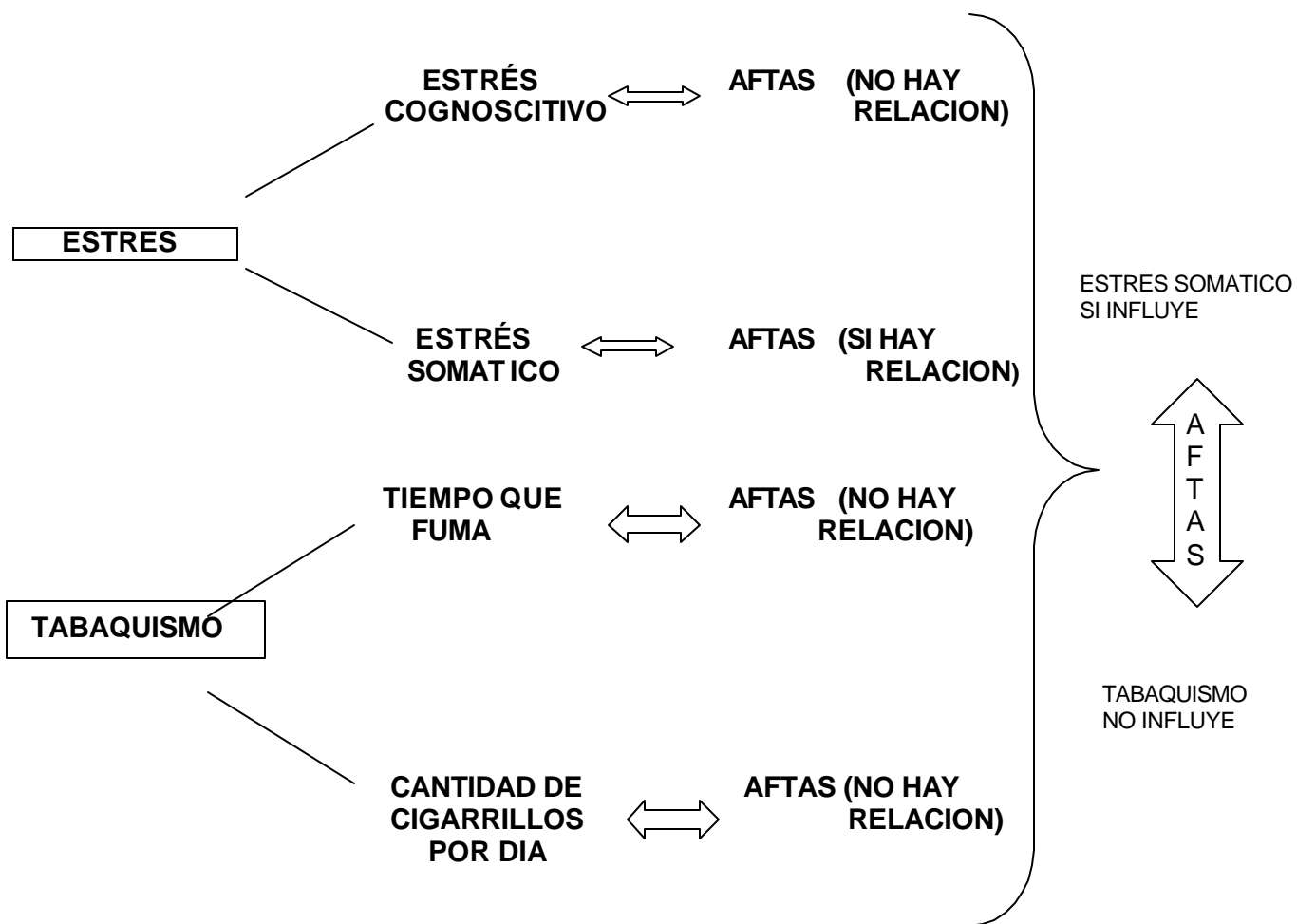
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES.

- La lesión aftosa predominante en la cavidad bucal fue la de tipo “menor” y su ubicación más frecuente fue en la mucosa labial.
- La presencia del hábito de tabaquismo (tiempo de fumador y número de cigarrillos) no tiene una relación con la mayor o menor frecuencia de lesiones aftosas en la mucosa bucal.
- El nivel de estrés cognoscitivo no tiene una relación con la menor o mayor frecuencia de lesiones aftosas en la mucosa bucal.
- El nivel de estrés somático tiene una relación directa con la frecuencia de lesiones aftosas en la mucosa bucal. A un mayor nivel de estrés somático corresponde una mayor frecuencia de lesiones aftosas.
- La presencia del hábito de tabaquismo (tiempo de fumador y número de cigarrillos) no tiene una relación con el tipo de lesiones aftosas (menor, mayor y herpetiforme) en la mucosa bucal.
- El nivel de estrés cognoscitivo tiene una relación directa con la lesión aftosa de tipo “menor”. Siendo estadísticamente significativo.
- El nivel de estrés somático guarda una relación directa con en el tipo de lesiones aftosas presentes en la cavidad bucal. A un mayor nivel de estrés somático corresponde una mayor prevalencia de la lesión aftosa de tipo mayor.
- La edad no guarda relación en la frecuencia y en el tipo de lesiones aftosas de la mucosa bucal.
- El sexo no tiene una relación con la frecuencia y el tipo de lesiones aftosas; sin embargo en individuos de sexo masculino el porcentaje de aftas menores es mayor

que en las féminas y las aftas mayores tienen mayor porcentaje en las mujeres que en los hombres.

RESUMEN ESQUEMÁTICO DEL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION



RECOMENDACIONES

- Realizar estudios de corte transversal en el estudio del estrés dada su gran complejidad y considerando la prevalencia de lesiones aftosas.
- Relacionar la aparición de lesiones aftosas recurrentes con otras variables como alimentación, hábitos bucales, etc.
- Relacionar la aparición de lesiones aftosas con otras condiciones sistémicas como la desnutrición en sus diferentes grados de severidad.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación existente entre el estrés y el tabaquismo con la estomatitis aftosa recurrente. Se tomó una muestra total de sesenta (60) pacientes de ambos sexos con una edad promedio de 36,5 años y que presentaban lesiones aftosas recurrentes, fueron divididos en dos grupos iguales de treinta (30) personas, el primero presentaba el hábito de tabaquismo y el segundo no.

Nuestra metodología consideró un examen clínico en donde se evaluó la ubicación y el tamaño de las aftas en la mucosa bucal, asimismo, mediante una encuesta se determinó el nivel de estrés (somático y cognoscitivo), la condición de tabaquismo y la periodicidad de las lesiones aftosas.

Nuestros resultados nos permitieron concluir que el tabaquismo (tiempo de fumador y número de cigarrillos por día) no guarda una relación con la mayor o menor frecuencia de lesiones aftosas en la mucosa bucal (cada mes, cada tres meses, cada seis meses y cada año) ni con el tipo de lesiones presentes en boca (mayor, menor y herpetiforme).

Con relación al estrés: El de tipo cognoscitivo guarda una relación con el tipo de lesiones aftosas. El de tipo somático presentó una relación directa con la frecuencia de lesiones aftosas en la mucosa bucal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ALIDAE MR; TAHERI A; MANSOORI P; GHODSI SZ Silver nitrate cauterly in aphthous stomatitis: a randomized controlled trial. [Br J Dermatol](#); 153 (3): 521-5, 2005 Sep.
- 2.- AMERICAN ACADEMY OF OTOLARYNGOLOGY-HEAD AND NECK SURGERY. Herpes Labial, Fuego en los labios y Ulceras en la boca, Traducción Dr. Raúl Pitashny; feb-2001, citado 20 octubre 2005 Disponible en WWW.ICOP.COM.AR
- 3.- AKINTOYE SO, GREENBERG MS Recurrent aphthous stomatitis. [Dent Clin North Am](#); 49(1):31-47, vii-viii, 2005 Jan.
- 4.- AVENDAÑO J, LINARES B. Cuestionario de Autovaloración del Stress (CAS), Instituto de Desarrollo de Performance Humano, Lima-Perú, 2001.
- 5.- AXELL T, HENRICSSON V. Association between recurrent aphthous ulcers and tobacco habits. *Scand J Dent Res*. Jun;93 (3): 239-42, 1985.
- 6.- BEERS M H Y BERKOW R (Editores) El Manual Merck. Décima Edición, Ediciones Harcourt España, Madrid, 1999.
- 7.- BHASKAR Patología Bucal, Edit. Ateneo, Argentina, 1984.
- 8.- BIBLIOTECA NACIONAL DE EE.UU. Aftas dolorosas. (online) Citado 20 octubre 2005 <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000998.htm>
- 9.- BITTOUN R Recurrent aphthous ulcers and nicotine. *Med J Aust* **154**: 471–472, 1991.
- 10.- BRADON TH, COLLINS BN. Nicotina y Depresión, Mundo Científico, Barcelona, Vol 15 #162, nov. 1995 REVISADO EN OCTUBRE 2005 Disponible en <http://www.psiquiatria.com/boletin/num5/notic-psiquiatria.htm>
- 11.- BUENA SALUD. Aftas: Un incendio en la Boca.online Citado 20 de octubre 2005 Disponible en <http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?>
- 12.- CANUT J. Tensión y “Stress” Rev. Act. Estomat. Año XLIV, Nro. 337 Mayo 1984.
- 13.- CECCOTI Clínica Estomatológica, Edit. Panamericana, Argentina, 1993.
- 14.- CLINICA DENTAL EURODEN Aftas Bucales (online) Citado 20 octubre 2005. Disponible en <http://www.clinicaeuroden.com/aftas-bucales.htm>
- 15.- CLÍNICA ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA Dr^a Lourdes O. Coelho Bonanni y Dr^a Maria de Fátima Coelho Prates Revisado en octubre 2005 Disponible en <http://www.coeodonto.com.br/tratamentocompleto.htm>
- 16.- COLLAZO L. ET AL Estomatitis Aftosa Recurrente y su posible relación con el parasitismo causado por Giardia Lamblia Rev. Cub. Estom. 25(1):73-7, 1988.
- 17.- COLLAZO L.; ET AL Valoración de posibles factores de la estomatitis aftosa recurrente; Rev. Cubana de Estomatología, 27(1):64-71, 1990.

- 18.- ESPARZA G, LOPEZ-ARGUELLO C, ET AL Estomatitis Aftosa Recidivante. Revisión y puesta al día, Medicina Oral Nro 3, 18-35, 1998 Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/revista/revista8/revista8.htm>
- 19.- GARCIA TORRES ST. Citomorfología de la Mucosa oral en Fumadores de Tabaco. Tesis para optar el grado de Bachiller en Odontología, USMP, 1996.
- 20.- GRINSPAN D. Enfermedades de la Boca, Tomo II, Edit. Mundi, Argentina, 1979.
- 21.- GRUPO ANGELES Servicios de Salud. El Estrés Dr. José Antonio Elizondo López (online) Citado 20 octubre 2005 <http://www.mediks.com/saludyvida/articulo.php?id=29>
- 22.- GUINDON E Y BOISCLAIR D Tendencias pasadas presentes y futuras del consumo del tabaco (Documento de Trabajo) OPS Documento Nro. 6 de la Serie Aspectos Económicos de la Serie del Control del Tabaco (Sin año) [Online] Citado 20-10-2005 Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/TOB_tendencias.pdf
- 23.- GUTIERREZ C., MÓNICA. EPOC: Propuesta de manejo simple del paciente estable. Rev. chil. enferm. respir. [online]. jul. 2002, vol.18, no.3 [citado 20 Octubre 2005], p.182-188. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482002000300008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7348.
- 24.- JIMENEZ-FERNANDEZ A. ET AL Guía Documental del Stress. Estudios de Psicología, 13:111-121, 1983.
- 25.- JULCAMORO MENDOZA, JULIO CESAR La Estomatitis Aftosa y su relación con el Estrés Cognoscitivo y Somático, Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista, UPSMP, 1999.
- 26.- McCANN, DANIEL El tabaco y la Salud oral, JADA Vol 118, enero 1989.
- 27.- MORALES SALAS, M. Y VENTURA DIAZ, J. Estomatitis Aftosa Recidivante. Rev Medicina General Vol 25 Junio-2000 España [citado 20 Octubre 2005] Disponible en: <http://www.sem.g.es/revista/junio2000/549-551.pdf>
- 28.- MOSCOSO S. Stress y Enfermedad Rev. Intercontinental de Psicología y Educación, Vol. 5, Nro. 2 129-146; 1992.
- 29.- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Tabaco o Salud, OPS, Washington-EUA, Publicación Científica # 523, 1992.
- 30.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Un tratado Internacional para el control del tabaco. Online Citado 20-10-2005 Disponible en: <http://www.who.int/features/2003/08/es/>
- 32.- PACHO SAAVEDRA JA, PIÑOL JIMÉNEZ FN Estomatitis Aftosa Recurrente. Actualización Rev Cub Estomatología Vol 42 Nro. 1 2005 La Habana Cuba. Citado 20 de octubre del 2005 Disponible en: http://64.233.161.104/search?q=cache:QNbC9viC56gJ:scielo.sld.cu/scielo.php%3Fpid%3DS0034-75072005000100006%26script%3Dsci_arttext%26tling%3Des+estomatitis+aftosa+recurren&hl=es&lr=lang_es

- 32.- QUINTANA DIAZ JC Manifestaciones Clínicas bucales detectadas en pacientes con giardiasis; Rev. Cubana de Estomatología 34(2):80-83, 1997. Citado en octubre 2005 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071997000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 33.- RABINOVICH OF; EPEL'DIMOVA EL Methods of diagnosis and local treatment of oral mucosa (lichen ruber planus, recurrent aphthous stomatitis, decubitus ulcers [Stomatologiia \(Mosk\)](#);84(3):58-63, 2005.
- 34.- REGEZI JA Patología Bucal, 1 era. Ed. Edit. Interamericana, México, 1989.
- 35.- RIVERA-HIDALGO, F, SHULMAN, JD & BEACH, MM The association of tobacco and other factors with recurrent aphthous stomatitis in an US adult population. *Oral Diseases* **10** (6), 335-345. 2004.
- 36.- ROMERO E. Aspectos Psiquiátricos del Estrés, Médico Interamericana, vol. 5, 1985.
- 37.- SANABRIA ARENAS, F. Tabaquismo (online) citado 20 octubre 2005 Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos18/riesgos-tabaquismo/riesgos-tabaquismo.shtml>
- 38.- UNIVERSITY OF MARYLAND MEDICAL CENTER. Aftas Oral (online) Citado 20 octubre 2005 Disponible en: http://www.umm.edu/esp_ency/article/000966.htm
- 39.- VALDEZ M, DE FLORES T, TOBEÑA A, MASANA J. Medicina Psisomática. Bases Psicológicas y Fisiológicas, Ed. Trillas, 1983.
- 40.- VOLKOV I; RUDOY I; ABU-RABIA U; MASALHA T; MASALHA R Case report: Recurrent aphthous stomatitis responds to vitamin B12 treatment. [Can Fam Physician](#);51:844-5, 2005 Jun.

ANEXOS

ANEXO Nro. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

EVALUACION DEL ESTRÉS COGNOSCITIVO Y SOMATICO

FICHA Nro.:

LEA CON CUIDADO CADA UNA DE LAS PREGUNTAS E IDENTIFIQUE EN QUE GRADO HAN APARECIDO EN USTED, MARCANDO CON UNA "X" LA ALTERNATIVA CORRECTA.

PREGUNTAS:

A.- ME RESULTA DIFICIL CONCENTRARME:

NADA POCO REGULAR MUCHO BASTANTE

B.- MI CORAZON PALPITA MÁS RAPIDO:

NADA POCO REGULAR MUCHO BASTANTE

C.- ME PREOCUPO DEMASIADO:

NADA POCO REGULAR MUCHO BASTANTE

D.- SIENTO TEMBLOROSO MI CUERPO:

NADA POCO REGULAR MUCHO BASTANTE

E.- ME IMAGINO ESCENAS TERRORIFICAS:

NADA POCO REGULAR MUCHO BASTANTE

F.- ME DA DIARREA:

NADA POCO REGULAR MUCHO BASTANTE

G.- NO PUEDO SACAR DE MI MENTE IMAGENES QUE ME PROVOCAN ANSIEDAD:

NADA POCO REGULAR MUCHO BASTANTE

H.- SIENTO TENSION EN MI ESTOMAGO:

NADA POCO REGULAR MUCHO BASTANTE

I.- SE ME CRUZAN EN LA MENTE PENSAMIENTOS QUE ME MOLESTAN:

NADA POCO REGULAR MUCHO BASTANTE

J.- CAMINO NERVIOSAMENTE:

NADA POCO REGULAR MUCHO BASTANTE

K.- NO PUEDO PENSAR LO SUFICIENTEMENTE RAPIDO:

NADA POCO REGULAR MUCHO BASTANTE

L.- ME QUEDO INMOVILIZADO:

NADA POCO REGULAR MUCHO BASTANTE

M.- NO PUEDO QUITARME PENSAMIENTOS QUE ME PRODUCEN ANSIEDAD:

NADA POCO REGULAR MUCHO BASTANTE

N.- SUDO EN EXCESO:

NADA POCO REGULAR MUCHO BASTANTE

ESTRÉS COGNOSCITIVO:

SUMA DE A, C, E, G, I, K y M:

EL RESULTADO DIVIDIR ENTRE 7

PROMEDIO DE ESTRÉS COGNOSCITIVO:

ESTRÉS SOMATICO:

SUMA DE B, D, F, H, J, L y N:

EL RESULTADO DIVIDIR ENTRE 7

PROMEDIO DE ESTRÉS SOMATICO:

ANEXO Nro. 2

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

TIPO Y LOCALIZACION DE LAS LESIONES AFTOSAS

FICHA Nro.:.....

ANAMNESIS

APELLIDOS Y NOMBRES:

SEXO: EDAD:

¿CON QUÉ FRECUENCIA SUFRE DE AFTAS?

MES TRES MESES SEIS MESES AÑO

TABAQUISMO

- FUMA: SI NO

- DESDE HACE CUANTOS AÑOS FUMA:

- ¿CUANTOS CIGARRILLOS FUMA AL DÍA? :

EXAMEN CLINICO

- TIPO DE LAS LESIONES AFTOSAS:

MENOR MAYOR HERPETIFORME

- LOCALIZACION DE LAS LESIONES AFTOSAS:

MUCOSA LABIAL MUCOSA YUGAL LENGUA

PISO DE BOCA PALADAR DURO PALADAR BLANDO