

INFORMACION IMPORTANTE

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Bibliotecas Bucaramanga
Universidad Santo Tomás

CARACTERIZACIÓN DEL CHICOTE CON DESCRIPCIÓN DE LESIONES EN CAVIDAD BUCAL ASOCIADAS A SU CONSUMO

Christian Andrés Abril Flórez, Juan Pablo Ariza Coy y

Edith Vanessa Capacho Pardo

Trabajo de grado para optar el título de Odontólogos

Director

Patricio Jarpa Remaggi

Odontólogo

Mg. En Ciencias Básicas Orales

Codirectora

Sandra Juliana Rueda Velásquez

Odontóloga

Patóloga Oral

Universidad Santo Tomas, Bucaramanga

División Ciencias de la Salud

Facultad de Odontología

2016

TABLA DE CONTENIDO**RESUMEN**

1. Introducción	6
1.1. Planteamiento del problema.	6
1.2. Justificación.....	7
2. Marco Teórico.....	8
3. Objetivos	26
3.1. Objetivo general.	26
3.2. Objetivos específicos.....	26
4. Método	26
4.1. Tipo de estudio.	26
4.2. Selección y descripción de participantes Población.....	27
4.2.1. Población.	27
4.2.2. Muestra	27
4.2.3. Tipo de Muestreo.....	27
4.2.3. Criterios de Selección (Inclusión y Exclusión)	27
4.3. Variables.....	27
4.4. Instrumento.....	32
4.5. Procedimientos.	32
4.6. Plan de análisis estadístico	33
5. Resultados	35
6. Discusión.....	44
6.1. Conclusiones.	46
6.2. Recomendaciones.....	47
7. Referencias Bibliográficas	48
Apéndices	50
A. Operalización de Variables.....	50
B. Instrumento	53
C. Plan de análisis estadístico.....	55
D. Consentimiento informado	55
E. Glosario	58

Lista de tablas

Tabla 1 <i>Patogenia de la gingivitis</i>	17
Tabla 2. <i>Clasificación según Intensidad</i>	18
Tabla 3. <i>Clasificación de la Enfermedad Periodontal</i>	19
Tabla 4. <i>Análisis descriptivo de aspectos sociodemográficos</i>	42
Tabla 5 <i>Edad promedio de inicio de consumo</i>	42
Tabla 6. <i>Compromiso sistémico</i>	43
Tabla 7. <i>Hallazgos dentales y periodontales</i>	43
Tabla 8. <i>Patologías bucales</i>	44

Lista de figuras

<i>Figura 1. Capote y rollo</i>	<i>11</i>
<i>Figura 2 El rollero en un fabriquín</i>	<i>11</i>
<i>Figura 3 Picadura, recorte y vena.....</i>	<i>11</i>
<i>Figura 4 Capote.....</i>	<i>12</i>
<i>Figura 5 Torcedora en un fabriquín haciendo mazos</i>	<i>12</i>
<i>Figura 6 Hoja o capa.....</i>	<i>12</i>
<i>Figura 7. Torcedora elaborando tabacos.....</i>	<i>13</i>
<i>Figura 8. Empacadores de la fábrica de “Cigarros El León Rojo”</i>	<i>13</i>
<i>Figura 9. Cajero en la fábrica de Cigarros el León Rojo</i>	<i>13</i>
<i>Figura 10 Anillador</i>	<i>14</i>
<i>Figura 11 Englasinador – Fábrica de cigarros “Miranda”</i>	<i>14</i>
<i>Figura 12. Hojas de tabaco</i>	<i>36</i>
<i>Figura 13. Hojas de tabaco</i>	<i>36</i>
<i>Figura 14 Hojas de tabaco.</i>	<i>37</i>
<i>Figura 15. Rollero y picadura</i>	<i>37</i>
<i>Figura 16. Rollos apilados</i>	<i>38</i>
<i>Figura 17. Rollos apilados</i>	<i>38</i>
<i>Figura 18. Rollero apilando chicotes</i>	<i>38</i>
<i>Figura 19. Rollos apilados</i>	<i>39</i>
<i>Figura 20. Chicotes apilados en diferentes tamaños.....</i>	<i>39</i>
<i>Figura 21. Chicote listo para entrega</i>	<i>40</i>
<i>Figura 22. Presentación de lujo del Chicote</i>	<i>40</i>
<i>Figura 23. Presentación de lujo del Chicote</i>	<i>41</i>

CARACTERIZACIÓN DEL CHICOTE CON DESCRIPCIÓN DE LESIONES EN CAVIDAD BUCAL ASOCIADAS A SU CONSUMO

1. Introducción

El tabaquismo es considerado una enfermedad crónica convertida en epidemia, siendo actualmente la primera causa de mortalidad y morbilidad prevenible en el mundo, según cifras de la Organización Mundial de Salud, produce cerca de 5 millones de muertes por año de lo que se deduce que ocasiona aproximadamente 13.500 muertes diarias y está previsto que esta cifra se duplique para el año 2020 de no mediar acciones enérgicas que contrarresten la tendencia (1).

El primer contacto que el fumador tiene con el tabaco, se produce en la cavidad bucal ocasionando cambios o alteraciones en los tejidos blandos y duros, condicionándose a la cantidad, calidad, tipo de tabaco y a su forma de consumo (2).

El tabaco se obtiene a partir de la "planta de tabaco" la cual es cultivada y sus hojas son curadas y secadas para elaborar productos derivados que se fuman, se mascan o se aspiran, siendo estos fabricados bajo la forma de cigarrillos, puros, tabaco de pipa y tabaco sin humo (3).

La elaboración de cigarros de tabaco ha constituido desde finales del siglo XIX una alternativa laboral en la población Piedecuesta. Siendo el Chicote un cigarro hecho en empresas familiares, creado y cultivado en estas tierras, pasando de generación en generación los conocimientos para mantener esta identidad cultural (4).

Mediante el siguiente estudio se busca describir la transformación que tiene la cohíba (nombre dado por los indígenas Guanes a la hoja de tabaco); para posteriormente dar origen al Chicote, tabaco autóctono de Piedecuesta, Santander. Se detalla el proceso que lleva a cabo su elaboración y la prevalencia de las lesiones orales que se puede asociar a su consumo por medio de un examen de la mucosa bucal; comparándolo con las ya conocidas ocasionadas por el consumo de cigarrillo.

1.1. Planteamiento del problema. El tabaco es el único producto de consumo legal, que produce un deterioro en el cuerpo humano cuando es utilizado constantemente (5). Según la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) los volúmenes de tabaco que son producidos y consumidos en todo el mundo dependen de la demanda; determinada principalmente por los ingresos y el tamaño de la población, así como por las distintas políticas adoptadas por los países para controlar y reducir el hábito de fumar (6).

El consumo de tabaco es un problema de salud pública y una de las mayores causas de muertes evitables y enfermedades en la historia de la humanidad. En el año 2000, se estimó que 4,8 millones muertes prematuras eran asociadas al consumo de tabaco. Si persisten las tendencias actuales, en el 2030 el tabaco se convertirá en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad evitables en el mundo, ya que actualmente es el responsable de más de 8 millones de muertes anuales (7).

Las posibles manifestaciones clínicas asociadas al consumo del tabaco comprenden un grupo de enfermedades que pueden evidenciar la presencia de algún tipo de cáncer oculto y permitir un diagnóstico temprano. La identificación temprana de este tipo de lesiones malignas como leucoplasias o eritoplasias, es necesario diagnosticarlas a tiempo para planear tratamientos oportunos.

El aumento de la mortalidad mundial se asocia al tabaquismo principalmente por las distintas enfermedades crónicas que causa su consumo. Se ha confirmado su relación con las muertes por cáncer en la boca, el esófago, faringe, laringe, pulmón, páncreas y vejiga; la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras enfermedades respiratorias (8).

Actualmente en la población de Piedecuesta, Santander existe un producto a base de planta de Tabaco, el cual es un producto autóctono del municipio. El problema radica en que este producto llamado “Chicote” es de elaboración y producción manual. En su elaboración pueden ser empleados algunos aditivos que hacen llamativo este producto y que puedan estar asociadas con algún tipo de manifestación en la cavidad oral. Su producción y comercialización es netamente regional. Además su consumo puede estar combinado con otro tipo de hábitos como el cigarro y el alcohol. Por otra parte, su forma de consumo puede aumentar la aparición de múltiples lesiones. Siendo este el punto de partida para la realización del estudio, que tiene como fin conocer que impacto tiene este producto en sus consumidores, saber su elaboración, manejo y composición; además de identificar las posibles consecuencias y manifestaciones que se pueden desarrollar en cavidad oral, para posteriormente realizar una descripción en detalle, dando un diagnóstico y tratamiento oportuno.

El cáncer oral es la manifestación con mayor problemática en la sociedad producida por el tabaco; por la cual millones de personas mueren en el mundo anualmente por dicha adicción. El cáncer oral o bucal compromete con mayor frecuencia los labios o la lengua y también puede ocurrir en: El revestimiento de las mejillas, el piso de la boca, las encías (gingival), el paladar (bóveda del paladar) (9).

La mayoría de los cánceres orales son del tipo denominado carcinomas escamocelulares, los cuales tienden a hacer metástasis rápidamente. El hecho de fumar y otros usos del tabaco están asociados con la mayoría de los casos de cáncer oral. El consumo de alcohol en exceso también incrementa el riesgo de cáncer oral (10).

Por estos motivos es muy importante concientizar a la población humana del riesgo que produce el consumo del tabaco, ya que es el causante del 30% de los cánceres en la población. El tabaco además de ser un problema de salud, también es un problema social, ya que no solo están involucrados los fumadores sino toda la gente que los rodea debido a que el humo emitido es inhalado por los individuos cercanos (11).

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el proceso de elaboración del Chicote? ¿Es posible que ocasione manifestaciones bucales asociadas a su consumo?

1.2. Justificación. Se ha considerado importante que los futuros odontólogos como profesionales de la salud tomen un papel dinámico en la prevención y cese del consumo de tabaco al funcionar

como modelo para los pacientes y para los profesionales de otras áreas de la salud.

La única manera de prevenir la enfermedad es no exponerse a los factores de riesgo que la originan. Como se ha dicho, estos factores son el tabaco y los ambientes contaminados.

El consumo de tabaco requiere ser evaluado junto con otras situaciones como es el caso del chicote en el municipio de Piedecuesta, Santander, que es una variedad de tabaco, que cuenta con un proceso y elaboración artesanal; su cultivo y su historia han hecho que nos llame la atención; si esta especie de tabaco a pesar de que es un proceso manual es decir, casi natural, pueda desarrollar en la salud de la población consumidora algún tipo de manifestaciones bucales y si estas, además puedan tener alguna asociación con los procesos patológicos conocidos por la ingesta del tabaco de procesamiento industrial. Para esto se cuenta con la colaboración de fábricas productoras de Chicote que nos describen el proceso de elaboración del mismo y posteriormente evaluar a los consumidores para determinar oportunamente los factores de riesgo y de protección, que causen enfermedades en los tejidos bucales, para así establecer estrategias que disminuyan o en su defecto eliminen el causante de enfermedades.

Es necesario establecer normas confiables que permitan hacer un diagnóstico epidemiológico con el fin de informar, capacitar y orientar a la población para que lleve una vida libre de consumo de chicote y las personas que lo deseen puedan dejar de fumar (12).

El tabaco es una de las mayores problemáticas mundiales por las patologías que produce su consumo. Éste estudio sirve para proporcionar información importante con respecto a la elaboración y composición del chicote, además de indicar a la población los problemas de salud que puede ocasionar. Ésta investigación se realiza mediante exámenes clínicos en personas que consumen dicho producto en el municipio de Piedecuesta, ya que este es uno de los lugares de elaboración y de producción (13).

2. Marco Teórico

Marco Histórico

Cultivar, cosechar, comercializar y manufacturar las hojas de tabaco había sido una práctica sociocultural propia de las comunidades nativas precolombinas desde antes de la llegada de los europeos al “Nuevo Mundo”. Sin embargo, al incrementarse el consumo adictivo de las hojas por los europeos, mestizos y esclavos, especialmente en los territorios malsanos para alejar los insectos, aliviar las heridas y aminorar las cargas y malestares del trabajo, entre otros usos, las autoridades españolas durante la transición del régimen austro-habsburgo al borbónico optaron por monopolizar desde inicios del siglo XVIII como rentas exclusivas del Estado el cultivo, comercio, traslado y consumo del tabaco en rama, hoja y en forma de cigarros que circulara en las provincias productoras del mismo como parte de las reformas borbónicas para el incremento de los ingresos del estado español y la exportación interprovincial e internacional de las materias primas que caracterizaban a cada jurisdicción municipal ante las demandas de esos bienes por parte de otras naciones e imperios europeos (14).

“El tabaco es una planta originaria de los indios Guanes y de todas las Américas, es sembrada en la Patagonia hasta Alaska. Cuando arribaron los españoles a América identificaron que era una

planta sagrada para los Indígenas la cual se usaba para consumirla en una pipa o un tubo el cual servía para sus ritos llamado *TABANO* de donde viene la palabra *TABACO*”.

“La palabra original para la planta según los Guanes es *COHIBA*, en la actualidad es la marca más importante en Cuba. En Santander se empezó a utilizar el tabaco para ritos tanto así que en la mesa de los santos estaban los curanderos, los sabios o llamados Chamanes que usaban la planta para hacer curaciones, por eso el nombre de mesa de los doctores o mesa de los santos. Los indígenas realizaban ritos en compañía de los españoles los cuales se percataron que era una planta para vicio, la llevaron a las islas Canarias donde las plantaron, es el único lugar donde está sembrada en Europa”.

Considerando las tradiciones tabacaleras del período colonial español y republicano se ha considerado que los indígenas guane y chitareros que habitaron el actual territorio de Piedecuesta fueron los primeros cultivadores y comerciantes del tabaco en rama, y por ende de la elaboración y consumo de cigarros envueltos y rellenos de tabaco. Sin embargo, el tabaco, al igual que la coca, era una planta cultivada, intercambiada y consumida por la mayoría de los indoamericanos para el consumo personal de carácter narcótico y estimulante durante sus trabajos como agricultores, cazadores, pescadores, cuyo producto dicen los guane-descendientes: “lo salamos y colgamos como las hojas del tabaco”, alfareros o tejedores como para el intercambio en pequeñas cantidades con fines rituales por los caciques, shamanes y jeques. Reafirmandose así la especialización productiva de textiles y objetos de uso cotidiano con algodón, fique y arcillas elaboradas (14).

“Luego en la época de la colonia los españoles fundamentaron su economía en el tabaco, lo que hacía mantener a la corona con los privilegios que tenían subiéndole el precio a los impuestos por consecuencia apareció la época de los comuneros los cuales estaban en contra de los impuestos, en esta época España mantuvo una guerra con Francia y por consecuencia subieron los impuestos para sostener las batallas”.

De allí que hasta mediados del siglo XIX se preservaron las tradiciones indígenas sobre elaboración rústica o corriente de hacer cigarros, según las cuales, las mujeres eran las encargadas de enrollar y envolver artesanalmente los cigarros que deseaban consumir sus esposos, padres o ellas mismas. Siendo delegada a su vez la tarea ritual de prender los cigarros y darles varias chupadas con el fin de asegurar la combustión antes de ser entregados a sus consumidores finales, con lo cual se promovía y heredaba a su vez el “vicio” de fumar y mascar tabaco entre las mujeres de todas las clases y condiciones sociales, aunque las de mayor distinción preferían optar por la costosa inhalación de rapé aromatizado cuyos precios sólo eran accesibles para los sectores privilegiados (14).

En el caso de la Nueva Granada, una de las factorías más protegidas y vigiladas por el Estado virreinal durante el siglo XVIII y XIX era la establecida en la ciudad capital de la Provincia y Gobernación de San Juan de Girón al concentrarse allí la variedad de tabacos andinos provenientes de la vegas de Los Santos, los ríos Chicamocha, Umpalá, Manco, como de los sitios del Pie de la Cuesta, Palogordo y Chocoa en la cuenca del río Sogamoso. Siendo el volumen y la calidad de los tabacos producidos por la factoría de Girón tan sólo superados por la factoría de Ambalema en las fértiles y cálidas tierras interandinas a orillas del río Magdalena (14).

“A raíz de esto surgió una mujer llamada Manuela Beltrán, quien fue la primera cigarrera o tabacalera que rompe el veredicto del rey y por ello la desterraron, aún es incierto su paradero. A

raíz de ella aparece otro gran héroe José Antonio Galán el cual siguió la llama de los comuneros y el cual formo la revolución los cuales fueron asesinados por la corona”.

“Más adelante apareció otra mujer llamada Antonia Santos en el Socorro, Santander la cual formo las guerrillas de Coromoro, Santander y patrocino a Bolívar con todos los impuestos del tabaco para poder iniciar la guerra contra los españoles. Ella fue fusilada junto a 2.000 tabacaleros los cuales mantuvieron una guerra contra el general Barreiro que venían de Oiba, Cundinamarca lo cual ayudo el tránsito de Bolívar a Boyacá y pudiera declarar la independencia. *La revolución de los comuneros también se debe llamar la revolución de los tabacaleros*”.

En Colombia, se fabrican cigarros desde el siglo XIX, en la actualidad las empresas que procesan este producto se caracterizan por ser pequeñas y utilizar técnicas de producción “rudimentarias”. Su actividad se desarrolla casi en su totalidad en los departamentos de Santander. La comercialización de este producto es regional y localizada, se hace al detal y en el caso de las exportaciones, éstas son esporádicas e insignificantes. Se calcula que la elaboración de un puro hecho a mano implica un proceso de más 222 etapas desde su siembra hasta el producto terminado antes de ser distribuido, el cual consume un tiempo no inferior a cuatro años, ya que pasa por procesos de selección, clasificación, empaque y añejamiento; a diferencia de los “chicotes” tradicionales, que tienen un proceso de fabricación con una duración de algo más de quince días. En todo este proceso se requiere de un gran número de mano de obra no calificada (14).

Marco Conceptual

Elaboración del chicote:

Las fábricas tabacaleras de Piedecuesta, Santander elaboran tabacos de manera artesanal en los llamados fabriquines. El rango de edad de los trabajadores oscila entre los 16 y 56 años; los de menor edad son auxiliares de cada sitio de trabajo y los de mayor edad desempeñan las grandes tareas. La información es transmitida de generación en generación. La hoja tabaco es colgado en una cuerda de forma oval, después se extienden o riegan de tramo a tramo. Para alisar el tabaco generalmente se rocían las hojas con agua de panela y luego se abren y soban sobre la rodilla, a veces se colocan en una prensa. El fabriquín que está conformado principalmente por los torcedores que en su mayoría son mujeres y los rolleros comúnmente hombres, también cuenta con otros trabajadores de menor rango como son los cajeros y los emperilladores, estos dos oficios sólo se requieren en época de alta productividad por lo que no es común encontrar estos personajes en todos los fabriquines. La fábrica que está constituida jerárquicamente por un administrador, que dirige un grupo de empacadores que se subdividen de la siguiente manera, primero el cajero, luego el anillador, posteriormente el amarrador, el empacador corriente y finalmente el englasinador. Generalmente trabajan más hombres que mujeres (15).

***El fabriquí:***

Es un lugar acondicionado para la elaboración artesanal del tabaco en Él, el rollo se encuentra un grupo de trabajadores llamados los artesanos del tabaco o fabriquines, nombre que utilizan los administradores de las fábricas para hablar de ellos, son en la misma ciudad el grupo de cigarrero y familiarmente también se les puede nombrar como los chicoteros pues ellos se encargan de elaborar el chicote que para este caso será el tabaco artesanal o corriente (15).

Figura 1. Capote y rollo

Fuente: Estudio del campo léxico del tabaco en Piedecuesta (Santander). 2009.



El rollero (figura 2) es la persona que hace el rollo (Figura 1). Para elaborarlo emplea la maquina rollera o mesó, como instrumento de trabajo y la picadura y capote como materia prima para elaborar el rollo (15).

Figura 2 El rollero en un fabriquín

Fuente: Estudio del campo léxico del tabaco en Piedecuesta (Santander). 2009.



La picadura (figura 3) está constituida por los recortes, las venas o palillos y la broza, que son los sobrantes pues en la producción de tabaco nada se desperdicia (15).

Figura 3 Picadura, recorte y vena

Fuente: Estudio del campo léxico del tabaco en Piedecuesta (Santander). 2009.



Para cumplir con la producción masiva del rollo, el rollero se ayuda con el cajero quien manipula el capote (figura 4), lo espala con la ayuda de la puntilla y lo corta en el tamaño indicado para elaborar el rollo. Este rollo necesita para su elaboración un buen capote (figura 1) que es una hoja seca de baja calidad, una picadura que se elabora con el recorte de las perillas y la vena que queda de espalar. Foto 4. El capote (15).

Figura 4 Capote

Fuente: Estudio del campo léxico del tabaco en Piedecuesta (Santander). 2009.



La torcedora, es por lo general, una mujer que se encarga de terminar todo el trabajo artesanal del tabaco y le da al producto la forma y belleza necesaria con sus valiosas manos, para que esté listo para la venta. Para torcer estas artesanías necesitan, en primer lugar acondicionar la capa para que pueda ser manipulada sin dificultad, para ello la humedecen con un rociador y luego de que ella adquiera la textura deseada, la empalman. Posteriormente la espalan o despalillan con la puntilla como hacen los rolleros y finalmente emperillan el tabaco, es decir que le hacen una perilla con los recortes para dejar listo el producto para el consumo (15).

Figura 5 Torcedora en un fabriquín haciendo mazos

Fuente: Estudio del campo léxico del tabaco en Piedecuesta (Santander). 2009



En esta fotografía se ve una hoja o capa. Por lo tanto, para elaborar este producto se necesitan varios instrumentos, la capa y el rollo por un lado y por otro lado el cortador o guillotina, la pacora, el aparato y la goma dentro de su gomera respectivamente, además del mesón para torcer y la silla o tabrete para proporcionar comodidad a las chicoterías o cigarreras (15).

Figura 6 Hoja o capa

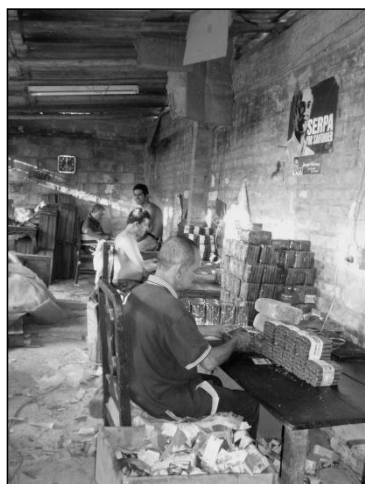
Fuente: Estudio del campo léxico del tabaco en Piedecuesta (Santander). 2009.



Se observa una torcedora que hace todas sus labores, empalma, corta, espala, tuerce, emperilla y amarra. Esta fotografía fue tomada en un fabriquín. Los emperilladores, son los auxiliares de las torcedoras y como su nombre lo indica se encargan de hacer las perillas de los tabacos hay que aclarar que estas perillas en este campo solo se le hacen al romo o reina (15).

Figura 7. Torcedora elaborando tabacos

Fuente: Estudio del campo léxico del tabaco en Piedecuesta (Santander). 2009.



La fábrica

Es el lugar donde llegan todos los tabacos que hacen los artesanos. Allí continúa el proceso y pasa al empaque del que se encargan los empacadores. Los empacadores al igual que los fabriquines desempeñan varias tareas y se especializan en una de ellas. Dentro de este grupo encontramos primero los cajeros que se encargan de cajear, aromar y prensar, los anilladores que se encargan de anillar, los amarradores que se encargan de amarrar y los empacadores de etiquetar, y envolver con manifold y los englasinadores también empaican pero con celofán o polipropileno. Los cajeros necesitan el aroma creado especialmente en la fábrica, necesita un compresor y el aroma, esencia o salsa, las tablas y la prensa (Figura 10) El cajero de la fábrica es el que hace los oficios varios de un empacador,

Figura 8. Empacadores de la fábrica de “Cigarros El León Rojo”

Fuente: Estudio del campo léxico del tabaco en Piedecuesta (Santander). 2009. aroma, cajea en las tablas, prensa y amarra (15).



Figura 9. Cajero en la fábrica de Cigarros el León Rojo

Fuente: Estudio del campo léxico del tabaco en Piedecuesta (Santander). 2009.



Luego de cumplir estas tareas el cajero le pasa las tablas al anillador. Los anilladores necesitan los anillos con la marca de la fábrica para anillar y el almidón de yuca, harina de trigo o bore para pegar, por otro lado, encontramos los amarradores especializados en amarrar los tabacos corrientes prensa entre los cuales se distinguen en primer lugar los chicotes, además los cigarros, los romos, las reinas, las calillas pequeña y las calillas grandes) en paquetes de cincuenta con cabuya, papel periódico en el caso de los tabacos de menor calidad y con cinta para el englasinado de los tabacos de mejor calidad

Figura 10 Anillador

Fuente: Estudio del campo léxico del tabaco en Piedecuesta (Santander). 2009.



Finalmente, para terminar el proceso del empaque, este se divide en dos tipos, un empaque corriente que los hacen los empacadores con papel manifold y almidón de yuca y, otro que hacen los englasinadores con papel celofán o papel polipropileno, para terminar de enchuspar lo pegan con la plancha o con un bombillo terminando todo el trabajo pegando la etiqueta o tiquete que identifica a cada fábrica y así queda listo el paquete ya para la venta. Hay que resaltar que estos dos tipos de empaque están relacionados con la calidad del chicote. El empaque

corriente se elabora con los de menor calidad y el englasinado se hace con aquellos que tienen mayor calidad o son más “finos” (15).

Figura 11 Englasinador – Fábrica de cigarros “Miranda”

Fuente: Estudio del campo léxico del tabaco en Piedecuesta (Santander). 2009

Nombre de la hoja según la calidad

Capa: hoja de primera calidad, otro nombre encontrado para este mismo término es:

- De primera.
- Capote: hoja de segunda.
- De segunda.
- De calidad inferior: broza, cajuche, de tercera, gasolina, picadura (15).

Nombres de cigarros

- Calilla, Cigarro, popular, reina, tabaco común.

- Primeras hojas de tabaco: Bajera y broza.
- Montón o bulto de tabaco: Pila o montón de tabaco ‘maleta’ o ‘bulto de tabaco (15).

El consumo de tabaco y la enfermedad bucal

El consumo de tabaco es uno de los factores de riesgo más importantes para las enfermedades orales como el cáncer oral, lesiones de la mucosa oral, enfermedad periodontal. Además, los consumidores de tabaco parecen tener caries dentales más que los no usuarios. Todas las principales formas de tabaco utilizado en cigarrillos, cigarros, tabaco de pipa y tabaco sin humo (tabaco de mascar y rapé) tienen consecuencias de salud oral. Esta revisión discute la evidencia de los efectos del tabaco en cada una de las enfermedades bucales más prevalentes. (16).

La repercusión que el tabaquismo tiene sobre la cavidad oral es de suma importancia. El humo del tabaco suele entrar por la boca y, tras hacer un recorrido por todo el tracto respiratorio, se expulsa por la boca o la nariz. A lo largo de todo este trayecto, el aumento excesivo de la temperatura y los materiales de la combustión van a causar microagresiones continuas que afectarán a todos los elementos de la cavidad oral; la más importante de todas ellas es la afectación de las mucosas, que reaccionan con un engrosamiento superficial epitelial, con tendencia a la queratinización del mismo, y generando pigmentaciones. Por ello, debe considerarse que la mucosa oral es una de las zonas más susceptibles al efecto tóxico irritativo del tabaco, cuyos efectos nocivos pueden observarse no sólo en la mucosa masticatoria (encía y paladar duro), sino también en la de revestimiento y especializada. Es bien sabido que los fumadores presentan un riesgo de cáncer oral cinco veces superior al de los no fumadores. Además, pueden presentarse innumerables procesos asociados (17).

Alrededor de 2.500 componentes químicos están presentes en el tabaco, causando la carcinogénesis, irritación, deteriorando el transporte de oxígeno causando toxicidad. La investigación evidencia que contiene 28 carcinógenos que causan cáncer oral. El tabaco siendo su forma de consumo mascado, ahumado, aspirado y olfateó; es un producto de consumo legalmente disponible que causa daño a la población consumidora como a la que lo rodea. Por lo tanto, el tabaco es la principal causa de las enfermedades no transmisibles. Tabaco fumado en cualquier forma hace que hasta un 90% del total de los cánceres de pulmón y es un importante factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares y ataques cardíacos (18).

Efectos ocasionados por el consumo de Tabaco:

Los efectos ocasionados por el tabaco y en este caso por el “Chicote” producido en Piedecuesta, Santander se pueden clasificar a corto plazo, a mediano plazo y a largo plazo dependiendo de la frecuencia de consumo: (19)

- **Efectos a corto plazo:** Aquí se ubican aquellos cambios inmediatos que ocurren luego de la absorción de la nicotina a través del humo inhalado por la combustión del tabaco. Tales manifestaciones se producen como consecuencia del efecto vasoconstrictor que posee la nicotina, lo cual actúa sobre el sistema cardiovascular provocando un aumento de la presión arterial (19).

- **Efectos a mediano plazo:** En este periodo se ubican una serie de manifestaciones a nivel de la cavidad bucal que se producen luego del consumo prolongado de esta sustancia. Dentro de

las cuales se incluyen las recesiones gingivales, manchas en los dientes, zonas rugosas y de color blanco en la mucosa bucal (19).

Enfermedad periodontal:

El tabaquismo es un factor de riesgo importante para la enfermedad periodontal y la cicatrización después de la cirugía periodontal. En estudios con un diseño de sección transversal, una asociación entre el tabaquismo y la enfermedad periodontal, medida por la pérdida de inserción, se encuentra constantemente, que las poblaciones de la muestra con una probabilidad conocida, tienden a tener un mayor nivel de generalización que otros estudios. La periodontitis es más común en los fumadores que en los no fumadores. El número de cigarrillos fumados por día es un determinante importante de riesgo, duplicando el riesgo para los de la categoría de uso más baja y aumentarla de seis veces en el subgrupo de fumar más de treinta cigarrillos al día. Los ex fumadores tienen menores tasas de periodontitis que los que continúan fumando (16).

Los estudios longitudinales sugieren que la enfermedad periodontal puede progresar más rápidamente en los fumadores que en no fumadores. En Carolina del Norte, adultos mayores de sesenta y cinco años o más fueron objeto de un estudio de cohorte de base poblacional de la periodontitis en la que, sobre el seguimiento de cinco años, los fumadores experimentaron significativamente mayor pérdida que los no fumadores. La medición de la incidencia de la pérdida de inserción periodontal, como se hizo en este estudio, tiene ventajas con respecto a los estudios transversales de la etiología de la enfermedad periodontal, ya que se conocen las relaciones temporales entre las variables de estudio (16).

La respuesta al tratamiento periodontal es más pobre en los fumadores que en los no fumadores. En un estudio, setenta y cuatro pacientes fueron seguidos durante un máximo de siete años. Los fumadores tenían menor reducción de profundidad periodontal y menor aumento de nivel de inserción clínica después del tratamiento que cualquiera de los fumadores previos o no fumadores. Los resultados de otros estudios también son consistentes con un efecto adverso del tabaquismo sobre la cicatrización después de diversas formas de terapia periodontal. Uno de estos estudios encontró que los ex fumadores eran similares a los no fumadores en su respuesta a la terapia, lo que sugiere que dejar de fumar puede promover la mejoría en la cicatrización. (16).

Impacto del consumo de tabaco sobre la situación periodontal

En la década de 1940, Pindborg asocio la angina de pecho con el tabaquismo en los daneses Royal Marines. Sin embargo, para otras formas de enfermedad periodontal, la opinión predominante durante muchos años era que si los fumadores tenían enfermedad periodontal, fue probablemente debido a las diferencias en los niveles de placa y el sarro. A partir de la década de 1980, numerosos estudios epidemiológicos han encontrado variables de confusión, como la edad, la placa, cálculo, sexo y nivel socioeconómico, han proporcionado una fuerte evidencia de que el tabaquismo es un factor de riesgo para la periodontitis (20).

- Los signos clínicos de inflamación gingival van a estar localizados en la encía, en la cual

Se va a encontrar agrandamientos de contorno, cambios de color, sangramientos al más mínimo contacto e incremento del exudado gingival; todos estos cambios son reversibles si se eliminan adecuadamente los factores etiológicos potenciales.

La clasificación de la gingivitis se basa de acuerdo a su distribución, intensidad y etiología: .

Tabla 1 *Patogenia de la gingivitis*

DISTRIBUCION	INTENSIDAD	ETIOLOGIA
-Localizada	-Leve	-Inducida por placa
-Generalizada	-Moderada	-no inducida por placa
-Papilar	-Severa	-Otros factores
-Marginal		
-Difusa		

Fuente: (19) Rosales, Sosa A.

Se inicia con una lesión gingival en la cual se produce una rápida inflamación que según Lindgren (2000) ocurre cuando se deposita la placa bacteriana en los dientes.

Fumar y la periodontitis

Los resultados de la primera encuesta nacional en Estados Unidos de Salud y Nutrición (NHANES I) demostró que, a pesar de que los fumadores actuales tenían niveles más altos de la placa y el cálculo, después de ajustar por la higiene oral y otras variables, todavía tenían una mayor destrucción periodontal que los fumadores anteriores, o los no fumadores.

Más recientemente, en base a los datos del estudio NHANES III, que incluyó temas en población de dieciocho años de edad y mayores, concluyeron que aproximadamente la mitad de los casos de periodontitis fueron atribuibles a ambos 41,9 por ciento tabaquismo actual o anterior 10,9 por ciento a no fumadores. Los fumadores actuales eran cuatro veces más propensos que los no fumadores a tener periodontitis, por edad, sexo, raza, educación e ingresos, Los ex fumadores eran 1,68 veces más propensos a tener periodontitis (20).

Sólo unos pocos estudios prospectivos han evaluado los efectos longitudinales del tabaquismo sobre la salud periodontal. El más reciente de ellos investigó el efecto de la exposición de fumadores en el estado periodontal durante un período de diez años. Ese estudio encontró que la tasa de pérdida ósea en los fumadores fue casi cuatro veces mayor que la de los no fumadores (20).

Otros estudios también han demostrado que, a pesar de los niveles de placa similares, los fumadores en sus años veinte y treinta tienen profundidades de sondeo más profundo y más pérdida de inserción. La forma generalizada de la periodontitis agresiva (anteriormente conocido como "la periodontitis de inicio precoz generalizadas" está más asociada con el tabaquismo que la forma localizada de la periodontitis agresiva (20).

En general, los depósitos de cálculo también son mayores en los fumadores, aunque cantidades de placa son variables. Los efectos del tabaco sobre la inflamación gingival son equívocos, aunque la tendencia es hacia la disminución de la inflamación. Los fumadores tienen una mayor prevalencia de la participación de furca según la evaluación de la evidencia radiográfica de hueso y evaluación clínica demuestra tanto una mayor prevalencia y gravedad en la pérdida de furca. Además, los fumadores experimentan una mayor pérdida de dientes que los no fumadores (20).

Como los fumadores tienen una mayor prevalencia y severidad de la periodontitis, no es sorprendente que un estudio informó que el 75 por ciento de los pacientes derivados a un

periodoncista eran fumadores actuales o pasados, en comparación con el 54 por ciento de los pacientes en las prácticas generales (20).

Patogénesis de tabaquismo relacionada con destrucción periodontal

Efectos microbianos:

El aumento de la prevalencia y severidad de la periodontitis en fumadores no pueden explicarse por las diferencias en la cantidad de placa entre fumadores y no fumadores. Otra posible explicación es que el fumar puede alterar la calidad de la flora. La tensión de oxígeno en la bolsa periodontal es menor en los fumadores, lo que puede favorecer las especies anaerobias. Varios estudios indican que los tipos de bacterias en los fumadores y los no fumadores no variaron significativamente, pero los datos del Estudio Condado de Erie demostraron que los fumadores actuales eran 3,1 veces más propensos a exhibir la infección por *Actinobacillus actinomycetemcomitans* y 2.3 veces más probabilidades de infectarse con *forsythus* *Bacteroides* que antiguos o que nunca han fumado. En otro estudio, los fumadores fueron once veces más probabilidades de tener una reacción BANA positivo que los no fumadores. Una reacción BANA positivo indica la presencia de *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola*, o *B. forsythus*, que hidrolizan el sustrato de tripsina. Una explicación para estos resultados es que los patógenos pueden ser más difíciles de eliminar en los fumadores. Después de raspado y alisado radicular, un menor número de fumadores actuales fueron negativos para *P. gingivalis* y *B. forsythus*, en comparación con los no fumadores y ex fumadores (20).

Efectos en el estado periodontal al dejar de fumar

El estado periodontal de los ex fumadores se ubica entre la de los no fumadores y los fumadores actuales, lo que sugiere que el tabaquismo provoca algunos cambios irreversibles en el periodonto, pero que el deterioro no continúa después de la interrupción. Es alentador observar que los ex fumadores responden a la terapia periodontal de una manera similar a los no fumadores. Además, no parece haber una relación entre el número de años desde la cesación y la respuesta al tratamiento (20)

La periodontitis según carranza, Newman y take (2004); lindhe et al (2005), puede clasificarse según su intensidad y según su extensión. Según su intensidad se Clasifica en:

Tabla 2. Clasificación según Intensidad

LEVE	MODERADA	SEVERA
Sacos de 4 mm, pérdida ósea hasta el 1/3 cervical	Sacos de 5-6 mm, pérdida ósea entre 1/3 cervical y 1/3 medio.	Sacos mayores de 6-7, Pérdida ósea entre 1/3 medio y 1/3 apical

Fuente: (19) Rosales, Sosa A.

Sin embargo actualmente la nueva clasificación de la enfermedad periodontal propuesta en la AAP en 1999, (lindhe et al 2005) reporta que la periodontitis puede ser:

Tabla 3. Clasificación de la Enfermedad Periodontal

LEVE	MODERADA	SEVERA
Cuando se ha perdido 1-2 mm de inserción.	Cuando se han perdido 3-4 mm de inserción.	Cuando se han perdido 5mm o más de inserción.

Fuente: (19) Rosales, Sosa A.

Efectos a largo plazo: Los efectos a largo plazo son aquellas que pueden hacerse evidentes luego del transcurso de 10 años (aproximadamente) de consumo de tabaco, principalmente los daños que pueden presentarse van desde lesiones premalignas (Leucoplasias), displasias malignas, hasta lesiones cancerígenas como el cáncer bucal (19).

Fibrosis submucosa:

Schwartz describe a la Fibrosis submucosa como una condición idiopática esclerodérmica de la cavidad oral. En sus primeras etapas el paladar blando es el principal afectado. Los pacientes pueden estar asintomáticos y es detectado por casualidad durante un examen de rutina. Aparece con un retículo de hebras entrelazado, que más tarde se hacen confluentes. Fibrosis también puede extenderse dentro de la pared lateral de la faringe a través de los pilares y abajo a la fosa piriforme. Con el tiempo el paladar blando y la mucosa bucal pierden su elasticidad y capacidad de recuperación. Cuando palpado desde fuera, la mejilla siente dura y espesa, el paladar blando muestra movilidad reducida y tiene una sensación de goma dura (21).

La úvula es pequeña y distorsionada. En la enfermedad avanzada, el espesor de las bandas fibrosas inelásticas desarrollan verticalmente en la mejilla. El piso de la boca se vuelve pálido y espeso y la lengua se reduce en tamaño. Las bandas que rodean los labios, distorsionan su forma. En cualquier etapa de la enfermedad, la mucosa que recubre puede convertirse en el sitio de ulceración superficial, con cambio displásico llevando a la transformación maligna. La disfagia se produce una vez que la fibrosis se extiende hacia el esófago (21).

• Características clínicas

Inicia con sensación de ardor y malestar en la cavidad oral, y al comer alimentos muy condimentados. Poco a poco diversas partes de la boca pierden su elasticidad natural. Afectando la lengua y funciones como el habla se ven afectadas. La Extensión de la fibrosis a otras áreas en los resultados de la cavidad oral en dificultad en la masticación, salivación reducida, disfagia, dolor en los oídos y pérdida de la agudeza auditiva debida a la estenosis de la final de la faringe de la trompa de Eustaquio. En los casos avanzados con progresiva imposibilidad de abrir la boca, silbar, soplar y succionar se ven afectados estos movimientos. La mucosa bucal está ulcerada con frecuencia y secundariamente infectada como consecuencia de la isquemia y la constante presión de la mucosa contra la cara bucal de los dientes (21).

Liquen plano oral:

El liquen plano oral (LP) es una enfermedad mucocutánea crónica, de carácter inflamatorio, etiología desconocida y naturaleza autoinmune, en la que se produce una agresión linfocitaria dirigida frente a las células basales del epitelio de la mucosa oral. Las células atacadas desarrollan

un complejo mecanismo molecular enfocado a detener el ciclo celular de la reparación del ADN o inducir la apoptosis con el fin de eliminar células muy dañadas en su ADN (22).

- **Clínicamente**

Se manifiesta con formas reticulares o atrófico-erosivas y potencialmente puede afectar a la piel y mucosas, siendo frecuente que las lesiones bucales precedan a las cutáneas o que sea única la localización intraoral. El liquen plano es considerado una condición precancerosa, aunque presenta cierta controversia al respecto. Las manifestaciones orales parecen ser las más frecuentes habiéndose propuesto a lo largo de los años multitud de clasificaciones clínicas. Desde el punto de vista clínico se trata de una afectación mucocutánea que puede manifestarse en cuero cabelludo, piel, uñas y mucosas. La variante cutánea se caracteriza por lesiones en forma de pápulas de 2-4 mm de diámetro, en forma poligonal que aparecen de manera aislada o agrupándose a manera de placas diferenciadas de la piel que las rodea. Al principio tienen color rosado que después pasa a violáceo y finalmente a color pardo. Las localizaciones más frecuentes son las áreas flexoras y especialmente la cara anterior de las muñecas (22).

La etiopatogenia es desconocida, aunque hay suficientes datos que permiten suponer que los mecanismos inmunológicos son fundamentales en la iniciación y perpetuación del proceso. Hoy día se acepta que el LPO representa una respuesta inmune mediada por células en la que existe una interacción linfocito-epitelio dirigida contra antígenos de los queratinocitos basales del epitelio que culmina con la degeneración del estrato basal del epitelio. El tabaco es un irritante importante de la mucosa bucal ya que actúa como estímulo nocivo para el epitelio, aunque no se ha podido demostrar que el tabaco actúe como factor etiológico, sí que por sí mismo podría alterar la mucosa ya previamente afectada por el LPO (22).

Leucoplasia:

Placa blanca que no puede desprenderse por raspado y que no puede clasificarse como ninguna otra lesión" y añade la aclaración de que "no es una entidad histopatológica, porque en ella puede observarse una gran variedad de alteraciones microscópicas (23).

- **Características Etiológicas**

Los factores etiológicos relacionados con la aparición de las leucoplasias coinciden en líneas generales con los implicados en la génesis del precáncer y cáncer oral. No obstante, en un porcentaje importante de los casos no es posible identificar ninguno de ellos, siendo consideradas como leucoplasias idiopáticas (23).

a) Tabaco

Actualmente se admite que el tabaco es el factor más claramente relacionado con la producción de leucoplasias, considerándose que alrededor del 80% se asocian al hábito de fumar. Además, el riesgo de leucoplasia aparece relacionado con la cantidad que se fuma al día y con el tiempo que se lleva fumando (23).

Como características clínicas de las leucoplasias asociadas al tabaco se ha señalado la aparición de finas estrías blanquecinas en su superficie a modo de una "huella digital" y una mayor frecuencia de aparición en suelo de boca (23).

b) Infección por *Cándida*

Entre un 7% y un 50 % de las lesiones leucoplásicas están infectadas por *Candida*, especialmente *Candida albicans*. Si bien en la mayoría de los casos se considera que se tratan de sobreinfecciones de leucoplasias preexistentes, existen datos que apoyan que la infección por *Cándida* pueda representar el principal agente etiológico de algunos tipos de leucoplasia. Así, alrededor de un 10% de las leucoplasias orales cumplen los criterios clínicos e histológicos descritos por Cawson y Lehner para la leucoplasia candidiásica (candidiasis hiperplásica crónica). De una u otra forma, la invasión por *Cándidas* de las capas queratinizadas de la superficie epitelial de las leucoplasias, particularmente en las no homogéneas, se asocia con una mayor prevalencia de displasia. El potencial de malignización de la leucoplasia candidiásica, puede ser explicado en parte por la capacidad que tienen las especies de *cándidas* para catalizar la formación de nitrosaminas carcinogénicas (23).

c) Otros factores

Las queratosis friccionales son lesiones blancas que aparecen en áreas que son comúnmente traumatizadas, tales como el borde lateral de la lengua, la mucosa bucal a nivel del plano de oclusión y crestas edéntulas y se relacionan de forma evidente con la acción irritativa repetida de agentes traumáticos. Su exclusión dentro del concepto de leucoplasia se realizó basándose en la desaparición de las lesiones al eliminar el factor causal. Sin embargo, la experiencia clínica nos demuestra que es frecuente que lesiones blancas no regresen a pesar de suprimir los posibles agentes traumáticos desencadenantes, sobre todo cuando se trata de lesiones bien establecidas y con un prolongado tiempo de evolución. En estos casos de persistencia de la lesiones debemos considerarlas como leucoplasias. Los estudios epidemiológicos relacionan el consumo excesivo de alcohol con un aumento del riesgo de cáncer oral y éste se incrementa considerablemente cuando se asocia con el tabaco. Pese a ello, el alcohol raramente es mencionado en los estudios sobre la leucoplasia, exceptuando algún trabajo aislado en el que se la relaciona con un mayor consumo del mismo (23).

• Características clínicas

Las leucoplasias pueden aparecer como una lesión única, localizada, como lesiones difusas, ocupando extensas áreas de la mucosa oral, o incluso como lesiones múltiples. De igual forma, el aspecto clínico de las leucoplasias es muy heterogéneo, pudiendo variar desde áreas maculares, lisas y ligeramente blanquecinas y translúcidas, a placas netamente blancas, elevadas, gruesas, firmes y con superficie rugosa y fisurada. Generalmente son asintomáticas, pudiendo en algunos casos presentar una ligera sensación de ardor (23).

El característico pleomorfismo de las lesiones leucoplásicas ha dado lugar a la aparición sucesiva de distintas clasificaciones clínicas, en un intento de caracterizar las lesiones y servir de orientación

sobre su posible comportamiento. En la actualidad se consideran dos formas clínicas: las leucoplasias homogéneas y las leucoplasias no homogéneas. Las formas homogéneas son mucho más prevalentes que las no homogéneas, en una proporción que varía en los estudios de 2:1 a 11:1. Las leucoplasias homogéneas son definidas como lesiones predominantemente blancas, uniformes, de apariencia delgada y de superficie lisa y suave, a veces cuarteada, arrugada u ondulada. Generalmente sin infección por *Candida* y asintomáticas, por lo que suelen descubrirse de forma casual durante una exploración rutinaria. Las leucoplasias no homogéneas muestran una superficie irregular. Ocasionalmente son sintomáticas y provocan ardor. Dentro de éstas se incluyen la eritroleucoplasia, la leucoplasia nodular y la leucoplasia exofítica (23).

Eritroplasia:

La eritroplasia es una lesión de la mucosa bucal eritematosa, aterciopelada y que no se puede clasificar ni clínica ni patológicamente como otra entidad, definición muy paralela a la de leucoplasia. En un buen número de ocasiones se combinan zonas blancas y rojas, por lo que muchos autores introducen el término eritroleucoplasia (24).

En muchas ocasiones es difícil la distinción clínica entre eritroplasias y formas atrófico-erosivas de LPO. Muchos casos de supuestas eritroplásias y leucoeritroplásias han resultado ser diagnosticados histológicamente de LPO. El estudio histológico de las eritroplasias muestra en más del 90% de los casos displasias, en muchos casos severas. Por este motivo, y porque muchos cánceres incipientes se manifiestan como parches rojos, son numerosos los autores que consideran las eritroplasias no como lesiones precancerosas sino como auténticos cánceres in situ y de ese modo los manejan (24).

Cáncer oral:

El consumo de tabaco y la masticación es uno de los principales factores responsables de la precáncer oral y el cáncer. La incidencia y prevalencia de estas lesiones en los países del sur de Asia como la India es alta debido al aumento de la producción y consumo de tabaco. También relativa falta de conciencia sobre los efectos nocivos del tabaco es una de las principales razones para la misma. Con el fin de determinar las tasas globales de incidencia y prevalencia, se debe intentar acumular datos epidemiológicos en una amplia zona geográfica que puede ayudar en la formulación de medidas de prevención y control apropiadas. Los cigarrillos, cigarros, pipas y tabacos sin humo (tabaco de mascar y rapé) causan cáncer oral. La evidencia se basa en la magnitud de los riesgos observados, los mayores riesgos asociados con una mayor cantidad de tabaco utilizado o mayor duración de su uso, la reducción en el riesgo de dejar de fumar, la consistencia de los hallazgos para el cáncer oral a través de numerosas culturas y países (26).

Con base en estudios de casos y controles basados en la población, los fumadores de cigarrillos tienen riesgos de cáncer oral de dos a cinco veces mayor que la de los no fumadores. Los riesgos aumentan con el número de cigarrillos fumados y años fumando, Aunque los estudios epidemiológicos consistentemente reportan que los riesgos de cáncer oral disminuye con el número de años de abstinencia de cigarrillos, puede tomar muchos años para llegar a los riesgos de los no fumadores. Los fumadores de cigarrillos se enfrentan a cánceres orales con consecuencias

adicionales para la salud ya que el tabaquismo es un factor de riesgo para otros cánceres primarios. La fuerte asociación del tabaquismo con cáncer oral en muchas culturas se confirma en estudios publicados en los últimos quince años en países tan diversos como Brasil, Francia, China y la India. El consumo de alcohol también es un factor de riesgo importante para el cáncer oral. Los grandes fumadores que beben mucho alcohol tienen muchas más veces el riesgo de cáncer oral que se espera de los efectos independientes de fumar y la ingesta de alcohol. El cigarro cada vez es más popular, las ventas de cigarros han aumentado 50 por ciento desde los fumadores de 1993. Los fumadores presentan siete a diez veces más probabilidades de desarrollar cáncer oral que los no fumadores. Los riesgos aumentan tanto con la profundidad de la inhalación y el número de cigarros fumados por día. Los ex fumadores de cigarros tienen un menor riesgo de cáncer oral que los fumadores actuales, pero incluso después de diez años de abstinencia, los fumadores de puros todavía tienen tres veces el riesgo de cáncer oral de los no fumadores (26).

En contraste con el aumento de la prevalencia del hábito de fumar cigarros, la prevalencia de la pipa de fumar ha ido disminuyendo. En grandes estudios de cohortes, los fumadores de pipa tenían un riesgo 2,0 a 3,5 veces mayor de desarrollar cáncer oral en comparación con las personas que no fuman. En un estudio de casos y controles de cáncer oral en Brasil, la población asociada a fumar en pipa fue de once a veintiocho años, dependiendo de la localización anatómica en cuestión. Como se ha observado dejar de fumar en pipa conduce a una reducción en el riesgo en comparación a continuar, pero los fumadores de pipa que han dejado durante diez o más años todavía tienen un riesgo tres veces mayor que la de los no fumadores (26).

El tabaco sin humo, en las formas de tabaco de mascar, también está relacionado con el cáncer oral. En la actualidad, los principales usuarios de estos productos son adolescentes y jóvenes varones adultos, nativos americanos y nativos de Alaska. Sobre la base de los análisis que excluyeron los fumadores, los consumidores de tabaco sin humo experimentaron riesgo de cáncer bucal y faríngeo que estaban cerca de cuatro a seis veces mayores que los no consumidores. En el único estudio que examinó las relaciones dosis-respuesta, se encontró que el riesgo de cáncer oral aumentaron con años de uso a unas cincuenta veces para los usuarios de tabaco después de cincuenta o más años de uso. Otro estudio comparó la proporción de consumidores de tabaco sin humo a partir de una encuesta por muestreo de los estadounidenses con la proporción de usuarios de un estudio de casos y controles representativa a nivel nacional de las personas que murió de cáncer oral. Aunque este estudio no se encontró una relación entre el tabaco sin humo y el cáncer oral, el diseño del estudio tuvo limitaciones significativas. Los estudios no han llevado a cabo para examinar el efecto de dejar el consumo de tabaco sin humo en el riesgo de cáncer oral (26).

Muchas sustancias cancerígenas se encuentran en la corriente principal del humo del tabaco, el humo elaborado en la boca de un fumador de la culata o la boquilla de un cigarro, cigarrillo o pipa. N-nitrosaminas específicas del tabaco, aminas aromáticas, y los hidrocarburos aromáticos policíclicos presentes en la corriente principal del humo del tabaco se consideran principales carcinógenos que contribuyen al riesgo de cáncer oral de los productos del tabaco fumado. Para el tabaco sin humo, las nitrosaminas formadas durante la fermentación y el curado se producen en niveles relativamente altos y se cree que son más importantes. También es cada vez más evidente que ciertos genotipos hereditarios pueden predisponer a enfermedades orales relacionadas con el tabaco. Estos representan genes implicados en el metabolismo del tabaco, tales como las que codifican para transferasas N-acetil, transferasas de glutatión y enzimas de la ruta del citocromo P450 (26).

Estomatitis Protésica

Es de etiología multifactorial, englobando factores etiopatogénicos en dos grandes grupos: factores irritativos e infecciosos. Dentro de los primeros, la causa más frecuente es el trauma producido por el uso continuado de la prótesis, principalmente debido a la irritación por el desajuste o desadaptación de la misma a la mucosa. Al colocar una prótesis incluso en un paciente sano, se produce una serie de cambios histológicos de tipo inflamatorio en su mucosa, inicialmente debidos a los cambios del entorno bucal así como por la irritación que la propia prótesis produce sobre la mucosa en la que asienta. Estos cambios son más significativos en pacientes con prótesis antiguas, mal adaptadas a la mucosa, por mal diseño, o con un ajuste oclusal inadecuado. Por supuesto, no debemos olvidar en este grupo de factores irritativos las reacciones alérgicas a los propios componentes de la prótesis, sobre todo al monómero residual de las resinas, aunque la alergia como fenómeno de hipersensibilidad tipo IV (retardada) no es tan frecuente. El tabaquismo como factor coadyuvante en el desarrollo de lesiones candidiásicas asociadas a estomatitis por prótesis, aunque algunos autores no lo consideran un factor predisponente (27).

El diagnóstico de la estomatitis protésica es principalmente clínico, en el cual y dependiendo del grado de estomatitis vamos a encontrar una superficie poco queratinizada, eritematosa, y edematizada con áreas hiperplásicas de aspecto granular, que está muy bien delimitada y presenta los mismo límites que la prótesis que porta el paciente. Generalmente el paciente no refiere sintomatología, o en algún caso sensación de quemazón o picor. El dolor o el sangrado son raros y a veces, se encuentra asociado a queilitis angular o glositis. Es importante, la exploración minuciosa de la prótesis, comprobando su estado de limpieza, retención, apoyo y dimensión vertical (27).

La leucoqueratosis nicotínica del paladar o estomatitis nicotínica

Es un trastorno benigno de la mucosa del paladar. Es frecuente sobre todo en grandes fumadores varones de tabaco con pipa. Se debe a la acción del humo del tabaco y su prevalencia se correlaciona con la cantidad de tabaco en pipa que se consume. La clínica es característica, resultado de la hiperqueratosis difusa del epitelio palatino y la inflamación de las glándulas salivales. Las lesiones predominan en el paladar duro y consisten en pápulas blanquecinas, en ocasiones centradas por una depresión eritematosa, que confluyen en empedrado. La LNP se considera exclusiva de sujetos fumadores, especialmente de pipa, si bien se ha descrito un cuadro similar en grandes consumidores de chicles de menta. El humo del tabaco, especialmente los productos derivados del alquitrán y no la nicotina, pese al calificativo de nicotínica., es el principal responsable de esta entidad. Predomina en los fumadores con pipa porque en estos fumadores el humo se dirige principalmente hacia el paladar. En fumadores que usan prótesis dentales desde hace muchos años, las lesiones se localizan exclusivamente en las zonas descubiertas⁷. La acción térmica del humo caliente también puede desempeñar un papel. Los tabacos parcialmente fermentados parecen favorecer la estomatitis nicotínica.

La clínica es muy característica, resultado de una hiperqueratosis difusa del epitelio palatino con inflamación crónica de las glándulas palatinas. Se desarrollan pápulas blancogrisáceas aplanadas, induradas, de 1-3 mm de diámetro, con frecuencia acuminadas, centradas por una depresión rojiza, producida por el desprendimiento del tapón de queratina sobre las glándulas salivares menores inflamadas. Dichas pápulas tienen tendencia a confluir, dando un aspecto en empedrado o en

estuco. Las lesiones son asintomáticas y se localizan en los dos tercios posteriores del paladar duro, pudiendo extenderse al paladar blando. Con la evolución el cuadro adquiere más intensidad y predomina el componente queratósico, blanquecino, fisurado, sobre el componente inflamatorio glandular, que puede llegar a quedar enmascarado, como en la imagen inicial de nuestro paciente. La zona de paladar afectada coincide con la región palatina con mayor componente glandular (28).

Melanosis del fumador

El tabaquismo es una causa importante de pigmentación melánica oral. Ha sido reportado en 21,5% de los fumadores y la intensidad de la pigmentación tiene relación con el número de cigarrillos consumidos. Diversos agentes del humo del tabaco parecen estimular a los melanocitos para producir melanina. Estas zonas pigmentadas se localizan en las encías, paladar duro, mucosa bucal, comisuras bucales, mucosa labial. Las encías labiales anteriores son una localización habitual. Tienen un color marrón-negro. A la histopatología se observa aumento de la melanina en la capa basal del epitelio y melanófagos. Cuando el paciente reduce o interrumpe el consumo de tabaco se observa también una reducción o desaparición de la melanosis (29).

- **Etiología y patógena.**

La pigmentación melamínica anormal de la mucosa bucal que se relaciona con el cigarrillo puede denominarse melanosis asociada con el tabaquismo o melanosis de los fumadores. Se piensa que la patogenia se liga con un componente del tabaco que estimula a los melanocitos. También se cree que las hormonas sexuales femeninas actúan como moduladores en este tipo de pigmentación, ya que afecta con mayor frecuencia a mujeres (en especial aquellas que ingieren anticonceptivos orales) que a hombres.

- **Características clínicas:**

La localización típica de la pigmentación es la encía labial anterior. La pipa se asocia con la pigmentación de la mucosa bucal y el paladar. El consumo de tabaco masticable no tiene relación con melanosis bucal. Es posible que la intensidad de la pigmentación se relacione con el tiempo y la cantidad de tabaco que se fuma (29).

Las intervenciones comunitarias se centran principalmente en la protección de los jóvenes de tabaco, mantener libre de humo los lugares públicos y la promoción de la alfabetización de la salud sobre cuestiones relacionadas con el tabaco. Educar a la comunidad con el objetivo de aumentar el conocimiento y la conciencia sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco entre la población es una de las formas de reducir el consumo de tabaco. Educación para la salud conduce a una reducción duradera en el consumo de tabaco, cuando se imparte a través de los medios de comunicación y continuó con una escuela y programa de educación basado en la comunidad. La protección de los jóvenes de tabaco es un aspecto importante de la prevención a nivel comunitario como el momento más susceptibles para el inicio del consumo de tabaco es durante la adolescencia y la edad adulta temprana. Las medidas deben llevarse a cabo para educar a la escuela cada vez mayor a los niños sobre los efectos nocivos sobre el tabaco y el alcohol. Esto se puede hacer por los métodos de aplicación, como la realización de dibujo y ensayo concursos para niños en edad escolar cada vez mayor; debates, discusiones y seminarios para estudiantes universitarios; talleres

participativos y sesiones de capacitación y actividades de formación y de campo estructurados (26).

Profesionales de la salud son una fuente fundamental para el avance de la agenda de control del tabaco, ya que forman el medio a través del cual la información sobre las consecuencias para la salud del tabaco se comunica a las personas. Pueden proporcionar servicios directos para el abandono del tabaco a través de asesoramiento y otras formas de terapia. El papel de los odontólogos en los programas de salud del tabaco hay que dar importancia ya que forman una parte importante del profesional de la salud que tiene contacto directo con los pacientes involucrados con el consumo de tabaco. Es preferible que los odontólogos estar involucrados en diversas áreas de intervención del tabaco, tales como actividades para dejar de fumar, la prevención y el desarrollo de políticas públicas (26).

3. Objetivos

3.1. Objetivo general. Determinar las características del Chicote o tabaco artesanal elaborado en fábricas artesanales del municipio de Piedecuesta.

3.2. Objetivos específicos.

3.2.1. Describir el proceso de fabricación del chicote

3.2.2. Diagnosticar las posibles lesiones orales asociadas al consumo del chicote en consumidores del Municipio de Piedecuesta.

3.2.3 Indagar los posibles comportamientos del consumo del chicote en consumidores del Municipio de Piedecuesta.

4. Método

4.1. Tipo de estudio. Al estudiar la caracterización y las manifestaciones bucales asociadas al consumo de tabaco, en el municipio de Piedecuesta, Santander, se implementara; un tipo de estudio descriptivo exploratorio, ya que se efectúa sobre un tema desconocido o poco estudiado, por lo que sus resultados serán una visión aproximada, explicando las posibles consecuencias que ha traído a la población Piedecuestana el consumo y procesamiento de este tipo de Tabaco artesanal.

Se procedió a realizar una búsqueda de las fábricas que elaboran este producto, dando como resultado la poca participación de las mismas; en cuanto a las fábricas que aportaron el material fotográfico para las evidencias, se observó que es un producto artesanal y que su elaboración es propia del lugar trayendo características a los consumidores, ya que el chicote es un tabaco natural, su contenido y envoltura es totalmente hecha de hojas de tabaco, es por eso que la población lo consume por su naturalidad y que además este no contiene aditamentos. La población que accedió

a realizarse el examen de cavidad oral reporto que había consumido tabaco artesanal y que este ha variado con el tiempo.

4.2. Selección y descripción de participantes Población.

4.2.1. Población. Piedecuesta, Santander- municipio que cuenta con 149.219 habitantes. El tabaco es el segundo eslabón en la economía de este municipio, por lo cual es productora y consumidora de tabaco. Actualmente se comercializa el chicote, que es la forma ordinaria del tabaco, conocido en este municipio. Del 100% de la población, se estima que el 30% trabaja directa o indirectamente en el manejo de la elaboración del Chicote pero no se encuentran datos disponibles de la cantidad estimada de consumidores (30).

El universo son las fábricas tabacaleras que nos brinden acceso a ellas, sean privadas o informales, ya que los mismos fabricantes son los propios consumidores. Al tener ingreso en las tabacaleras se encontró la población idónea (10 participantes) para el examen clínico, por presentar consumo del Chicote por más de 5 años.

4.2.2. Muestra. Están las fabricas (5) las cuales nos proporcionaran el ingreso para observar el proceso de elaboración del Chicote. Se realizara un examen a los consumidores de tabaco (10 participantes) en su cavidad bucal donde se evaluaró las posibles manifestaciones ocasionadas por este tipo de tabaco.

4.2.3. Tipo de Muestreo. Muestreo no probabilístico intencional

4.2.3. Criterios de Selección (Inclusión y Exclusión)

4.2.3.1. Criterios de Inclusión

- Fábricas artesanales de Chicote en Piedecuesta, Santander
- Personas consumidoras el Chicote
- Personas que acepten la participación del estudio

4.2.3.1. Criterios de Exclusión

- Fábricas artesanales de Chicote que no permitieran el ingreso ni la toma de fotografías
- Personas consumidoras de Chicote que no acepten la participación en el estudio
- Personas consumidoras de Chicote que acepten la participación en el estudio pero que posteriormente no permitan la realización del examen clínico

4.3. Variables.

4.3.1. Edad. Variable que consta de los años cumplidos reportada por el sujeto. Es de naturaleza cuantitativa en una escala de medición continua.

4.3.2. Género. Variable que consta de la agrupación de los seres vivos, según aquellas características que puedan compartir varios de ellos entre sí. Es de naturaleza cualitativa en una escala de medición nominal. Se operacionaliza como hombre (1) y mujer (2).

4.3.3. Alteración en mucosa oral. Variable que consta de la presencia o ausencia de neoplasia anormal de tejido. Es de naturaleza cualitativa en una escala de medición nominal. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.4. Consumo de chicote. Variable que consta de ser fumador o no fumador de tabaco artesanal o chicote. Es de naturaleza cualitativa en una escala de medición nominal. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.5. Factores de riesgo. Variable que consta del consumo adicional de cigarrillo, alcohol y marihuana. Es de naturaleza cualitativa en una escala de medición nominal. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.6. Estrategias para disminuir el consumo de chicote. Variable que consta de las actividades encaminadas a disminuir el consumo del tabaco, para mejorar la salud de la población. Es de naturaleza cualitativa en una escala de medición nominal. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.7. Manejo en la elaboración del chicote. Variable que consta de las técnicas de higiene en la elaboración del producto. Es de naturaleza cualitativa en una escala de medición nominal.

4.3.8. Enfermedades generales. Variable que consta de la presencia de hipertensión y/o diabetes. Es de naturaleza cualitativa en una escala de medición nominal. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.9. Higiene bucal. Variable que consta de la asistencia previa a charlas de promoción y prevención de salud oral o al odontólogo. Es de naturaleza cualitativa en una escala de medición nominal. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.10. Características Sociodemográficas: Variable que define un estudio estadístico de las características sociales de una población.

4.3.11. Edad en la que comenzó a fumar: Variable que consta de los años reportados por el sujeto que expresa el momento de su vida que comienza a fumar. Se operacionaliza como respuesta abierta.

4.3.12. Número de chicotes diarios: Variable que consta del número de chicotes fumados por el consumidor. Se operacionaliza según la respuesta dada por el participante.

4.3.13. Forma de consumo del chicote: Variable que define la forma de consumo del chicote. Se operacionaliza como (1) fumado, (2) mascado, (3) lo fuma hacia adentro.

4.3.14. Pensamiento perjudicial acerca del chicote: Variable que define el pensamiento sobre si es perjudicial o no su consumo. Se operacionaliza Si (1) y No (2).

4.3.15. Sentimiento de afectación a causa del chicote: Variable que define si ha afectado la salud del consumidor en cierta medida tras el consumo del chicote. Se operacionaliza Si (1) y No (2).

4.3.16. Forma en que lo ha perjudicado el chicote: Variable que explica si el consumo del producto ha cambiado su salud. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.17. Pensamiento de que afecta a no fumadores: Variable que explica los síntomas que conllevan al consumo del producto. Se operacionaliza como Cansancio (1) Tos (2) o Ansiedad (3).

4.3.18. Apaga el chicote en lugares donde está prohibido fumar: Variable que define si el consumidor apaga el chicote ante señales de prohibido fumar. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.19. Fuma cuando está enfermo: Variable que define si el consumidor a pesar de que padezca de alguna enfermedad sigue con el hábito de fumar. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.20. Sensación de cambios en la boca: Variable que se define como la sensación de algún cambio en la boca en el momento que fuma el chicote. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.21. Intento de dejar de fumar: Variable que se define como el intento de dejar el consumo de chicote. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.22. Tiempo en el que ha logrado dejar de fumar: Variable que se define como la duración en días, semanas o años que la persona ha dejado de fumar el chicote. Se operacionaliza como (1) Días (2) Semanas (3) Meses (4) Años

4.3.23. Percepción de necesidad de ayuda para dejar de fumar: Variable que se define como la necesidad de ayuda para dejar de fumar el chicote y si este necesita ayuda o no. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.24. Número de cepillado diario: Variable cuantitativa que define el número de veces que el consumidor de chicote realiza la higiene bucal. Se operacionaliza como (1) Una (2) Dos (3) Tres (4) Cuatro

4.3.25. Visita al odontólogo: Variable cualitativa que define si el consumidor de chicote asiste a la consulta odontológica. Se operacionaliza como (1) Una vez al mes (2) Cada 3 meses (3) Cada 6 meses (4) Al año (5) No lo visita

4.3.26. Disposición para recibir consejos para dejar de fumar: Variable cualitativa que se define como la disposición de recibir consejos para dejar el consumo del chicote. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.27. Razón/nes por las que intentó dejar de fumar: Variable cualitativa que define si el consumidor de chicote ha tenido razones por las cuales ha querido de dejar el consumo del tabaco artesanal. Se operacionaliza como (1) Aumentó mi preocupación por el peligro del chicote (2) Noté molestias o síntomas relacionados con el chicote. (3) Dar buen ejemplo a familiares o amigos (4) Presiones de familiares o amigos, compañero (5) Consejo Médico (6) Propia voluntad (7) Otros

4.3.28. Presencia de enfermedad crónica: Variable cualitativa que define como las enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.29. Hipertensión: Variable cualitativa que describe la presión arterial alta. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.30. Diabetes: Variable cualitativa que describe una enfermedad crónica en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.31. Enfermedad obstructiva crónica pulmonar Variable cualitativa que describe una enfermedad pulmonar común. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.32. Enfermedad dermatológica Variable cualitativa que describe Pigmentación de la piel consistente en pequeñas manchas marrones redondeadas Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.33. Faceta de desgaste: Variable cualitativa que describe la pérdida del borde incisal de los dientes. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.34. Atrición: Variable cualitativa que describe es la abrasión oclusal fisiológica. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.35. Abfracción: Variable cualitativa que describe la pérdida de tejidos dentarios duros producida por fuerzas de carga biomecánica. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.36. Erosión: Variable cualitativa que describe *pérdida del tejido dental duro que se encuentra en la superficie de los dientes debido a procesos químicos*. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.37. Caries no cavitacional: Variable cualitativa que describe el proceso de caries como machas cafés o blancas activas en la estructura dentaria. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.38. Restauraciones desadaptadas: Variable cualitativa que describe el estado de las restauraciones dentales. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.39. Fractura coronaria Variable cualitativa que describe la pérdida de la estructura dentaria, corona clínica en el diente. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.40. Recesiones gingivales Variable cualitativa que describe el proceso en donde el margen gingival se encuentra por debajo de la línea amelocementaria. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.41. Gingivitis asociada a placa bacteriana: Variable cualitativa que describe el proceso inflamatorio donde se observa el periodonto con carga de placa bacteriana y sangrado generalizado. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.42. Periodontitis crónica: Variable cualitativa que describe el proceso de destrucción del periodonto, donde se observa la enfermedad periodontal avanzada. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.43. Fibroma: Variable cualitativa que describe un tumor fibroso oral. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.44. Leucoplasia: Variable cualitativa que describe una lesión blanquecina en cavidad oral. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.45. Eritoplasia: Variable cualitativa que describe una lesión de color roja en cavidad oral. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.46. Várices linguales: Variable cualitativa que describe la presencia de venas varicosas en piso de boca. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.47. Edentulismo: Variable cualitativa que describe la pérdida de todos los dientes, frecuente en adultos mayores. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.48. Mucositis subprotésica Variable cualitativa que describe el proceso infeccioso causado por la mala higiene bucal, su agente causal la *Candida albicans*. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.49. Estomatitis nicotínica: Variable cualitativa que describe un trastorno en la mucosa del paladar. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.50. Esfacelo: Variable cualitativa que describe el desprendimiento de la mucosa debido a la acción química de sustancias irritantes. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.51. Queilitis: Variable cualitativa que describe como una lesión inflamatoria a nivel de las comisuras. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.52. Melanosis actínica: Variable cualitativa que describe pigmentación de la mucosa oral como consecuencia del hábito de fumar. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.53 Nivel de escolaridad: Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria. Se operacionaliza como (1) Primaria (2) Bachillerato (3) Pregrado (4) Postgrado

4.3.54. Número de tabacos consumidos: es una abstracción que representa una cantidad o una magnitud. Se operacionaliza como la cantidad de tabacos consumidos por el sujeto representado como respuesta libre.

4.3.55. Tiempo en el que ha fumado chicote: Dimensión física que representa la sucesión de estados por los que pasa la materia. Variable que se operacionaliza como la respuesta libre dada por el sujeto.

4.3.56. Tiempo que ha dejado de fumar: Dimensión física que representa la sucesión de estados por los que pasa la materia. Variable que se operacionaliza como la respuesta libre dada por el sujeto.

4.3.57. Afectación de la salud por consumo de tabaco: Primer conocimiento de una cosa por medio de las impresiones que comunican los sentidos. Variable que define si ha afectado la salud del consumidor en cierta medida tras el consumo del chicote. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.3.58. Molestias en la salud del consumidor: Acción de molestar o molestarse. Variable que explica los síntomas que conllevan al consumo del producto. Se operacionaliza como (1) Cansancio (2) Tos (3) Ansiedad

4.3.59. Afectación del no fumador: Capacidad que tienen las personas de formar ideas y representaciones de la realidad en su mente, relacionando unas con otras. Variable que explica si el consumo del producto causa afectación a los no fumadores. Se operacionaliza como Si (1) y No (2).

4.4. Instrumento. Se elabora un Instrumento que consta de una encuesta que se le realiza al paciente y al examen clínico se realiza la valoración donde se detalla lo encontrado. Consta de 55 ítems entre variables cuantitativas y cualitativas. Las cuales proporcionaron la información necesaria de cada paciente desde el punto de vista clínico hasta la relación que conlleva su consumo con la cavidad oral (Ver Apéndice B).

4.5. Procedimientos. En el procedimiento se realizará una inspección a los pacientes seleccionados en el estudio. En esta inspección se darán a conocer los diferentes resultados que se consignen en el formato de historia clínica de la Universidad Santo Tomás, Bucaramanga,

En el examen se realizara una anamnesis y esta se compone de:

Encuesta de salud bucodental

Las encuestas poblacionales sobre salud bucodental tienen por objetivo recoger los datos sobre salud bucodental y necesidades de tratamiento futuras, datos imprescindibles para la planificación o gestión de los programas de cuidados bucodentales (31).

- Anamnesis: datos generales (31).
- Fecha del examen: anotar el año, mes y día. Sólo se informatizará el año y el mes de realización de la encuesta.
- Número de identificación: referente al número de cédula de ciudadanía
- Examen inicial/reexamen: a fin de conocer la concordancia y cuantificar el error intraobservador, es aconsejable realizar un reexamen en aproximadamente el 10% del total de la muestra.
- Encuestador
- Apellidos y nombre: escribirlos en letras mayúsculas. En aquellos países en los que está prohibida la identificación de los sujetos encuestados se dejará este espacio en blanco.
- Fecha de nacimiento: anotando el año y el mes.
- Edad: recoger la edad del sujeto correspondiente a la de su último cumpleaños.
- Sexo-grupo sanguíneo
- Teléfono – lugar de residencia
- Dirección
- Ocupación – Estado civil
- EPS actual – tipo de afiliación
- Anamnesis: Historia médica Personal

Evaluación del estado de salud bucodental

* Examen extraoral

El examen extraoral se realizará en el siguiente orden:

- a) examen general externo de las zonas cutáneas (cabeza, cuello y extremidades)
- b) zonas cutáneas periorales (nariz, carrillos y barbilla)
- c) ganglios linfáticos (cabeza y cuello)

- d) partes cutáneas de los labios superior e inferior
- e) borde bermellón y comisuras
- f) región de la glándula parotídea.

* Mucosa oral. Debe realizarse un examen de la mucosa oral y de los tejidos blandos bucales y peribucales, y seguir el siguiente orden:

- Mucosa y surcos labiales (superior e inferior).
- Parte labial de las comisuras y la mucosa bucal.
- Lengua (superficie dorsal, ventral y borde).
- Suelo de la boca.
- Paladar duro y blando.
- Bordes alveolares y encías.

En el examen intraoral vamos analizar y observar las diferentes zonas y estructuras que se encuentran en la cavidad oral.

- Color de las mucosas: Valorar cambio en pigmentación si lo presenta.
- revisar la lengua parte dorsal y ventral.
- Revisar piso de boca: Observar frenillos
- Revisar el paladar duro: Observar cambios de coloración, asimetrías, orificios de las glándulas salivales, amígdalas, faringe.
- Revisar encías: Observar el contorno, color, textura, inserción de frenillos, festoneado.
- revisar estructuras dentarias: analizar si presenta alguna alteración dental en el examen a realizar.

Materiales a utilizar en este procedimiento son

- Bioseguridad (Guantes, bata, gorro, tapabocas, gafas, babero)
- Instrumental Básico (Espejo bucal, pinza algodонера, explorador, cucharilla, jeringa triple, eyector, WHO, Sonda Periodontal).
- Gasas, baja lenguas
- Cámara fotográfica

4.6. Plan de análisis estadístico. Se calcularán medidas de resumen según la naturaleza de las variables. Para las variables cualitativas se calcularán proporciones y para las cuantitativas medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (rango, varianza y desviación estándar) que se presentan en las respectivas tablas. (Ver apéndice C)

4.7. Implicaciones Bioéticas. De acuerdo con la resolución Número 008430 del 4 de octubre de 1993:

Según el Título II. DE LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS.

Considerando el Capítulo 1. DE LOS ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS.

Artículo 5: Toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 6: la investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- c. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- d. Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la Integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- e. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

Artículo 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Artículo 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

Esta investigación no tiene ninguna acción que afecte sobre la integridad del paciente, ya que se tomaran las medidas necesarias para respetarle, la investigación se llevara a cabo con la autorización del consejo de investigación de la facultad de odontología lo cual garantiza la veracidad y validez de este proyecto.

Por último es muy importante realizar esta investigación con el consentimiento informado por parte del paciente para así tener por escrito que ha entendido el procedimiento que se realizara y está de acuerdo con que se realice el examen clínico pertinente. (ANEXO D)

5. Resultados

Se visitaron 3 fábricas de chicote en Piedecuesta, Santander; de las cuales solo una permitió la toma de fotografías de sus instalaciones y del proceso completo de fabricación de dicho producto.

La producción del Chicote es un acto netamente artesanal que viene de generación en generación, es un producto que involucra la cultura indígena de los Guanes y Española, este producto tiene su propia jerarquía de trabajo dividiéndose cada empleador una tarea y una ocupación en particular, encontramos los fabriquines o fábricas que es el lugar a donde llega la hoja de tabaco curada por aproximadamente 30 días o más, esto ya depende de la calidad del tabaco o como lo quiera manejar la fábrica, dando el valor agregado a la marca comercial, ya que el tiempo varia hasta de 2 años de curación, con madurado y concentradas en cajas de cedro.

La fábrica que está constituida jerárquicamente por un administrador, que dirige un grupo de empaques que se subdividen de la siguiente manera, primero el cajero, luego el anillador, posteriormente el amarrador, el empaque corriente y finalmente el englasinador.

A la fábrica llega la hoja de tabaco seca apilada en bultos los cuales son dispuestos en un lugar que este a temperatura ambiente, de estas mismas hojas ya curadas se procede a realizar la picadura del tabaco el cual involucra toda la hoja, junto con su vena, es decir, sin desperdiciar ningún subproducto; algunos consumidores locales nos reportaron que anteriormente no se utilizaba la vena para la elaboración del tabaco ya que le daba un sabor más amargo, pero actualmente lo hacen con toda la hoja. Después de tener la picadura lista, se procede a realizar el chicote se coloca en la maquina denominada rollera, que tiene como función colocar la hoja de tabaco humedecida con un poco de agua de panela para que sea blanda al tacto se coloca un puñado de picadura y la maquina se encarga de realizar el rollo, este mide aproximadamente unos 20 cm, la maquina se encarga de enrollarlo de tal modo que no se sale nada de la picadura, así los van agrupando en la mesa, el encargado de esto es el rollero, luego de tener una cantidad suficiente es pasada para los emperilladores, son los auxiliares de las torcedoras y como su nombre lo indica se encargan de hacer las perillas de los tabacos hay que aclarar que estas perillas en este campo solo se le hacen al romo o reina que procede a cortar las puntas para variar el tamaño del chicote ya sea de 17 cm o de 10 cm, ya esto dependerá de la demanda de consumo y de la forma en que la fábrica los vende, existen varios tamaños que varían según la cantidad de la picadura encontramos. Teniendo el nombre de menor a mayor tamaño Calilla, Cigarro, popular, reina, tabaco común, con corte de romo o reina. Luego de tener los chicotes cortados se agrupan para que los amarradores los acomoden en grupos de 20, 30, 40 o 50 chicotes una vez agrupados y separados por una hoja de papel periódico, son pasados para que el rollero coloque el sello de la fábrica esto lo pegan con almidón de yuca, colocando la marca comercial luego del estampillado luego se dividen en grupos los chicotes; unos serán empaques con papel celofán que es la forma original y sencilla en que se encuentran en el mercado o en papel de aluminio que a diferencia del papel celofán hace que se conserve más el producto. De esta forma es elaborado y empaque el chicote.

La producción y distribución del chicote en Piedecuesta, Santander es poca ya que son pocas las personas consumidoras de este producto, además es atribuido a las personas de la tercera edad, es decir su demanda de consumo en el municipio es pequeña, su mayor consumidor se encuentra hacia el rio magdalena nos relataba el administrador de la fábrica, ya que los pesqueros y canoeros lo fuman para espantar los mosquitos al momento de realizar la pesca durante la noche.



Así llegan las hojas del proceso de curación que dura alrededor de 30 días como mínimo aquí la hoja desprende el olor característico a tabaco, en estos bultos se entrega la hoja de tabaco intacta; para la cual se retira la vena ya sea para convertirlo en picadura o para la apilación de las hojas de tabaco para formar el rollo.

Las hojas utilizadas para el rollo se humedecen con agua de panela para mejorar su manipulación haciéndolas flexibles para anillarlas junto con la picadura de tabaco.

Figura 12. Hojas de tabaco
Fuente: Fábrica de tabacos el Vigilante



Figura 13. Hojas de tabaco
Fuente: Fábrica de tabacos el Vigilante



Figura 14 Hojas de tabaco.

Fuente: Fábrica de tabacos el Vigilante



Figura 15. Rollero y picadura

Fuente: Fábrica de tabacos el Vigilante

En este proceso el rollero coloca la hoja del tabaco, es decir, el capote en la maquina torcedora, allí se coloca la cantidad necesaria de picadura que es semejante a un puño, la maquina lo tuerce formando el rollo el cual es apilado para luego pasar por la anilladora donde se realiza el recorté.



Una vez apilada la cantidad suficiente esta es organizada por grupos separándolas con una sogá para seguir con el próximo paso que es iniciar el corte de la punta con la anilladora

Figura 16. Rollos apilados
Fuente: Fábrica de tabacos el Vigilante



Figura 17. Rollos apilados
Fuente: Fábrica de tabacos el Vigilante



Figura 18. Rollero apilando chicotes
Fuente: Fábrica de tabacos el Vigilante

Rollero apilando los chicotes para la posterior entrega de los consumidores, se alinean los chicotes y se agrupan con una cinta de papel periódico sellada con pegamento artesanal a base de almidón, esta es impregnada con las manos en el papel periódico hasta dar totalmente la vuelta en el grupo de chicotes que se organizan



Figura 19. Rollos apilados

Fuente: Fábrica de tabacos el Vigilante

Rolleros alineando y empacando los chicotes de lujo, empacados en bolsa metálica para mejor presentación del producto.



Figura 20. Chicotes apilados en diferentes tamaños

Fuente: Fábrica de tabacos el Vigilante

Apilación de los chicotes en sus diferentes tamaños y presentaciones de aspecto delgado a grueso, observamos de izquierda a derecha la Calilla, Cigarro y tabaco común, esta se diferencia en el grosor y la cantidad de picadura que se enrollan.



Figura 21. Chicote listo para entrega
Fuente: Fábrica de tabacos el Vigilante

Presentación del Chicote o tabaco artesanal listo para su entrega, se observa la presentación y el color de la hoja de tabaco en la cual es envuelta la picadura para su posterior consumo.



Figura 22. Presentación de lujo del Chicote
Fuente: Fábrica de tabacos el Vigilante

Presentación de lujo del Chicote, para la posterior entrega de los consumidores, este empaque permite la conservación del producto para conservar las propiedades del producto y la otra presentación se muestra su producto original envuelto en papel celofán.



Figura 23. Presentación de lujo del Chicote
Fuente: Fábrica de tabacos el Vigilante

Posterior a esto se indagó en la comunidad de Piedecuesta quienes eran consumidores de chicote para poder llegar a ellos y explicarles el objetivo del estudio, sus implicaciones, riesgos y beneficios y si aceptaban la participación voluntaria en él. En un principio se logró seleccionar una muestra de 15 personas consumidoras de chicote, 5 de ellas no aceptaron la participación en el estudio. De los 10 restantes que aceptaron, uno de ellos respondió la encuesta pero al momento de hacer el examen intraoral presentó un episodio de rebeldía porque padece Alzheimer y por consiguiente no fue tenido en cuenta. Como limitación del estudio un paciente no accedió a retirarse una sus prótesis ya que le apenaba, pero el examen pudo llevarse a cabo de igual manera.

Se realizó la inspección de los pacientes seleccionados para el estudio en las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás, Bucaramanga en el mes de Junio de 2016. Se consignaron datos y hallazgos en el formato de historias clínicas de dicha universidad. Se hizo una anamnesis completa (datos generales, historia médica familiar e historia médica personal). Se procedió a evaluar el estado de salud bucodental con un examen extraoral de zonas cutáneas (cuello, extremidades, nariz, carrillos, barbillas), ganglios linfáticos (cabeza y cuello) y región de glándula parótida. El examen intraoral constó de la revisión de mucosas y surcos labiales, parte labial de comisuras y mucosa bucal, lengua, piso de boca, paladar duro y blando, bordes alveolares y encías. Además de realizar los respectivos odontogramas. Se tomó registro fotográfico, medio por cual se determinaron los diagnósticos teniendo previa calibración con patología oral.

De un total de nueve participantes en el estudio, seis de ellos fueron de sexo femenino y tres de sexo masculino. Cinco personas lograron sus estudios hasta bachillerato, y cuatro solo hasta primaria. Cinco personas pertenecían al estrato 1 y cuatro al estrato 2 (tabla1). Cuatro participantes comenzaron a fumar a los 20 años, dos seguida a los 25 años. Cinco personas consumen diariamente un chicote, dos personas 3 chicotes diarios, una persona 2 chicotes al día y una persona 4 chicotes diarios, en total un promedio de 2 chicotes, obteniendo un valor de desviación estándar de 1,54 en cada dato. Todos los participantes reportan que fuman el chicote.

Tabla 4. *Análisis descriptivo de aspectos sociodemográficos*

Variable	Frecuencia
Género	
Masculino	3
Femenino	6
Escolaridad	
Primaria	4
Bachillerato	5
Pregrado	0
Posgrado	0
Estrato	
1	5
2	4
3	0
4	0
5	0

Edad inicio de consumo	
18	1
20	4
21	1
25	2
30	1
<i>n</i>	9

$$\bar{X} = 22,1$$

$$S \pm = 3,57$$

Tabla 5 *Edad promedio de inicio de consumo.*

La edad promedio de consumo es de veintidós año, es decir que las edades varían por debajo o por encima de 3,57, como resultado de la desviación estándar, teniendo más prevalencia la edad de veinte años como inicio del consumo de chicote reportado por los participantes.

Cinco personas no piensan que el chicote es perjudicial para su salud ni sienten que han sido afectados por su consumo. Sin embargo cuatro personas manifiestan que se ven afectados con tos, una con cansancio y una con trastornos. Solo una persona es consiente que el consumo de chicote afecta a no fumadores. Ocho personas del total de encuestados refieren que no apagan los chicotes en lugares donde está prohibido fumar. Ninguno de los participantes fuma cuando se encuentra enfermo. Solo dos personas tienen la sensación de que su boca ha tenido cambios a causa de fumar.

Cuatro personas admitieron que en algún momento habían intentado dejar de fumar. La mayoría de éstos logró dejar de fumar por años y la razón por la que lo hicieron fue por presión de amigos o familiares, pero la mayoría expuso que fue por alguna otra razón. Ocho de los participantes refieren no tener la necesidad de recibir ayuda para poder dejar de fumar y tampoco están dispuestos a seguir ningún plan ni consejo.

Los nueve participantes estaban comprometidos sistémicamente con una enfermedad crónica; pudiendo cada una presentar varias al mismo tiempo. Una persona padecía de diabetes, ocho presentaban hipertensión, tres tenían enfermedad pulmonar obstructiva crónica y una persona enfermedad dermatológica (Tabla 2).

Tabla 6. Compromiso sistémico

Variable	Sí (n)	No (n)
Enfermedad crónica	9	0
Hipertensión	8	1
Diabetes	1	8
Enfermedad obstructiva crónica pulmonar	3	6
Enfermedad dermatológica	1	8

En cuanto al cepillado dental, cinco personas se cepillan 2 veces al día, dos se cepillan cuatro veces, los demás entre una y tres veces diariamente. Cinco personas visitan al odontólogo una vez al año, una persona va cada 3 meses y tres personas nunca acuden a citas odontológicas. Como hallazgos en el examen intraoral, ocho personas presentaron la faceta de desgaste, dos personas tenían atrición y dos personas restauraciones desadaptadas, en tres personas se encontró abfracción, en tres participantes fractura coronaria al igual que erosión, una persona presentaba caries no cavitacional y una edentulismo. Las recesiones gingivales, gingivitis asociada a placa bacteriana y periodontitis crónica se presentaron en todos los participantes (Tabla 3).

Tabla 7. Hallazgos dentales y periodontales

Variable	Sí (n)	No (n)
Faceta de Desgaste	8	1
Atrición	2	7
Abfracción	3	6
Erosión	1	8
Caries no cavitacional	1	8
Restauraciones desadaptadas	2	7
Fractura coronaria	2	6
Recesiones gingivales	9	0
Gingivitis asociada a placa	9	0
Periodontitis crónica	9	0

En cuanto a patologías orales, el fibroma lo presentó una persona de género femenino, leucoplasia una persona de género masculino, eritroplasia una persona de género femenino, várices linguales una persona de género femenino, estomatitis subprotésica tres personas de género femenino y dos de género masculino, estomatitis nicotínica dos personas de género masculino y una de género

femenino, esfacelo una persona de género masculino, queilitis una persona de género femenino y una de género masculino, melanosis actínica una persona de género femenino y una de género masculino. No se encontraron otras patologías como candidiasis, liquen plano oral, fibrosis submucosa, leucoplasia no homegénea exofítica, leucoplasia verrugosa proliferativa, leucoplasia vellosa, cáncer oral o inflamación de nódulos (Tabla 4).

Tabla 8. *Patologías bucales*

Variable	Sí (n)	No (n)
Fibroma	1	8
Leucoplasia	1	8
Eritroplasia	1	8
Várices linguales	1	8
Edentulismo	1	8
Mucositis subprotésica	5	4
Estomatitis nicotínica	3	6
Esfacelo	1	8
Queilitis	2	7
Melanosis actínica	2	7

6. Discusión.

El estudio fue realizado con el objetivo de determinar las características del Chicote o tabaco artesanal elaborado en fábricas artesanales del municipio de Piedecuesta así como identificar las manifestaciones orales que pudieran presentarse a causa del consumo de chicote o tabaco artesanal, fabricado en el municipio de Piedecuesta, Santander. Éste producto es netamente originario del municipio y su elaboración se lleva a cabo mediante instrumentos como: capa, rollo, cortador o guillotina, la pacora, el aparato y goma dentro de su gomera, un mesón para torcer y una silla para el personal. Participan empleados con diferentes roles como rollero, torcedora, emperilladoras, anilladores, englasinadores y cajeros.

Se estudió mediante una encuesta y un examen clínico, a un grupo de 9 consumidores de chicote conformado por 6 mujeres y 3 hombres. Éstas personas llevaban más de 5 años fumando por lo que eran la población idónea en cualidades pero probablemente no en número. Puesto que se encontraron menos personas de lo que se esperaba, varios no aceptaron la participación en la investigación además de que el grupo femenino duplicaba cuantitativamente al grupo masculino.

La mayoría de los participantes comenzaron a fumar chicote entre los 20 y 25 años. Más de la mitad fuma un chicote diariamente y no cree ni siente que fumar perjudica su salud. Ocho de los participantes no es consciente de que el humo afecta también a los no fumadores ni apaga el tabaco en lugares donde está prohibido fumar. Más de la mitad de las personas no han intentado dejar de fumar y ocho de ellas refiere no necesitar ayuda ni estar dispuesto a recibirla. Todos estaban comprometidos sistémicamente con alguna enfermedad crónica: hipertensión, diabetes y/o

enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se encontraron recesiones gingivales, gingivitis asociada a placa bacteriana y periodontitis crónica en los nueve participantes. Las patologías orales halladas fueron: fibroma, leucoplasia, eritroplasia, várices linguales, edentulismo, mucositis subprotésica, estomatitis nicotínica, esfacelo, queilitis y melanosia actínica. Muchas de estas condiciones son atribuidas al consumo de tabaco y en este caso específicamente al artesanal o Chicote.

La producción de cigarrillos ha ido cambiando en los últimos 50 años; actualmente son con filtros y la cantidad de alquitrán y nicotina han reducido sustancialmente según las estimaciones de las máquinas especiales para medir su concentración (32). Estas referencias están disponibles solo para los cigarrillos comerciales y a nivel industrializado, es ahí cuando se evidencia la falta de información con respecto a los tabacos elaborados artesanalmente como lo es el chicote. Los efectos adversos del tabaquismo se pueden agrupar en cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y efectos adversos en la reproducción (32). Inmediatamente después de fumar un cigarrillo se aumentan las catecolaminas, aumenta la frecuencia cardíaca, la presión y vasoconstricción periférica. La nicotina activa varios neurotransmisores (epinefrina, norepinefrina, dopamina, acetilcolina y vasopresina) y actúa en receptores que aumentan los niveles de presión sanguínea (33). Ésta relación se puede hacer evidente con el hecho que en éste estudio el 88.8% de los participantes tenían hipertensión. La exposición e inhalación del humo del tabaco es el principal factor de riesgo para padecer de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Un estudio de casos y controles realizado en el año 2006 en Chile confirmó la fuerte asociación entre el tabaquismo y EPOC, encontrando que las mujeres tenían mayor riesgo de parecerla que los hombres (34). En el presente estudio un 33.3% de los participantes ya presentaban enfermedad obstructiva crónica. La enfermedad periodontal es la causa más común de pérdida dental en adultos, tiene diversos factores de riesgo como predisposición genética, estrés, diabetes, enfermedades sistémicas y el tabaquismo, siendo éste último probablemente el más importante. Se evidencia ya que hay mayor prevalencia e incidencia de periodontitis en fumadores y mecanismos biológicos que lo explican (35). Todas las personas que se analizaron en éste estudio tenían enfermedad periodontal (recesiones gingivales, gingivitis asociada a placa bacteriana y periodontitis crónica). El fibroma es una masa de tejido conjuntivo fibroso, delimitado de crecimiento lento y asintomático que se produce por la irritación crónica (36). En el éste estudio con respecto al chicote una de las personas presentaba un fibroma, pero la única manera en que el tabaco esté relacionado con ésta patología es porque su consumo sea masticándolo y todos reportaban que lo fumaban, así que probablemente sea asociado a otro factor de irritación crónica. Las leucoplasias orales con lesiones potencialmente malignas y de color blanco, el tabaquismo es uno de sus factores de riesgo. En un estudio de casos y controles en Brasil en el año 2012 encontró que los sitios anatómicos más frecuentes de lesiones displásicas fueron la base de la boca (en fumadores) y la lengua (en no fumadores). Las lesiones en los fumadores fueron mucho menores que en los no fumadores (37). En el caso de presente estudio se encontró a una persona de género masculino con éste tipo de lesión premaligna. La eritroplasia bucal es una lesión roja, aislada, de superficie lisa, con bordes bien definidos y es importante su diagnóstico porque presentan alta frecuencia de displasia epitelial. En un estudio descriptivo trasversal encontraron que su prevalencia es más en hombres y el sitio más susceptible fue el paladar duro, además de que presentaba displasia epitelial moderada en fumadores de mayor tiempo con el hábito (38). En éste estudio solo una persona presentó este tipo de lesión. La estomatitis subprotésica es la inflamación crónica de la mucosa oral debido al uso de una prótesis; puede predisponer esta condición la edad, la falta de higiene oral, diabetes, déficits inmunológicos, consumo de tabaco y dormir con la

prótesis (39). El 55.5% de las personas que participaron en el estudio presentaban ésta condición asociándola principalmente a la mala higiene oral y al consumo de chicote. La queilitis es una alteración de la mucosa oral potencialmente malignizante causada por exposición constante y prolongada a rayos UV solares, pero entre sus factores de riesgo se encuentra el tabaco. En un estudio realizado en Chile en el año 2013, encontraron que el 56% de las personas que presentaban ésta patología tenían antecedentes de tabaquismo (40). El 22.2% de las personas en éste presente estudio tenían queilitis actínica. La estomatitis nicotínica es una lesión blanca en el paladar duro y blando con puntos rojos que son la salida de los conductos de glándulas salivales menores, puede ser reversible si se suspende el hábito de fumar (41). La prevalencia en éste estudio fue de 33.3%. La melanositis actínica es una pigmentación focal como consecuencia del tabaquismo y se presentan principalmente en la encía. En un estudio realizado en Venezuela en el año 2013, donde encontraron que una persona fumadora tiene un riesgo 30 veces mayor de desarrollar la melanositis que una persona no fumadora y que se presenta principalmente en la encía de zona anterior (42). El 22.2% de los participantes de éste estudio presentaba melanositis actínica.

A pesar de que la muestra fue tan reducida, se lograron identificar ciertas patologías orales que pudieran estar asociadas al consumo del chicote. En Colombia hasta el momento se ha hecho la investigación de las manifestaciones periodontales del consumo de Chimú (un tabaco masticable) en comparación con el cigarrillo. Éste estudio concluyó que el chimú es menos nocivo que fumar en la enfermedad periodontal, pero que favorece la gingivitis y retracciones gingivales (43). Se debe profundizar mucho más en la caracterización de estos productos en cuanto a todos los componentes, proporciones y medidas de higiene al momento de fabricación, ya que queda claro que al igual que cualquier tabaco comercial está generando lesiones orales y no se tienen las suficientes precauciones, información ni medidas de seguridad.

6.1. Conclusiones.

1. El chicote es un producto derivado de la hoja del tabaco conocida como Cohiba, que es cultivada en los municipios de Piedecuesta y Girón, Santander. Su producción es netamente artesanal. Se fabrica en varios tamaños aproximadamente de 17 a 10 cm. Reciben nombres según el tamaño: calilla, cigarro, popular, reina y tabaco común. Se agrupan en 20, 30, 40 o 50 chicotes separados por una hoja de papel periódico y se empacan con papel celofán o papel aluminio para que se conserve más el producto.

2. El proceso de producción del chicote en las fábricas del municipio de Piedecuesta comienza en un lugar específico para su elaboración llamado fabriquí. Los instrumentos necesarios para llevar a cabo su elaboración son: la capa y el rollo por un lado y por otro lado el cortador o guillotina, la pacora, el aparato y la goma dentro de su gomera respectivamente, además del mesón para torcer y la silla o tabrete para proporcionar comodidad a las chicoterías o cigarrerías. Se debe colgar la hoja de tabaco y rociarla con agua de panela, luego es abierta y sobada con la rodilla. Se enrolla el tabaco utilizando una máquina rollera o mesó. Posteriormente una torcedora se encarga de darle forma y belleza al tabaco para que esté listo para la venta.

3. Por medio de éste estudio con un riguroso examen intra y extraoral se lograron diagnosticar lesiones orales que fácilmente pueden ser asociadas al consumo de chicote o tabaco artesanal como lo son: leucoplasia (una persona), eritroplasia (una persona), queilitis (dos personas), estomatitis nicotínica (tres personas), melanosis actínica (tres personas). Lo cual da las primeras evidencias de que el chicote es también un potencial factor de riesgo para la aparición de lesiones premalignas.

6.2. Recomendaciones. Las limitaciones que se presentaron en el estudio fue la muestra tan reducida de personas consumidoras del Chicote que se lograron seleccionar ya que implica menor probabilidad de encontrar hallazgos, dimensiones y reproductibilidad de la investigación. Además de esto, uno de los participantes presentó una crisis justo en el momento de realizar el examen clínico por lo que no pudo ser tenido en cuenta, disminuyendo aún más la muestra. Otro de los participantes permitió la realización del examen clínico pero no accedió a retirar una de sus prótesis lo cual limitó su diagnóstico. Con base a los hallazgos de éste estudio, se sugiere que se realicen más investigaciones de caracterización del producto, y estudios experimentales en donde la comunidad sea intervenida para evaluar la efectividad de dichas intervenciones abarcando un mayor número de personas para que también se pueda estimar el consumo en toda la población y observar si aumenta o disminuye, obteniendo más evidencia y eficacia promoviendo la salud y previniendo la enfermedad.

7. Referencias Bibliográficas

- (1) Novoa MM, Barreto I, Silva LM. Consumo de cigarrillo y prácticas culturales en contextos universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2012;44 (1):97-110.
- (2) Arbyn M, Bosch X, Cuzick J, Denny L, Galloway D, Giuliano A, Herrero R, Lambert P. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 2005; 89.
- (3) Sosa L, Rosales A, Dávila L, Quiñónez, Jarpa P. Alteraciones histológicas ocasionadas por el tabaco de mascar venezolano (chimó) en los tejidos periodontales de ratas. *Revista Cubana Estomatol.* 2009; 46(3): 38-47
- (4) Rojas JP, Rojas LA, Hidalgo R. Tabaquismo y su efecto en los tejidos periodontales. *Revista Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* 2014; 7(2): 108-113.
- (5) Mackay J, Eriksen M. El atlas del tabaco. CETIFAC Bioingeniería UNER. 2003.
- (6) Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura, FAO. Perspectivas a plazo medio de los productos básicos agrícolas. 2004.
- (7) Muramoto ML, Lando H. Faculty Development in Tobacco Cessation: Training Health Professionals and Promoting Tobacco Control in Developing Countries. *Drug and Alcohol Review.* 2009; 28(5), 498–506.
- (8) Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ.* 1994; 309: 901.
- (9) National Cancer Institute: PDQ Lip and Oral Cavity Cancer Treatment. Bethesda, Md: National Cancer Institute. 2015.
- (10) National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Head and neck cancers. Version 2. 2013, 2014.
- (11) López M. Prevalencia de tabaquismo y síntomas reforzadores asociados en los estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNAM durante 2008. Trabajo de grado. 2010.
- (12) Nachón MG, García ME, Nachón FJ, Hernández TG, Hernández G. Tabaquismo y cáncer bucal: Una revisión Teórica. *Rev Med UV*; 2010.
- (13) Muñoz E, Sastre J. Consumo de tabaco en la población adolescente del barrio la Victoria de Valladolid. *Revista Científica de Enfermería.* 2011, 3: 17.

- (14) Perez LR, Obregozo H. Mujeres cigarreras e identidad piedecuestana. Sistema nacional de información cultural. 2011.
- (15) Ruiz J. Estudio del campo léxico del tabaco en Piedecuesta (Santander). Universidad Nacional, trabajo de grado. 2009.
- (16) Winn DM. Tobacco Use and Oral Disease. *Journal of Dental Education*. 2001; 65(4) 306-12.
- (17) Portillo GM. Relación de la salud bucodental con el Tabaco y patologías respiratorias. Editorial Glosa.
- (18) Amjad F, Ali S, Dastgir Bhatti M, Chaudhry A. Effects of tobacco chewing on oral health status of patients visiting University College of Dentistry, Lahore. *Pakistan Oral & Dental Journal*. 2012; 32(3): 489-492.
- (19) Sosa L, Rosales A, Dávila L, Quiñónez, Jarpa P. Efectos ocasionados por el chimo a nivel clínico e histológico en los tejidos periodontales de ratas wistar. Universidad de los Andes Venezuela, Facultad de Odontología; 2008.
- (20) Johnson GK, Slach NA. *Journal of Dental Education*. Impact of tobacco use on periodontal status. 2001;65(4):313-21.
- (21) Jayanthi V, Probert CS, Sher KS and Mayberry JF. Oral submucosal fibrosis a preventable disease. *Gut*. 1992; 33,4-6.
- (22) Bascones C, González MA, Carrillo A, Bascones A. Liquen plano oral (I): Aspectos clínicos, etiopatogénicos y epidemiológicos. *Avances Odontoestomatología*. 2006; 22(1): 11-19.
- (23) Martínez A, Gallardo I., Cobos M.J, Caballero J, Bullón P. La leucoplasia oral: Su implicación como lesión precancerosa. *Avances Odontoestomatología*. 2008; 22(1): 11-19.
- (24) Mallo L, Rodríguez G, Lafuente P. Lesiones orales precancerosas en los ancianos: Situación en España. *RCOE*. 2002.
- (25) Amtha R, Razak IA, Basuki B, Roeslan BO, Gautama W, Puwanto DJ, Ghani WM, Zain RB. Tobacco Smoking, Betel Quid Chewing and Risk Of Cancer in a Selected Jakarta Population. 2014; 15(20).
- (26) Alsanosy RM. Smokelles tobacco (shammah) in Saudí Arabia: a review of its pattern of use, prevalence, and potential role in oral cancer. *Asian pacific journal of cancer prevention*. 2014; 15 (16):6477-83.
- (27) Barata D, Durán A, Carrillo S. Estomatitis protésica. Aspectos clínicos y tratamiento. *Prof. Dent*. 2002; 5 (10): 622-627.
- (28) Paricio JF, Revenga F, Ramírez T, Boned P. Leucoqueratosis nicotínica del paladar. *Actas dermosifiliograficas*. 2002; 93(1-2):38-41.
- (29) Tejada H. Pigmentaciones de los tejidos bucales y peribucuales. *Medicina estomatológica*.
- (30) Alcaldía de Piedecuesta. *Economía*. 2015.
- (31) Llodra JC, Bravo M. Encuesta de salud bucodental y de necesidades de tratamiento en poblaciones.

- (32) Samet JM. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública de México*. 2002; 44:s160.
- (33) Galán M, Campos M, Pérez S. Efectos del tabaquismo sobre la presión arterial de 24 h - evaluación mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). *Revista Cubana de Medicina*. 2004; 12; 43(5-6):0-0.
- (34) Amigo CH, Erazo BM, Oyarzún G M, Bello S S, Peruga U A. Tabaquismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica: determinación de fracciones atribuibles. *Revista médica de Chile*. 2006; 10; 134(10):1275-1282.
- (35) Sherwin GB, Nguyen D, Friedman Y, Wolff MS. The Relationship between Smoking and Periodontal Disease. *New York State Dental Journal*. 2013; 79(6):52-57.
- (36) Gomez RA. Reporte de lesiones bucales, con diagnóstico histopatológico confirmado 1996 – 2006 en la ciudad de San Francisco del Rincón, Guanajuato. *Odontología actual*. 2008; 5 (59).
- (37) Lima JS, Pinto D, Décio dos, de Sousa, Orsini S, Corrêa L. Oral leukoplakia manifests differently in smokers and non-smokers. *Brazilian Oral Research*. 2012; 26(6):543-549.
- (38) Estrada GA, Zayas OP, González E, González C, Castellanos G. Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal. *Medisan*. 2010;14(4):433.
- (39) Ayuso R, Torrent J, López J. Estomatitis protésica: puesta al día. *RCOE*. 2004; 9(6).
- (40) Orozco P, Vásquez S, Venegas B, Rivera C. Prevalence of actinic cheilitis in Chilean workers exposed to ultraviolet radiation. *Revista Clin Periodoncia Implantol*. 2013;6:127-129.
- (41) Cuba Y, Garcia V, Rodriguez Y, Gomez M, Saborit V. El tabaquismo como factor de riesgo de enfermedades bucales. 2013; 32.
- (42) Villaroel M, López J, et al. Melanosis bucal asociada a tabaquismo inhalado en un grupo de venezolanos: estudio clínico transversal. *Acta Odontológica Venezolana*. 2013; 51(2).
- (43) Forero D, Espinosa É, Pinzón LA. Comparación de las manifestaciones periodontales en una muestra de consumidores de chimú y cigarrillo en Villavicencio, Colombia. *Revista Nacional de Odontología*. 2016; 12(23):41-45.

Apéndices

A. Operalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICION	NIVEL OPERATIVO
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Años cumplidos	Cuantitativa, Continúa.	Edad en años cumplidos reportada por el sujeto
SEXO	Agrupación de los seres vivos, según aquellas características que puedan compartir varios de ellos entre sí.	Hombre y Mujer	Cualitativa, Nominal.	Hombres (1) Mujeres (0)

ALTERACION EN LA MUCOSAL BUCAL	Neoplasia anormal de tejido, que no está coordinado con el resto del organismo y persiste de la misma forma excesiva tras finalizar el estímulo que lo origina.		Cualitativa, Nominal.	Faceta de desgaste: SI (0) NO (1) Atrición: SI (0) NO (1) Abfracción: SI (0) NO (1) Erosión: SI (0) NO (1) Caries no cavitacional: SI (0) NO (1) Restauraciones desadaptadas: SI (0) NO (1) Fractura coronaria: SI (0) NO (1) Recesiones gingivales: SI (0) NO (1) Gingivitis asociada a placa bacteriana: SI (0) NO (1) Periodontitis crónica: SI (0) NO (1) Fibroma: SI (0) NO (1) Leucoplasia: SI (0) NO (1) Eritoplasia: SI (0) NO (1) Várices linguales: SI (0) NO (1) Edentulismo: SI (0) NO (1) Mucositis subprotésica: SI (0) NO (1) Estomatitis nicotínica: SI (0) NO (1) Esfacelo: SI (0) NO (1) Queilitis: SI (0) NO (1) Melanosis actínica: SI (0) NO (1)
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria	Nivel de estudios reportados por el paciente	Cualitativa, Nominal	(1) Primaria (2) Bachillerato (3) Pregrado (4) Postgrado
CONSUMO DE CHICOTE	Es la acción y efecto de consumir o gastar	Variable que consta de ser fumador o no fumador de tabaco artesanal o chicote.	Cualitativa, Nominal	SI (1) y No (2).
EDAD EN LA QUE COMENZO A FUMAR	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Variable que consta de los años reportados por el sujeto que expresa el momento de su vida que comienza a fumar.	Cuantitativa, Continua	Edad reportada por el sujeto en la que comenzó a fumar
NUMERO DE TABACOS CONSUMIDOS	Es una abstracción que representa una cantidad o magnitud.	Variable que consta del número de chicotes fumados por el consumidor.	Cuantitativa, Continua	Cantidad de tabacos reportados por el sujeto.
ENFERMEDADES CRONICAS	Son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta	Variable que consta de la presencia de hipertensión y/o diabetes.	Cualitativa, Nominal.	Hipertensión: SI (0) NO (1) Diabetes: SI (0) NO (1)
FORMA DE CONSUMO DEL TABACO ARTESANAL	Conjunto de características o circunstancias que distinguen cada realización de una acción	Variable que define la forma de consumo del chicote.	Cualitativa, Nominal	(1) fumado (2) mascado (3) lo fuma hacia adentro.
TIEMPO EN EL QUE HA FUMADO CHICOTE	Dimensión física que representa la sucesión de estados por los que pasa la materia	Variable que se define como la cantidad de tiempo en el que el sujeto ha fumado chicote	Cuantitativa, Continua	Años reportados por el sujeto en que inicio el hábito de fumar chicote.
TIEMPO QUE DEJO DE FUMAR.	Dimensión física que representa la sucesión de estados por los que pasa la materia	Variable que se define como la cantidad	Cuantitativa, continua	Años reportados por el sujeto en que dejó el hábito de fumar chicote.
PERCEPCION DE LA SALUD POR CONSUMO DE TABACO	Primer conocimiento de una cosa por medio de las impresiones que comunican los sentidos.	Variable que define si ha afectado la salud del consumidor en cierta medida tras el consumo del chicote.	Cualitativa, Nominal.	SI (0) NO (1)

MOLESTIAS EN LA SALUD DEL CONSUMIDOR	Acción de molestar o molestarse	Variable que explica los síntomas que conllevan al consumo del producto.	Cualitativa, Nominal.	Cansancio (1) Tos (2) Ansiedad (3)
PENSAMIENTO SOBRE EL NO FUMADOR	Capacidad que tienen las personas de formar ideas y representaciones de la realidad en su mente, relacionando unas con otras	Variable que explica si el consumo del producto causa afectación a los no fumadores.	Cualitativa, Nominal.	SI (0) NO (1)
APAGA EL CHICOTE EN LUGARES DONDE ESTÁ PROHIBIDO FUMAR	Extinguir el fuego o la luz	Reporte del paciente de apagar o no el chicote en lugares donde está prohibido fumar	Cualitativa, Nominal.	Si (1) No (2)
FUMA CUANDO ESTÁ ENFERMO	Aspirar y despedir el humo del tabaco, opio, etc	Reporte del paciente de fumar o no cuando está enfermo	Cualitativa, Nominal.	Si (1) No (2)
SENSACIÓN DE CAMBIOS EN LA BOCA	Impresión de que las cosas producen en la mente por medio de los sentidos	Reporte del paciente de cambios bucales que haya sentido	Cualitativa, Nominal.	Si (1) No (2)
INTENTO DE DEJAR DE FUMAR	Propósito, intención	Reporte del paciente de si ha intentado dejar de fumar o no	Cualitativa, Nominal.	Si (1) No (2)
TIEMPO EN QUE HA LOGRADO DEJAR DE FUMAR	Duración de las cosas sujetas a cambio o de los seres que tienen una existencia finita	Espacio de tiempo en la que el paciente ha logrado estar sin fumar	Cualitativa, Nominal.	Días (1) Semanas (2) Meses (3) Años (4)
CREENCIA DE NECESITAR AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR	Certeza que se tiene de una cosa	Reporte del paciente si cree que necesita ayuda para dejar de fumar	Cualitativa, Nominal.	Si (1) No (2)
NÚMERO DE CEPILLADO AL DÍA	Concepto matemático que expresa cantidad	Frecuencia con que el paciente reporta que cepilla sus dientes	Cualitativa, Nominal.	Una (1) Dos (2) Tres (3) Cuatro (4)
VISITA AL ODONTÓLOGO	Acción de visitar	Frecuencia con que el paciente reporta que acude a la consulta odontológica	Cualitativa, Nominal.	Una vez al mes (1) Cada 3 meses (2) Cada 6 meses (3) Al año (4) No lo visita (5)
DISPOSICIÓN PARA RECIBIR AYUDA	Ordenación de algo de la forma conveniente para lograr un fin	Actitud positiva reportada por el paciente para recibir ayuda y dejar de fumar	Cualitativa, Nominal.	Si (1) No (2)

RAZONES POR LAS QUE DEJÓ DE FUMAR	Motivo o causa	Causas por las que el paciente reporta que ha dejado de fumar anteriormente	Cualitativa, Nominal.	Aumentó mi preocupación por el peligro del chicote (1) Noté molestias o síntomas relacionados con el chicote (2) Dar buen ejemplo a familiares o amigos (3) Presiones de familiares o amigos, compañero (4) Consejo Médico (5) Propia voluntad (6) Otros (7)
--	----------------	---	-----------------------	--

B. Instrumento

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
REGIONAL SANTANDER
2016**

**ENCUESTA APLICADA A PERSONAS CONSUMIDORAS DE TABACO
PIEDRECUESTANO**

El grupo de investigación de la Universidad Santo Tomas agradece de antemano el apoyo prestado al llenar la siguiente encuesta que tiene como objetivo conocer el consumo del tabaco artesanal, en el municipio de Piedrecuesta, Santander.

	PREGUNTAS	SELECCIÓN DE RESPUESTA	RESPUESTA
1	Edad	Años _____	
2	Sexo	(1)Varón____ (2)Mujer____	
3	¿Nivel de escolaridad?	(1)Primaria____ (2)Bachillerato____ (3)Pregrado____ (4)Postgrado____	
4	¿Es o ha sido usted fumador/a de este tabaco artesanal?	(1)SI ____ (2)NO____	
5	¿Edad en la que comenzó a fumar este tabaco artesanal?	_____ años	
6	¿Cuántos tabacos artesanales fuma diariamente?	_____	
7	¿Cómo consume este tabaco artesanal?	(1)Lo fuma ____ (2)lo escupe____ (3)lo fuma hacia adentro____	
8	¿Durante cuánto tiempo fumo este tabaco artesanal?	_____ años	
9	¿Hace cuánto dejó de fumar este tabaco?	_____ años	
10	¿Piensa que este tabaco artesanal perjudica la salud del fumador?	(1)SI ____ (2)NO____	
11	¿Siente que el tabaco ha perjudicado su salud?	(1)SI ____ (2)NO____	
12	¿De qué manera le ha perjudicado el tabaco?	(1)Cansancio____ (2)Tos____ (3)Ansiedad____	
13	¿Piensa que el humo del tabaco perjudica la salud del no fumador?	(1)SI ____ (2)NO____	
14	¿Sufre de hipertensión?	(1)SI ____ (2)NO____	
15	¿Apaga el tabaco cuando ve una señal de “Prohibido Fumar”?	(1)SI ____ (2)NO____	
16	¿Fuma tabaco cuando está enfermo?	(1)SI ____ (2)NO____	
17	¿Ha sentido que la boca le ha cambiado?	(1)SI ____ (2)NO____	
18	¿Sufre de diabetes?	(1)SI ____ (2)NO____	
19	¿Ha intentado dejar de fumar el tabaco artesanal alguna vez?	(1)SI ____ (2)NO____	
20	La última vez que se propuso dejar de fumar tabaco artesanal, ¿cuánto tiempo estuvo sin hacerlo?	(1)Días____ (2)Semanas____ (3)Meses____ (4)Años____	

21	¿Cree usted que necesita ayuda para dejar de fumar tabaco?	(1)SI __ (2)NO __	
22	¿Cuántas veces se cepilla al día?	(1)Una ____ (2)Dos ____ (3)Tres ____ (4)Cuatro ____	
23	¿Cada cuánto visita al Odontólogo?	(1)Una vez al mes ____ (2)Cada 3 meses ____ (3) Cada 6 meses ____ (4) Al año ____ (5) No lo visita ____	
24	¿Estaría dispuesto a seguir algún tipo de plan o consejos para dejar de fumar tabaco?	(1)SI __ (2)NO __	
25	¿Por qué cree que ha intentado dejar de fumar chicote? (elija todas las que considere oportunas)	(1)Aumentó mi preocupación por el peligro del chicote. ____ (2)Noté molestias o síntomas relacionados con el chicote. ____ (3)Dar buen ejemplo a familiares o amigos. ____ (4)Presiones de familiares o amigos, compañero. ____ (5)Consejo Médico ____ (6)Propia voluntad ____ (7)Otros ____	
26	Faceta de desgaste	(1)SI __ (2)NO __	
27	Atrición	(1)SI __ (2)NO __	
28	Abfraccion	(1)SI __ (2)NO __	
29	Erosión	(1)SI __ (2)NO __	
30	Abrasión	(1)SI __ (2)NO __	
31	Caries no cavitacional	(1)SI __ (2)NO __	
32	Caries cavitacional	(1)SI __ (2)NO __	
33	Restauraciones desadaptadas	(1)SI __ (2)NO __	
34	Fractura coronaria	(1)SI __ (2)NO __	
35	Recesiones gingivales	(1)SI __ (2)NO __	
36	Gingivitis asociada a placa bacteriana	(1)SI __ (2)NO __	
37	Periodontitis crónica	(1)SI __ (2)NO __	
38	Candidiasis	(1)SI __ (2)NO __	
39	Fibromas	(1)SI __ (2)NO __	
40	Liquen plano oral	(1)SI __ (2)NO __	
41	Fibrosis submucosa	(1)SI __ (2)NO __	
42	Leucoplasia	(1)SI __ (2)NO __	
43	Leucoplasia no homogénea exófitica	(1)SI __ (2)NO __	
44	Leucoplasia verrugosa proliferativa	(1)SI __ (2)NO __	
45	Leuocoplasia vellosa	(1)SI __ (2)NO __	
46	Eritoplasia	(1)SI __ (2)NO __	
47	Cáncer oral	(1)SI __ (2)NO __	
48	Varices linguales	(1)SI __ (2)NO __	
49	Edentulismo	(1)SI __ (2)NO __	
50	Inflamación de nódulos	(1)SI __ (2)NO __	
51	Mucositis subprotésica	(1)SI __ (2)NO __	
52	Estomatitis nicotínica	(1)SI __ (2)NO __	
53	Esfacelo	(1)SI __ (2)NO __	

Variable		Medida de resumen	
V1	EDAD	Medidas de tendencia central y Dispersión	
V2	SEXO	Proporciones	
V3	ALTERACION EN LA MUCOSA BUCAL	Proporciones	
V4	CONSUMO DE CHICOTE	Medidas de tendencia central y Dispersión	
V5	FACTORES DE RIESGO	Medidas de tendencia central y Dispersión	
V6	ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE TABACO	Proporciones	
V7	MANEJO EN LA ELABORACION DEL CHICOTE	Proporciones	
V8	HIGIENE BUCAL	Proporciones	
54	Queilitis	(1)SI __ (2)NO __	
55	Melanosia Actinica	(1)SI __ (2)NO __	

C. Plan de análisis estadístico

D. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARACTERIZACION DEL CHICOTE CON DESCRIPCION DE LESIONES EN CAVIDAD BUCAL ASOCIADAS A SU CONSUMO

Christian Andrés Abril Flórez 301-205-7412

Juan Pablo Ariza Coy 318-520-0723

Edith Vanessa Capacho Pardo 313-469-1135

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de este estudio es determinar las características del Chicote o tabaco artesanal elaborado en fábricas artesanales del municipio de Piedecuesta. Para ello requerimos de consumidores de chicote que accedan a realizarse un examen de la cavidad oral donde se describan las posibles manifestaciones que se pueden asociar a su consumo. En el examen se valora el estado de la mucosa oral. Todo paciente que acceda a este examen lo hará por voluntad propia además si requiere de interconsulta con otras especialidades, será remitido para el fin que lo necesite. Para el estudio es apto la persona que haya consumido el tabaco artesanal.

Usted ha sido invitado/a participar en este estudio porque cumple con los criterios de inclusión para este estudio. Su propósito es determinar las lesiones en cavidad oral que pueden llegar a existir a causa de su consumo.

PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN:

- Se realizará una exploración a las personas que consuman el chicote en el municipio de Piedecuesta, primero se les aplicará una encuesta que proporciona la edad, género, frecuencia de consumo, forma de consumo, enfermedades que tenga la persona, además de las medidas de higiene oral que tenga y la forma en que cuida su cavidad oral. Después de esto se llevará a cabo un examen clínico en la Universidad Santo Tomas de Floridablanca, donde se tomarán fotografías a los hallazgos que se encuentren.
- Las muestras obtenidas serán usadas únicamente para el propósito de esta investigación. Las fotografías obtenidas serán utilizadas únicamente para el propósito de esta investigación con el fin de realizar un diagnóstico de las lesiones que se encuentren en cavidad oral.
- Si en el futuro son usadas para propósitos diferentes a los de esta investigación médica, se le solicitará un nuevo consentimiento.
- Los resultados obtenidos le serán informados, al igual que a su médico tratante, el que le indicará el curso de acción médico más adecuado para usted (o su hijo/hija, familiar o representado).
- Usted será informado/a del curso de acción médico más adecuado para su condición. Si es encontrada una alteración esta requerirá de un tratamiento inicial tipo Biopsia excisional para conocer la naturaleza del tejido y diagnosticar la lesión.

BENEFICIOS:

Usted (familiar o representado) no se beneficiará por participar en esta investigación médica. Sin embargo, la información que se obtendrá será de utilidad para conocer más acerca la actividad de consumo del tabaco artesanal en el municipio de Piedecuesta, reconocer la posibles manifestaciones a causa de consumo y eventualmente podría beneficiar a otras personas con su misma condición”.

RIESGOS

Esta investigación médica no tiene riesgos para usted.

COSTOS:

El costo generado al paciente es nulo, ya que si el participante accede a participar en el estudio, los integrantes del proyecto asumirán los costos del mismo; como es el caso de la movilización hacia las Clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomas de Aquino.

COMPENSACIONES.

Cualquier accidente que tenga el participante durante la valoración clínica que se realizara será atribuido a los integrantes del grupo, siendo responsables de la salud de los sujetos.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Es posible que los resultados obtenidos como el material fotográfico sea presentado en revistas y conferencias médicas, sin embargo, su nombre (familiar o representado) no será conocido.

VOLUNTARIEDAD

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse (familiar o representado) de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted (familiar o representado) no pierde ningún derecho que le asiste como paciente de esta institución y no se verá afectada la calidad de la atención médica que merece.

Si usted retira su consentimiento, sus muestras (de sangre, biopsia, u otra) serán eliminadas y la información obtenida no será utilizada.

PREGUNTAS.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación médica puede contactar o los investigadores a sus respectivos números celulares.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación médica, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten mí y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación médica según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.
- Yo autorizo al investigador responsable y sus colaboradores a acceder y usar los datos contenidos en mi ficha clínica para los propósitos de esta investigación médica.
- Conozco que se protegerán mis datos personales y no serán divulgados, según la ley estatutaria 1581 de 2012 (**octubre 17**) reglamentada parcialmente por el decreto nacional 1377 de 2013. **Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.**

Fecha: _____

Firma del paciente o representante: _____

Nombre de personal que recibe el consentimiento: _____

Firma de personal que recibe el consentimiento: _____

E. Glosario:

- Capa: Hoja de primera calidad de primera
- Capote: Hoja de segunda
- Alisador (a): Trabajador (a) que alisa
- Apilador: El que hace la pila con las hojas alisadas
- Abridora: Persona que abre el tabaco
- Abrisina: Lugar donde se abre el tabaco
- Escalentar: Mover el tabaco mientras que está la pila para que no se queme o pudra
- Mazo : Tabaco fino (dos cabuyas de tabaco seco)
- Maquina Rollera: para hacer los rollos de la hoja del tabaco
- Molde: Consta de dos tablas, la cajuela y la tapa con 10 ranuras o vitolas en donde se coloca el taco ya enrollado.
- Cortadora o despicatora: Sirve para cortar las puntas del cigarro
- Tabla bosel: Pequeño listón de madera clavado en un extremo a lo ancho de la tabla
- Picadora: Máquina en que se pica el tabaco de inferior calidad para hacer la picadura.
- Anilladora: Señor(a) que anilla los cigarros
- Rollera: La(el) encargado de hace rollos
- Torcedora: La que tuerce o enrolla
- Amarrador: Persona que ata los cigarros
- Glasinada: Acaban de forrar en papel celofán de seda o de plomo.
- Torno: Instrumento para prensar el tabaco o los cigarros en las tablas.
- Mesón: Mesa grande donde las obreras hacen los cigarros.
- Alisador(a) trabajador(a) que alisa: El término hace referencia a las personas que alisan las capas. En Piedecuesta este término podría ser empleado para las torcerdoras ya que ellas alisan las capas pero el término usado es empalmar capas así pues podrían llamarse empalmadoras. Siguiendo las reglas morfológicas más comunes empleadas por los miembros de la comunidad tabacalera.
- Apilador: El que hace la pila con las hojas alisadas. Este término fue encontrado en las observaciones preliminares en una fábrica, sin embargo en la investigación aparece como una única entrada.
- Escalentar: Mover el tabaco mientras que está la pila para que no se queme o pudra este término puede ser usado por un apilador ya que forma parte de sus tareas.
- Mazo: Tabaco fino “dos cabuyas” de tabaco seco
- Cortadora o despicatora: Para cortar las puntas del cigarro, hoy en día se le llama cortador, lo que permite ver un cambio flexional del sustantivo de género femenino a masculino.
- Picadora: Máquina en que se pica el tabaco de inferior calidad para hacer la picadura”. (la misma máquina separa la picadura en varios grupos) Hoy en día no ha cambiado su significado pero solo se observó en una fábrica, por lo tanto es un término que pertenece a la categoría.

- Torno: Instrumento para prensar el tabaco o los cigarros en las tablas. Aunque el nombre de este instrumento no fue detectado en Piedecuesta hace referencia a lo que hoy se llama prensa.
- Almidón de yuca: Pegante hecho a base de yuca que se utiliza para pegar superficies, como papel, plástico.
- Anillador: Persona que se encarga de poner los anillos al tabaco.
- Anillar: Hacer anillos alrededor del tabaco
- Amarrador: Operario que ata los cigarros en paquetes de cincuenta.
- Amarre: El tabaco que viene en paquetes de 50 y se amarra con el periódico y se pega con el almidón.
- Aroma: Esencia elaborada en las fábricas para darle una identidad al tabaco.
- Artesano, na: Operario de la fábrica que se encarga de enrollar y torcer a mano el tabaco.
- Bombillo: Instrumento empleado para pegar el celofán o el propileno.
- Bulto: Volumen o tamaño de cualquier cosa.
- Broza: Conjunto de hojas pequeñas con las que se hace la picadura.
- Cajero: Operario de la fábrica que hace los oficios varios de un empacador, aroma, cajea en las tablas, prensa y amarra.
- Capa: Hoja seleccionada de hoja de tabaco con alto tipo de nicotina que utilizan las torcedoras para envolver el rollo. Su textura conserva una alta humedad, permitiendo la fácil manipulación.
- Capote: Hoja de tabaco que envuelve la picadura, esta se emplea para hacer los rollos se caracteriza por ser áspera y de baja calidad.
- Calilla: Tipo de tabaco corriente pequeño y delgado que no tiene perilla, la materia prima que se emplea para su elaboración es de mejor calidad que el romo.
- Celofán: Papel transparente empleado para englasinar.
- Cortador: Instrumento que sirve para cortar el rollo y darle la medida al tabaco.
- Cortar: Dar forma de tabaco al rollo.
- Corriente: Nombre dado al tabaco hecho con picadura y capas nacionales.
- Chicote: Nombre dado al tabaco artesanal.
- Chicotero: Persona encargada de hacer chicotes.
- Despalillar: Quitar el palillo o vena a la paca o al capote.
- Desvenar: Sacar la vena o espalar.
- Empacador, ra: Persona que empaca los tabacos en la fábrica.
- Empacar: Colocar en una envoltura los tabacos.
- Empaque: Envoltura corriente elaborada con papel manitol y envoltura englasinada elaborada con papel celofán o polipropileno.
- Englasinador: Empacador que se encarga de envolver cada grupo de tabaco en papel celofán y les pone el tiquete.
- Englasinar: Dar forma de empaque con papel celofán o polipropileno.
- Emperillador: Operario que elabora perillas en el fabriquín.
- Emperillar: Hacer la perilla a los tabacos romos
- Empalmar: Alisar las capas
- Enchuspar: Sinónimo de empacar empleado en el ámbito laboral de empaque del tabaco.
- Enrollar: Hacer el rollo que es el relleno del tabaco, este se hace con el capote y la picadura

- Espalar: Quitar la vena o palo de la capa o el capote.
 - Fábrica: Lugar donde por lo general se empaacan todos los tabacos elaborados por los artesanos. Se hacen unas pocas tareas de la materia como control de calidad y fermentación
 - Fabricar: Elaborar tabacos.
 - Fabriquín: Lugar donde se hace el tabaco artesanal.
 - Fabriquines: Personas dedicadas a la elaboración del tabaco artesanal.
 - Guillotina: Sinónimo de cortador en el campo del tabaco en Piedecuesta.
 - Gomero, ra: Gomera recipiente especial para conservar la goma, este elemento lo emplean las toderdoras para pegar las capas y emperillar.
 - Manifol: Papel que emplean los empacadores para envolver el tabaco de menor calidad este también se emplea en modistería para hacer moldes.
 - Máquina rollera: Máquina en la que se elaboran los rollos, esta consta de un cajón en el que se guarda la picadura y de un mecanismo que hace los rollos
 - Mesón para torcer: Mesa empleada para torcer las capas.
 - Mesón par empacar: Mesa grande empleada para empacar.
 - Pacora: Cuchillo corto empleado para cortar la capa.
 - Paquete: Conjunto de cartas o papeles que forman mazo, o contenidos en un mismo sobre o cubierta.
 - Picadura: Relleno de los tabacos corrientes, este se elabora con la broza, las venas y los recortes.
 - Plancha: Instrumento que tiene un conector eléctrico para calentar, su función es la de sellar los dobleces que se hacen con el papel celofán en el momento del empaque. Plancha eléctrica, pega por proceso de calentamiento, ya que se calientan las resistencias.
 - Polipropileno: Papel derivado del petróleo que se emplea para englasinar.
 - Periódico: Papel empleado para amarrar los tabacos corrientes.
-
- Puntilla: Instrumento de metal que se emplea para espalar las capas y los capotes.
 - Rapé: Residuo que queda de la manipulación de las hojas de tabaco, de los cortes, de la picadura, de los rollos.
 - Recorte: Sobrante que queda de cortar el rollo. Los sobrantes que quedan al elaborar el tabaco se les dice “recortes” que luego llevan a la fábrica y los convierten en picaduras, este se utiliza para emperillar.
 - Rociador: Recipiente que elaboran los fabriquines para rociar las capas. 2. m. Brocha o escobón para rociar la ropa.
 - Rociar: Esparcir en menudas gotas el agua u otro líquido
 - Rollero,ra: Persona que hace rollos con la picadura y el capote.
 - Romo, ma.: Tabaco corriente que tiene la perilla en forma de punta roma.
 - Sello: Trozo pequeño de papel, con timbre oficial de figuras o signos grabados, que se pega a ciertos documentos para darles valor y eficacia.
 - Tabla: Pieza de madera que esta dividia por ranuras o vitolas en las que se prensa el tabaco.
 - Tiquete: Marca que se le coloca al tabaco, esta trae el logo de la fábrica. Proviene de etiqueta.

- Torcedor, ra: Persona encargada de darle forma al tabaco torciendo la capa. La torcedora primero corta el rollo en el cortador, luego tuerce la capa y para terminar emperilla el tabaco.
- Torcer: Dar vueltas a algo sobre sí mismo, de modo que tome forma helicoidal.
- Vena: Parte central de la hoja de tabaco