

# UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



## TESIS

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUCOSA ORAL EN  
POBLADORES CON HABITO DE COQUEO DEL DISTRITO DE  
CONCHAMARCA HUÁNUCO – 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL  
DE CIRUJANO DENTISTA**

## TESISTA

**Bach. ALMINCO ESPINOZA, Diana Carolina.**

## ASESORA:

*Mg. C.D. LUZ ANGULO QUISPE.*

**HUÁNUCO – PERÚ  
2017**

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

En la Ciudad de Huánuco, siendo las 10:00 A.M. del día 22 del mes de Junio del año dos mil dieciocho se reunieron en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo N° 635, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

Dra. C.D. María Luz Preciado Lara	<b>Presidente</b>
C.D. Gilberto Pedro Allca Velasco	<b>Secretario</b>
C.D. Julio Enrique Benites Valencia	<b>Vocal</b>

Nombrados mediante la Resolución N° 904-2018-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada: **"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUCOSA ORAL EN POBLADORES CON HÁBITO DE COQUEO DEL DISTRITO DE CONCHAMARCA HUÁNUCO 2017"**, presentada por la Bachiller en Odontología, la Srta. **Alminco Espinoza, Diana Carolina**; para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

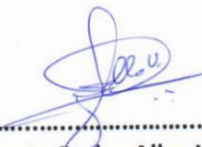
Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola *Aprobada* por *unanimidad* con el calificativo cuantitativo de *17* y cualitativo de *muy bueno*.

Siendo las 11:00 A.M. del día 22 del mes de Junio del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.



.....  
Dra. C.D. María Luz Preciado Lara  
**PRESIDENTE**



.....  
C.D. Gilberto Pedro Allca Velasco  
**SECRETARIO**



.....  
C.D. Julio Enrique Benites Valencia  
**VOCAL**



**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**E. A.P. DE ODONTOLOGÍA**



## **CONSTANCIA**

### **HACE CONSTAR:**

Que la Bachiller: Srta. Alminco Espinoza, Diana Carolina; ha aprobado la Sustentación de Tesis "**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUCOSA ORAL EN POBLADORES CON HÁBITO DE COQUEO DEL DISTRITO DE CONCHAMARCA HUÁNUCO 2017**", para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista, realizada el día 22 de Junio del 2018 a horas 10:00 A.M. en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo Cuadra N° 635 de esta ciudad, tal como consta en el Acta respectiva de Sustentación de Tesis.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Huánuco, 25 de Junio del 2018.



**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**  
  
Mg. C.D. Mazdonio Apac Palomino  
Director E.A.P. Odontología

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUCOSA ORAL EN  
POBLADORES CON HABITO DE COQUEO DEL DISTRITO DE  
CONCHAMARCA HUÁNUCO - 2017**

## DEDICATORIA

A Dios. A mis padres Mauro Alminco Perez y Eda Espinoza Sarmiento, por su amor por su paciencia , comprensión y apoyo incondicional, gracias a ustedes hoy puedo ver alcanzada ésta meta.

A mis hermanos por su apoyo permanente; por buscar siempre mi realización personal y profesional.

A Juan Carlos por su apoyo y cariño incondicional en todo momento.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi asesora Dra. Luz Angulo Quispe, por su amistad, apoyo, tiempo y colaboración en el presente estudio de investigación brindándome sus Sabios consejos y compartir sus conocimientos.

A Dra. Nancy Calzada Gonzales, por su apoyo para la realización del presente estudio.

A mis jurados por su guía y recomendaciones brindadas desde el primer momento de la elaboración de la tesis.

A todos los docentes de quienes aprendí mucho durante mi vida universitaria, por su disposición a la enseñanza y compartir su calidad profesional.

A la “Universidad De Huánuco “ , por convertirse en mi segunda casa y permitir que crezca como profesional y como persona.

A mis padres por su apoyo y confianza puesta en mí.

Agradezco a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en el desarrollo del presente trabajo.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar las características clínicas de la mucosa oral en pobladores con hábito de coqueo del distrito de Conchamarca Huánuco – 2017. **MATERIALES Y MÉTODO:** Fue un estudio descriptivo, prospectivo, transversal, fueron incluidos en el estudio 80 pobladores con hábito de coqueo del distrito de Conchamarca, se realizó examen bucal y según las características clínicas se determinó las patologías. Se utilizó la estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes), prueba chi-cuadrado. **RESULTADOS:** Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en pobladores de 45 a 54 años (58,8%) frecuencia del hábito de coqueo, el mayor porcentaje de los pobladores lo realizan 3 veces al día con un 18,8%, la cantidad de chacchado 1 bolo coca representó mayor porcentaje 47,5%; el mayor porcentaje de los pobladores consumen de 1 a 12 años 37,5%, prevalencia de gingivitis en los pobladores con hábito de coqueo es de 80%. la prevalencia de periodontitis en los pobladores de Conchamarca con hábito de coqueo es de 61,3%. úlceras bucales se presentó en mayor porcentaje con 1 bolo de chacchado 16,3% **CONCLUSIONES:** La prevalencia de leucoplasia en los pobladores con hábito de coqueo fue de 33,8%. La prevalencia de gingivitis 80%. Periodontitis es de 61,3%. La prevalencia de úlceras bucales en los pobladores de Conchamarca con hábito de coqueo fue de 65%.

**PALABRAS CLAVES:** Hábito de coqueo, mucosa oral, características clínicas, úlceras bucales.

## SUMMARY

**Objective:** To determine the clinical characteristics of the oral mucosa in residents with cohaba habit of Conchamarca Huánuco district - 2017.

**Materials and Methods:** A descriptive, prospective, cross-sectional study was included in the study 80 residents with habit of coqueo district of Conchamarca, oral examination was performed and according to the clinical characteristics the pathologies were determined. Descriptive statistics (frequencies, percentages), chi-square test were used. **Results:** Of the total data observed, the highest frequency was found in residents of 45 to 54 years old (58.8%), frequency of coking habit, the highest percentage of the inhabitants do it 3 times a day with 18.8 %, the amount of chacchado, 1 bolus coca represented a greater percentage 47.5%; the greater percentage of the inhabitants consume from 1 to 12 years 37.5%, prevalence of gingivitis in the population with habit of coqueo is of 80%. The prevalence of periodontitis in the population of Conchamarca with a habit of coking is 61.3%. Canker sore was presented in a higher percentage with 1 bolus of chacchado 16.3%

**Conclusions:** The prevalence of leukoplakia in the population with coking habit was 33.8%. The prevalence of gingivitis 80%. Periodontitis is 61.3%. The prevalence of mouth ulcers in the residents of Conchamarca with a habit of coking was 65%.

**Key words:** Coke habit, oral mucosa, clinical features, mouth ulcers.



## INTRODUCCIÓN

La coca (*Erythroxylum coca* L.) es una planta originaria del Perú y Bolivia, cultivada para uso tradicional, ritual y medicinal, tiene sus raíces en la cultura incaica<sup>1</sup>.

La coca es una hoja con un gran significado histórico que trasciende desde antes de la conquista de los incas. Esta planta aún sigue vigente gracias a sus usos y poderes atribuidos por muchos pobladores andinos peruanos<sup>2</sup>. Actualmente, existen alrededor de tres millones de peruanos que continúan con la práctica habitual de masticar hojas de coca acompañadas de sustancias alcalinas como la cal con el fin de soportar jornadas arduas en el campo de la agricultura y la minería. Las hojas de coca son masticadas hasta formar un bolo, el cual es sujetado entre el carrillo y la encía, al que se adiciona con un palillo sustancias alcalinas como la cal. El tiempo que el bolo es mantenido en la boca varía de dos a tres horas; en términos generales, cada bolo contiene 10 a 30 gramos de hojas de coca y el consumo diario entre 30 a 60 gramos o más según los casos<sup>2,3</sup>.

En el campo de la estomatología, se ha mencionado que la masticación crónica de hojas de coca produce alteraciones en las diferentes estructuras orales dependientes del efecto mecánico y de las sustancias que se producen durante el acto de masticación de hojas de coca.

## **ÍNDICE**

DEDICATORIA.....	03
AGRADECIMIENTOS.....	04
RESUMEN.....	05
SUMARY.....	06
INTRODUCCIÓN.....	07
INDICE.....	08

## **CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1. Identificación y planteamiento del problema.....	10
1.2. Formulación del problema.....	11
1.3. Justificación de la investigación.....	12
1.4. Objetivos de la investigación.....	13
- General	
- Específicos	

## **CAPÍTULO II: MARCO TEORICO**

2.1. Antecedentes del problema.....	14
2.2. Bases teóricas.....	25
2.3. Definición de términos.....	47
2.4. Hipótesis.....	48

2.5.	Identificación de Variables.....	48
2.6.	Operacionalización de Variables.....	49

### **CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO**

3.1.	Tipo de Investigación.....	50
3.2.	Método de Investigación.....	50
3.3.	Diseño de la Investigación.....	50
3.4.	Población y Muestra.....	51
3.5.	Técnicas e Instrumentos.....	52
3.6.	Análisis y Procesamiento de Datos.....	53

### **CAPITULO IV: RESULTADOS.....54**

### **CAPITULO V: DISCUSIONES.....69**

### **CAPITULO VI: CONCLUSIONES.....71**

### **RECOMENDACIONES.....72**

### **BIBLIOGRAFIA.....73**

### **ANEXOS.....83**

## **CAPITULO I:**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Identificación y planteamiento del problema**

Se llama “coqueo” a la insalivación de las hojas de coca. El hábito de “chacchar”, “acullicar” o “coquear” se remonta 4000 años a. C., revelando una costumbre milenaria: a partir de datos arqueológicos e historiográficos<sup>4</sup> se ofrecen pruebas sobre el hallazgo de momias que aún conservaban en la boca hojas de coca y enterramientos cuyo ajuar funerario incluía mates con restos de finas espátulas de hueso utilizadas para "chacchar"<sup>5</sup>.

En los coqueros es muy frecuente la atrición dentaria, Sharfer, define a la atrición dentaria como el desgaste fisiológico de un diente como resultado del contacto diente a diente, como en el caso de la masticación<sup>6</sup>.

El desgaste dentario es la característica oral más distintiva de los masticadores de la hoja de coca. Goicochea y otros en sus estudios muestran un incremento del desgaste con respecto a grupos control. Existían dos mecanismos casuales asociados: por una parte el desgaste físico patológico (abrasión) causado por una actividad masticatoria frecuente y forzada y por otra el desgaste químico (erosión) causados por los derivados alcalinos del bolo<sup>7,8,9</sup>.

## **1.2. Formulación del problema**

### **Problema General**

¿Cuáles son las características clínicas de la mucosa oral en pobladores con habito de coqueo del distrito de Conchamarca Huánuco - 2017?

### **Problemas específicos:**

1. ¿Cuáles son las características de la mucosa de revestimiento en la cavidad oral en pobladores con el hábito de masticación de hojas de coca?
2. ¿Cuáles son las características de la mucosa masticatoria en la cavidad oral en pobladores con el hábito de masticación de hojas de coca?
3. ¿Cuáles son las características de la mucosa especializada en la cavidad oral en pobladores con el hábito de masticación de hojas de coca?
4. ¿Cuáles son las características de la mucosa oral en pobladores con hábito de coqueo según la cantidad y tiempo de coqueo?

### **1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **Teórica:**

La presente investigación tiene relevancia teórica, debido a hay escasas investigaciones similares en el Perú, por lo que la información obtenida es de mucha utilidad para conocer las características clínicas de la mucosa oral en pobladores de Conchamarca ocasionadas por el hábito de coqueo.

#### **Práctica:**

La información obtenida de la investigación servirán para difundir mediante charlas y sesiones educativas en salud oral a los pobladores el efecto que produce el hábito de coqueo a nivel de la mucosa oral disminuyendo así las complicaciones posteriores.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Determinar las características clínicas de la mucosa oral en pobladores con habito de coqueo del distrito de Conchamarca Huánuco – 2017.

### **Objetivos específicos:**

Identificar las características de la mucosa de revestimiento en la cavidad oral en pobladores con el hábito de masticación de hojas de coca

Identificar las características de la mucosa masticatoria en la cavidad oral en pobladores con el hábito de masticación de hojas de coca

Identificar las características de la mucosa de especializada en la cavidad oral en pobladores con el hábito de masticación de hojas de coca

Identificar las características de la mucosa oral en pobladores con hábito de coqueo según la cantidad y tiempo de coqueo.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Bermudez J. Venezuela (2011). Lesiones en la mucosa bucal relacionadas con el consumo del tabaco de mascar (chimó). Reporte de un caso.

**Objetivos:** Reportar un caso relacionado con el hábito del consumo del chimó y discutir la importancia de la educación en la prevención y tratamiento de lesiones en la mucosa bucal.

**Metodología:** Presentación del caso:

Paciente femenina, de 78 años, procedente del estado Mérida, Venezuela, consumidora de tabaco de mascar “chimó”, que presentó lesiones en la mucosa bucal. Se realizaron exámenes clínicos y complementarios. Se planificó terapéutica preventiva y curativa, incluyendo dos biopsias. Los resultados histopatológicos aportaron como diagnóstico: leucoplasia verrugosa con cambios displásicos, leves y severos. La paciente, al regresar a la consulta, refirió que continuó con el consumo del chimó. La reevaluación clínica evidenció que las lesiones en la mucosa bucal se encontraban más intensas y extensas. Se realizó nuevamente estudio histopatológico e inmunohistoquímico, el cual, arrojó como diagnóstico: carcinoma de células escamosas, evidencia de la evolución de las lesiones a un estadio severo.

Se realizó nuevamente estudio histopatológico e inmunohistoquímico, el cual, arrojó como diagnóstico: carcinoma de células escamosas, evidencia de la evolución de las lesiones a un estadio severo.

Se realizó nuevamente estudio histopatológico e inmunohistoquímico, el cual, arrojó como diagnóstico: carcinoma de células escamosas, evidencia de la evolución de las lesiones a un estadio severo.

Se realizó nuevamente estudio histopatológico e inmunohistoquímico, el cual, arrojó como diagnóstico: carcinoma de células escamosas, evidencia de la evolución de las lesiones a un estadio severo.

Se realizó nuevamente estudio histopatológico e inmunohistoquímico, el cual, arrojó como diagnóstico: carcinoma de células escamosas, evidencia de la evolución de las lesiones a un estadio severo.

Se realizó nuevamente estudio histopatológico e inmunohistoquímico, el cual, arrojó como diagnóstico: carcinoma de células escamosas, evidencia de la evolución de las lesiones a un estadio severo.

**Conclusiones:** La educación sobre factores de riesgo, es fundamental en la prevención de lesiones en la mucosa bucal<sup>10</sup>.



Scavino G. Venezuela (2002). El efecto de la cocaína sobre los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal. **Metodología:** Revisión bibliográfica La cocaína es una droga psicoestimulante, extremadamente adictiva, que se extrae de las hojas de coca, *Erythroxylon cocae*, nativa de América del Sur. En el siglo XIX, comienzan las investigaciones sobre las propiedades de la cocaína, posteriormente se introduce en el ámbito de la medicina y la odontología. Existen diversas vía de administración, vía intrabucal, intravenosa, pero la más popular es la vía intranasal. La droga se absorbe en las membranas mucosas y se excreta en la orina. Debido a los efectos farmacológicos, la cocaína produce complicaciones médicas que afectan especialmente el sistema cardiovascular. Igualmente, produce alteraciones en los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal que pudieran confundirse con otras patologías. Por tal motivo, el odontólogo debe estar familiarizado con dichas alteraciones y poder detectar el hábito de drogas. Esto facilitaría el diagnóstico y disminuiría el riesgo de presentar cualquier complicación médica en la consulta odontológica. **Conclusiones:** La cocaína es una droga psicoestimulante, capaz de afectar el cerebro y a los diversos sistemas del organismo. Por sus efectos tóxicos y adictivos, se considera una de las drogas más peligrosas de uso recreacional<sup>11</sup>.

Vitzthum V, Von M, Ellison P. Bolivia (2001). Efecto de la masticación de la hoja de coca en los ensayos de progesterona salival. **Objetivo:** Conocer Efecto de la masticación de la hoja de coca en los ensayos de progesterona

salival Aunque hay evidencia de una fertilidad reducida en las poblaciones andinas y del Himalaya a altitudes más altas, otros factores además de la hipoxia pueden ser los principales responsables. **Metodología:** Un enfoque valioso en la investigación de estos determinantes de la fertilidad es el uso de ensayos de esteroides salivales. Sin embargo, la masticación de la hoja de coca, una práctica omnipresente entre las poblaciones andinas de gran altitud, tiene consecuencias negativas para la medición precisa de los esteroides ováricos. Este informe evalúa los efectos de la masticación de hoja de coca en ensayos de progesterona salival. Los participantes del estudio incluyen usuarios ingenuos y habituales de hoja de coca de La Paz y El Alto, Bolivia. Aproximadamente 300 muestras de saliva fueron recolectadas inmediatamente antes, durante y después de masticar hojas de coca. La serie incluye muestras con y sin el potenciador de alcaloides típicamente utilizado por los masticadores de hoja de coca. **Resultados:** La masticación de coca produce valores falsos de progesterona salival que imitan los valores de fase lútea. Sobre la base de este estudio, se desarrolla un protocolo apropiado para la recolección de muestras salivales en poblaciones de mastines de hoja de coca. **Conclusiones:** la viabilidad de los ensayos salivales, incluso para condiciones de campo muy difíciles, y resaltan la necesidad de establecer procedimientos de recolección adecuados antes de la implementación de campo completo del muestreo de saliva<sup>12</sup>.

Langsjoen OM. Estados Unidos (1996). Efectos dentales de la dieta y la hoja de coca masticar en dos culturas prehistóricas del norte de Chile.

**Objetivo:** Conocer los efectos dentales de la dieta y la hoja de coca.

**Metodología :** Dos antiguas culturas del norte de Chile, el Chinchorro (9000-3500 BP) y el Maitas Chiribaya (850-700 BP) fueron examinadas por patología dental en busca de posibles correlaciones entre la salud dental, la dieta y la práctica cultural de la cocamasticar una hoja. El Chinchorro ocupaba la desembocadura del río Azapa, subsistiendo casi exclusivamente en una economía marítima. Los Maitas Chiribaya, descendientes de montañeses migratorios, tenían una base de subsistencia agrícola bastante bien desarrollada. **Resultados:** El Chinchorro demostró tasas extremas de desgaste y una frecuencia correspondientemente alta de abscesos periapicales. Eran esencialmente libres de caries y disfrutaban de una frecuencia de pérdida de dientes ante mortem moderada. La Maitas Chiribaya sufrió un ligero desgaste; una alta frecuencia de caries, especialmente en la unión amelocementaria de la corona y la raíz, y una frecuencia de pérdida de dientes ante mortem notablemente alta. **Conclusiones:** La práctica cultural de la masticación de hoja de coca está implicada en el excesivo edentulismo posterior de la Maitas Chiribaya<sup>13</sup>.

## **NACIONAL**

Rojas B. Trujillo 2017. Prevalencia de inflamación gingival en chacchadores de coca de 25 a 60 años de edad Huamachuco 2017.

**Objetivo:** Determinar Prevalencia de inflamación gingival en chacchadores de coca de 25 a 60 años de edad Huamachuco provincia de Sanchez Carrión La Libertad. **Metodología:** el estudio fue de tipo experimental, de corte transversal. La población estuvo conformado 151 ronderos chacchadores entre mujeres y varones que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Para determinar la prevalencia de inflamación gingival se recopilaron datos en una ficha técnica (Loe y Silness) y los resultados fueron presentados en tablas estadísticas de una y doble entrada. **Resultados:** los datos demostraron que la prevalencia de inflamación gingival en los ronderos chacchadores de coca del distrito de Huamachuco fue del 96% asimismo se determinó que el 43% corresponde a la frecuencia de chacchado alta. **Conclusiones** se encontró una alta prevalencia de inflamación gingival en los ronderos chacchadores de coca siendo el grupo de chacchado alto el de mayor prevalencia<sup>14</sup>.

Payé M. Puno (2014). Prevalencia de caries dental en consumidores de Erythroxyllum Coca con y sin Llipta en la Comunidad De Catacha-Puno, 2014. **Objetivo:** Fue Determinar Y comparar la experiencia de caries dental mediante el índice CPO – D; en los pobladores con el hábito de la masticación de la hoja de coca, acompañado de llipta o sin llipta según género, edad y tiempo de consumo en la comunidad campesina de Ccatacha, Distrito de Lampa, Provincia de Lampa, Departamento de Puno 2014. **Materiales y Métodos:** el estudio fue descriptivo, comparativo y de corte transversal, mediante la observación, tomándose una muestra aleatoria

simple, conformada por 140 pobladores consumidores de la hoja de Coca con y sin Llipta, divididos en dos grupos 70 consumidores de la hoja de coca con llipta y 70 consumidores de la hoja de sin llipta según género, edad y tiempo de consumo. **Resultados:** El índice de CPO – D en los pobladores que consumen hoja de coca con llipta fue de 18.1, y en los pobladores que consumen hoja de coca sin llipta fue de 18.7, siendo mayor en el género femenino; encontrándose diferencias significativas en relación a la edad y tiempo de consumo. **Conclusiones:** Encontramos que la experiencia de caries según el índice CPO – D es mayor en las personas consumidoras de la hoja de coca sin llipta, en comparación con las que consumen la hoja de coca con llipta, en relación al género edad y tiempo de consumo. Los datos cualitativos fueron analizados mediante la prueba estadística de chi cuadrado con nivel de confianza del 95 % en la cual se encontró asociación estadísticamente significativa entre las relaciones de los índices y el género ( $p < 0.05$ ) mientras que en las demás relaciones no se encontraron asociaciones significativas<sup>15</sup>.

Ramos E. Lima Perú (2008). Efectividad de la masticación de la hoja de coca en la prevención de la caries dental en el centro poblado de San Juan de la Libertad Huasahuas-Tarma en 2008. **Objetivo** relacionar la efectividad de la masticación de la hoja de coca en la prevención de caries dental en los masticadores y los no masticadores de la hoja de coca. **Metodología** En la fase de la investigación se evaluó el CPOD Y CPOS, para lo cual se utilizó una ficha de investigación tipo test, en el centro poblado San Juan de la

Libertad Huasahuasi. **Resultados** se encontró diferencias significativas en los valores de los índices epidemiológicos en dichos pobladores el CPOD con hábito a la masticación es: 11.58 y sin habito es: 17.3 y el COPS con habito a la masticación es: 39.76 y sin habito es: 49.80, el hábito estuvo presente en mayor proporción en el sexo masculino, Por lo cual concluimos que los masticadores de la hoja de coca tienen menos caries que los que no tienen este hábito. **Conclusiones** Se halló diferencia significativa entre la presencia de caries, el tiempo y frecuencia del hábito. Estos resultados de investigación actualizan la información de estudios ya realizados por otros<sup>16</sup>.

Ayón E. Chiu Mp. Lima Perú (2005). Cambios histopatológicos de la mucosa gingival en masticadores de hoja de coca varones del distrito de Laraos, provincia de Lauyos. **Objetivo** :describir los cambios histopatológicos de la mucosa gingival. El estudio se realizó en el Puesto de Salud del Distrito de Laraos, provincia de Yauyos, en donde el hábito de la masticación de hojas de coca sigue vigente. **Metodología**: El grupo de estudio estuvo conformado por 30 masticadores de hoja coca, varones de 40 a 61 años de edad y el grupo control por 30 no masticadores de hoja de coca, cuyas edades y características fueron similares al grupo de estudio. Para la selección de la muestra se utilizó una ficha de selección de acuerdo a los criterios establecidos. **Resultados**: Los datos encontrados se registraron en una ficha de Registro Histológico. La prueba Chi cuadrada para variables cualitativas con un nivel de significado de 95% nos indican una asociación altamente significativa entre acantosis e hiperparaqueratosis ( $p = 0.010$ ,  $P = 0.020$

respectivamente) y el hábito de la masticación de hojas de coca. Es decir el epitelio del masticador de hoja de coca pasa de un epitelio paraqueratinizado o queratinizado a un epitelio hiperparaqueratósico sin mostrar cambios malignos. **Conclusiones:** No se encontró diferencia significativa ( $p > 0.05$ ) entre los cambios histopatológicos a nivel del tejido conectivo con el hábito de la masticación de hojas de coca<sup>17</sup>.

Indriati E, Buikstra JE . Lima Perú (2001). La coca mastica en la costa prehistórica del Perú: evidencia dental. **Objetivo:** Describir la salud dental de cuatro poblaciones humanas prehistóricas de la costa sur de Perú, un área en la cual la evidencia arqueológica independiente sugiere que la práctica de masticar hojas de coca era relativamente común. **Metodología:** observacional. **Resultados:** Se encontró un patrón repetido de caries de la raíz cervical que acompaña la exposición de la raíz en las superficies bucales de la dentición posterior, coincidiendo con la colocación típica de las quid de coca durante la masticación. Para examinar más a fondo la asociación entre el patrón de caries y la masticación de coca, las características del sitio de caries de los dientes molares se utilizaron como indicadores para estimar la probabilidad de masticar coca para adultos dentro de cada una de las muestras del estudio. Las estimaciones de verosimilitud se compararon luego con los resultados de una prueba de uso de coca derivada de muestras de cabello de los mismos individuos. Los estudios de cabello y odontología exhibieron un 85.7% de acuerdo. Por lo tanto, hemos demostrado la validez de una técnica de tejido duro para identificar la presencia de masticar hojas

de coca habituales en restos humanos antiguos, lo que es útil en contextos arqueológicos donde el cabello no se conserva. **Conclusiones:** Estos datos se pueden usar para explorar la distribución de la masticación de coca en tiempos prehistóricos. Simultáneamente, documentamos la salud dental asociada con esta práctica cultural tradicional andina<sup>18</sup>.

Bartens G. Lima Perú (1998). Cambios histológicos en el epitelio de la mucosa del carrillo, en sujetos masticadores de hojas de coca, pertenecientes a la comunidad de Quircan, distrito de San Francisco, provincia de Ambo, departamento de Huánuco. **Objetivo** fue describir las características histológicas del epitelio de la mucosa del carrillo relacionados con el hábito de masticación de hojas de coca, determinado según edad y tiempo total de exposición de la mucosa al bolo de coca. **Metodología** Los criterios de evaluación para describir las características del epitelio fueron observados a nivel de las cuatro capas (basal, espinosa, intermedia y superficial). La muestra estuvo constituida por 43 biopsias (30 pertenecientes a masticadores de hojas de coca y 13 a sujetos que no presentaban el hábito) de sujetos entre 40 y 70 años de edad, de una comunidad andina en Huánuco, Perú. **Resultados** Se encontró acantosis en el 100% de sujetos con el hábito, así como células eosinófilas en las capas espinosa e intermedia en el 76,6% y 53,30/o respectivamente e hiperparaqueratosis en 96,6%. No se encontraron cambios correspondientes a displasia epitelial, y en todas las capas del epitelio se halló inflamación crónica de grado leve a moderado, observándose así que el epitelio de la mucosa del carrillo de los



masticadores de hojas de coca sufre un proceso de adaptación que corresponde al cambio de un epitelio no queratinizado a paraqueratinizado, el cual se mantiene sin progresar a cambios histológicos mayores. **Conclusiones:** No se encontró diferencia estadísticamente significativa ( $p>0,05$ ) entre los hallazgos histológicos y la edad ni con el tiempo total de exposición de la mucosa al bolo de coca<sup>19</sup>.

### **Local**

Torres V. Huánuco Perú (2015). Enfermedad periodontal asociado al consumo habitual de la hoja de coca y el cal en personas de 40 a 70 años Huánuco 2015. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la enfermedad periodontal y el consumo habitual de la hoja de coca y la cal en personas de 40 a 70 años Huánuco – 2015 **Materiales y Métodos:** Se aplicó un cuestionario en forma escrita y que fueron aplicadas a los 50 participantes con la finalidad de obtener información sobre el consumo de la hoja de coca, también se emplearon ficha del periodontograma para recolectar dato acerca del tipo de periodontitis. Los datos fueron analizados estadísticamente mediante las variables estudiadas, la medida de correlación entre variables a usar fue la Chi-cuadrada, con un nivel de confianza significativo del 99%, con un margen de error del 1% y con 1 grados de libertad. El método de investigación utilizado fue descriptivo, con un nivel de investigación correlacional y un diseño correlacional. **Resultado:** La correlación entre las variables, enfermedad periodontal y el consumo habitual de la hoja de coca y cal, arrojaron la mayor prevalencia con presencia de periodontitis en los

consumidores de la hoja de coca y cal en un 76%, mientras que la menor prevalencia de evidencio en la ausencia periodontitis en los no consumidores de hoja de coca en un 24%. **Conclusión:** De acuerdo con los resultados obtenidos, analizados e interpretados se determinó que si existe correlación directa entre la enfermedad periodontal y el consumo habitual de la hoja de coca en las personas adultas y adultos mayores en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano<sup>20</sup>.

## 2.2. BASES TEÓRICAS

### 2.2.1. HOJA DE COCA

#### 2.2.1.1 Definición

La hoja de coca es una planta oriunda de Sudamérica cuyo nombre científico es *Erythroxylum coca*, de la que existen más de 250 especies. En la actualidad crece principalmente en Colombia, Perú, Bolivia, norte de Argentina.<sup>21</sup>

#### 2.2.1.2 Clasificación taxonómica

REINO : PLANTAE  
DIVISIÓN: MAGNOLIOPHYTA  
CLASE : MAGNOLIOPSIDA  
(DICOTILEDÓNEAS)  
ORDEN : LINALES  
FAMILIA : ERYTHROXYLACEAE  
GÉNERO: *Erythroxylum*  
ESPECIE: *Erythroxylum coca* Lamarck var. *Coca*  
Nombre vulgar "coca"

### **2.2.1.3. Generalidades**

La coca (*Erythroxylum coca* Lamarck), una planta originaria del Perú y Bolivia, su denominación proviene de la palabra aymara “khoka”, de dicha voz se originan “cuca”, “cochua” y “koka”; aunque sus antecedentes milenarios permiten suponer que en algún momento fue conocida en casi todas las regiones de la América india<sup>22</sup>. El género *Erythroxylum* (familia *Erythroxylaceae*), se encuentra ampliamente distribuida en las regiones tropicales de Sudamérica, principalmente en el Perú y Bolivia y en menor escala en Colombia, Ecuador, Venezuela y Brasil<sup>23</sup>.

La coca tiene diversos usos, tanto en el ámbito internacional, como por ejemplo en la fabricación de anestésicos o la utilización del extracto de sus hojas como parte de los ingredientes de una bebida gaseosa líder en el mundo<sup>24</sup>, como en la población andina tradicional, donde el uso más conocido que se les da a las hojas de coca es el “picchado”. Sin embargo, también las usan como estimulante para la interacción social, como medicina, instrumento para adivinar el futuro, para diagnosticar enfermedades y hasta como digestivo después de las comidas<sup>25</sup>.

En el Perú, se han detectado más de 250 variedades de coca; pero, las más apreciadas por su contenido de alcaloides que varían de 0.1 a .8 % en sus hojas son los siguientes cultivares<sup>26</sup>.

- *Erythroxylum coca* Novogranatense Tupa (Trujillo)
- *Erythroxylum coca* cv Lambran (Ayacucho, Cusco, Puno)

- *Erythroxylum coca* Novogranatense Morris (Huánuco, San Martín)
  
- *Erythroxylum coca* cv Molleca (Huánuco)
  
- *Erythroxylum coca* cv Fusiforme (Tingo María, Monzón)
  
- *Erythroxylum coca* cv Ovoide (San Martín, Huánuco)
  
- *Erythroxylum coca* Ipadu (Loreto)

Entre las características morfológicas que la planta desarrolla, éstas alcanzan una altura que varía entre los 0.5 y los 2.5 m, con un ciclo de vida que puede extenderse hasta los 15 años, crece en óptimas condiciones en los valles interandinos y en la denominada selva alta o ceja de selva principalmente en terrenos que se encuentran entre los 500 y 2000 metros sobre el nivel del mar. La siembra puede hacerse de forma casi rústica, en terrenos que no requieren mucha preparación, ni demasiado abono, se adapta a climas cuya temperatura oscila entre los 18 a 25 °C, con una humedad de 80% a 90%.

La planta de hoja de coca es un arbusto que crece de cinco a diez pies de altura, con ciertas características botánicas muy particulares. Las hojas tienen líneas aeroladas longitudinales muy claras que se curvan hacia la vena central y que es un engrosamiento de la epidermis, resultando un enrollado de la hoja. En la base del peciolo tiene unas estípulas ovaladas intrapeciolares características. Las flores de un blanco cremoso, miden más o menos un centímetro, y tienen cinco sépalos y cinco pétalos. Cuando el fruto madura, dos

de sus óvulos abortan, y los lóculos son destruidos. El fruto es una drupa roja, ovalada con una sola semilla<sup>27</sup>.

Hay evidencias que la hoja de coca fue hallado en una tumba peruana que data de aproximadamente 500 años d. C. y se sabe que durante el Imperio Inca, la hoja de coca fue consumida con mesura, llegándose incluso a prohibir su uso, salvo en rituales religiosos o en el trabajo de las minas. Los colonizadores españoles, incentivaron su producción al reconocer que permitía un mayor rendimiento en la labor física de los indígenas. De esa forma durante la colonia, la economía de la coca llega a generar riquezas para muchos españoles dedicados a la venta y al transporte, sin contar al clero, que llegó a beneficiarse gracias al “diezmo” impuesto al cultivo de la coca<sup>28</sup>.

Los escasos estudios de metabolización humana de los constituyentes de la hoja de coca usada de manera tradicional, indican la presencia de cocaína en el polvo de hojas de las bolsas de mate y el macerado y de benzoilecgonina en la orina del individuo, aún después de 30 horas (Ferreira y Gentner<sup>29</sup>, pero no evidencian efectos farmacológicos adversos en la salud de los consumidores, por el contrario favorecen a mitigar el cansancio durante el trabajo<sup>30</sup>.

La coca, cuyo alcaloide principal, la cocaína, es el primer anestésico local descubierto y a partir del cual se han sintetizado un gran número de fármacos anestésicos locales con estructura similar. Su difusión a la cultura occidental y la utilización abusiva de sus alcaloides es producto de una distorsión hedonista de la civilización occidental<sup>32</sup>.

#### **2.2.1.4. Historia**

La coca es nativa del Perú y ha sido cultivada desde tiempos muy remotos<sup>33</sup>. Por lo menos desde dos mil años antes de Cristo los habitantes del área andina consumían hojas de coca, entonces la antigüedad de la coca en el Perú es de 4,000 años, y probablemente más<sup>34,35</sup>.

La práctica enraizada de la masticación de las hojas de coca en la época prehispánica está comprobada arqueológicamente, porque han encontrado en la costa peruana momias que tenían bolsas de coca tanto pre-incas e incas (Nazca, Mochica y Pachacamac ), y la cerámica con diversas representaciones de la masticación de las hojas de coca<sup>36</sup>.

Este hábito jugó un importante papel en el imperio incaico donde, por las extrañas sensaciones que provocaba, se convirtió en ingrediente esencial de todas las ceremonias religiosas, recibiendo el arbusto productor de las hojas el nombre de "planta divina", y solo fue usada por la realeza como símbolo de aristocracia<sup>33</sup>.

En la época de la conquista española este hábito se difundió a la masa aborigen por la razón que refiere José Marroquín, "la conveniencia de los conquistadores de poseer un medio más de explotación y de servirse de la acción existente de la coca para un mayor rendimiento del indio en las labores mineras<sup>36</sup>.

### **2.2.1.5 Composición Química**

La composición química de la hoja de coca depende de factores intrínsecos y extrínsecos. Entre los factores extrínsecos, se tiene a la ubicación geográfica, la forma en que ha sido cultivada la planta y el medio ambiente en el que se desarrolla la especie; como intrínsecos tenemos la edad de la especie vegetal, la hora de recolección de la muestra, ya que los componentes varían en el transcurso de la noche<sup>37</sup>.

Recientemente, Evans ha revisado la literatura sobre el contenido de alcaloides de una larga serie de especies del género *Erythroxylon*. Ninguna de ellas contiene cocaína, excepto las cultivadas en el área andina. La coca (*E. coca*, *E. novogratense*) tiene por lo menos 14 alcaloides, siendo algunos de ellos la cocaína, ecgonina, metilecgonina, higrina, nicotina, etc<sup>38,39</sup>.

Hace años se estudió la composición química de las hojas de coca de diversas especies donde se mostraban sus componentes como humedad, ceniza, nitrógeno alcaloides, fibra, calcio, fosfato, fierro, caroteno, y vitaminas<sup>40</sup>.

De todas maneras está claro por ahora que la acción esencial de la coca en el consumo humano está relacionada directamente en su contenido de cocaína. El resto de alcaloides menores, pueden en alguna forma modificar la acción directa y específica de la cocaína<sup>39</sup>. Sin embargo, lo cierto es que no ha llegado el momento en que esto pueda ir más allá de un planteamiento teórico, pues no existen estudios farmacológicos adecuados de los alcaloides menores.



### **2.2.1.6 El Hábito:**

El hombre de todas las culturas busca y encuentra diversas formas de estimularse, ya sea por medio de sustancias diversas (café, té, alcohol, tabaco, etc.) o por otros medios (música, televisión, cine, etc.), sin considerar si esto causa daño o no, los andes tenemos la coca, el consumo de las hojas de esta planta forma parte extremadamente importante de la cultura indígena, no solamente es un preferido. En estimulante, sino que es el eje sobre el que gira una serie de electos culturales, en la economía, la medicina, la magia y las relaciones humanas del mundo andino autóctono 30 La masticación de las hojas de coca ha contribuido desde hace mucho tiempo a que El campesino andino sea reconocible, a la vez que atrajo la curiosidad y el interés científico por parte del no coquero para averiguar todo acerca de este hábito, primordialmente la razón del porque lo hacen<sup>41</sup>.

El 69% de la población empieza el hábito entre los 15 y 24 años de edad, siendo las principales razones de su uso el trabajo, medicina, combatir el frío y matar el hambre. Ahora, estos resultados deben de sumarse que el individuo andino se relaciona con el hábito del chacchado prácticamente toda su vida y la utiliza en la mayoría de las facetas de está<sup>41</sup>.

Así mismo se trató de averiguar de por qué los indígenas mastican coca, esta pregunta no sólo es lógica sino muy antigua. Hace cuatro siglos Cieza de León escribió "Preguntando a algunos indios porque causa traen siempre ocupada la boca con aquella hierba y responden que sienten poca hambre, gran vigor y

fuerza". En general, escriben "los masticadores asocian el uso de la coca primordialmente con la situación de trabajo, desde la conquista española hasta hoy, se han presentado muchas hipótesis en un esfuerzo de explicar su consumo. La Barre escribe sobre la hoja de coca "Estas plantas contienen cierta cantidad de cocaína y es con el propósito de obtener el estímulo de esta droga, que se mastica la hoja<sup>42</sup>. En el Perú, por la masticación de la hoja de coca, se consumen alrededor de 6 a 8 millones de kilogramos de coca cada año, el consumidor promedio toma alrededor de 30 g diarios, pero hay individuos habituados que llegan a consumir hasta 200 g al día. Investigaciones hechas revelan que durante el coqueo, se ingiere como promedio, el 56% de los alcaloides contenidos en las hojas de coca, quedando el 14% restante en los residuos de la masticación, el cual es desechado. Como estos individuos dividen la dosis diaria de coca en tres o cuatro fracciones, ingieren 60 a 80 miligramos de cocaína cada vez, es decir de 160 a 200 miligramos en un lapso de 24 horas<sup>42</sup>.

#### **2.2.1.7 El Coqueo:**

El acto de "mascar" hojas de coca en la lengua indígena quechua es denominado "chacchar" o "picchar" que de acuerdo a los investigadores traduciéndolo al español sería hojear y coquear respectivamente, Este hábito no es simplemente un acto de masticar hojas de coca, se trata de un acto que tiene de rito social y que está cargado de un misticismo y de una seriedad que pueden pasar desapercibidos a quien no observe detenidamente al consumidor<sup>43</sup>.

El acto de “chacchar” abarca una conducta personal y social de trascendencia para cada individuo que se inicia escogiendo las mejores hojas, las cuales se denominan Kintus, luego se les quita el tallo y las grandes nervaduras para preparar así el bolo que ha de masticar. Así limpias, comienza el acto que se denomina “pukuy” que es una invocación u oración que se pronuncia antes de llevarse la coca a la boca<sup>44</sup>. Se pone entonces en la boca las hojas escogidas, tomándolas delicadamente en los labios y las mastica ligeramente impregnándolas de saliva, moldeándolas con la lengua, hasta que se forme un buen bolo. Viene entonces la aplicación de una sustancia alcalina, llamada “llypta” o “tocra”, o con otros nombres locales. Las razones para añadir esta cal viva mezclado con un polvo de conchas marinas, si es de sierra es ceniza del tallo de la “quinua” o del arbusto llamado “tocarra”, y excepcionalmente hay sujetos que no usan esta sustancia alcalina, y un gran porcentaje la combina con alcohol y tabaco mayor parte de los científicos se inclinan a pensar que la llypta aumenta la liberación del alcaloide, y hay quienes se atreven a decir que lo único que hace la sustancia alcalina es mejorar el gusto de la coca<sup>44</sup>. Esta puede ser un polvo que habitualmente se encuentra depositada en el “checo-calero” (objeto periforme) y es llevado a la boca mediante un palillo o punzón metálico o puede ser un conglomerado sólido en forma redondeada del cual el usuario muerde un pedazo para mezclarlo con el bolo<sup>41</sup>. La pone entonces este bolo bajo el carrillo, fuera de los molares, y lo deja allí sin masticarlo más, durante una o dos horas, mientras absorbe el jugo con el que se impregna la saliva y va deglutiendo este jugo poco a poco. Finalmente, el bolo, llamado “acullico”, es descartado, no es deglutido<sup>41</sup>. Comúnmente este proceso se repite

con unos diez gramos de hojas de coca cada tres o cuatro horas, con una interrupción de actividades que dura unos 15 a 20 minutos con objeto de preparar el nuevo bolo.

#### **2.2.1.8. Efectos:**

##### **a) Sobre el Organismo:**

Los efectos del hábito de la masticación de la coca sobre el individuo se deben principalmente a la dosis de alcaloides que ellos ingieren. Se calcula que extraen un promedio de 86% de los alcaloides y que el 80% de los alcaloides es cocaína, el efecto del resto de los alcaloides (menores) no puede ir más allá de un planeamiento teórico, pues no existen estudios farmacológicos adecuados<sup>41,45</sup>.

Estos efectos son de diversa índole, pero entre ellos destacan los de carácter fisiológico y psicológico, tanto agudos como crónicos. Las manifestaciones fisiológicas agudas se caracterizan por taquicardia, ligero aumento de presión arterial y de la temperatura corporal, alteraciones respiratorias, aumento de resistencia a la fatiga, entre otros. En cuanto a las manifestaciones fisiológicas de carácter crónico, su delimitación se ve obstaculizada por el alcoholismo, la deficiente alimentación y en general por las desfavorables condiciones higiénicas en que viven los chacchadores, pero generalmente se asocia a malnutrición, hepatomegalia, linfa adenopatías, deficiencias visuales<sup>41</sup>.

Respecto a las alteraciones psicológicas, como de la personalidad, se hicieron diversos estudios los cuales se contradicen entre sí, además en algunos ellos

se usaron técnicas que ahora no pueden aceptarse como válidas ni fidedignas tendríamos que esperar nuevos trabajos acerca del efecto del hábito sobre el estatus mental de los individuos que lo practican<sup>44</sup>.

**b) Sobre la Cavidad Oral:**

La mucosa oral, es una de las estructuras de nuestro cuerpo que constantemente está expuesta a sustancias extrañas dependiendo de muchos factores, entre ellos los hábitos de cada persona, de allí que sustancias como el tabaco, alcohol, café, etc. Han sido motivo de diversas investigaciones sobre el efecto de dichas sustancias sobre la mucosa oral, por lo tanto, en el caso de la masticación de la hoja de coca y su efecto sobre las estructuras orales, los estudios son limitados y serán revisados a continuación<sup>41</sup>.

**c) Sobre la Mucosa Oral:**

El chacchador crónico mantiene el bolo de coca (hojas de coca y sustancia alcalina), durante un tiempo promedio de 6 horas diarias. Habiéndose sugerido que la acción irritante y/o friccional de estas sustancias, causan a largo plazo, alteraciones en la mucosa oral, tales como zonas blanquecinas, rugosas, agrietadas, paraqueratosis, acantosis, hiperqueratosis, leucoedema y leucoplasia<sup>41</sup>.

**d) Sobre los Dientes y Periodonto:**

Según la mayoría de estudios realizados, el desgaste dentario y la enfermedad periodontal tienden a incrementarse con el hábito del chacchado. Se cree que la

primera de ellas es causada tanto por efectos físicos (abrasión) como químicos (erosión) y la segunda por el contacto de las sustancias usadas en el chacchado con las estructuras de soporte dentario, las cuales son debilitadas la incidencia de caries no tiene una relación incremental respecto al hábito. Por otro lado se cree que ninguno de estos estudios tiene un sustento científico con respecto a la relación entre los componentes de la hoja de coca y la incidencia a caries<sup>41</sup>.

### **2.2.2. MUCOSA ORAL**

La mucosa bucal está integrada por dos capas de tejidos estructural y embriológicamente diferentes: una capa superficial constituida por tejido epitelial y otra capa subyacente de tejido conectivo (lámina propia o corion). Ambas están conectadas por la membrana basal<sup>46</sup>.

**Mucosa de revestimiento:** función de protección, distensible y se adapta fácilmente al movimiento. Epitelio plano estratificado no queratinizado, corion laxo o semilaxo y submucosa bien definida. Se encuentra en cara interna del labio, paladar blando, cara ventral de la lengua, mejillas y piso de boca<sup>46</sup>.

**Mucosa masticatoria:** sometida a fuerza de fricción y presión. Se encuentra fijada al hueso y no presenta estiramiento. Epitelio plano estratificado queratinizado o paraqueratinizado, abundantes crestas epiteliales y corion semidenso o denso. Carece de submucosa excepto en la parte lateral del paladar duro donde hay glándulas salivales y tejido adiposo. Se encuentra en la encía y el paladar duro<sup>46</sup>.

**Mucosa especializada:** ubicada en la cara dorsal de la lengua. Formada por pequeñas proyecciones llamadas papilas linguales, que son de cuatro tipos: filiformes, fungiformes, foliadas y caliciformes dentro de las cuales se encuentran los corpúsculos gustativos especializados en la percepción de los sabores.

**Filiformes:** muy numerosas, de forma cónica, se proyectan en la superficie de lengua,

queratinizadas, no presentan papilas secundarias. Se distribuyen paralelas a la V lingual, carecen de corpúsculos gustativos.

**Fungiformes:** pequeñas con forma de hongo, se proyectan en la superficie, presentan papilas secundarias. Contiene corpúsculos gustativos, y se ubican en la punta y bordes laterales de la lengua.

**Foliadas:** se encuentran en número de 3 a 8 a cada lado de la lengua, son pliegues perpendiculares al borde de la lengua, presentan papila primaria y tres secundarias. Contienen corpúsculos gustativos, y son más abundantes en el recién nacido<sup>46</sup>.

**Caliciformes o circunvaladas:** son las más grandes, se distribuyen a lo largo de la V lingual. Estas no hacen proyección en la superficie de la lengua. Cada papila está rodeada por un surco profundo llamado surco circunvalador, donde desembocan pequeñas glándulas de Von Ebner, que producen una saliva de tipo serosa. Presentan papilas secundarias y

corpúsculos gustativos ubicados en los bordes laterales y en el epitelio del surco<sup>46</sup>.

## **CARACTERÍSTICAS EN LA MUCOSA ORAL**

### **GINGIVITIS**

La gingivitis es considerada una forma reversible de la enfermedad, y generalmente involucra inflamación de los tejidos gingivales sin pérdida de inserción de tejido conectivo. La gingivitis es iniciada por la acumulación local de bacterias del biofilm sobre el diente, aunque también se encuentran gingivitis no inducidas por placa, aunque estas lesiones son raras y se deben principalmente a condiciones sistémicas<sup>47</sup>.

La gingivitis es una inflamación de la encía, progresiva y reversible. Puede ser reconocida por los signos de inflamación: enrojecimiento, tumefacción, hemorragia, exudado y menos frecuente por dolor. La encía afectada puede mostrar un color rojo brillante; los márgenes gingivales pueden estar agrandados por el edema o por fibrosis o pueden retraerse como acontece cuando la encía es de una textura delgada y fina<sup>48</sup>.

La gingivitis o inflamación de la encía, es la forma más común de la enfermedad gingival. Existe en todas las formas de enfermedad gingival, ya que la placa bacteriana que causa la inflamación, y los irritantes que favorecen a la acumulación de la placa suelen estar presentes en el entorno gingival<sup>49</sup>.



La gingivitis puede o no progresar hacia periodontitis, en la que se observa pérdida de hueso alveolar y de inserción clínica. La periodontitis se ha definido como la desinserción patológica de las fibras colágenas del ligamento periodontal, del cemento, la migración del epitelio de unión apicalmente, y la pérdida ósea que puede ser detectada radiográficamente<sup>47</sup>

En la etiopatogenia de la gingivitis se observa que una respuesta inmunoinflamatoria del huésped se establece en los tejidos gingivales y los signos clínicos de la gingivitis se manifiestan, incluyendo enrojecimiento, inflamación, y sangrado. La interacción biopelícula - huésped puede alterarse por los efectos de los factores locales, factores sistémicos, o de ambos. Estos factores pueden ser innatos (genéticos) o adquiridos (ambientales, sistémicos, etc.)<sup>50</sup>. Factores locales como restauraciones o coronas subgingivales que violan el ancho biológico pueden promover la inflamación gingival y la pérdida de inserción clínica. Dentro de los factores sistémicos se encuentran los cambios hormonales asociados con la pubertad, el ciclo menstrual, o el embarazo, así como las enfermedades crónicas como la diabetes, pueden alterar la respuesta del huésped a la biopelícula. Los cambios hormonales y ciertas enfermedades pueden regular la función celular sistémica e inmunológica que promueve inflamación gingival severa, aún en presencia de mínimo biofilm o con una carga bacteriana equivalente a la persona que no tiene estas condiciones sistémicas. Esto es comúnmente visto en mujeres gestantes que no han tenido una higiene oral adecuada antes de quedar embarazadas<sup>50</sup>.

## **Cambios Gingivales Sangrado gingival.**

Los primeros síntomas de la inflamación gingival que anteceden a la gingivitis:

- 1) Aumento del flujo del líquido gingival.
- 2) Sangrado del surco gingival al sondeo suave.

El sangrado al sondeo ocurre antes que los cambios de coloración u otros signos visuales de la inflamación. El sangrado varía en intensidad, duración y facilidad con la que es provocado.

**Color:** el signo clínico inicial de la inflamación es un cambio de color del margen gingival. El color normal de la encía es rosa claro y el color se hace más rojo cuando:

- a) aumenta la vascularización.
- b) disminuye el grosor o la queratinización del epitelio, y se hace más pálido cuando:
- c) se reduce la vascularización (fibrosis de corion).

d) Aumenta la queratinización epitelial. Contorno: el margen gingival sigue las ondulaciones de los cuellos de los dientes, llenando el espacio interdental hasta los puntos de contactos, el margen debe terminar sobre la superficie del diente en forma filada. Cuando la encía se inflama la presencia de edema e infiltrado celular provoca un aumento de tamaño. Inicialmente este aumento de tamaño es leve y se suele localizar en la papila gingival y luego en el margen,

en el que toma un aspecto levemente redondeado. Estos cambios morfológicos crean área de acumulación de placa que, a su vez agravan la lesión<sup>50</sup>. El tamaño: el tamaño de la encía está íntimamente vinculado al contorno. El aumento de tamaño llamado clínicamente agrandamiento gingival produce lesiones de distinto carácter que pueden llegar a cubrir total o parcialmente la corona de los dientes, creando bolsas falsas o relativas<sup>50</sup>. La consistencia de la encía es firme; su aspecto superficial es opaco, punteado en la encía insertada y liso en la encía marginal. La presencia de cambios inflamatorios especialmente en edema, la tornan blanca y deprecible y hacen desaparecer el punteado gingival. La disminución de la queratinización gingival la transforma de opaca en brillante. Algunas lesiones aumentan la fibrosis gingival, hacen a la encía más dura y aumenta el punteado que se transforma en pequeños glóbulos.

## **ENFERMEDAD PERIODONTAL**

La enfermedad periodontal es una enfermedad infecciosa. Como tal tiene un origen microbiológico, y hace unos años se desarrollaron varias teorías para explicarlo. La teoría inespecífica nos dice que la situación es debida a una masa de gérmenes sin más (cantidad)<sup>52</sup>.

La enfermedad periodontal ha sido estudiada desde de los años 50 en varios estudios epidemiológicos<sup>53</sup>.

Scherp hizo una revisión de la literatura existente, llegando a un conjunto de conclusiones<sup>54</sup>:

La periodontitis es un problema de salud oral pública que afecta a la población adulta a partir de los 35 años de edad. Las variaciones en el grado de destrucción provocado por la enfermedad son consecuencia de los hábitos de higiene oral y de la edad<sup>55</sup>. La enfermedad se inicia como una gingivitis que sin tratamiento evoluciona a periodontitis.

## **AFTAS BUCALES**

Son úlceras agudas dolorosas de la mucosa bucal movable, que ocurren aisladas en grupos (“úlceras gangrenosas”)<sup>56</sup>.

Es una enfermedad que se caracteriza por úlceras recurrentes limitadas a la mucosa bucal en pacientes sin otros signos de afección. Muchos especialistas e investigadores en medicina bucal ya no la consideran una enfermedad aislada. Se ha relacionado padecimientos inmunitarios deficiencias hematológicas y anormalidades alérgicas o psicológicas<sup>57</sup>.

## **TIPOS DE AFTAS**

Cooke clasificó las lesiones en tres grupos clínicos<sup>58</sup>:

### **Aftas Menores o de Mikulicz:**

Son la forma más común de manifestación, constituyen el 75-85% de las aftas. Suelen ser únicas o varias de pequeño tamaño, menos de 1 centímetro de diámetro, bien definidas, ovaladas o redondas. Son úlceras superficiales cubiertas por una fibromembrana amarilla gris oscura y rodeadas de un halo eritematoso. Son moderadamente dolorosas y curan en un periodo de siete a catorce días sin dejar cicatriz. Suelen recurrir frecuentemente, siendo lo más común la aparición de dos o cuatro episodios al año<sup>58</sup>. Tienen un crecimiento

centrífugo y evolucionan a la curación por reepitelización desde los bordes al interior<sup>59</sup>.

Afectan fundamentalmente a mucosas yugales, labiales, fondo de vestíbulo, suelo de boca y cara ventral y bordes de la lengua, siendo la mucosa labial y el suelo de la boca las localizaciones más frecuentes<sup>60</sup>.

### **Úlceras Aftosas Mayores :**

Antes se pensó que esta forma era una entidad separada y se conocía como periadenitis necrótica recurrente de la mucosa (PNRM) o enfermedad de Sutton.

Ahora, se le considera como la expresión más grave de la estomatitis aftosa. Las lesiones son más grandes (>1 cm) más dolorosas y persisten por más tiempo que las aftas menores. Debido a la profundidad de la inflamación, las úlceras aftosas mayores aparecen con una forma clínica de cráter y cicatrizan con escara.

Pueden transcurrir hasta seis semanas para que esto suceda y tan pronto como desaparece una úlcera empieza otra. Los pacientes que sufren la enfermedad sin remisiones, con dolor intenso y molestias importantes pueden presentar afección sistémica por la dificultad para comer y el estrés psicológico. Tanto la enfermedad menor como la mayor presentan predilección por la mucosa bucal móvil<sup>61</sup>.

Representan una forma más severa de aftas, se observan en el 10-15% de los pacientes con estomatitis aftosa recidivante<sup>62</sup>.

Superan el centímetro de diámetro, suelen aparecer como una lesión aislada o dos, pueden durar más de un mes y a veces dejan cicatriz tras la curación<sup>59</sup>.

Son más dolorosas que las aftas menores y tienen predilección por los labios, paladar blando y pilares amigdalinos, donde pueden causar disfagia. Cada lesión presenta una marcada induración y la úlcera es relativamente profunda y destructiva<sup>63</sup>.

### **Úlceras Aftosas Herpetiformes:**

Esta forma de la enfermedad se presenta como un brote recurrente de úlceras pequeñas que afectan, por lo común, la mucosa móvil pero pueden dañar el paladar y la mucosa gingival. Causa mucho dolor y sana en una a dos semanas.

Se diferencia de las úlceras herpéticas porque las lesiones no son precedidas por vesículas y no se demuestran células infectadas con el virus, ni es posible relacionarla con una infección viral<sup>61</sup>. Son las menos comunes, entre un 5-10% de los pacientes con aftas<sup>61</sup>. Debido al tamaño que alcanzan al unirse tardan más de diez días en curar, son muy dolorosas y son tan recurrentes que las úlceras pueden ser casi continuas. Afectan principalmente a mujeres y el primer brote es algo más tardío<sup>64</sup>.

### **LEUCOPLASIA**

Término clínico usado para designar aquellos trastornos de las mucosas que dotan a éstas de una coloración más blanca que la normal.

El término leucoplasia significa literalmente «placa blanca». Se emplea como término clínico solamente para describir una variedad de lesiones blancas de las mucosas. Algunos clínicos prefieren restringir este término a las lesiones que no pueden eliminarse fácilmente mediante frotamiento suave de la superficie mucosa, excluyendo así las lesiones que producen una pseudomembrana (esfacelo). En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) modificó aún más el concepto al definir la leucoplasia como «una placa blanca situada sobre la mucosa bucal que no puede ser eliminada mediante rascado ni clasificada como ninguna otra enfermedad diagnosticable». En diversas partes del mundo y entre diferentes clínicos, el término puede emplearse en forma ligeramente diferente<sup>65</sup>.

Las lesiones de leucoplasia tienen una tasa de aparición de 1,5 a 12%, en función de la población concreta estudiada. En general, alrededor del 5,4 % de las lesiones acabará siendo un carcinoma epidermoide. Si el paciente es fumador, esta incidencia puede aumentar al 16%. Las lesiones pueden variar desde áreas maculares planas, lisas y algo translúcidas, a placas elevadas, gruesas, firmes, con superficie rugosa y fisurada. Las localizaciones intraorales más frecuentes para la leucoplasia son la mucosa del carrillo, el suelo de la boca, las comisuras labiales, los bordes laterales de la lengua y los surcos alveolares mandibulares y maxilares. Aunque las lesiones de leucoplasia se presentan a veces en sujetos no fumadores, el consumo de tabaco con humo y sin humo se considera un importante factor etiológico para su desarrollo. Otros factores cuya implicación etiológica en algunas leucoplasias se ha demostrado

son: cambios premalignos, infección por VEB en pacientes VIH -positivos, irritación crónica causada por dentaduras protésicas mal ajustadas, infección crónica por *Candida albicans*, liquen plano crónico y algunos trastornos genéticos<sup>65</sup>.

## **PIGMENTACIONES**

En la cavidad oral puede observarse una amplia gama de lesiones pigmentadas. Las lesiones descritas en esta sección son benignas y su pigmentación se debe en gran parte a la producción y depósito extracelular de melanina. La melanina se produce en los melanocitos, una población especializada de células dendríticas que ocupa normalmente la región de células basales del epitelio plano en la piel y las mucosas<sup>65</sup>.

El aumento del número de melanocitos, o de la cantidad de melanina producida por esas células, suele conducir a un aumento clínicamente visible de la pigmentación. Según la cantidad y la distribución de la melanina presente en la piel o la mucosa, el color de la lesión oscilará entre matices de marrón, gris, negro y azul oscuro. Las diferencias de coloración de las lesiones pigmentadas tienen las siguientes explicaciones:

- 1) las lesiones en que la melanina confinada a las células basales tienen aspecto de color marrón;
- 2) las lesiones que incluyen melanina en la queratina y en el estrato de células espinosas son negras.



## **2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

### **Hábito de coqueo**

Se llama “coqueo” a la insalivación de las hojas de coca. El hábito de “chacchar”, “acullicar” o “coquear” se remonta 4000 años a. C., revelando una costumbre milenaria<sup>4</sup>.

### **Chacchar**

Masticar hojas de coca seca, haciendo un bolo que, de cuando en cuando se le añade toques de cal molida.

### **Mucosa oral**

La mucosa oral, es una de las estructuras de nuestro cuerpo que constantemente está expuesta a sustancias extrañas dependiendo de muchos factores, entre ellos los hábitos de cada persona<sup>66</sup>.

## **2.4 HIPÓTESIS**

### **Hi:**

Existe cambios en la mucosa oral en pobladores con habito de coqueo del distrito de Conchamarca Huánuco – 2017.

### **Ho:**

No existe cambios en la mucosa oral en pobladores con habito de coqueo del distrito de Conchamarca Huánuco – 2017.

## **2.5 SISTEMA DE VARIABLES**

### **Variable de estudio**

Características clínicas de la mucosa oral.

### **Variable de caracterización**

Pobladores con habito de coqueo.

Tipo de mucosa.

Tiempo de coqueo.

Cantidad de coqueo.

## 2.6

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	VALORES FINALES	TIPO DE VARIABLES
<b>VARIABLE DE ESTUDIO</b>			
Características clínicas de la mucosa oral	Tipo de mucosa	Mucosa revestimiento Mucosa masticatoria Mucosa especializada	Cualitativa Nominal Politómica
<b>VARIABLE RELACIONAL</b>			
Pobladores con habito de coqueo	Hábito de coqueo	Si No	
Edad	Grupo etareo	45-54 años 55-63años 64-72 años 73-83 años	Cualitativa Ordinal
Sexo	Características fenotípicas	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal Dicotómica
Frecuencia de habito de coqueo	De 1 a 7 veces por semana Quincenal, mensual, bimestral 1 a 4 veces al año	Alta Media Baja	Cualitativa ordinal
Cantidad de coca consumida	Balanza Gramos	20 gr. 40 gr.	Cualitativa Nominal

## CAPITULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Tipo, nivel y método de investigación

##### Tipo

**Básica** Según Ander, es la que se realiza con el propósito de acrecentar los conocimientos teóricos para el progreso de una determinada ciencia, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas; es más formal y persigue propósitos teóricos en el sentido de aumentar el acervo de conocimientos de una determinada teoría<sup>65</sup>.

**Descriptivo.** Porque el estudio propone este tipo de investigación describir de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés<sup>67</sup>.

**Transversal.-** Una sola medición, responden a determinados problemas sociales y que están presentes en el conjunto de las áreas curriculares<sup>68</sup>.

##### Nivel

Descriptivo.

##### MÉTODO

Deductivo- Inductivo

#### 3.2. Diseño de investigación



**Dónde:**

**M:** Representa una muestra del estudio.

**O:** Características de la mucosa oral en pobladores con hábito de coqueo.

**3.3. Población y muestra**

**Población**

Estará conformada por todos los pobladores de 45 a 83 años del distrito de Conchamarca Huánuco - 2017.

**Muestra**

El proceso de selección del tamaño de la muestra, se realizó a través de un muestreo no probabilístico, por conveniencia. Está conformado por 80 pobladores con hábito de coqueo de 45 a 83 años del distrito de Conchamarca Huánuco - 2017, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

**Criterios de inclusión:**

- ✓ Pobladores con hábito de coqueo de sexo femenino y masculino.

**Criterios de exclusión:**

- ✓ Pobladores con hábito de coqueo que sean fumadores de tabaco y alcohólicos.
- ✓ Pobladores mujeres con hábito de coqueo que estén embarazadas o en etapa de menopausia.

### **3.4. Plan de recolección de datos, técnicas de recojo validación de instrumentos**

#### **Plan de recolección de datos**

- ✓ Permiso a las autoridades de Conchamarca.
- ✓ Se realizó la captación de los pobladores con hábito, cuya población de estudio esta constituida por 80 habitantes de 45 a 83 años del distrito de Conchamarca, Provincia de Ambo Departamento de Huánuco.
- ✓ Se accedio a toda la información con previo consentimiento informado de los pobladores durante el periodo Diciembre del 2017 a febrero del 2018. La técnica que se empleo fue la observación clínica.
- ✓ En el presente estudio forman parte de la muestra, los pobladores que cumplan los criterios de elegibilidad (inclusión y exclusión).

#### **La técnica de recolección de datos**

Fue encuesta y observación, los instrumentos fueron cuestionario y la ficha de observación, para la identificación de las características de la mucosa oral, los cuales están validados (validez de contenido).

La validación de los instrumentos fue realizada a través de la apreciación de 3 expertos (profesionales especializadas en el área), Los cuales calificaron los instrumentos propuestos, en términos de relevancia, claridad en la redacción, objetividad, actualización, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología y pertinencia de los reactivos.

### **3.6. Plan de tabulación y análisis**

#### **Estadística descriptiva**

La primera parte del análisis estadístico comprende la descripción de los datos. Las variables cuantitativas se expresaron en forma de los índices estadísticos descriptivos de media y desviación estándar. Las variables cualitativas se describieron mediante las correspondientes distribuciones de frecuencias, porcentajes. El estudio comparativo de la distribución por sexos y grupos de edad entre los diferentes grupos de estudio se realizó mediante el test Chi-cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ).

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS:**

En este capítulo se describen los resultados obtenidos del análisis de los datos del presente estudio. Los datos se representan por medio de cuadros y gráficos para observar su comportamiento. La muestra estudiada fue pacientes con hábitos de coqueo. La edad osciló entre 45 a 83 años con una media de 55 años. En el paquete estadístico SPSS versión 23 en el cual se estimó frecuencias, porcentajes y luego se desarrollaron las pruebas de inferencias estadísticas para la variables en este caso chi-cuadrado con una significancia del 5%.

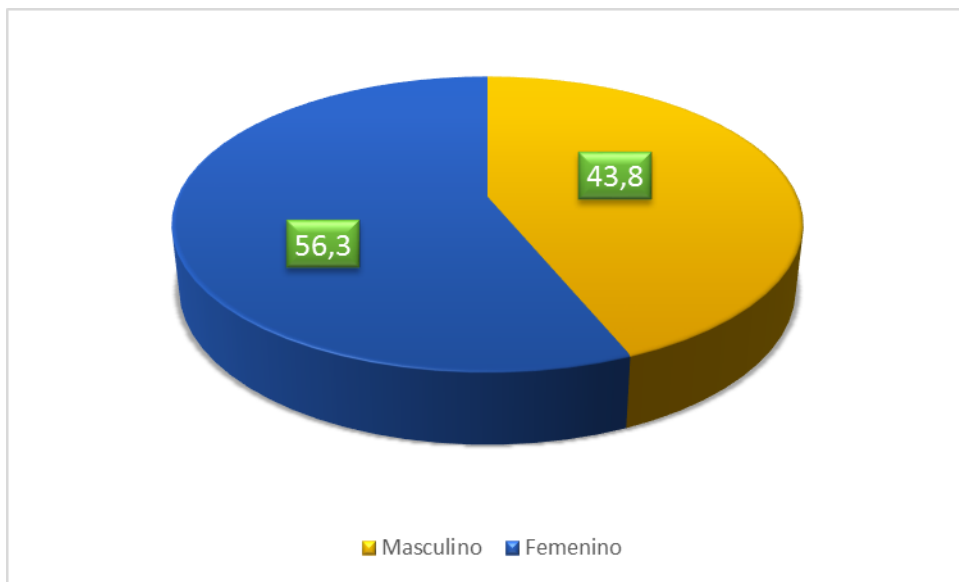


**Tabla 1:**

**Distribución de los pobladores con hábito de coqueo según sexo.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Masculino	35	43,8	43,8
	Femenino	45	56,3	56,3
	Total	80	100,0	100,0

Fuente: Distrito de Conchamarca Huánuco 2017



**Gráfico 1**

**Distribución de los pobladores con hábito de coqueo según sexo.**

**INTERPRETACIÓN:**

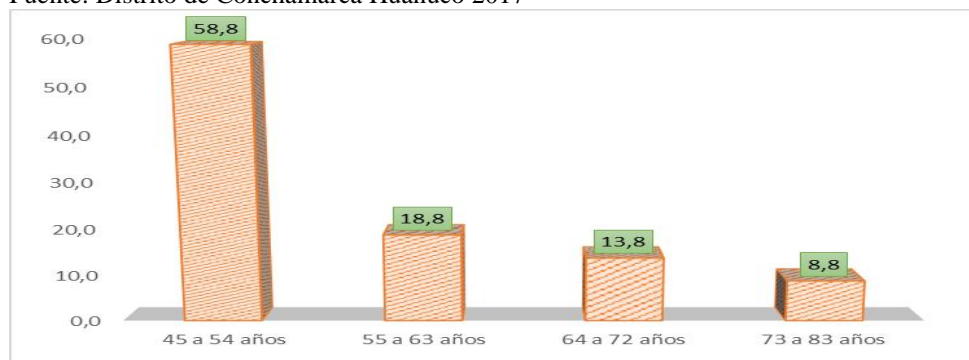
En la tabla y gráfico 01, se observa la distribución de los pobladores con hábito de coqueo según sexo, obteniéndose los siguientes resultados: De un total de 80 (100%), 45 (56,3%) son de sexo femenino y el restante 43,8%, es decir 35 pacientes son de sexo masculino.

**Tabla 2:**

**Distribución de los pobladores con hábito de coqueo según grupo etario.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
45 a 54 años	47	58,8	58,8
55 a 63 años	15	18,8	18,8
64 a 72 años	11	13,8	13,8
73 a 83 años	7	8,8	8,8
Total	80	100,0	100,0

Fuente: Distrito de Conchamarca Huánuco 2017



**Gráfico 2**

**Distribución de los pobladores con hábito de coqueo según grupo etario.**

**INTERPRETACIÓN:**

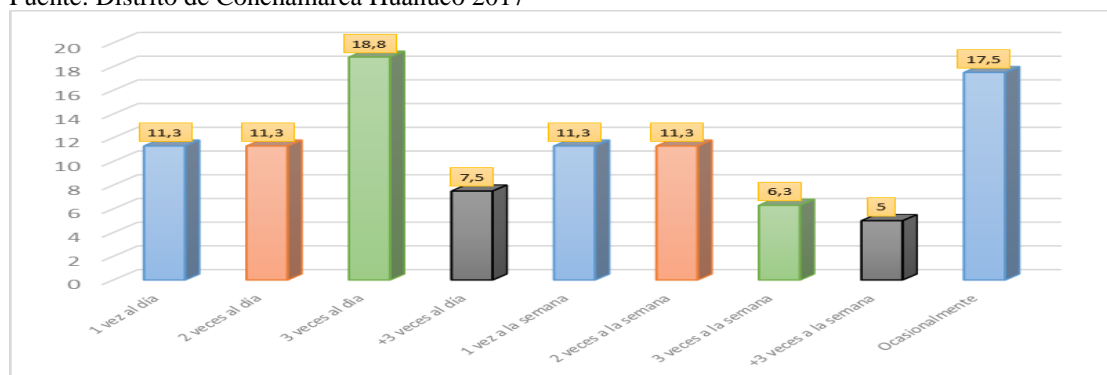
En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de los pacientes según grupo etario, observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en pobladores de 45 a 54 años (58,8%), seguido por el grupo etario 55 a 63 años 18,8%, seguido por el grupo etario 64 a 72 años 13,8% y menor porcentaje los pobladores de 73 a 83 años.

**Tabla 3:**

**Distribución de los pobladores con hábito de coqueo según frecuencia de consumo.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
1 vez al día	9	11,3	11,3
2 veces al día	9	11,3	11,3
3 veces al día	15	18,8	18,8
+3 veces al día	6	7,5	7,5
1 vez a la semana	9	11,3	11,3
2 veces a la semana	9	11,3	11,3
3 veces a la semana	5	6,3	6,3
+3 veces a la semana	4	5,0	5,0
Ocasionalmente	14	17,5	17,5
Total	80	100,0	100,0

Fuente: Distrito de Conchamarca Huánuco 2017



**Gráfico 3**

**Distribución de los pobladores con hábito de coqueo según frecuencia de consumo.**

**INTERPRETACIÓN:**

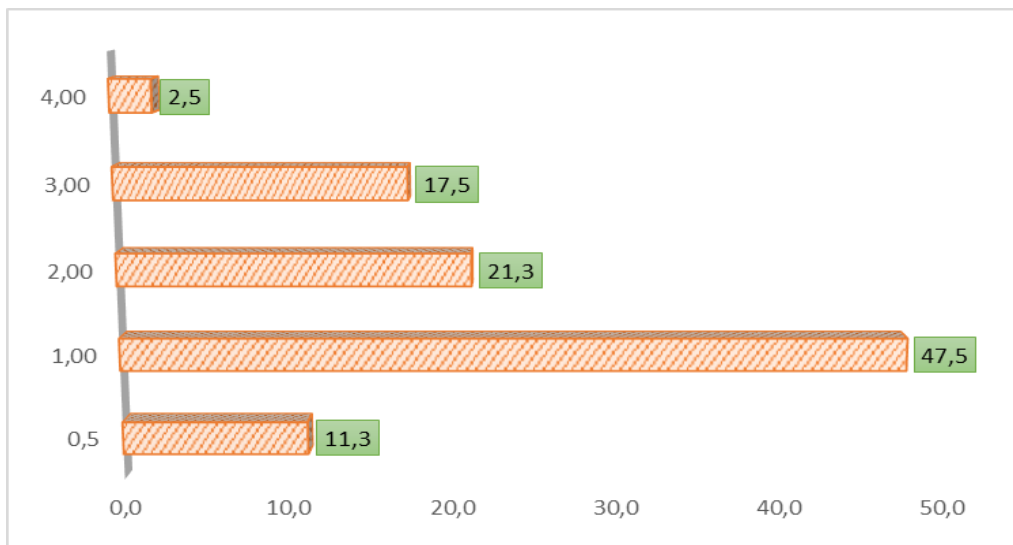
Con referente a la tabla y gráfico frecuencia del hábito de coqueo, el mayor porcentaje de los pobladores lo realizan 3 veces al día con un 18,8%, de ocasionalmente 17,5%, seguido por la frecuencia 1 vez al día, 2 veces al día, 1 vez a la semana, 2 veces a la semana.

**Tabla 4:**

**Distribución de los pobladores con hábito de coqueo según cantidad de consumo.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
½ bolo	9	11,3	11,3
1 bolo	38	47,5	47,5
2 bolo	17	21,3	21,3
3 bolo	14	17,5	17,5
4 bolo	2	2,5	2,5
Total	80	100,0	100,0

Fuente: Distrito de Conchamarca Huánuco -2017.



**Gráfico 4**

**Distribución de los pobladores con hábito de coqueo según cantidad de consumo.**

**INTERPRETACIÓN:**

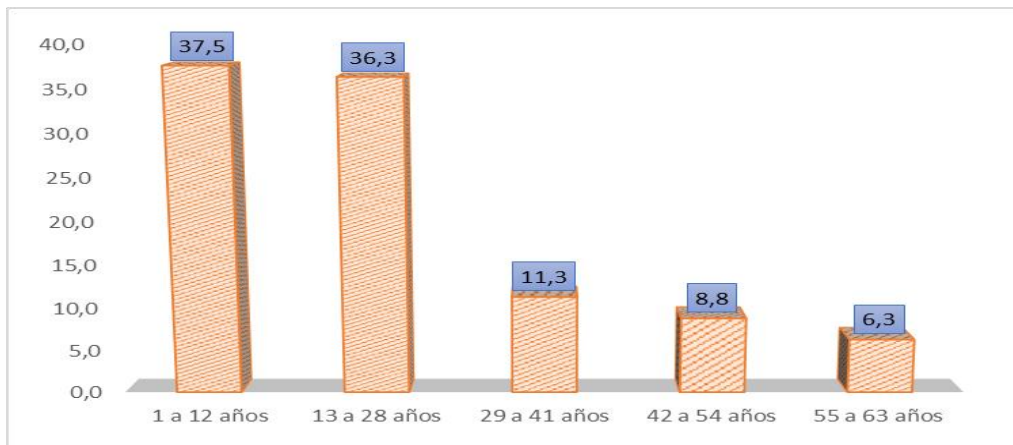
En la tabla y gráfico 4 se observa los hábitos de coqueo según cantidad de chacchado, 1 bolo coca representó mayor porcentaje 47,5%, seguido de 2 bolos con un 21,3%, 3 bolos con un 17,5% y con un porcentaje menor 4 bolos por día 2,5%.

**Tabla 5:**

**Distribución de los pobladores con hábito de coqueo según tiempo de consumo.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
1 a 12 años	30	37,5	37,5
13 a 28 años	29	36,3	36,3
29 a 41 años	9	11,3	11,3
42 a 54 años	7	8,8	8,8
55 a 63 años	5	6,3	6,3
Total	80	100,0	100,0

Fuente: Distrito de Conchamarca Huánuco -2017.



**Gráfico 5:**

**Distribución de los pobladores con hábito de coqueo según tiempo de consumo.**

**INTERPRETACIÓN:**

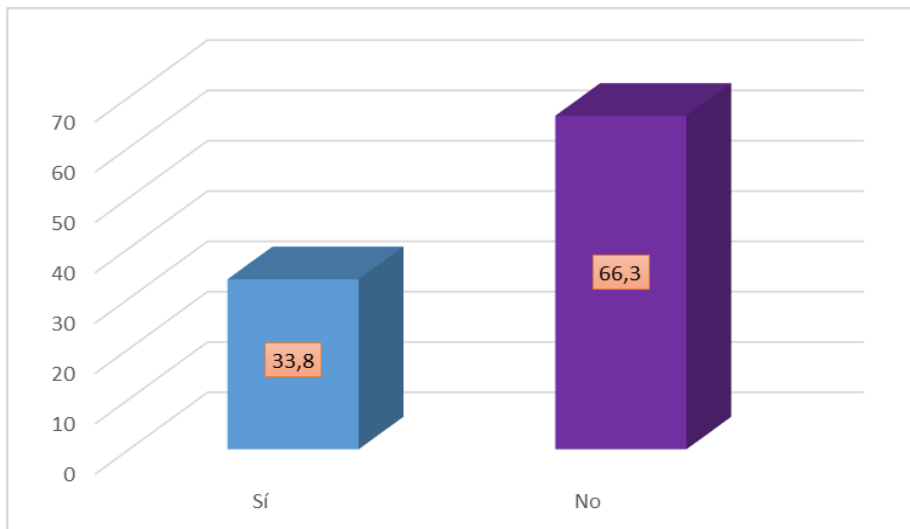
En el presente gráfico se muestra la distribución de los pobladores con hábito de coqueo según tiempo de consumo, el mayor porcentaje de los pobladores consumen de 1 a 12 años 37,5%, seguido los años 13 a 28 años con un 36,3% con mínimo porcentaje de 55 a 63 años de hábito de coqueo 6,3%.

**Tabla 6:**

**Leucoplasia en pobladores con hábito de coqueo.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	27	33,8	33,8	33,8
	No	53	66,3	66,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Distrito de Conchamarca Huánuco- 2017.



**Gráfico 6**

**Leucoplasia en pobladores con hábito de coqueo.**

**INTERPRETACIÓN:**

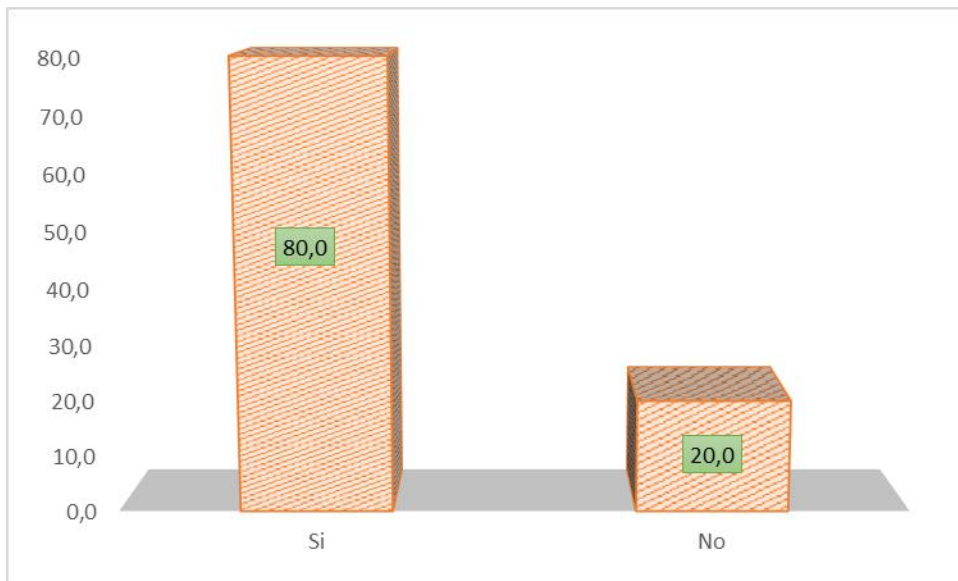
Con referente a la tabla y gráfico 6 se muestra la prevalencia de leucoplasia en los pobladores con hábito de coqueo es de 33,8%.

**Tabla 7:**

**Gingivitis en pobladores con hábito de coqueo.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	64	80,0	80,0
No	16	20,0	20,0
Total	80	100,0	100,0

Fuente: Distrito de Conchamarca Huánuco 2017



**Gráfico 7**

**Gingivitis en pobladores con hábito de coqueo.**

**INTERPRETACIÓN:**

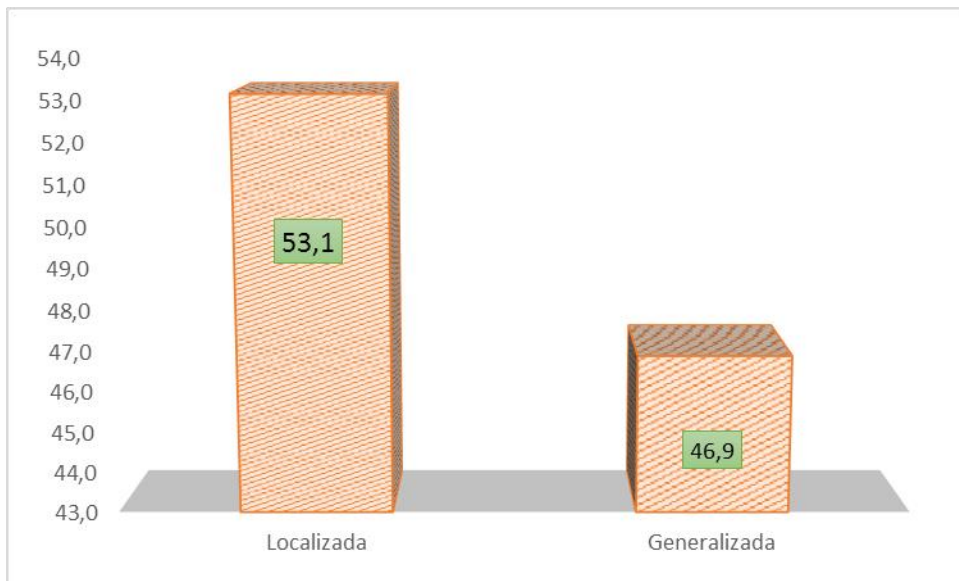
Con referente a la tabla y gráfico 7 muestra la prevalencia de gingivitis en los pobladores con hábito de coqueo es de 80%.

**Tabla 8:**

**Localización de la gingivitis en pobladores con hábito de coqueo.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Localizada	34	53,1	53,1
Generalizada	30	46,9	46,9
Total	64	100,0	100,0

Fuente: Distrito de Conchamarca Huánuco 2017



**Gráfico 8**

**Localización de la gingivitis en pobladores con hábito de coqueo.**

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y gráfico 8 se observa, la localización de la gingivitis en los pobladores de Conchamarca con hábito de coqueo, donde la gingivitis localizada predominó 53,1%, mientras la gingivitis generalizada representó un 46,9%.

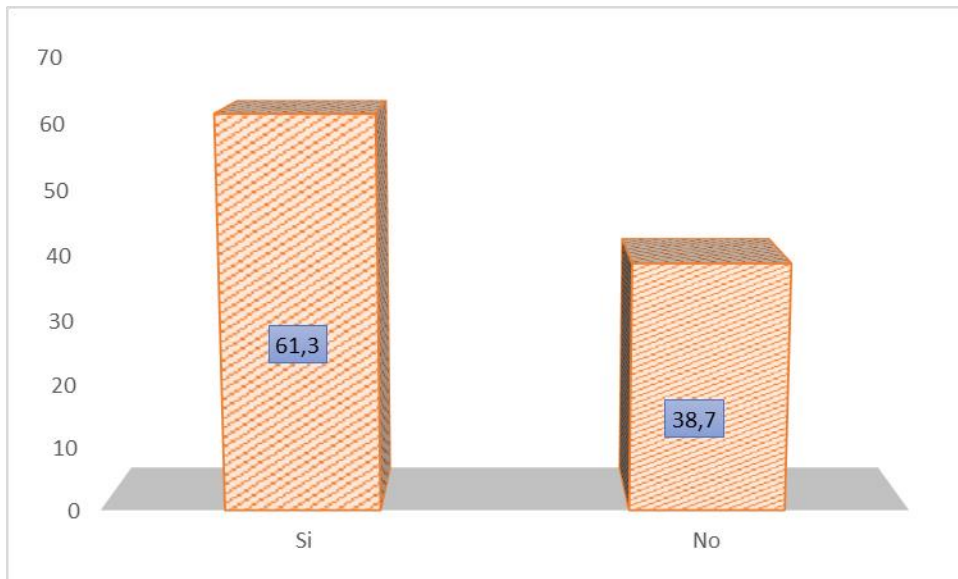


**Tabla 9**

**Periodontitis en pobladores con hábito de coqueo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	49	61,3	61,3	61,3
	No	31	38,8	38,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Distrito de Conchamarca Huánuco 2017



**Gráfico 9**

**Periodontitis en pobladores con hábito de coqueo.**

**INTERPRETACIÓN:**

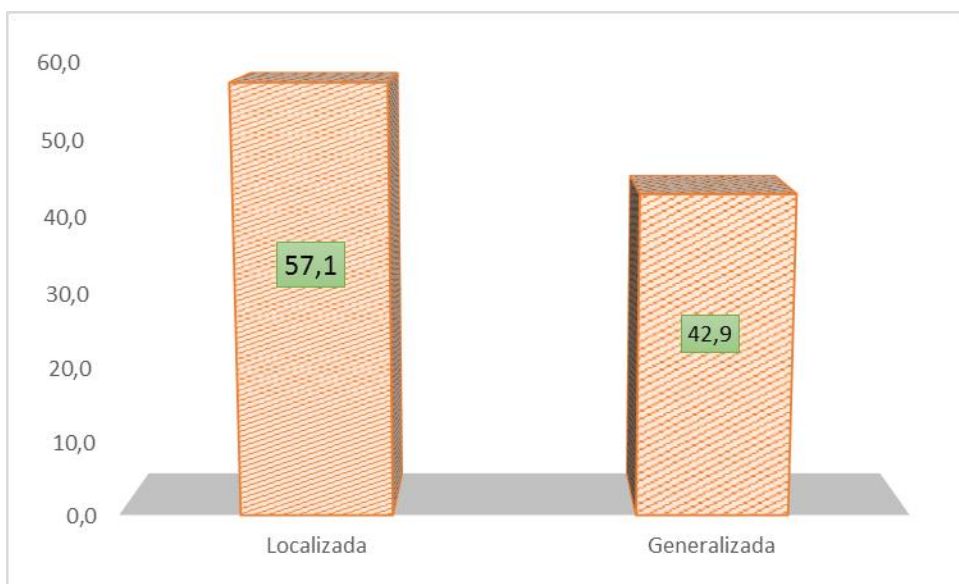
Con referente a la tabla y gráfico 10 muestra que la prevalencia de periodontitis en los pobladores de Conchamarca con hábito de coqueo es de 61,3%.

**Tabla 10:**

**Localización de la periodontitis en pobladores con hábito de coqueo.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Localizada	28	57,1	57,1
Generalizada	21	42,9	42,9
Total	49	100,0	100,0

Fuente: Distrito de Conchamarca Huánuco 2017



**Gráfico 10**

**Localización de la periodontitis en pobladores con hábito de coqueo**

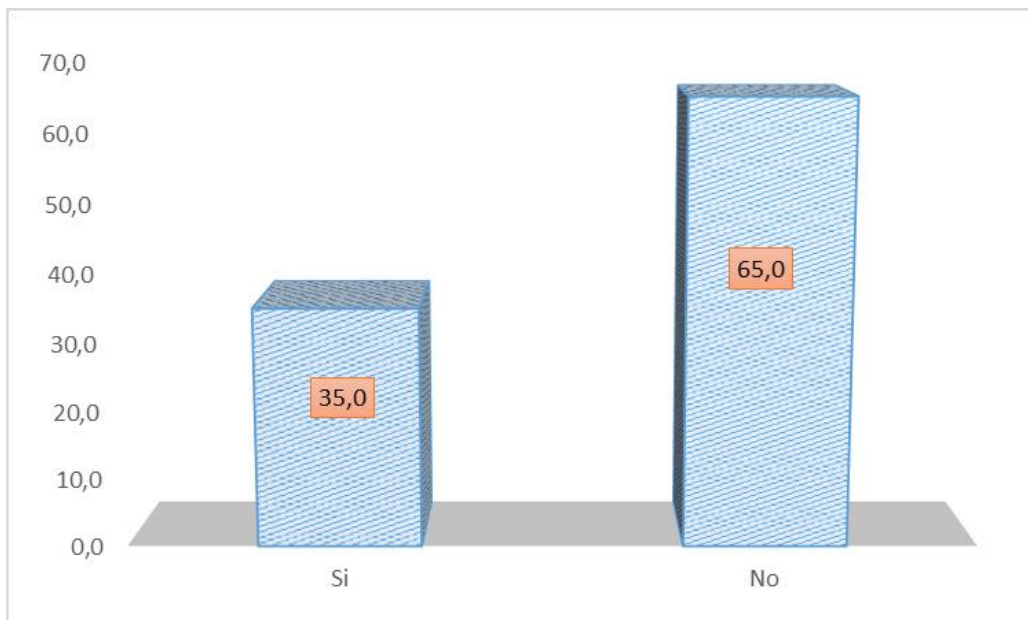
**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y gráfico 11 se observa, la localización de la periodontitis en los pobladores de Conchamarca con hábito de coqueo, donde la periodontitis localizada predominó 57,1%, mientras la periodontitis generalizada representó un 42,9%.

**Tabla 11:**

**Frecuencia de úlceras bucales en los pobladores con hábito de coqueo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	28	35,0	35,0	35,0
	No	52	65,0	65,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	



**Gráfico 11**

**Frecuencia de úlceras bucales en los pobladores con hábito de coqueo**

**INTERPRETACIÓN:**

Con referente a la tabla y gráfico 12 muestra que la prevalencia de úlceras bucales en los pobladores de Conchamarca con hábito de coqueo es de 65,0%.

**Tabla 12:****Frecuencia del hábito de coqueo de los pobladores según sexo**

		SEXO		
		Masculino	Femenino	Total
FRECUENCIA	1 vez al día	1 1,3%	8 10,0%	9 11,3%
	2 veces al día	3 3,8%	6 7,5%	9 11,3%
	3 veces al día	8 10,0%	7 8,8%	15 18,8%
	+3 veces al día	5 6,3%	1 1,3%	6 7,5%
	1 vez a la semana	3 3,8%	6 7,5%	9 11,3%
	2 veces a la semana	5 6,3%	4 5,0%	9 11,3%
	3 veces a la semana	2 2,5%	3 3,8%	5 6,3%
	+3 veces a la semana	3 3,8%	1 1,3%	4 5,0%
	Ocasionalmente	5 6,3%	9 11,3%	14 17,5%
	Total	35 43,8%	45 56,3%	80 100,0%

$$X^2 = 0,171$$

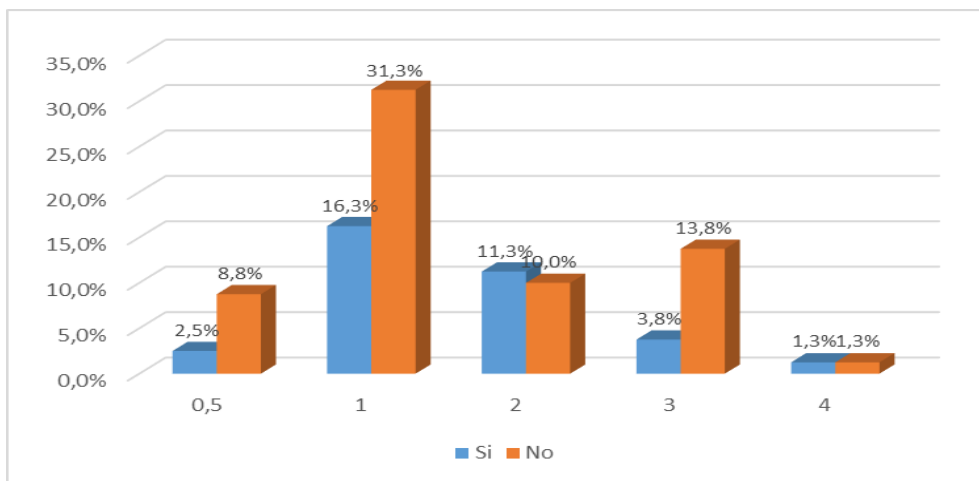
**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla 12 se observa que la frecuencia del hábito de coqueo ocasionalmente predominó en las mujeres con un 11,3%, el hábito de coqueo 3 vez al día predominó en los varones con un 10%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado, mostró que no existe diferencias estadísticamente significativa en la frecuencia de hábito de coqueo entre los varones y mujeres valor  $p > 0,05$  (0,171).

**Tabla 13:**

**Úlceras bucales según la cantidad de consumo coca en los pobladores de Conchamarca.**

CANTIDAD	ULCERAS BUCALES		
	Si	No	Total
0,5	2 2,5%	7 8,8%	9 11,3%
1	13 16,3%	25 31,3%	38 47,5%
2	9 11,3%	8 10,0%	17 21,3%
3	3 3,8%	11 13,8%	14 17,5%
4	1 1,3%	1 1,3%	2 2,5%
Total	28 35,0%	52 65,0%	80 100,0%



**Gráfico 13**

**Úlceras bucales según la cantidad de consumo coca en los pobladores de Conchamarca, con 2 bolos.**

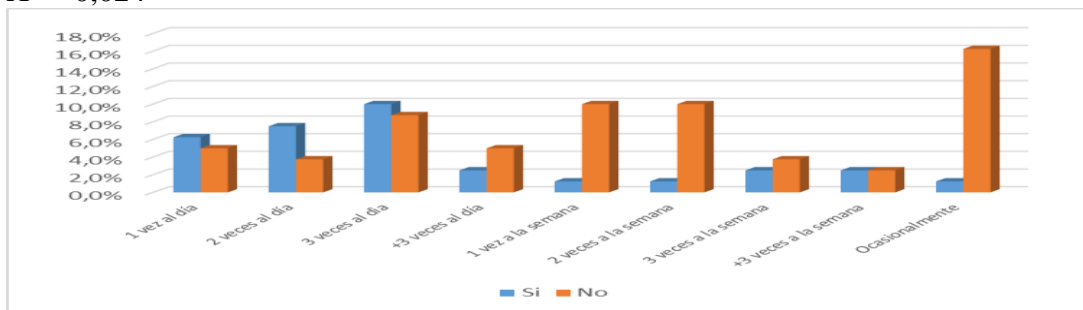
**INTERPRETACIÓN:**

Con referente a la cantidad del consumo de coca en los pobladores de Conchamarca, muestra que la formación de úlceras bucales se presentó en mayor porcentaje con un 1 bolo de chacchado 16,3% y con menor frecuencia 4 bolos con 1,3%

**Tabla 14:**  
**Úlceras bucales en los pobladores según la frecuencia del hábito de coqueo.**

FRECUENCIA	ULCERAS BUCALES		
	Si	No	Total
1 vez al día	5 6,3%	4 5,0%	9 11,3%
2 veces al día	6 7,5%	3 3,8%	9 11,3%
3 veces al día	8 10,0%	7 8,8%	15 18,8%
+3 veces al día	2 2,5%	4 5,0%	6 7,5%
1 vez a la semana	1 1,3%	8 10,0%	9 11,3%
2 veces a la semana	1 1,3%	8 10,0%	9 11,3%
3 veces a la semana	2 2,5%	3 3,8%	5 6,3%
+3 veces a la semana	2 2,5%	2 2,5%	4 5,0%
Ocasionalmente	1 1,3%	13 16,3%	14 17,5%
Total	28 35,0%	52 65,0%	80 100,0%

$$X^2 = 0,024$$



**Gráfico 14**  
**Frecuencia de consumo de los pobladores con hábito de coqueo según Úlceras bucales**

**INTERPRETACIÓN:** En la presente tabla muestra la presencia de las úlceras bucales predomina en pobladores con hábito de coqueo con mayor frecuencia 3 veces al día con un 10%, y con menor predominio de aparición de las úlceras se dio con hábito de coqueo 1 vez a la semana, 2 veces a la semana y ocasionalmente en 1,3%. Existe diferencias estadísticamente significativa en la frecuencia del hábito de coqueo cuyo valor  $p < 0,05$  (0,024)

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIONES:**

El hábito de la masticación de hojas de coca o "chacchado" se encuentra difundido en nuestro país, así como en Bolivia, Ecuador, Colombia y el norte de Argentina<sup>70,71</sup>.

La masticación de las hojas de coca ha contribuido desde hace mucho tiempo a que El campesino andino sea reconocible, a la vez que atrajo la curiosidad y el interés científico por parte del no coquero para averiguar todo acerca de este hábito, primordialmente la razón del porque lo hacen<sup>72</sup>. El 69% de la población empieza el hábito entre los 15 y 24 años de edad, siendo las principales razones de su uso el trabajo, medicina, combatir el frío y matar el hambre. Ahora, estos resultados deben de sumarse que el individuo andino se relaciona con el hábito del chacchado prácticamente toda su vida y la utiliza en la mayoría de las facetas de está<sup>72</sup>.

En nuestro estudio se encontraron que la prevalencia de leucoplasia según las características clínicas en los pobladores con hábito de coqueo fue de 33,8%. Entre los escasos trabajos se puede señalar los de Hamner y Villegas<sup>73</sup>. Quienes encontraron que el hallazgo clínico e histológico más evidente fue leucoedema (76%), Borghelli y col<sup>74</sup> encontraron cambios similares, por otro lado, Santos<sup>75</sup> encontró que todos los sujetos presentaron asociaciones de varias características histológicas paraqueratosis, acantosis, leucodema.

En el desarrollo de esta investigación también encontramos alta prevalencia de periodontitis 61,3% muy características de los masticadores de la hoja de

coca, Pando, R. Determino un “Estudio comparativo de la prevalencia de caries, enfermedad periodontal y abrasión en un grupo de sujetos con el hábito de masticación de coca y un grupo controlen la comunidad de Punsay, provincia de Tarma”. Obteniendo como resultados un incremento en los índices de abrasión y enfermedad periodontal en el grupo de las personas con el hábito del chacchado, pero los índices de CPOD se encuentra disminuidos; los resultados de los índices en relación con el grupo control.

Otra diferencia significativa que encontramos entre los Masticadores de la Hoja de Coca en un 37,5% es entre 1 a 12 años con una frecuencia 3 veces al día un bolos al día en un 47,5% donde la cantidad que mastican. Navarro, 1988, comenta que los resultados obtenidos con un tiempo mayor a 10 años encontró un índice significativamente menor en los chacchadores que en los controles podría deberse a la pérdida de anatomía oclusal de las piezas dentarias por la abrasión propia de los chacchadores de hoja de coca.

Los tejidos periodontales, ante las diferentes injurias, pueden destruirse o crear barreras de protección; es probable que los episodios de bruxismo céntrico, característicos en estos pacientes, generen cambios metabólicos dirigidos hacia la osteogénesis, consecuencia de fenómenos como: cambios en la tensión, potenciales de flujo circulante, a raíz de zonas de presión y tensión dentro del hueso.



## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES:**

1. La prevalencia de leucoplasia según las características clínicas en los pobladores de Conchamarca con hábito de coqueo fue de 33,8%.
2. La prevalencia de gingivitis en los pobladores de Conchamarca con hábito de coqueo fue de 80%, con predominio localizada.
3. La prevalencia de periodontitis en los pobladores de Conchamarca con hábito de coqueo es de 61,3% con predominio localizada.
4. La prevalencia de úlceras bucales en los pobladores de Conchamarca con hábito de coqueo fue de 65%.
5. Las úlceras bucales se presentó en mayor porcentaje con 1 bolo de chacchado 16,3%.
6. La presencia de las úlceras bucales predomina en pobladores con hábito de coqueo en 3 veces al día de chacchado con un 10%, y de acuerdo a los resultados no se encontró diferencias estadísticamente significativa.
7. Las úlceras bucales predomina en pobladores con mayor 3 veces al día de chacchado con un 10% y se encontró diferencias estadísticamente significativa en la frecuencia del hábito de coqueo.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios similares, las características histopatológicas y clínicas de la mucosa oral en pobladores con hábito de coqueo.
2. Difundir los resultados a la comunidad odontológica, las características clínicas de la mucosa oral en pobladores con habito de coqueo del distrito de Conchamarca.
3. Realizar estudios del efecto del chacchado de coca en diferentes estructuras de la cavidad bucal.

## REFERENCIAS

- 1 Rengifo R, M et al. La problemática de las cuencas cocaleras del Perú. Informe de la comisión especial multipartidaria encargada de evaluar. En amacoca. 2004. (consulta Mayo 2007). Dirección URL: [http://www.mamacoca.org/Octubre2004/doc/Comision\\_Multipartidaria.htm](http://www.mamacoca.org/Octubre2004/doc/Comision_Multipartidaria.htm).
- 2 Cagliotti, Carlos. Algunas consideraciones sobre la masticación sobre la hoja de coca en la República Argentina. En Actas del Seminario Interamericano Sobre Aspectos Médicos y Sociológicos de la Coca y de la Cocaína. Lima. Editorial Pacific Press, 1980. p. 159-166.
- 3 Cabieses, Fernando. Apuntes de medicina tradicional. La racionalización de lo irracional. Lima. Talleres de A & B, 1993.
- 4 Sánchez, Ana (2001) «El talismán del diablo» La Inquisición frente al consumo de coca. (Lima, siglo xv”).
- 5 Sánchez, Ana (2001) «El talismán del diablo» La Inquisición frente al consumo de coca. (Lima, siglo xv”).
- 6 Tuesta, E. (1941) Acidez salival. Tesis bachiller UNMSM.
- 7 Coronel, A.(1988) Estudio comparativo de la prevalencia de caries, enfermedad periodontal y abrasión entre un grupo de sujetos con el hábito de masticación de hojas de coca y un grupo control en la comunidad de Apaycanchilla, provincia de Tarma. Tesis de Bachiller en estomatología. UPCH. Lima.

- 8 Horna, N. (1980) Producción de hoja en Perú Editorial FR Perú, Pág. 75-95.
- 9 Quintana, A. (2002) Estado de la salud Periodontal en cachadores de la hoja de coca combinadas con cenizas calcáreas y no cachadores. Tesis de bachiller en Odontología UNFV.
- 10 Bermudez J. Lesiones en la mucosa bucal relacionadas con el consumo del tabaco de mascar (chimó). Ci. Odont. 2011; 8(2):141-150.
- 11 Scavino G. El efecto de la cocaína sobre los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal. [Trabajo pregrado]. Universidad Central de Venezuela; 2002.
- 12 Vitzthum V, Von M, Ellison P. Efecto de la masticación de la hoja de coca en los ensayos de progesterona salival.
- 13 Langsjoen OM. Efectos dentales de la dieta y la hoja de coca masticar en dos culturas prehistóricas del norte de Chile. Am J Phys Anthropol. 1996 Dec; 101 (4): 475-89.
- 14 Rojas B. Prevalencia de inflamación gingival en chacchadores de coca de 25 a 60 años de edad Huamachuco 2017.[Tesis para optar Grado de Bachiller de Odontología]. Universidad Nacional de Trujillo: Perú; 2017.
- 15 Payé M. Prevalencia de caries dental en consumidores de Erythroxyllum Coca con y sin Llipta en la Comunidad De Catacha-Puno. [Tesis Pregrado]. Universidad Nacional Del Altiplano: Puno Perú; 2014.

- 16 Ramos E. Efectividad de la masticación de la hoja de coca en la prevención de la caries dental en el centro poblado de San Juan de la Libertad Huasahuas-Tarma. [Tesis Pregrado]. Universidad Nacional Federico Villareal. Lima Perú 2008
- 17 Ayón E. Chiu Mp. Cambios histopatológicos de la mucosa gingival en masticadores de hoja de coca varones del distrito de Laraos, provincia de La Uroyos. Kiru. 2005: 2(1): 19-26.
- 18 Indriati E, Buikstra JE . La coca mastica en la costa prehistórica del Perú: evidencia dental. Am J Phys Anthropol. 2001 Mar; 114 (3): 242-57.
- 19 Bartens G. Cambios histológicos en el epitelio de la mucosa del carrillo, en sujetos masticadores de hojas de coca, pertenecientes a la comunidad de Quircan, distrito de San Francisco, provincia de Ambo, departamento de Huánuco. [Tesis Pregrado]. Universidad Peruana Cayetano Heredia: Lima Perú; 1998.
- 20 Torres V. Enfermedad periodontal asociado al consumo habitual de la hoja de coca y el cal en personas de 40 a 70 años Huánuco 2015. [Tesis Pregrado]. Universidad de Huánuco; 2015.
- 21 Llosa, t. Usos y abusos de la coca. Formación básica sobre la coca y la cocaína. Parte 1 de 2. Revista electrónica de medicina neuropsicológica 9:1514-1537, junio 2008
- 22 Abruzzese, R. 1990. Coca, hacia una estrategia social. Comisión de narcótico y fármaco dependencia. ILDIS, La Paz-Bolivia. P 17-50.

Algunos investigadores sostienen que la hoja de coca tiene una presencia que alcanza aproximadamente a unos 20,000 años A. de C. en estas tierras.

- 23 Burchard R. Una nueva perspectiva sobre la masticación de la coca. Instituto Indigenista Americano. América Indígena.1978; XXXVIII(4). Octubre-Diciembre.
- 24 Cabieses F. Aspectos etnológicos de la coca y la cocaína. Cocaína 1980-actas del seminario interamericano sobre aspectos médicos y sociológicos de la coca y la cocaína. Lima: Editorial F R Jeri. 1980.
- 25 Terran M, Sandagorda A. Aspectos socioculturales del consumo de la coca. Cocaína 1980-actas del seminario interamericano sobre aspectos médicos y sociológicos de la coca y la cocaína. Lima: Editorial F R Jeri.1980.
- 26 Machado, E. 1972.El género *Erythroxylum* en el Perú, las cocas silvestres y cultivadas en el Perú. Edit. Raymondiana 5: 5-101.Lima.
- 27 Roberto B. Análisis antropológico del uso de la hoja de coca en Sudamérica.
- 28 Galeano, 1991.Las venas abiertas de América Latina. Siglo XXI. Edic. Habana-Cuba.
- 29 Ferreira E, B y W.A.Gentner. 1991. Determination of cocaine in mate de coca herbal tea .Jornal Pharmaceutical Sciences Vol 80(1): 96.

- 30 Alonso, J. 2008. (en Línea). Curso de fitomedicina: Hoja de coca Parte II. Mar de Plata-Argentina.
- 31 (consulta, Diciembre 2009). Dirección URL:  
[http://www.plantasmedicinales.org/archivos/la\\_hoja\\_de\\_coca\\_parte\\_ii.pdf](http://www.plantasmedicinales.org/archivos/la_hoja_de_coca_parte_ii.pdf)
- 32 ENACO, 2006. Obtención de Extractos Estandarizados de Hoja de Coca y preparación de formas medicamentosas y productos afines. (En Línea) Dirección URL:  
<http://www.enaco.com.pe/empresa/pubtextractos.php#Indice>. (Consulta, 04.Junio 2007).
- 33 HORNA R., R.: La producción de coca en el Perú. Cocaína 1980 – Actas del Seminario Interamericano sobre Aspectos Médicos y Sociológicos de la Coca y la Cocaína. F.R Jerí Lima, 1980,
- 34 BURCHARD, R. . Una nueva perspectiva sobre la masticación de la coca. América Indígena . vol. XXXV|II, n". 4, octubre - diciembre, Méjico 1978
- 35 CABIESES, F. . Apuntes de medicina tradicional. A&B S A. Lima, 1993.
- 36 DOMIC, Z : Revisión, crítica bibliográfica y consideraciones generales acerca del masticado de coca. Cocaína '1980 \* Actas del Seminario interamericano sobre Aspectos Médic:r:s y Sociológicos de la Coca y la Cocaína. Editorial F R.Jerí. Lima, 1980
- 37 Nutritional Value of Coca by James, David Aulik and Timothy Plowman (En: Botanical Museum Leaflets. Harvard University, Vol. 24, N° 6, 1975).

- 38 TOPPOZADA AR., et al.: Evaluation of a fiber optic immunosensor for quantitating cocaine in coca leaf extracts. *Biosens Bioelectron*, 1997, 12 .2, 113-24
- 39 CABIESES, F. . Apuntes de medicina tradicional. A&B S A. Lima, 1993
- 40 MACHADO, E.: El Género *Erythroxylon* en el Perú. Lima,1968.
- 41 Castro R. Inventario de la coca. Lima: printed en Perú; 2003.
- 42 Soberon R. Sustento Del Retiro De La Hoja De coca De La Lista N° 1 De La Convención Única De Estupefacientes De 1961 Viena – Nnuu. *Mama coca*.2008;1(1):1-3
- 43 Vitry C. Coca, la hoja sagrada de los incas religión y rituales
- 44 Barrio s. Propiedades medicinales y valor terapéutico de la hoja de coca. *anatomía de la hoja de coca*; 2001.
- 45 Soberon R. Sustento Del Retiro De La Hoja De coca De La Lista N° 1 De La Convención Única De Estupefacientes De 1961 Viena – Nnuu. *Mama coca*.2008;1(1): 1-3
- 46 Gómez, F. M. E. & Campos, M. A. (2000). *Histología Bucal*. Capítulo 5: Cavidad Bucal.
- 47 Genco R, Williams R. (2011). *Presentación. Presentación de la Enfermedad Periodontal: Causas, Patogénesis y Características. Historia de la Relación Oral-Sistémica en Enfermedad Periodontal y Salud General: Una guía para el Clínico*. Ed. Diegel M and Rizzo M. Producción Gráfica Editores S. A. Colombia, 1-55.



- 48 GRANT D., STERN I., EVERETT F. (1983). Periodoncia en la tradición de Orban y Gottlieb (5° Edición) Editorial Mundi S.A.I.C. y F. Buenos Aires Argentina. Pp. 115-116, 273-274.
- 49 CARRANZA F.A. Y PERRY D.A. 1988. Manual de Periodontología clínica. Nueva editorial Interamericana. México. Pp. 1, 4-5, 16, 21-26, 177, 169.
- 50 Barros S, Offenbacher S. (2014). Modifiable risk factors in periodontal disease. Epigenetic regulation of gene expression in the inflammatory response. *Periodontol* 2000 64: 95-110.
- 51 CARRANZA, F.A. Compendio de periodoncia. Editorial Mundi S.A.I.C Y F. Tercera Edición (Buenos Aires, Argentina 1978. Pp. 1-2, 26-36, 53-54, 88-89, 90-95, 221.).
- 52 Theilade E. The non-specific theory in microbial etiology of inflammatory periodontal diseases. *J Clin Periodontol* 1986; 13: 905-911.
- 53 Marshall-Day CD:, Stephens RG., Quigley LF. "Periodontal disease: prevalence and incidence." *Journal of Periodontology* 1955:26:185-203.
- 54 Scherp HW. "Current concepts of periodontal disease research: Epidemiological contributions." *Journal of American Dental Association* 1964;68:667-75.
- 55 UKPDS "Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes.", *Lancet* 1998:352:837-53.
- 56 BERKOW R. (1986) El Manual Merck 7ma Edición Editorial Interamericana.

- 57 LYNCH, BRITGHTMAN (1996) Medicina Bucal de Burket 9na Edición Editorial Interamericana.
- 58 Scully C, Porter S. Oral mucosal disease: recurrent aphthous stomatitis. Br J Oral Maxillofac Surg 2008; 46: 198-206.
- 59 Bagán JV, Scully C. Estomatitis aftosa recidivante. In: Bagán JV, Scully C. Medicina y Patología Oral. 1st. Valencia: Medicina Oral S.L.; 2006. P. 65-72.
- 60 Scully C, Gorsky M, Lozada-Nur F. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis. A consensus approach. J Am Dent Assoc 2003; 134: 200-7.
- 61 Regezi J A. (1995) Patología Bucal 2da Edición Editorial Interamericana.
- 62 Rogers RS. Recurrent aphthous stomatitis: clinical characteristics and associated systemic disorders. Semin Cutan Med Surg 1997; 16: 278-83.
- 63 Kramer IR, Pindborg JJ, Bezroukov V, Infirri JS. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. World Health Organization. Community Dent Oral Epidemiol 1980; 8: 1-26.
- 64 Scully C, Felix DH. Oral Medicine. Update for the dental practitioner. Aphthous and other common ulcers. Br Dent J 2005; 199: 259-64.
- 65 J. Philip Sapp, Autor ; Lewis R. Eversole, Autor ; George P. Wysocki, Patologia oral y maxilofacial : Contemporanea. 2 ed. España: Elsevier; 2005.

- 66 REGEZI, J. y SCIUBBA, J : Patología bucal Nueva Editorial Interamericana S.A México D F., 1991.
- 67 Ander. E. Técnicas de investigación social. 24ed. Buenos Aires: Lumen, 1995.
- 68 Tamayo M. Manual de proyecto de investigación. 2 ed. Colombia: ICN; 2009.
- 69 Supo J. como empezar una tesis tu proyecto de investigación en un solo dia bioestadística FIRL 4ta edición Rev. 2015.
- 70 Cabieses, Fernando. Apuntes de medicina tradicional. La racionalización de lo irracional. Lima. Talleres de A & B, 1993.
- 71 Castro de la Mata. Ramiro. Coca y vida en las grandes alturas. En Actas del Seminario Interamericano Sobre Aspectos Médicos y Sociológicos de la Coca y de la Cocaína. Lima. Editorial Pacific Press, 1980.pp. 254 -259.
- 72 Castro R. Inventario de la coca. Lima: printed en Perú; 2003. 28. Soberon R. Sustento Del Retiro De La Hoja De coca.
- 73 HAMNER JE., VILLEGAS LO , The effect of coca leaf chewing on the buccal mucosa of Aymara and Quechua Indians in Bolivia. Oral Surg, 1969 Aug, 28 ' . 2, 287 –gs
- 74 BORGIELLI, R. et. al.: Lesiones de la mucosa bucal por el uso de hojas de coca en el grupo etario de varones de 20 años de la provincia de Jujuy (Argentina). Revista de la Asociación Odontológica Argentina, vol. 61, n° 7 Buenos Aires, 1973

- 75 SANTOS B , P : Características clínicas e histológicas del epitelio de la Mucosa del carrillo en algunos pobladores con el hábito de coqueo en el anexo de La Breña, distrito de Huacrapuquio, provincia de Huancayo, departamento de Junín. Tesis de Bachiller en Estomatología. Lima, 1989.

# **ANEXOS**

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>HIPÓTESIS</b>
<b>Problema General</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Variable de estudio</b>	<b>H. I.</b>
¿Cuáles son las características clínicas de la mucosa oral en pobladores con habito de coqueo del distrito de Conchamarca Huánuco - 2017?	Determinar las características clínicas de la mucosa oral en pobladores con habito de coqueo del distrito de Conchamarca Huánuco – 2017	Características clínicas de la mucosa oral en pobladores con habito de coqueo.	Existen cambios en las características de mucosa oral en pobladores con habito de coqueo.
<b>Problemas Específicos</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Variable dependiente</b>	<b>H.O.</b>
¿Cuáles son las características de la mucosa de revestimiento en la cavidad oral en pobladores con el hábito de masticación de hojas de coca?.	Identificar las características de la mucosa de revestimiento en la cavidad oral en pobladores con el hábito de masticación de hojas de coca.	Tipo de mucosa Tiempo de coqueo Cantidad de coqueo	No existen cambios en las características de mucosa oral en pobladores con habito de coqueo
¿Cuáles son las características de la mucosa masticatoria en la cavidad oral en pobladores con el hábito de masticación de hojas de coca?.	Identificar las características de la mucosa masticatoria en la cavidad oral en pobladores con el hábito de masticación de hojas de coca.		
¿Cuáles son las características de la mucosa de especializada en la cavidad oral en pobladores con el hábito de masticación de hojas de coca?	Identificar las características de la mucosa de especializada en la cavidad oral en pobladores con el hábito de masticación de hojas de coca		
¿Cuáles son las características de la mucosa oral en pobladores con hábito de coqueo según la cantidad y tiempo de coqueo?	Identificar las características de la mucosa oral en pobladores con hábito de coqueo según la cantidad y tiempo de coqueo.		

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**E. A. P. DE ODONTOLOGÍA**


**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUCOSA ORAL EN POBLADORES CON HABITO DE COQUEO DEL DISTRITO DE CONCHAMARCA HUANUCO 2017”**


Yo:..... con  
DNI:.....; doy constancia de haber sido informado(a) y de haber entendido en forma clara el presente trabajo de investigación; cuya finalidad es obtener información que podrá ser usada en la obtención de más conocimiento en el área de Odontología. Teniendo en cuenta que la información obtenida será de tipo confidencial y sólo para fines de estudio y no existiendo ningún riesgo; acepto ser examinado por el responsable del trabajo.

.....  


Nombre del paciente  
DNI.....

.....  


Testigo  
DNI.....

.....  


Nombre del Bachiller



**FICHA DE OBSERVACIÓN**

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUCOSA ORAL EN POBLADORES CON HABITO DE COQUEO DEL DISTRITO DE CONCHAMARCA HUANUCO 2017”**

N° Paciente: .....

Edad: .....

DNI: .....

**Grupo etario:**

- 45-54 años
- 55-63 años
- 64-72 años
- 73-83 años

• **Sexo:**

M                       F

• **Pobladores con hábito de coqueo:**

Si                       No



- **Frecuencia de hábito de coqueo:**

- **Diario**

1 vez al día     2 v. día     3 v. al día     + 3v al día

- **Semanal**

1 vez     2 v.     3 v     + 3v

- **Ocasionalmente**

**Cantidad de coca consumida por día**

.....

**¿Cuánto tiempo lleva "chacchando"?**.....

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUCOSA ORAL**

### **-Gingivitis:**

Sí  No

Localizada  Generalizada

### **-Periodontitis:**

Sí  No

Localizada  Generalizada

### **-Úlceras bucales:**

Sí  No

### **-Leucoplasia:**

Sí  No

### **-Pigmentación Melanica:**

Sí  No



## INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

### DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: CARRIZOS GONZALEZ, NANCY  
 Institución donde labora: UNIVERSIDAD DE HUARI  
 Instrumento motivo de evaluación: FICHA DE OBSERVACIÓN  
 Autor del Instrumento: RASH-DIANA DIMINGO ESPINOZA  
 Aspecto de validación: INSTRUMENTO

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				TP
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguajes apropiado																					
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																			X		
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado al avance de la ciencia y tecnología																			X		
4. ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica																			X		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																			X		
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional																			X		
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos técnicos científicos																			X		
8. COHERENCIA	Entre las variables indicadores y los ítems																			X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																			X		
10. PERTINENCIA	El inventario es aplicable																			X		
TOTAL																				X		

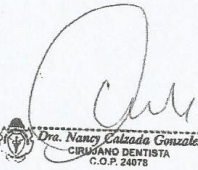
Opinión de Aplicabilidad:

APLICABLE PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Promedio de Valoración: 88

Fecha: 15/11/17

Grado académico	<u>DOCTOR</u>
Mención	<u>CIENCIAS DE LA SALUD</u>
DNI	<u>22510573</u>

  
 Dra. Nancy Carrizos Gonzalez  
 CIRUJANA DENTISTA  
 C.O.P. 24078

Firma del Experto



## INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

### DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: Luz María Lata  
 Institución donde labora: USH  
 Instrumento motivo de evaluación: Ficha de Observación  
 Autor del Instrumento: Dr. Alicia Espinoza  
 Aspecto de validación: Instrumento

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				TP
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguajes apropiado																					
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																					
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado al avance de la ciencia y tecnología																					
4. ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica																					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																					
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional																					
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos científicos																					
8. COHERENCIA	Entre las variables indicadores y los items																					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																					
10. PERTINENCIA	El inventario es aplicable																					
TOTAL																						

Opinión de Aplicabilidad: Como de utilidad de la

Promedio de Valoración: 82.5

Fecha: 15/11/2017

Grado académico	<u>Doctor</u>
Mención	<u>Caracter de Honor</u>
DNI	<u>22765462</u>

  
 Dr. Luz Bruciano Lata  
 Psicóloga

Firma del Experto



ENCUESTA A LOS POBLADORES DEL DISTRITO DE CONCHAMARCA



**MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA MUCOSA ORAL EN LOS POBLADORES**











