



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**“MANIFESTACIONES ORALES EN LOS INTERNOS ADICTOS A LAS
DROGAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD TERAPEUTICA ROMPIENDO
CADENAS EN EL AÑO 2016”**

BACHILLER:

FREDY JEFERSSON SAYA EUNOFRE

ASESOR:

CD.JAVIER RAMOS DE LOS RIOS

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

**HUACHO – PERÚ
2017**

DEDICATORIA:

A Dios y mis padres Fortunata y Erasmo por el apoyo incondicional en mi desarrollo profesional.

AGRADECIMIENTOS:

A mis docentes por demostrarme que existen verdaderos maestros que buscan enseñar y enraizar conocimientos en beneficio de la población.

ÍNDICE

Dedicatoria.	ii
Agradecimiento.	iii
Índice.	iv
Resumen.	x
Abstract.	xii
Introducción.	xiv

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema	1
1.2. Delimitación de la Investigación	2
1.2.1. Delimitación Espacial	2
1.2.2. Delimitación Temporal	2
1.2.3. Delimitación Conceptual	3
1.2.4. Delimitación Social	3
1.3. Formulación del Problema	3
1.3.1. Problema general	3
1.3.2. Problemas específicos	3
1.4. Objetivos de la Investigación	4
1.4.1. Objetivo general	4
1.4.2. Objetivos específicos	4
1.5. Justificación e Importancia de la Investigación	5

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación	7
2.2. Bases Teóricas	15
2.3. Definición de términos básicos	49
2.4. Variables	50
2.4.1. Definición conceptual de la variable	51
2.4.2. Operacionalización de la variable	51

CAPITULO III.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	53
3.1.	Tipo y Nivel de investigación	53
3.2.	Población y muestra	54
3.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	56
CAPITULO IV.	RESULTADOS	57
CAPÍTULO V.	DISCUSIÓN	69
CAPÍTULO VI.	CONCLUSIONES	72
CAPÍTULO VII.	RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		75
ANEXOS		81

INDICE DE TABLAS

Tablas

1. Frecuencia de las manifestaciones orales presentes en los internos.	58
2. Distribución de las manifestaciones orales según edad en los internos.	60
3. Distribución de las manifestaciones orales según género en los internos.	62
4. Distribución del tipo de droga según la edad en los internos.	64
5. Distribución del tipo de droga según el género en los internos.	66
6. Distribución de las manifestaciones orales según el tipo de droga en los internos.	68

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICOS

1. Frecuencia de las manifestaciones orales presentes en los internos.	59
2. Distribución de las manifestaciones orales según edad en los internos.	61
3. Distribución de las manifestaciones orales según género en los internos.	63
4. Distribución del tipo de droga según la edad en los internos.	65
5. Distribución del tipo de droga según el género en los internos.	67
6. Distribución de las manifestaciones orales según el tipo de droga en los internos.	69

INDICE DE ANEXOS

Anexos

- | | |
|----------------------------|----|
| 1. Matriz de Consistencia. | 82 |
| 2. Instrumento. | 85 |

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo aplicado de nivel descriptivo, de diseño no experimental de corte transversal y los datos se recolectaron de manera Prospectiva, donde el problema fue buscar la frecuencia de las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016. Huacho es un distrito capital de la provincia de Huaura y sede regional del Departamento de Lima, ubicada en una bahía formada por el Océano Pacífico a 150 km al norte de la ciudad de Lima, próxima a la desembocadura del río Huaura, en donde según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, es la decimonovena ciudad más poblada del Perú y albergaba en el año 2015 una población de 58,532 habitantes, Los estudios sobre el consumo de drogas entre población adolescente y escolar han sido los más desarrollados y llevados a escala nacional en los últimos años. Los estudios realizados (bajo la metodología de encuesta a hogares) por el Instituto Especializado de Salud Mental en Lima Metropolitana (IESM, 2002), han ofrecido importante información sobre el consumo de drogas entre la población adolescente peruana. Algunos estudios dicen que un 10% de nuestra población – más de 2 millones de peruanos- son alcohólicos, y que una cantidad igual va camino a serlo. Otro medio millón son adictos al tabaco. La población adicta en el Perú fácilmente sobrepasa la cifra de los dos millones.

El consumo de drogas adictivas se relacionan a nivel bucal con tendencia al desarrollo de lesiones cariosas, enfermedad periodontal, abscesos pulpoperiapicales y periodontales, gingivitis ulceronecrotizante (GUN) y otras estomatitis infecciosas; las primeras por el elevado consumo de carbohidratos y, en general, por su actitud negligente ante las prioridades de prevención e higiene oral. Además se observa atrición dentaria debido al bruxismo y compresión dental que producen dolor miofacial y articular; así como, hipertrofia bilateral de los músculos maseteros. La xerostomía es un efecto secundario en el caso de pacientes que consumen cocaína, cannabis, anfetaminas y depresores del SNC¹; así mismo el objetivo fue

Determinar la frecuencia de las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas residentes en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016. La muestra fue no probabilística por conveniencia. En el recojo de información se empleó como instrumento una la Ficha Odontológica que consta de datos de filiación en donde registró la frecuencia de enfermedades periodontales y el consumo de drogas. En los resultados se encontró Respecto a la frecuencia de las manifestaciones orales en los internos:

La caries dental se encuentra presente en un 98.6% de los internos, la enfermedad periodontal en un 75.3%, la infección dental en un 42.8%, la Cándida Albicans en un 6.8%, el Liquen plano en un 6.8% y la xerostomía en un 2.7%. Respecto a la distribución de la manifestación oral según tipo de droga consumida se observa que la caries dental es la más frecuente presente: en el 80.8% de los consumidores de marihuana, en el 78.1% de los consumidores de PBC, en el 75.3% de los consumidores de alcohol, en el 54.8% de los consumidores de cocaína y en el 39.7% de los consumidores de tabaco.

Concluyendo: La manifestación oral más frecuente es la caries dental presente en un 98.6% de los internos, La edad más frecuente de los internos varía entre 18 a 30 años donde el 75.3% presenta caries, el 52.1% enfermedad periodontal y el 24.7% presenta infección dental, El 100% de los internos son del género masculino donde el 98.6% presenta caries dental

Palabras clave: Adicción, Salud bucal, Drogodependencia, Droga

ABSTRACT

We performed a study of applied type of descriptive level, of non-experimental cross-sectional design and the data were collected in a prospective manner, where the problem was to look for the frequency of oral manifestations in the internal drug addicts in the therapeutic community Breaking Chains in the year 2016. Huacho is a capital district of the province of Huaura and regional headquarters of the Department of Lima, located in a bay formed by the Pacific Ocean to 150 km to the north of the city of Lima, next to the mouth of the river Huaura, where according to the National Institute of Statistics and Informatics, is the 19th most populous city in Peru and was home to a population of 58,532 inhabitants in 2015. Studies on drug use among adolescents and schoolchildren have been the most developed And carried out nationally in recent years. Studies carried out (under the household survey methodology) by the Specialized Institute of Mental Health in Metropolitan Lima (IESM, 2002) have provided important information on drug use among the Peruvian adolescent population. Some studies say that 10% of our population - more than 2 million Peruvians - are alcoholics, and that an equal amount is going to be. Another half a million are addicted to tobacco. The addicted population in Peru easily surpasses the figure of two million.

The use of addictive drugs is related to the oral level with a tendency to develop carious lesions, periodontal disease, pulpoperial and periodontal abscesses, ulceronecrotizing gingivitis (GUN) and other infectious stomatitis; The former by the high consumption of carbohydrates and, in general, by their negligent attitude to the priorities of prevention and oral hygiene. In addition, tooth attrition is observed due to bruxism and dental compression that produce myofacial and articular pain; As well as bilateral hypertrophy of the masseter muscles. Xerostomia is a side effect in the case of patients who use cocaine, cannabis, amphetamines and CNS depressants¹; Likewise the objective was to determine the frequency of oral manifestations in drug addicts inmates living in the therapeutic community Breaking Chains in the year 2016. The sample was non-probabilistic for convenience. In the collection of information was used as an

instrument the Dental Sheet that consists of data of filiation where it recorded the frequency of periodontal diseases and drug use. In the results was found Regarding the frequency of oral manifestations in the inmates:

Dental caries is present in 98.6% of inmates, periodontal disease in 75.3%, dental infection in 42.8%, *Candida albicans* in 6.8%, lichen planus in 6.8% and xerostomia in one 2.7%. Regarding the distribution of oral manifestations according to the type of drug consumed, it is observed that tooth decay is the most frequent present: in 80.8% of marijuana users, in 78.1% of PBC users, in 75.3% of marijuana users. Alcohol users, 54.8% of cocaine users and 39.7% of tobacco users.

CONCLUSION: The most common oral manifestation is dental caries present in 98.6% of the inmates. The most frequent age of inmates varies from 18 to 30 years, where 75.3% presents caries, 52.1% have periodontal disease and 24.7% present Dental infection, 100% of inmates are male, where 98.6% have dental caries

Key words: Addiction, Oral health, Drug addiction, Drug.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada **“MANIFESTACIONES ORALES EN LOS INTERNOS ADICTOS A LAS DROGAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD TERAPEUTICA ROMPIENDO CADENAS EN EL AÑO 2016”** tiene como finalidad buscar la frecuencia de las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas residentes en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016. El consumo de drogas adictivas se relacionan a nivel bucal con tendencia al desarrollo de lesiones cariosas, enfermedad periodontal, abscesos pulpoperiapicales y periodontales, gingivitis ulceronecrotizante (GUN) y otras estomatitis infecciosas; las primeras por el elevado consumo de carbohidratos y, en general, por su actitud negligente ante las prioridades de prevención e higiene oral. Además se observa atrición dentaria debido al bruxismo y compresión dental que producen dolor miofacial y articular; así como, hipertrofia bilateral de los músculos maseteros. La xerostomía es un efecto secundario en el caso de pacientes que consumen cocaína, cannabis, anfetaminas y depresores del SNC¹.

En nuestro medio no existen antecedentes de estudios sobre la relación o el efecto que producen, en el tejido periodontal, por lo que su estudio será necesario para implementar normas de conducta y tratamiento en este tipo de personas.

Frente a esta problemática nos formulamos la pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016?

A continuación describiremos la estructura detallada del presente trabajo de investigación que comprende así:

CAPÍTULO I: Se planteó el problema de la investigación, así como se describieron la justificación la cual se formuló ante la necesidad de conocer la frecuencia de las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas y así mismo su justificación teórica, práctica, legal y metodológica y científica, también se describió las limitaciones del orden metodológico, en la búsqueda de información y en el tiempo.

Podremos observar también los antecedentes internacionales, nacionales los cuales se basó nuestra investigación.

Y por último se describen los objetivos General y específicos.

CAPÍTULO II: Comprende las bases científicas teóricas de la investigación que incluyendo los conceptos básicos de la investigación.

Se describe la definición, identificación y clasificación de variables en dependientes e independientes descritas en la matriz de operacionalización de variables.

CAPÍTULO III: Así mismo se describe la metodología: el tipo y nivel de Investigación, Población y muestra y el método de investigación, Las técnicas de recolección de datos, validación, objetividad de los instrumentos y el plan de recolección de los datos.

CAPÍTULO IV: Se presenta los Resultados de los objetivos generales y específicos de la Investigación.

Así mismo se presenta las conclusiones y sugerencias obtenidas producto de nuestra investigación.

Por último mencionaremos las referencias bibliográficas consultadas y el grupo de anexo que se realizó en nuestra investigación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

En la provincia de Huaura que es una de las once provincias que conforman el Departamento de Lima y pertenece a la Región Lima Provincias donde se caracteriza por ser la provincia con mayor influencia, Huacho es un distrito capital de la provincia de Huaura y sede regional del Departamento de Lima, ubicada en una bahía formada por el Océano Pacífico a 150 km al norte de la ciudad de Lima, próxima a la desembocadura del río Huaura, en donde según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, es la decimonovena ciudad más poblada del Perú y albergaba en el año 2015 una población de 58,532 habitantes, Los estudios sobre el consumo de drogas entre población adolescente y escolar han sido los más desarrollados y llevados a escala nacional en los últimos años. Los estudios realizados (bajo la metodología de encuesta a hogares) por el Instituto Especializado de Salud Mental en Lima Metropolitana (IESM, 2002), han ofrecido importante información sobre el consumo de drogas entre la población adolescente peruana. La prevalencia de vida de drogas ilegales (como marihuana, pasta básica de cocaína, etc.) fue de 2.6% en Lima Metropolitana, 0.8% en la sierra y 1.6% en la selva. La droga ilegal más consumida en las tres regiones fue la marihuana. Un millón de adictos al alcohol; 490 mil al tabaco, más de 100 mil a la cocaína y PBC. 54,654

adolescentes requieren tratamiento especializado por consumo de marihuana, pasta básica, cocaína y éxtasis.

Algunos estudios dicen que un 10% de nuestra población – más de 2 millones de peruanos- son alcohólicos, y que una cantidad igual va camino a serlo. Otro medio millón son adictos al tabaco. La población adicta en el Perú fácilmente sobrepasa la cifra de los dos millones.

El consumo de drogas adictivas se relacionan a nivel bucal con tendencia al desarrollo de lesiones cariosas, enfermedad periodontal, abscesos pulpoperiapicales y periodontales, gingivitis ulceronecrotizante (GUN) y otras estomatitis infecciosas; las primeras por el elevado consumo de carbohidratos y, en general, por su actitud negligente ante las prioridades de prevención e higiene oral. Además se observa atrición dentaria debido al bruxismo y compresión dental que producen dolor miofacial y articular; así como, hipertrofia bilateral de los músculos maseteros. La xerostomía es un efecto secundario en el caso de pacientes que consumen cocaína, cannabis, anfetaminas y depresores del SNC¹.

En nuestro medio no existen antecedentes de estudios sobre la relación o el efecto que producen, en el tejido periodontal, por lo que su estudio será necesario para implementar normas de conducta y tratamiento en este tipo de personas.

Por lo expuesto proponemos que el propósito del presente estudio será determinar la frecuencia de las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas residentes en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.

1.2. Delimitación de la Investigación

1.2.1. Delimitación Espacial.- La investigación se llevó a cabo en la Provincia de Huaura, en los ambientes de la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.

1.2.2. Delimitación Temporal: La investigación se realizó en el mes de Octubre y Noviembre de 2016.

1.2.3. **Delimitación Conceptual.**- La investigación sobre la evaluación de las manifestaciones periodontales en internos consumidoras de drogas permitió observar rasgos específicos clínicos a nivel periodontal propios de los consumidores de drogas.

1.2.4. **Delimitación Social.**- El grupo de estudio fueron los internos residentes en el centro que hayan consumido.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General

¿Cuál es la frecuencia de las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016?

1.3.2. Problemas Específicos

1.- ¿Cuál es la distribución de manifestaciones orales según la edad en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016?

2.- ¿Cuál es la distribución de manifestaciones orales según el género en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016?

3.- ¿Cuál es la distribución del tipo de droga más consumido según la edad en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016?

4.- ¿Cuál es la distribución del tipo de droga más consumido según el género en los internos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016?

5.- ¿Cuál es la distribución de las manifestaciones orales según el tipo de droga en los internos adictos en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar la frecuencia de las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas residentes en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.

1.4.2. Objetivos específicos

1.- Establecer la distribución de manifestaciones orales según la edad en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.

2.- Establecer la distribución de manifestaciones orales según el género en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.

3.- Establecer la distribución del tipo de droga más consumido según la edad en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.

4.- Establecer la distribución del tipo de droga más consumido según el género en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.

5.- Establecer la distribución de las manifestaciones orales según el tipo de droga en los internos adictos en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.

1.5. Justificación e Importancia de la Investigación

JUSTIFICACIÓN TEORICA; la importancia de este estudio sobre la frecuencia de manifestaciones orales en personas adictas, radicó en que permitió determinar y describir con más detalles las enfermedades bucodentales más frecuentes en personas consumidoras de las distintas drogas en nuestro medio local y abordar una planificación adecuada.

JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA; EL presente trabajo de investigación es de vital importancia debido a que su desarrollo buscó Determinar la frecuencia de las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas así mismo plantea cobrar relevancia en la medida que aportaría datos reales ante un posible proceso y planificación de tratamiento.

JUSTIFICACIÓN LEGAL; Sustento legal en la elaboración de proyectos se sustentó en las leyes y normas siguientes:

En la ley universitaria N° 23733 en su capítulo VIII, artículo 65, 66, 67 que señala sobre el proceso de investigación que involucra a estudiantes y a la universidad en sus distintos programas como medio de contribuir al desarrollo nacional en todos los ámbitos del proceso educativo. En este caso, se trata de la gestión a través de la herramienta integral de Identificación Institucional.

Del mismo modo se entiende en el proyecto Educativo Nacional al 2021 en el objetivo estratégico N° 5 que menciona sobre la educación superior de calidad que aporta al desarrollo y la competitividad nacional, en la política N°24 que menciona la relación de la investigación como medio esencial de la transformación educativa, como también en la visión de la Universidad Alas Peruanas: “Ser una institución acreditada y

solidaria, relacionada con sus entornos nacional e internacional, congruente con los avances científicos y tecnológicos de punta, para impulsar el desarrollo del país.”

De igual manera en el Decreto Legislativo N°882, “Ley de Promoción de la Inversión en la Educación”, cuyas normas se aplican a universidades, dentro de la cual, se encuentra la Universidad Alas Peruanas.

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA; Así mismo, indudablemente es un aporte científico y metodológico, brindando al autor la posibilidad de aportar indicios de una adecuada identificación de e las lesiones en los pacientes consumidores y que pueden presentar características propias al tipo de droga consumida, permitiendo además ampliar su conocimiento en lo referente al uso de herramientas de investigación y revisión documental.

JUSTIFICACIÓN EPISTEMOLÓGICA; La investigación resultó muy necesaria, debido a que existen estudios a nivel nacional e internacional pero en nuestra provincia de Huaura no existen estadísticas claras y establecidas en nuestra población sobre lesiones orales en tejidos blandos y duros en pacientes consumidoras, lo que nos permitió establecer estos datos para evaluaciones futuras.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

La información disponible es insuficiente, limitada, no aplicable necesariamente a la realidad de la población.

- 1. Muela D. (Ecuador – 2016)** en su investigación: “Enfermedad periodontal en pacientes drogadictos de 18 a 40 años por consumo de sustancias psicoactivas en el departamento de Odontología del Centro de Reposo San Juan de Dios en el periodo Octubre – Febrero 2015 - 2016”. Este estudio se efectuó con el propósito de conocer si existe enfermedad periodontal en paciente drogadictos registrados en el centro de reposo San Juan de Dios. Las enfermedades periodontales, gingivales y periodontitis constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades de naturaleza infecciosa, cuyo agente etiológico son los microorganismos presentes en la placa bacteriana la misma que se ve afectada por la presencia de consumo de sustancias psicoactivas. El estudio se llevó a cabo en un grupo de 70 drogadictos que comprendían entre los 18 y 40 años de edad, se atendieron en el departamento de odontología del centro de reposo San Juan de Dios del grupo indicado se seleccionaron de acuerdo al criterios de inclusión y exclusión. Del total de pacientes examinados clínicamente, se diagnosticó 44.3% con algún tipo de enfermedad periodontal, y el 55.7% pacientes sanos. Al examen bucodental se diagnosticó zonas con gingivitis leve 14.3%, gingivitis moderada 4.3%, gingivitis grave 12.9%, periodontitis crónica leve 5.7%, periodontitis crónica moderada 7.1%, siendo la

marihuana la sustancia psicoactiva con mayor tendencia a causar algún tipo de enfermedad periodontal ².

- 2. El Khouri L (España - 2015)** En su investigación “ Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa “volver a reír”. Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social” con el objetivo de Conocer el impacto en la integración social de drogodependientes tras la implementación de atención odontológica mediante tratamientos rehabilitadores, preventivos y de promoción de la salud, dentro de los programas comunitarios multidisciplinares de atención a los mismos. Se trata de un estudio analítico (cuasi experimental) prospectivo sin grupo control tras una intervención odontológica. El periodo incluido es el que va desde enero de 2010 hasta marzo de 2015. Realizamos un análisis descriptivo inicial de nuestra población de variables dependientes y que son: el sexo, la edad, la presencia o no de VIH, de Hepatitis B, Hepatitis C y sífilis. El estar inmerso en un programa de metadona, y el ser o no consumidor de heroína, cocaína, tabaco o alcohol. Concluyendo 1.- La implementación de servicios de atención odontológica para pacientes adictos a drogas con riesgo de exclusión social situados en su medio social, es una medida eficaz y efectiva para su integración social, consiguiendo un nivel importante de captación de pacientes. 2.-La implementación de servicios de atención odontológica para pacientes adictos a drogas con riesgo de exclusión social situados en su medio social, es una medida eficaz para la captación de pacientes y su integración en los servicios de atención médica y servicios sociales. 3.- Se producen mayores faltas a citas programadas para el sexo femenino que el masculino lo que obliga a estudiar posibles condicionantes sociales. 4.- Existe un mayor consumo de heroína por el hombre que por la mujer. 5.- La colocación de prótesis bucales a población adicta a drogas incrementa notablemente su seguridad personal para acudir a centros públicos ³.

3. Acaro J. (Ecuador - 2014) Investigación que título: “PH salival y estado periodontal en estudiantes fumadores de la Universidad Nacional de Loja de la modalidad de estudios presencial en el periodo de mayo a julio del 2014”. La presente tesis fue de tipo descriptivo y transversal, cuyo objetivo principal fue determinar el pH salival y el estado periodontal en estudiantes fumadores de la Universidad Nacional de Loja, de la modalidad de estudios presencial en el periodo Mayo-Julio 2014, por sexo, rango de edad y frecuencia del consumo del mismo; por medio de la aplicación de la encuesta, y el uso de cintas reactivas. Se aplicó la encuesta a 894 estudiantes, de los cuales 216 fueron fumadores constituyéndose como los sujetos de estudio. A ellos se les realizó el test de cinta reactiva para medir el nivel de pH salival sea este ácido, básico o neutro; además se les realizó una Historia Clínica donde se incluyó la evaluación periodontal por medio del Índice de necesidad de tratamiento periodontal de la Comunidad. Los resultados indicaron que el 59% de estudiantes de sexo masculino y el 78% de estudiantes de sexo femenino presentaron un PH salival neutro, además tenían su periodonto sano el 62% de los varones y 58% de las mujeres y al comparar estudiantes fumadores y no fumadores los resultados indican una presencia mayor de salud periodontal, lo que nos lleva a concluir que en este grupo poblacional la frecuencia de consumo de cigarrillo no es un factor importante de riesgo para enfermedad periodontal ⁴.

4. Arias L. (Ecuador - 2014) en su investigación “Manejo odontológico de lesiones orales en pacientes con adicciones: revisión bibliográfica”. La adicción es considerada como una enfermedad que compromete la integridad física, psico-emocional y espiritual en el ser humano, definida así por muchos programas de recuperación y determinada como tal por la Organización Mundial de la Salud y por lo tanto las personas que se ven involucradas en el abuso de sustancias adictivas estarán inmersas a muchas afecciones que comprometerán su bienestar general, además es considerada como una enfermedad crónica que afecta el SNC, alterando la personalidad del individuo, que va caracterizándose por actos

compulsivos, y la necesidad de conseguir de cualquier forma la droga. El deseo de conseguir efectos más rápidos ha llevado a cabo crear nuevas drogas. Las adicciones más comunes en nuestro medio son: alcohol, tabaco, cocaína y marihuana, todas estas adicciones mencionadas provocarán alteraciones tanto en la salud general del individuo, así como también alteraciones en el sistema estomatognático. El reconocimiento de un paciente drogodependiente cuando llegue a la consulta dental se dará por medio de la entrevista inicial acompañada de una correcta historia clínica, debemos estar atentos en tomar en cuenta su comportamiento, su irritabilidad que presentará en todo momento y en algunas ocasiones va acompañada del descuido personal. Entre las principales manifestaciones que podemos mencionar con más incidencias en estos individuos son: las afectaciones en el tejido periodontal, xerostomía, caries dental, en casos extremos la perforación del paladar y como última afectación el cáncer bucal ⁵.

- 5. Herrera A, y col (Cuba - 2014)** En su investigación: "Caracterización del consumo de drogas psicoactivas por jóvenes y adolescentes atendidos en el Centro de Deshabitación de Adolescentes del municipio Playa". **El objetivo fue** caracterizar el consumo de drogas psicoactivas en adolescentes y jóvenes adictos tratados en el Centro de Deshabitación de Adolescentes del municipio Playa. La muestra estuvo formada por 43 pacientes: adolescentes de 13 a 16 y 17 a 19 años y jóvenes de 20 a 25 y de 26 a 29 años. Se analizaron las historias clínicas para determinar los tipos de drogas que consumían: la droga de inicio y de mantenimiento. Como método empírico se utilizó la encuesta EMTAJOVEN para determinar fumadores. **Resultados:** se comprobó que el grupo más numeroso de adictos tenían entre 20 y 25 años y que el inicio del consumo fue mayor entre adolescentes de 17 a 19 años. Se comprobó que 36 de los pacientes mostraron policonsumo con dos, tres y más tipos de drogas, con igual comportamiento para ambos géneros. La droga de inicio y de mantenimiento más consumida fue la marihuana seguida por el alcohol. La encuesta EMTAJOVEN reveló un elevado número de fumadores ⁶.

- 6. Solórzano E, y col (Argentina - 2014)** En su investigación sobre: "Efectos clínicos e histológicos de la cocaína sobre periodonto de protección". El consumo de drogas psicotrópicas es uno de los grandes problemas de salud en el mundo. La cocaína, en sus distintas presentaciones y vías de administración tales como la aplicación por frotación sobre la encía, se convirtió en especial interés para esta investigación, debido a que en nuestra actividad clínica hemos encontrado casos aislados de alteraciones periodontales en las cuales los pacientes aseguraron haber usado cocaína por frotación sobre la zona afectada. En este estudio se utilizaron 40 ratas de la cepa Wistar (20 experimentales y 20 control) durante 16 semanas. Se demostró que la cocaína produce alteraciones clínicas e histológicas en la encía, siendo la gingivitis crónica la patología más frecuente en un 70 por ciento de los casos, por lo cual se debe considerar en la evaluación clínica el consumo de drogas como factor de riesgo de la enfermedad periodontal (AU) ⁷.
- 7. Gigena P. (Argentina - 2013)** en su tesis "Salud bucodental de adolescentes y jóvenes drogodependientes y no consumidores de sustancias psicoactivas, en la ciudad de Córdoba Argentina" Se realizó un estudio observacional tipo Caso y Control, retrospectivo en 60 adolescentes y jóvenes para cada grupo, de 15 a 25 años, ambos géneros, apareados según: sexo, edad y vulnerabilidad educativa. A través de examen clínico odontológico y sialoquímico, se relevaron indicadores de salud-enfermedad-atención en el componente bucal. Los hábitos de consumo de SPA se obtuvieron de historias clínicas. Para comparar entre grupos Caso y Control, se aplicó la prueba no paramétrica de Mann Whitney-U. Para establecer las diferencias entre proporciones se utilizó la prueba de Irwin-Fisher. El índice CPOD en los Casos resultó $8,58 \pm 4,34$ valor que dobla la media que presenta el grupo Control $4,33 \pm 4,30$. El Índice Periodontal Comunitario (IPC) presentó una situación compatible con salud gingivo-periodontal en el 45% de los sujetos Control, mientras que

sólo alcanzó al 20% en grupo Caso. Las categorías 2 y 3 del IPC mostraron distribución diferente según el grupo de estudio siendo IPC2=33%; IPC3=0% y IPC2=57%; IPC3=5%, respectivamente para casos y controles. Los valores medios de los registros de saliva estimulada fueron para flujo salival $1,42\pm 1,08$; $0,98\pm 0,41$, pH de saliva $6,96\pm 0,33$, $6,86\pm 0,27$, y la capacidad amortiguadora o buffer (CB) expresada como pH final $6,73\pm 0,29$, $6,61\pm 0,28$ según grupo Caso y Control respectivamente. La prueba de Wilcoxon para muestras independientes puso en evidencia diferencias significativas ($p < 0,05$) entre Caso y Control para las variables Mancha Blanca (MB), Caries no Cavitada (CnC), Caries Penetrante (CP), Componente C del CPOD, Componente P del CPOD, CPOD, Flujo por minuto (F/min), CB). Se observó asociación significativa entre el componente C del CPOD y el consumo de sustancias psicoactivas tanto para la modalidad de monoconsumo como para la de policonsumo. La situación del componente bucal de los sujetos drogodependientes en recuperación, presenta mayor deterioro, respecto a los no consumidores de sustancias psicoactivas ⁸.

- 8. Gigena P y col (Argentina - 2011)** En su investigación titulada: “Salud bucodental de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación”. **Objetivo:** analizar la situación clínica odontológica en relación al consumo de sustancias psicoactivas (PSA), en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación, en Córdoba, Argentina. **Métodos:** participaron 61 adolescentes y jóvenes de 15 a 30 años de edad. Se realizó examen clínico odontológico y se tomaron muestras de saliva total. Las variables consideradas relativas a los hábitos de consumo de SPA, se obtuvieron de historias clínicas. Se aplicó Coeficiente de Spearman y Análisis de Correspondencia para estudiar la relación entre variables. **Resultados:** se observó asociación ($CS \geq 0,50$) entre tiempo de exposición a SPA, Lesión - Estomatológica y componente C del CPOD. El Análisis de Correspondencia, en sujetos con exposición a SPA >7 años mostro asociación entre Mancha blanca, C, IPC grado 4 y policonsumo diario.

Conclusión: policonsumo, la frecuencia y el tiempo de exposición SPA, fueron los factores de mayor impacto negativo en la salud ⁹.

- 9. Bravo B. (Ecuador - 2010)** En su investigación titulada “Prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en los adolescentes de los colegios nocturnos de la ciudad de Cuenca 2009” Estudio de corte transversal que incluyó 120 adolescentes de ambos sexos a quienes se entregó un formulario de entrevista autoaplicada para recabar información sobre autoestima, personas en quien confiar, rendimiento escolar, percepción del futuro, pertenencia a grupos sociales, condiciones laborales, violencia doméstica, relación conflictiva entre padres, consumo de drogas por miembros de la familia y forma de conseguir la droga. Para establecer la asociación se calculó RP con un IC de 95%. En los resultados se encontró que la población incluida estuvo representada por jóvenes de 12 a 20 años con promedio de edad de 15,3 \pm 2,2 años. EL bajo rendimiento escolar, la no pertenencia a un grupo social y el consumo de drogas legales por otros miembros de la familia fueron factores significantes asociados. La violencia doméstica también muestra asociación pero no significativa. Los factores señalados en la literatura especializada como determinantes del consumo de drogas en la adolescencia y juventud, en nuestro estudio no se encontró asociación. Podría deberse al instrumento que validado previamente par estudios más amplios recopila información de más de un centenar de variables ¹⁰.

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

- 1.- Garay R. (Lima - 2009)** En su investigación del: “consumo de marihuana y características clínicas en el tejido periodontal en pacientes de un centro

de Rehabilitación”. **Objetivo:** Determinar el consumo de marihuana y características clínicas del tejido periodontal en pacientes del Centro de Rehabilitación “Fuente de Agua Viva”. **Material y métodos:** Estudio descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes del Centro de Rehabilitación “Fuente de Agua Viva” cuyas edades fluctuaban entre 18 a 50 años. **Resultados:** Se encontró que la frecuencia más alta de consumo de marihuana fue más de 2 veces al día, el tiempo de consumo entre 1 a 5 años y la forma de consumo más usada fue el cigarrillo. La mayor cantidad de pacientes no presentaron bolsa periodontal (86.7%), ni sangrado gingival (51.7%) pero sí un nivel de adherencia clínica leve (60%) y moderado (33.3%). Además el 96.7% no presentaron compromiso de furca; el 96.7% no tenían movilidad dentaria, el 81.7% presentaron agrandamiento gingival, el 78.3% recesión gingival, y el 63.3% de los pacientes un nivel de higiene oral regular. **Conclusión:** La enfermedad periodontal ha sido definida desde el punto de vista etiológico, como una patología multifactorial, donde la placa bacteriana actúa como agente principal y otros factores, de riesgo o predisponentes, actúan contribuyendo a aumentar las probabilidades del individuo de contraer la patología. En nuestro estudio se encontró que a pesar de que la frecuencia más alta de consumo (más de 2 veces al día), el tiempo de consumo (entre 1 a 5 años) y la forma de consumo más usada (el cigarrillo) se evidenció que la mayoría de pacientes presentaban un nivel de adherencia clínica promedio leve, moderado, ausencia de bolsa periodontal, sangrado gingival, movilidad dentaria y compromiso de furca, además el nivel de higiene oral fue regular. Por lo tanto no se puede asegurar que la marihuana ocasione directamente daños sobre el tejido periodontal, sino que existen otros factores que contribuyen a la modificación de los resultados¹.

2.2. Bases Teóricas o Científicas

2.2.1. ENFERMEDADES Y LESIONES ORALES

2.2.1.1. XEROSTOMÍA

La xerostomía que se presenta en los ancianos no es fisiológica, sino, en general, manifestación de una enfermedad o efecto secundario de algún medicamento.

La xerostomía favorece el crecimiento bacteriano, dificulta la higiene de prótesis dentales, así como la permanencia de éstas en su sitio; la saliva favorece la formación del bolo alimenticio y degrada en primera instancia varios de los hidratos de carbono de la dieta, lo que provocará meteorismo en caso de existir una disminución de calidad y cantidad¹³.

Las personas ancianas consumen una gran cantidad de medicamentos, entre ellos antihistamínicos, diuréticos, tranquilizantes (benzodiazepínicos, antidepresivos sobre todo las fenotiacinas), antihipertensivos y anticolinérgicos, como causas de sequedad oral. La xerostomía no sólo es la consecuencia de fármacos, suele ser un síntoma de enfermedades sistémicas como la diabetes, uremia, síndrome de Sjögren, deshidratación, procesos inflamatorios crónicos o fracaso cardíaco. Pueden presentarse ulceraciones, erupciones por contacto, eritema multiforme, cambios de pigmentación, dermatitis y estomatitis exfoliativa, atrofia papilar de lengua, edema y dolor en las glándulas salivales. Se realizará un tratamiento etiológico junto con medidas que pueden ayudar: evitar alimentos secos, alcohol y tabaco, favorecer la higiene bucal y estimular la salivación con limón o goma de mascar.

Pueden usarse preparaciones comerciales o caseras de saliva artificial¹¹.

2.2.2.2. AFTAS

Las aftas, provenientes en la mayoría de los casos de infecciones virales, causan dolor, dificultad al movimiento de la lengua y de la cinética de la

masticación; además, alteran la fonación y la deglución de manera secundaria. La localización frecuente de las aftas es la mucosa labial, el dorso de la lengua y el suelo de la boca; se observa un centro blanco rodeado de un halo hiperémico. Se tratan con soluciones de difenhidramina, tetraciclinas y violeta de genciana, sin olvidar que indirectamente se debe pensar en una infección generalizada por virus del herpes, varicela, coxsackie. Con frecuencia el problema se vuelve crónico o recidivante¹²

2.2.2.3. LESIONES BLANCAS BUCALES

Las alteraciones del color son las lesiones más características de la mucosa bucal, y dentro de este grupo, las lesiones blancas son las más frecuentes.

Se pueden dividir en dos grandes grupos: las que pueden ser eliminadas con el raspado (ej. candidiasis) y las que no (ej. leucoplasia o liquen). En este segundo grupo el mecanismo puede ser: engrosamiento de la capa superficial de queratina (hiperqueratosis), acantosis epitelial (engrosamiento de la capa de células espinosas) y edema de las células epiteliales.

En los ancianos las más frecuentes son las queratosis irritativa-reactiva (leucoplasia), las de base inmunológica (liquen plano) y las infecciosas (candidiasis pseudomembranosa). Es importante la diferenciación correcta de estas lesiones, ya que el carcinoma de células escamosas bucal puede aparecer también como una lesión blanca¹³.

2.2.2.4. LESIONES REACTIVAS

Queratosis «friccional»

Es una reacción del epitelio que se protege de un traumatismo de poca intensidad, pero repetido durante períodos prolongados. Estas lesiones se localizan bien en la mucosa alveolar desdentada por el traumatismo de la masticación o por prótesis removibles mucosoportadas, bien en los labios o en la mucosa yugal por algún borde agudo de un diente o por el traumatismo de las muelas del juicio o incluso en la encía por un cepillado excesivamente enérgico. Para diferenciarla de la leucoplasia, se elimina la posible causa de irritación; si desaparece la lesión blanca orienta hacia una queratosis «friccional».¹³

Lesiones blancas relacionadas con el tabaco

a) «Palatitis nicotínica»

Respuesta ante la agresión térmica del humo, la nicotina no juega un papel importante. Es una lesión que aparece en los grandes fumadores, sobre todo de pipa y cigarros puros. Clínicamente observamos un paladar de color blanquecino-grisáceo con un aspecto cuarteado y un punteado rojizo que corresponde a los conductos hipertrofiados de las glándulas salivales inflamadas. No se le considera precancerosa, y si se abandona el hábito, la lesión suele regresar.¹³

b) Leucoedema

Variante de la normalidad, aparece como un velamiento gris de la mucosa yugal (aunque puede extenderse a los labios), generalmente bilateral y que desaparece al estirla.¹³

c) Leucoplasia

Es la lesión blanca por excelencia, ya que sirve de referencia en el diagnóstico diferencial por su carácter precanceroso. Se define como «una lesión predominantemente blanca de la mucosa oral que no puede ser caracterizada como ninguna otra lesión definible».

Enfermedad multifactorial donde el tabaco es el factor etiológico más importante, le sigue en frecuencia el alcohol, y, por último, otros como

factores irritativos o friccionales, sobreinfecciones de *Cándida*, enfermedades sistémicas (sífilis, anemia de Plummer-Vinson). Clínicamente se encuentran: la homogénea (95%), —lesión blanca y uniforme de consistencia firme, poco espesor, superficie lisa o arrugada y que a veces presenta surcos poco profundos como la «tierra seca y resquebrajada», malignizan en un 2%; la no homogénea (malignizan en un 26%) pueden ser moteadas (4%) presentan en su superficie áreas blancas interpuestas con otras atróficas erosivas, lo que le confiere el aspecto moteado o nodular que las define— o bien verrugosas (1%) —aspecto de coliflor con proyecciones dactiliformes y con un carácter más exofítico que el resto de las leucoplasias—. Aunque se localizan en cualquier zona de la boca, los lugares por orden de frecuencia son la mucosa yugal (sobre todo la zona retrocomisural), encía, lengua, labios, suelo de la boca y paladar. La sintomatología es anodina y escasa (escozor, sensación de tirantez). El diagnóstico es clínico y se confirma histológicamente: leucoplasia con/sin displasia epitelial (con displasia en un 10- 25%). El tratamiento consiste en:

1. Eliminar los factores etiológicos.
2. Realización de biopsia (o varias): si se trata de una leucoplasia sin displasia: insistir en la erradicación de los factores etiológicos y en seis meses revisión, si no ha mejorado, exéresis con criocirugía o láser CO₂; si se trata de una leucoplasia con displasia: exéresis quirúrgica; si la biopsia nos indica la presencia de *Cándida* utilizamos antifúngicos durante dos-tres semanas previa a la cirugía.¹³

Queilitis actínica

Frecuente alteración de la mucosa labial (generalmente la inferior) debida a la exposición habitual y prolongada a la luz solar. Lesión precancerosa, con mucosa pálida, atrófica y brillante con unos límites mal definidos. En

casos avanzados se pueden producir erosiones, fisuras, costras y placas, y puede transformarse en un carcinoma de células escamosas.

Como prevención se deben utilizar lápices protectores labiales, y se deben vigilar las lesiones instauradas, y ante cualquier señal de malignización deben ser eliminadas.

2.2.2.5. LESIONES INFECCIOSAS

Candidiasis

La *Cándida albicans* es un germen comensal del área orofaríngea. Su transformación en agente patógeno depende de factores locales o generales como la depresión de la inmunidad celular (VIH —virus inmunodeficiencia humana—, tratamientos quimioterápicos, corticoideo inhalado o sistémico), por interferencia con la flora normal microbiana por el abuso de antibióticos, por la malnutrición (deprime la inmunidad); evaluados con el número de linfocitos totales: menos de 1.200/microlitro, carencias del grupo vitamínico B, de hierro, del cinc. Otros factores locales, como la xerostomía (fisiológica agravada con la medicamentosa: psicotropos, anticolinérgicos) o las prótesis removibles inadecuadas (en el 78% se producen crecimientos positivos de *Cándida albicans*, sin signos clínicos de estomatitis protésicas), incluso el hecho de portar la prótesis, ya que es un importante reservorio de *Cándida* (el 38% de los pacientes que utilizaban prótesis totales o parciales presentaban una candidiasis orofaríngea).

El grupo de ancianos de riesgo más importante se encuentra en las residencias. Las cifras de incidencia de candidiasis orofaríngea varían entre un 30-70%. La candidiasis oral se manifiesta por malestar, que el anciano puede referir como sequedad de boca, dolor o sensación urente en la lengua. Las formas crónicas pueden provocar la resorción de las encías y una desadaptación de las prótesis dentales. Estas manifestaciones locales producen dificultades para alimentarse, que son responsables, sobre todo en personas de edad avanzada, de desnutrición, deshidratación y

alteración del estado general. En casos extremos, la candidiasis puede diseminarse por vía sanguínea en los pacientes más débiles, en particular inmunodeprimidos, con un pronóstico muy desfavorable.

Las dos formas de presentación con lesiones blancas son: candidiosis pseudomembranosa y la hiperplásica. La candidiosis aguda o crónica pseudomembranosa (muguet) se presenta con grumos blanquecinos, pequeños, redondeados, que tienden a confluir, y se desprenden fácilmente al raspado dejando un área rojiza.

La hiperplásica es poco frecuente, sobre todo en VIH+. Ambas lesiones responden bien al tratamiento tópico o sistémico con antifúngicos (sobre todo el fluconazol durante dos semanas, pudiendo aparecer recidivas posteriormente; en caso de xerostomía asociada, el clotrimazol sería el más indicado), siempre que previamente se solucionen los factores facilitadores de la infección (y se trate conjuntamente la prótesis). El estudio micológico debe reservarse para las formas resistentes a tratamiento o bien para el diagnóstico diferencial.

Las otras formas de presentación de candidiasis oral son la atrófica aguda —lengua de color rojo intenso, brillante y repapilada—, y la queilitis angular (perleche) lesiones leucoplásicas y erosivas en las comisuras labiales—. Ambas aumentan su incidencia en ancianos portadores de prótesis.¹⁴

Papilomas bucales

Aparecen como lesiones —asociadas a la infección por papilomavirus humano— exofíticas hiperplásicas epiteliales con un color blanco o rosado, y múltiples proyecciones superficiales. La localización más frecuente es en la mucosa masticatoria del paladar y lengua.

El tratamiento es quirúrgico.¹⁴

2.2.2.6. LESIONES INMUNITARIAS

Liquen plano

Es una enfermedad inflamatoria mucocutánea crónica de etiología desconocida que representa una respuesta inmune mediada por células, respecto a determinados cambios antigénicos inducidos en el epitelio de la

piel y mucosas. Proceso frecuente (0,2-2% de la población), sobre todo en mujeres posmenopáusicas, con una evolución crónica y de presentación en brotes.

La localización más frecuente es en la mucosa yugal, en zonas posteriores de forma bilateral y simétrica. Tiene dos tipos de presentación:

a) Liquen blanco

Conjunto de líneas blancas (estrías de Wickham) y que dibujan una red o retículo que se puede comparar a las hojas de helecho. Es asintomático, suele ser un hallazgo casual, parece no malignizar, y no responde a corticoides; por tanto, control periódico es el mejor procedimiento a seguir.

b) Liquen rojo

Lesiones atrófico-erosivas que, en la mayoría de los casos, coexisten con lesiones blancas. Es sintomático (sensación urente o dolor), aparece por reactivación a brotes de un liquen plano silente, puede malignizar, en un 0,1-10% de los casos, a un carcinoma de células escamosas, sobre todo en la lengua. Asocia en algunas ocasiones, hepatopatía, diabetes, enfermedades intestinales crónicas, etc. El tratamiento es a base de corticoides (tópica, sistémica o perilesional). En el caso que haya una relación directa con fármacos (sales de oro, AINEs) se denomina reacción liquenoide, y es indistinguible del liquen.

Se recomienda hacer biopsias para su diagnóstico diferencial.¹⁴

Hiperplasia de la mucosa de aspecto tumoral

Diapneusia

De aspecto sésil en las zonas de la arcada en las que falta una pieza dentaria.¹⁴

Granuloma telangiectásico, piógeno o botriomicoma

Masa rojiza que suele sangrar, más frecuente en labios y paladar blando.

Épulis

Lesiones sobre la encía causada por factores irritativos crónicos, habitualmente por prótesis mal ajustadas.¹¹

2.2.2.7. PRECÁNCER ORAL

La lesión precancerosa es un tejido de morfología alterada, más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal. Son lesiones precancerosas: la leucoplasia, la eritroplasia, la queilitis actínica, el lupus eritematoso y el liquen plano.

Leucoplasia, queilitis actínica, liquen plano¹⁵

Eritroplasia

Es una placa aterciopelada de color rojo intenso, que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como atribuible a ningún otro estado. Su prevalencia es desconocida, menos frecuente que la leucoplasia.

Etiología desconocida. Se localiza sobre todo en el suelo de la boca, cara ventral de la lengua y paladar blando. Presenta un poder de malignización mayor que la leucoplasia, y en el 90% de los casos aparecen imágenes displásicas. Por tanto, se considera como carcinoma in situ y como tal debe tratarse y seguirse.¹⁵

Otros

a) Disfagia sideropénica (o síndrome de Plummer-Vinson): disfagia y anemia ferropénica— asocia queilitis comisural, mucosa atrófica, labios delgados, lengua dolorosa, roja y depapilada; mayor predisposición al cáncer de vías respiratorias y digestivas altas.

b) Sífilis (formas terciarias): «Esclerosis sifilítica» induraciones irregulares más o menos dolorosas, no ulceradas con un patrón de surcos asimétricos, localizadas en la lengua, primero edematosa, después atrófica.

c) Lupus eritematoso discoide: enfermedad mucocutánea que afecta a la boca en un 15-25% de los casos; las manifestaciones orales pueden preceder a las cutáneas e incluso ser la única manifestación; se localizan con mayor frecuencia en el labio —LABIO LÚPICO—, lesiones con zonas de hiperqueratosis y áreas atróficas, o bien como lesiones discoides atípicas en forma de estrías blancas de formas caprichosas en el borde rojo; riesgo de malignización entre el 0,4 y el 4,2%.¹⁵

2.2.2.8. CÁNCER BUCAL

Incidencia

Aunque en nuestro medio suele representar sólo el 5% de los tumores malignos, su incidencia en el anciano es superior; la edad media de presentación es en la sexta década de la vida. El consumo de alcohol y tabaco son los mayores factores de riesgo para el cáncer oral; otros factores son la edad y las lesiones preneoplásicas y las producidas por papilomavirus humano.

Tipo y localización

Más del 90% son epidermoides o espinocelulares. Las localizaciones más frecuentes son el labio y la lengua, seguidos a distancia por el suelo de la boca, encías y paladar.¹³

Formas clínicas

Pueden ser ulcerosa (bordes duros y piel infiltrada), exofítica o vegetante y mixta. La existencia de adenopatías cervicales orienta el diagnóstico.¹³

Pronóstico

El cáncer oral incrementa el riesgo de un segundo cáncer primario (de la boca, la faringe, la laringe, el esófago o los pulmones) hasta en un 33%. Dependerá del momento del diagnóstico y de la localización. Los localizados en el labio son de mejor pronóstico, porque metastatizan lentamente, en cambio los de la lengua y los del suelo de la boca metastatizan precozmente.

Las metástasis se producen por diseminación hematógica a los pulmones, los huesos o el hígado.¹³

Prevención y diagnóstico precoz

Incide sobre una serie de factores predisponentes: alcohol, tabaco, dieta pobre en vitaminas y minerales, higiene dental y dentaduras defectuosas.

Evaluación selectiva anual de cabeza, cuello y boca.¹³

Tratamiento

Se valorarán las posibilidades de cirugía, radioterapia y quimioterapia.¹³

2.2.2.9. ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal, hoy en día se la conoce como periodontitis, es la causa más importante de la pérdida de dientes en la edad. Las enfermedades periodontales comprenden un conjunto de circunstancias que afectan a cualquier órgano del periodonto, es decir, es un proceso inflamatorio de las encías y de la estructura de soporte de los dientes que ocasiona daños en los tejidos de los dientes¹⁶.

Factores asociados a la enfermedad periodontal

Existen múltiples evidencias que indican que muchas enfermedades tienen más de una causa, es decir, que son de etiología multifactorial. Por ejemplo, en el caso de la mayoría de las enfermedades infecciosas se sabe que la presencia del microbio no siempre se acompaña por los signos y síntomas característicos de esa enfermedad, por lo tanto, el microbio solo no es suficiente para producir una patología, sino que puede depender de otros factores¹⁷.

Clasificación de la enfermedad periodontal

Las afecciones del periodonto se dividen en dos categorías principales: enfermedades gingivales y periodontales. Las primeras incluyen a los padecimientos que afectan solo los tejidos de protección del diente (la encía), en tanto que las segundas, a los trastornos que comprometen las estructuras de soporte del diente (ligamento periodontal, hueso) ¹⁷.

GINGIVITIS

La gingivitis es una inflamación de tejido blando sin pérdida de tejido conectivo de inserción. Como factor principal de la inflamación gingival es la acumulación de la placa bacteriana, asociada con la dieta, intervienen factores como la masticación, movimientos de la lengua y carillos denominados autoclisis¹⁶

Lesión inicial gingival

Se presenta después de la acumulación de placa bacteriana del segundo y cuarto día presentándose cambios en el epitelio de unión y tejido conectivo en la parte coronal del margen gingival, con inflamación exudativa aguda con aumento de neutrófilos, leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y pérdida de colágeno con la salida de proteínas como la fibrina estas alteraciones no son visibles al punto de vista clínica Existen cambios evidentes en el plexo microvascular por debajo del epitelio de unión, histológicamente existe una dilatación de arteriolas, capilares y vénulas como resultado de un incremento de la permeabilidad del lecho microvascular con aumento del líquido crevicular gingival. ¹⁶

Lesión gingival temprana o precoz

Se presentaban por la acumulación de placa bacteriana del cuarto y séptimo día, caracterizado por el aumento de linfocitos del tejido conectivo gingival y pérdida de colágeno. Los fibroblastos manifiestan alteraciones citopáticas y signos de generación. Histológicamente, los vasos por debajo del epitelio de unión permanecen dilatados y aumentan debido a la apertura de lechos capilares inactivos, en esta etapa las alteraciones inflamatorias son apreciables clínicamente ya que las células basales del epitelio de unión y sulcular se han proliferado para reforzar la barrera de la placa ¹⁶

Lesión gingival establecida

Bascones ha definido como característica importante la acumulación de la placa de segunda y tercera semana como característica principal existe la presencia de células plasmáticas en el tejido conectivo inflamado,

disminución de linfocitos, fibroblastos, neutrófilos, macrófagos y mastocitos con alteraciones vasculares por el ensanchamiento de vasos, espacios intercelulares y destrucción de colágeno. Es el aumento de líquido exudado con tumefacción edematosa, establecida por plasmocitos ¹⁶

La presencia de proliferación apical, y migración del epitelio de unión, puede existir el comienzo de formación de la bolsa, no se presenta reabsorción ósea pero existe la presencia de placa y calculo llevan a una gingivitis clara con alteraciones de morfología y funcionalidad en la encía. El epitelio dentogingival continua proliferando el tejido conectivo, el epitelio de la bolsa constituye fuerte infiltración leucocitaria migran hacia la hendidura gingival es más permeable al paso de sustancias hacia afuera del tejido conectivo

Lesión gingival avanzada

Gran acumulación de placa, formación de bolsa, destrucción del ligamento periodontal con pérdida de soporte que lleva a la pérdida y movilidad dental. El epitelio de unión se localiza apicalmente a la línea amelocementaria con migración de microorganismos que desarrollan bolsas patológicas e infiltrado celular inflamatorio (células plasmáticas, linfocitos y macrófagos

¹⁶

PERIODONTITIS

La periodontitis se define como "una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes causada por microorganismos o grupos de microorganismos específicos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas". Periodontitis es la inflamación del periodoncio que se extiende más allá de la encía y destruye la inserción conectiva del diente. ¹⁷

Navarro (2008) manifiesta los siguientes síntomas de la periodontitis:

- Retracción de las encías, sensación de dientes más largos

- Movilidad y separación de los dientes

- Sensibilidad dentaria, dolor de encías, halitosis
- Aparición de abscesos y flemones

Periodontitis Crónica

Es la más común y se caracteriza por ser de evolución lenta. La formación de sacos periodontales y la reabsorción del hueso alveolar pueden demorar años y el tiempo que transcurre en que se inicia la enfermedad y en que se llega a perder un diente, puede llegar a contarse en década.

Si la gingivitis no es atendida puede avanzar a una periodontitis. En esta etapa se inicia la destrucción del hueso de las piezas dentales y empieza a desinsertarse la encía del diente formando un espacio que se lo denomina bolsa periodontal, donde se acumulan y pueden vivir las bacterias las cuales se convertirán después en sarro por dentro de la encía ¹⁸.

Periodontitis Agresiva

Se define como una forma agresiva de enfermedad, asociada a factores sistémicos modificantes, genéticos e inmunológicos. Una característica principal que la diferencia de la periodontitis crónica es la evidente y rápida progresión de la pérdida de inserción y destrucción ósea (Cortesi A, 2008). La periodontitis agresiva difiere de la forma crónica básicamente por la rapidez de la progresión, presencia de grandes acumulaciones de placa y cálculos, y antecedentes familiares de enfermedad agresiva que señala un rasgo genético ¹⁷

La PA se puede presentar en forma Localizada o Generalizada.

A) Periodontitis agresiva localizada: Aparición en el ciclo circumpuberal. Presencia localizada en primer molar e incisivos, con pérdida de inserción interproximal al menos en dos dientes permanentes, uno de los cuales es un primer molar; no afecta a más de dos dientes que no son primeros molares o incisivos. Potente respuesta de anticuerpos séricos contra los agentes infecciosos. Dolor irradiado y apagado durante la masticación, movilidad dental¹⁸.

B) Periodontitis agresiva generalizada: Afecta casi siempre a personas menores de 30 años, aunque también se puede observar en pacientes mayores. La pérdida de inserción interproximal generalizada afecta al menos tres dientes permanentes que no son primeros molares ni incisivos, sangra de manera espontánea (Ferro, et al, 2007). Naturaleza episódica pronunciada de la destrucción de inserción y de hueso alveolar. Escasa respuesta con anticuerpos séricos contra los agentes infecciosos¹⁸

2.2.2. DROGACCIÓN

La drogadicción es un trastorno caracterizado por un deseo incontrolable de consumir una determinada sustancia ya sea legal o no, a la cual una persona se ha acostumbrado tras un uso reiterado. Por lo general se busca tener un efecto gratificante que puede ser la alteración de la actividad mental, de las actitudes o del grado de percepción. Esto significa que la droga ha provocado ciertas alteraciones fisiológicas en el organismo, como demuestra la aparición del fenómeno de tolerancia ¹⁹.

La adicción a las drogas puede considerarse como una enfermedad crónica y compleja del SNC, que se va caracterizando por actos compulsivos, un descontrol en la búsqueda y necesidad por conseguir la droga a todo costo, sin importar las graves consecuencias que pueden generar. Por otra parte mencionan tres criterios para ser considerada una adicción entre estos tenemos: el uso compulsivo, efectos psicoactivos y la dependencia física o psicológica hacia la droga ^{2, 20}.

Es reconocida como una enfermedad del cerebro por lo que modifican su estructura y su función. Los cambios que se producen pueden durar largo tiempo y llevan a comportamientos peligrosos que se observa en las personas que consumen las drogas ².

Clasificación de las Drogas

Estas se pueden clasificar de muy diversas maneras; por sus efectos, por su composición química, etc.; pero de acuerdo a su accesibilidad y significado en la sociedad, se consideran cinco grupos²¹:

- 1.- Drogas sociales.
- 2.- Productos industriales.
- 3.- Medicamentos.
- 4.- Drogas étnicas o folclóricas.
- 5.- Drogas ilegales o prohibidas.

2.2.2.1 ALCOHOL

El alcohol es desde el punto de vista químico, todo compuesto orgánico que contiene el grupo hidroxilo (-OH) en sustitución de un átomo de hidrógeno unido de forma covalente a un átomo de carbono a un radical alifático o a alguno de sus derivados, por lo tanto existen diversos tipos de alcoholes²². En el lenguaje popular, se llama alcohol al compuesto químico etanol, también conocido como alcohol etílico. Es un líquido incoloro e inflamable, capaz de diluirse fácilmente tanto en agua como en grasas, cuyo punto de ebullición es de 78°C²².

La fórmula química del alcohol etílico es CH₃- CH₂- OH. Este compuesto se utiliza para preparar las bebidas alcohólicas ²².

Las bebidas alcohólicas pueden producirse por fermentación (como el vino y la cerveza) o por destilación (como el licor). El porcentaje de alcohol etílico presente en cada bebida puede variar; la cerveza presenta, aproximadamente un 5% de alcohol; el vino cerca del 15% y los licores pueden llegar a contener un 50% de etanol.

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. En Europa una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol. Aunque no en todos los países de la Región existe una definición de bebida estándar, en Estados Unidos y Canadá, una bebida estándar contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol.

El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo

persiste. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones²².

El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres.

El consumo excesivo episódico o circunstancial (también llamado binge drinking), que puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión²².

Efectos en la cavidad oral

Con respecto a la cavidad bucal el alcohol ejerce su efecto ya sea directo al organismo o por falta de aseo bucal. De esta manera, en pacientes alcohólicos crónicos se encuentra un mayor índice de caries, cálculo, sialosis, bruxismo, leucoplasia y eritroplasia, y en cuanto al liquen plano oral, el etanol podría estar implicado en su potencial proceso de transformación maligna ²³.

Relación con glándulas salivales

El abuso de ingesta de alcohol puede provocar inflamación o sequedad de los tejidos bucales, modificar y provocar un agrandamiento asintomático de la parótida o glándula submandibular. Además acarrear infecciones por Cándida y queilitis angular, las cuales se deben a una nutrición deficiente y a xerostomía.

El alcoholismo crónico es un factor de riesgo para sialosis, patología que frecuentemente es caracterizada por un agrandamiento bilateral, no neoplásico ni inflamatorio, de la glándula parótida. No solo afecta a la parótida ya que afecta en diverso grado a las demás glándulas salivares. Las alteraciones son morfológicas y funcionales, a través de la degeneración de su inervación autónoma, por medio de una infiltración

grasa de las mismas, con un aumento bilateral, simétrico e indoloro de las parótidas, y una disminución del flujo salival ²⁴.

Relación con cáncer bucal

El alcohol en contacto con la mucosa oral es capaz de producir una alteración en su morfología, caracterizada por una atrofia epitelial y aumento de la permeabilidad, lo que supone un incremento en la susceptibilidad de dicho tejido frente a carcinógenos químicos ²³.

El etanol entonces genera el paso de los carcinógenos al aumentar su solubilidad e incrementar la permeabilidad de la mucosa oral. El etanol puede disolver los lípidos presentes en la membrana que rodea los gránulos del estrato espinoso del epitelio ¹⁵. Sin embargo, para otros autores el incremento en la permeabilidad se debería a un reordenamiento de los elementos constituyentes de la membrana celular, como observan en muestras de tejidos linguales de cadáveres humanos recientes, en los que el etanol es capaz de aumentar la penetración de moléculas de alto peso molecular sin que se produzca ningún tipo de variación en su componente lipídico ²³.

Relación con la periodontitis

Las bacterias, asociadas a la periodontitis como son: Porphyromonas gingivalis, Aggregatibacter actinomycetemcomitans y Tannerella forsythia, serian indicadores de esta enfermedad ²³.

Amaral y cols. realizaron un estudio en 49 pacientes que consumían alcohol y 49 pacientes que no consumían alcohol en el que evaluaron la pérdida de inserción y la profundidad al sondaje, los resultados arrojaron un porcentaje alto en pérdida de inserción clínica y de profundidad al sondaje en los pacientes que consumían alcohol ²⁴.

2.2.2.2. TABACO

El 28 de Octubre de 1492, Rodrigo de Jerez y Luis de la Torre, compañeros de Cristobal Colón, fueron los primeros occidentales viendo fumar a los

indios. El nombre científico de la planta del tabaco es *Nicotinia tabacum*, y debe su nombre a Jean Nicot, médico que la introdujo en Europa, incentivando su uso. La nicotina es el principio activo del tabaco. Fue aislado por Posset & Reitman en 1828. El contenido de nicotina en el tabaco, según su variedad oscila entre un 0.5 y 16%. El resto está formado por el alquitrán, de color oscuro, en el cual se encuentran componentes como el cianuro de hidrógeno, monóxido de carbono, óxido de nitrógeno, amoníaco²⁵.

Mecanismo de acción

Existen diferentes formas de uso, puede ser mascado, inhalado directamente por la nariz (en forma de rapé o polvo), fumado en pipas, en cigarrillos.

Si se aspira el humo “golpear”, se puede absorber hasta el 90% de la nicotina. La nicotina contenida en el tabaco alcanza el torrente sanguíneo y aproximadamente a los 5 minutos logra traspasar la barrera hematoencefálica para llegar al cerebro, produciendo estados estimulantes y depresores sobre el sistema nervioso central.

La medicina herbolaria recomienda su uso contra la sarna, los piojos, dolores reumáticos y ciertas afecciones nerviosas. Las hojas frescas aplicadas sobre la frente y las sienes calman las neuralgias.

Dosificación

Un cigarrillo contiene un promedio de alquitrán de 0,5 a 35 mg, de nicotina de 0,5 a 2 mg.

La dosis letal de nicotina se calcula en 60 mg para una persona adulta de 70 kg.

Efectos psicológicos y fisiológicos

La nicotina, facilita la concentración, activa la memoria, y controla el aumento de peso al aumentar el gasto de energía, disminuye los sentidos del olfato y del gusto al mantener a la persona ocupada en fumar en vez de alimentarse²⁵.

Efecto del tabaco en la cavidad oral

El uso del tabaco es un factor de riesgo para padecer cáncer oral, lesiones de la mucosa oral, enfermedad periodontal y problemas de cicatrización después de tratamiento periodontal, cirugía e implantes, además de recesión gingival, caries coronal y radicular. La evidencia disponible sugiere que el riesgo de enfermedad oral se incrementa en pacientes fumadores y su cesación puede resultar en disminución del riesgo, por otra parte la magnitud del efecto del tabaco en la etiología de las enfermedades de la cavidad oral es alta y los riesgos de cáncer bucal y enfermedad periodontal disminuyen con el incremento de los tratamientos para dejar de fumar, pudiendo resolverse algunas lesiones de la mucosa oral ²⁶.

Así también se puede presentar otra característica llamada eritoplasia, es más frecuente en el piso de la boca, paladar blando y mucosa del carrillo. La podemos apreciar con una tonalidad roja, asintomática, y zonas de color blanco en su superficie. El tratamiento va depender en que estadio se encuentre la lesión desde una excisión quirúrgica hasta algo más radical como una cirugía antineoplásica ²⁶.

Entendemos por periodontitis, a la inflamación de los tejidos de sostén de los dientes con progresiva destrucción ósea y pérdida del ligamento periodontal. Se le ha asociado al aumento de placa bacteriana, pérdida de hueso alveolar, formación de bolsas periodontales y pérdida de órganos dentarios. Al fumar, se causa vasoconstricción y se ejerce un efecto enmascarado, dando por resultado tiendan a disminuir los signos de la inflamación presentes en la encía, como el sangrado, el aumento de volumen y el enrojecimiento. En los pacientes fumadores, la encía tiende a volverse fibrosa observándose los márgenes engrosados.

Tomar y Asma realizaron un estudio en 12,329 pacientes estadounidenses, los resultados demostraron que los pacientes fumadores tenían más posibilidades de presentar periodontitis si los comparáramos con los pacientes no fumadores. Entre los pacientes fumadores comprobaron que existía una relación dosis-respuesta entre los cigarrillos fumados en el día y la alta probabilidad de presentar periodontitis²⁷.

Paladar del fumador

Entre los fumadores empedernidos, y especialmente entre los que fuman en pipa, se presentan con frecuencia lesiones blancas en el paladar duro, a menudo combinadas con lesiones rojas, localizadas en la zona central en forma de pequeños nódulos elevados. Este cuadro, llamado “paladar del fumador”, es asintomático y desaparece poco después de abandonarse el hábito de fumar. No es pre-maligno. La queratosis palatina que aparece al dejar de fumar, observada en algunas zonas del mundo, sí es una lesión pre-maligna²⁶.

Características del paciente fumador

Las manifestaciones clínicas orales del paciente fumador será diferente al paciente no fumador. Los pacientes se caracterizan por enfermedad periodontal más generalizada, tejido gingival fibrótico o hiperqueratósico con márgenes gruesos, mínimo enrojecimiento y edema, mayor pérdida de inserción periodontal en dientes anteriores con mayor tamaño de la palatina anterior, menor sangrado al sondaje, mayor recesión gingival en molares superiores por palatino y en elementos anteroinferiores, mayor pérdida de hueso y de dientes²⁸.

Los fumadores presentan una cantidad superior de piezas dentarias con afectación de furcas, profundidad de bolsa e hipermovilidad. En sujetos de entre 20 y 45 años existe una asociación de prevalencia de periodontitis y tabaquismo. El progreso de la enfermedad periodontal medido en pérdida de inserción es superior en los fumadores 0.19 mm por año que en los no fumadores 0.10 mm por año.

El tabaco actúa sobre los macrófagos y fibroblastos retrasando su acción de cicatrización, por lo tanto se verá afectado la recuperación después del rapado y alisado radicular. Algunos autores concuerdan en incluir al paciente fumador en el grupo de alto riesgo respecto a tratamiento periodontales, por lo que será necesario controles cada 3 meses ²⁸.

Nicotina como actor carcinógeno

La etiología del carcinoma epidermoide es desconocida. Como muchas neoplasias de cabeza y cuello el alcohol y el tabaco es una de los factores predisponentes para formar carcinomas en la cavidad bucal. La placa dento-bacteriana es la que condiciona la gingivitis y por tanto es otro factor importante, así mismo la deficiencia de vitaminas acompañado de la exposición a la luz solar ²⁹.

Entre los sitios con mayor incidencia en cáncer oral esta: labio, lengua, glándulas salivales, y con mayor frecuencia el piso de la boca. Además otros tipos de tumoraciones como son tumores de las glándulas salivales, linfomas, melanoma, carcinoma verrugoso, sarcoma de Kaposi. Se les atribuye a los hombres la mayor incidencia de carcinomas, pero la demanda en consumo de alcohol y tabaco en mujer ha hecho que la incidencia aumente en ellas ²⁹.

Principalmente suelen aparecer en el labio inferior en una edad promedio de 50-60 años y muy raro es encontrar en pacientes de 30 años. La frecuencia de carcinomas epidermoides en la cavidad bucal ha incrementado en la última década; los informes recientes de la Organización Mundial de la Salud lo sitúan como la sexta causa de cáncer ²⁹.

2.2.2.3. MARIHUANA

La marihuana y el hachis son derivados de la planta Cannabis sativa, de la familia de las Cannabáceas, o cañamo. Esta planta se cultiva en amplias extensiones de clima cálido y seco (Medio y Lejano Oriente, gran parte de África y zonas centrales del norte y sur de América). Se le conoce también bajo el nombre de “macuña”. Contiene más de 400 agentes químicos, sus efectos psicoactivos son debidos a uno de sus principios activos el tetrahidrocannabinol, cuyas siglas son THC, el cual se encuentra en la resina de la planta³⁰.

La cantidad de THC varía según el tipo de planta, el clima y la calidad de la tierra.

La marihuana o María, es preparada a partir de la trituration de las hojas, flores y pequeños tallos secos de esta planta.

Farmacológicamente es un alucinógeno menor. Actúa como depresor y desorganizador del sistema nervioso central. Es la droga que más se produce en el mundo y la sustancia ilícita de mayor consumo, su consumo ha aumentado casi en todos los países y la consumen entre 130 – 190 millones de personas al menos una vez por año³⁰.

2.2.2.4. HACHIS

Conocido como porro o canuto, se elabora prensando la resina almacenada en las flores de la planta cannabis hembra, hasta formar una pasta compacta de color marrón, cuyo aspecto recuerda al chocolate. Como la planta Cannabis concentra sus ingredientes activos precisamente en la resina, el contenido de THC de una dosis de hachís es superior al de una de marihuana sin procesar, que se sitúa en un 40%, siendo por ello su potencial de toxicidad mayor³¹.

Otras denominaciones

La marihuana y el hachís se inhalan e ingieren. La marihuana generalmente se fuma en cigarrillos hechos a mano o en pipas especialmente diseñadas. También se come en queques o galletas. El hachís se fuma mezclado con tabaco³¹.

Efectos inmediatos

Inicialmente, dosis bajas pueden producir sensaciones placenteras de calma y bienestar, aumento del apetito, euforia, desinhibición, pérdida de concentración, disminución de los reflejos, ganas de hablar y reír, enrojecimiento de los ojos, aceleración del ritmo cardíaco, sequedad en la boca y garganta, dificultad para ejecutar procesos mentales complejos (rendir un examen por ejemplo)³¹.

Alteraciones de la percepción temporal y sensorial, y puede disminuir la memoria a corto plazo. A ello le sigue una segunda fase de depresión y somnolencia³¹.

Efectos a largo plazo

Destaca el muy discutido “síndrome amotivacional” (disminución de la iniciativa personal), unido a una frecuente baja de la capacidad de concentración y memorización.

El humo de esta planta contiene más agentes cancerígenos que el tabaco, y como los fumadores de marihuana o hachís inhalan profundamente el humo sin filtrar y lo retienen en los pulmones tanto tiempo como pueden, el cannabis es todavía más nocivo para el sistema respiratorio que el tabaco. Su uso también se ha asociado a la aparición de enfermedades como sinusitis y bronquitis³¹.

Efectos respiratorios

El cannabis, ya sea como marihuana o hachís, contiene tanto alquitrán como el tabaco. Su uso crónico está en relación con la aparición de bronquitis, asma y sinusitis. Existe evidencia, que el humo del cannabis y sus residuos contienen sustancias carcinógenas relacionadas con cambios celulares malignos en el tejido pulmonar ³¹.

Manifestaciones orales del consumo de marihuana:

Los principales efectos en la boca son disminución de la saliva y boca seca, analgesia, relajación muscular, aumento del apetito y deterioro del sistema inmunológico.

La falta de saliva a corto plazo, el aumento del apetito que lleva al aumento del consumo de alimentos cariogénicos y bebidas dulces después de consumir marihuana parecen ser los responsables de la elevada incidencia de caries, las cuales se presentan en superficies lisas especialmente en gente joven. Este consumo se realiza de preferencia de noche donde la salivación normalmente disminuye drásticamente y agrava el problema. La dieta cariogénica, la poca frecuencia de la higiene oral y poco control con el dentista indican que el estilo de vida de los consumidores de marihuana,

unido a la disminución de la saliva, condicionan en forma importante la aparición de lesiones cariosas²⁴.

El humo de la marihuana actúa también como un agente cancerígeno y está asociado con lesiones premalignas en las paredes internas de la boca y en la lengua y predispone a infecciones bucales³².

Se haya manifestaciones propias a la sustancia o droga activa y otros ocasionados por el perfil adictivo general que crean este grupo de pacientes. Las manifestaciones ocasionadas por la adicción son: la tendencia a desarrollo de lesiones cariosas, enfermedad periodontal, abscesos pulpo-periapicales y periodontales, gingivitis ulceronecrosante aguda (GUNA) y otras estomatitis infecciosas; las primeras mencionadas se dan por el aumento en la ingesta de carbohidratos y, en general, por su condición renuente ante las preferencias de prevención e higiene oral.

Además suelen mostrar cambios en los tejidos periodontales, queilitis angular, candidiasis y glosodinia, así también, aquellos de índole reparativa e infecciosa, productos de la desnutrición permanente que generalmente las adicciones generan por la presencia de desbarajustes alimenticios como la anorexia.

Las cicatrices por lesiones traumáticas en tejidos peribucales y dientes, no son inusuales, inclusive la falta de los mismos y fracturas maxilofaciales por enfrentamientos violentos. También podemos apreciar desgaste incisal/oclusal ocasionado por el bruxismo y compresión dental que causan dolor miofacial y articular; así mismo, hipertrofia bilateral de los músculos maseteros. Es frecuente ver afecciones a nivel cervical de los dientes por cepillado compulsivo, xerostomía como producto secundario en la situación de los pacientes que abusan de la cocaína, cannabis, anfetaminas y depresores del SNC ¹.

2.2.2.5. COCAÍNA (clorhidrato de cocaína)

Es una droga estimulante y altamente adictiva. La cocaína se presenta en polvo como una sal, llamada sal de clorhidrato de cocaína, la cual se puede

inhalar o disolver en agua para inyectarse. El crack es la cocaína que no ha sido neutralizada por un ácido para convertirse en sal de clorhidrato. Este tipo de cocaína viene en forma de cristales de roca que se pueden calentar y cuyos vapores se pueden fumar. El término “crack” se refiere al crujido que se oye cuando se calientan los cristales³³.

Abuso de la cocaína

La cocaína puede ser usada de tres formas: se puede inhalar, inyectar y fumar.

La inhalación (“snorting”) consiste en aspirar la cocaína en polvo a través de las fosas nasales, siendo absorbida al torrente sanguíneo a través de las membranas nasales. El inyectarse consiste en depositarla directamente en el torrente sanguíneo. El fumar o inhalar el vapor o el humo de la cocaína en los pulmones permite que su rápida absorción al torrente sanguíneo tan igual como si fuera inyectada. Estas tres formas de abuso de la cocaína pueden causar adicción y trastornos en las personas que la consumen³³.

Peligros para la salud

La cocaína es un estimulante poderoso del sistema nervioso central que interfiere con el proceso de reabsorción de la dopamina, un mensajero químico asociado con el placer y el movimiento. La acumulación de la dopamina resulta en una estimulación continua de las neuronas “receptoras”, lo cual está asociado con la euforia comúnmente reportada por las personas que abusan de la cocaína ³⁴.

Características psicosociales

Los individuos que consumen clorhidrato de cocaína pueden presentar agresividad, hiperactividad, paranoia, mentiras frecuentes, manipulaciones, déficit motivacional, insomnio, celotipia ³⁴.

Manifestaciones clínicas en la cavidad oral

El abuso en el consumo de la cocaína así como otras drogas se les atribuido un efecto sobre las estructuras bucales, reportándose patologías que pudieran estar vinculadas al consumo de cocaína ente ellas podemos mencionar: inflamación y necrosis gingival, caries dental, erosiones en el esmalte, úlceras, lesiones necróticas atribuidas al consumo de Crack, necrosis del paladar, xerostomía entre otras²⁰.

Las lesiones orales persistentes en la cavidad bucal del paciente drogodependiente se le pueden atribuir directamente al consumo de la cocaína o también podríamos decir que dependerá del estado anímico y sistémico del paciente. Además del descuido en la higiene bucal y toda su salud general conllevara a pérdidas de piezas dentarias y focos sépticos³⁵. Entre los principales efectos que produce el consumo de la cocaína dentro de la cavidad oral es la perforación del paladar además de las otras manifestaciones orales presentes tanto en los tejidos blandos como tejidos duros, ocasionadas por el consumo de la cocaína³⁶.

2.2.2.6. PASTA BÁSICA DE COCAÍNA (PBC)

Se obtiene de las hojas de la coca, como un primer paso en la extracción final del clorhidrato de cocaína³⁴.

Es un alcaloide impuro, de color blanquecino mate, que se introduce en un cigarrillo de tabaco (“tabacazo”, “clavo”) o marihuana (“mixto”), o ambos (“trixto”, PBC, tabaco y marihuana).se le conoce también como “pye”, “pastel”, “pasta”, “PBC”, “bazuco”, “kete”, “tamal” ³⁴.

Se consume bajo la modalidad de inhalación de bocanadas de humo, los cuales pasan directamente a los pulmones donde se absorben con gran rapidez, produciendo un efecto muy intenso y una dependencia de extrema gravedad ³⁴.

Efectos

Produce efectos más potentes que el clorhidrato de cocaína, los cuales comprenden euforia, exagerada sensación de bienestar y excitación sexual, los cuales pronto se disipan siendo reemplazados por una fuerte depresión, irritabilidad, angustia, insomnio y disminución del apetito y la necesidad de reiniciar el consumo de la droga ³⁴.

Características psicosociales

Los individuos que consumen PBC invierten su ciclo de vida, de día duermen y de noche salen a buscar la droga en la calle. Presentan un comportamiento antisocial o psicopático con marcadas muestras de deshonestidad, cinismo, manipulaciones, mentiras frecuentes, robos, etc.; asimismo comportamientos manifestando agresividad y, deseos intensos de consumo de droga ³⁴.

Manifestaciones clínicas en el tejido blando

La vía oral es la mejor administración, frotándola sobre la mucosa oral pudiendo causar inflamaciones gingivales, dolor agudo, y una importante retracción gingival, además de las lesiones blancas atípicas. La administración por vía nasal pudiendo provocar ulceración isquémica del paladar como resultado una perforación. Cuando la cocaína es consumida en forma de crack ósea fumada, puede provocar lesiones ulcerosas que tal vez serán por el calentamiento del humo que contactan con la mucosa, más que por la acción de la cocaína³⁷.

En 1982 publicaron una referencia el cual asociaba el uso tópico indiscriminado de clorhidrato de cocaína con los tejidos blandos de la cavidad oral, describiéndose una gran inflamación de las encías acompañado de sangrado. Estos síntomas se convertían en poco específico por el gran parecido a los síntomas ocasionados por la gingivitis ulceronecrosante. Tras realizar diversos cuestionarios se evidencio que todos los pacientes que tenían por costumbre frotar la cocaína en sus encías por obtener un efecto deseado, y así poder evitar el inhalarla por lo

que ocasionaba efectos desagradables como la perforación del septo-nasal³⁶.

Laverde explica que el hábito de administrar la droga, como lo es fumándola y el calor que esta produce, causa más daño en los tejidos blandos como lo es la mucosa bucal, originando a la aparición de pigmentaciones gingivales, así como también leucoedema, y leucoplasias³⁵.

Manifestaciones clínicas en el tejido dentario

Dentro de las manifestaciones orales en los tejidos duros tenemos la caries dental, pérdida de esmalte dentario a nivel cervical conocida como abrasión o erosión, a causa de la acción química de las sustancias de las drogas. El abuso de cocaína pura genera una vasoconstricción en la mucosa oral y también en los tejidos del paladar lo que conlleva una necrosis y esta a su vez progresa a una perforación de la bóveda palatina, en el tabique nasal, coana y en senos paranasales³⁸.

Kapila y Kazan reportaron el caso de un paciente que llegó a la consulta con dolor en la encía y erosión dental. El diagnóstico inicial fue periodontitis necrozante aplicándose la terapia correspondiente. Sin embargo, el paciente no respondió al tratamiento ya que no había referido el uso tópico de la cocaína en las zonas afectadas, lo que impedía la remisión del problema³⁶.

La Dra. Eduvigis Solórzano Navarro y cols. Realizaron un estudio en el que utilizo clorhidrato de cocaína el cual poseía una pureza de aproximadamente un 60% y un pH entre 5 y 6, se tomó en referencia estos valores por lo que son los que están dentro del promedio de las drogas usadas en los consumidores. El pH empleado en este estudio es el límite crítico de la hidroxiapatita, por lo que cuando este pH entra en contacto con la saliva se transforma en un ácido capaz de destruirla. Por otra parte el bazuco usado presentaba una pureza aproximada de 40% y un pH entre 8-8.5 al examinar el grupo de dientes observaron lesiones compatibles con erosión dental, por lo que concluye que la saliva ejerce su función el que consiste en transformar la poca cantidad de cocaína que posee el bazuco, sustancia capaz de poder destruir la hidroxiapatita⁷.

Concluyendo que la aplicación por frotación de la cocaína o sus derivados resultó ser un factor de riesgo determinante en la erosión dental. Las lesiones más características en los dientes que se aplicó cocaína fueron pérdida de sustancia dura y fracturas del esmalte, aparición que se evidenció a partir de la semana 16. Las lesiones en los dientes a los que se aplicó basuco son similares a las observadas en los dientes tratados con cocaína, pero se manifestaron clínicamente más tarde, ya que comenzaron a ser evidentes en la semana 32. Con este estudio, queremos divulgar entre la comunidad odontológica la necesidad de incluir en las historias clínicas preguntas sobre el consumo de drogas y vía de administración de estas, con la finalidad de asegurar el éxito de la rehabilitación bucal del paciente, e igualmente reconocer la importancia del odontólogo en la identificación de posibles consumidores de cocaína, mediante hallazgos de lesiones presentes en la cavidad bucal ⁷.

Luego que hayan pasado por el estado de euforia que les brinda la droga, sienten las ganas de ingerir dulces, y a esto le asociamos la malnutrición y la avitaminosis que produce el consumo de la droga, tendríamos otro factor que favorece el desarrollo de las caries ²⁰.

Es común el consumo de cocaína junto con alcohol, lo que facilitaría el desarrollo de caries. El alcohol es un irritante gástrico que causa incremento en la regurgitación de los ácidos gástricos, capaces de disolver el componente mineral de los dientes. Adicionalmente, el alcohol tiene la capacidad de alterar el flujo salival disminuyéndolo y producir la xerostomía ²⁰.

Krutchkoff en su estudio reportó que como efecto local de la cocaína, era la aparición de erosiones dentales, luego del consumo nasal o intra-bucal de la cocaína. Se podría apreciar que el diente poseía un esmalte muy fino y en algunos casos ausente, con destrucción dentinaria en las caras vestibulares y oclusales. Así también describe que los pacientes que presentaban erosiones eran pacientes que tenían la costumbre de frotarse la cocaína en las encías y por consiguiente contactaban con la cara vestibular de los dientes ³⁹.

Otras manifestaciones clínicas en la cavidad oral

Perforación del paladar

Esta es una de las complicaciones frecuentes en los pacientes que inhalan la cocaína. Por ser la cocaína causante de una vasoconstricción en todos los tejidos con los que entra en contacto directo, pudiesen ser estos tejidos blandos o duros. Esta vasoconstricción va a provocar una isquemia localizada, provocando la falta de vascularización y finalmente terminando con una necrosis del tejido.

El septo nasal es la primera zona en entrar en contacto con la cocaína por medio de la inhalación, por lo que produce una perforación, y poco a poco la necrosis que fue causante de la perforación del septo nasal va afectar el paladar. Según los investigadores más de la mitad de los pacientes drogodependientes pueden presentar cambios en el olfato y sinusitis crónica.

La perforación del paladar puede variar los 15 cm. de diámetro. En estos casos para los pacientes consumidores de cocaína y que presentan la perforación del paladar la deglución se convierte en algo complicado por la regurgitación nasal y muchos pacientes buscan alternativas para mejorar su situación y recurren a métodos caseros y económicos para cerrar la perforación como por ejemplo: chicle o un trozo de pan ³⁶.

2.2.2.7. ÉXTASIS

La denominación química del éxtasis es 3,4-METILEN-DIOXIMENTANFETAMINA (conocida también como: Eva, Píldora del amor, etc.), su presentación es generalmente en forma de cápsula, de diversa formas y colores, y de un tamaño más o menos similar; pero de variada dosis. Su composición química comprende a los derivados de la anfetamina así como componentes semejantes al alucinógeno mezcalina³⁴.

Efectos de su consumo:

Efectos generales

Aproximadamente, luego de una hora de haberse consumido, se comienzan a experimentar los efectos del éxtasis, los mismos que se prolongan por un tiempo entre dos y cuatro horas. Los efectos generales son³⁴:

- Sensación de euforia,
- Locuacidad “hablar hasta por los codos”
- Vivencia de abundante energía física y emocional,
- Desinhibición y disminución de los controles sociales,
- Mayor facilidad para el contacto interpersonal,
- Pánico.

Peligros del consumo

- El éxtasis calienta el organismo por dentro (hipertermia) y favorece la deshidratación. Las personas que consumen esta sustancia, deben saber que hay conductas usuales en los consumidores de éxtasis que los exponen a mayores peligros.
- Mezclar con otras drogas (alcohol).
- Bailar sin parar durante horas, sin el tiempo necesario para que la temperatura del cuerpo se regule.
- No tomar líquido con la frecuencia necesaria para rehidratar el organismo (agua, jugos, etc.).

2.2.1.8. ANFETAMINAS

Son sustancias que actúan como una fuente estimulante del sistema nervioso.

La planta de la que proceden (*Catha edulis*) fue utilizada desde la antigüedad en el tratamiento del asma y a partir del descubrimiento de la efedrina se inició la aplicación terapéutica en determinadas enfermedades del sistema nervioso.

Las anfetaminas más utilizadas son: benzedrina, dexedrina y la metilanfetamina, como estimulantes químicos para mejorar el rendimiento

en una tarea o actividad concreta de forma artificial. Sin embargo la energía alcanzada es ficticia y puede predisponer al organismo en un sobreesfuerzo.

Sus efectos se relacionan inadecuadamente con todos los deportes para disminuir la sensación de fatiga, así como sirve como ayuda en la reducción de peso, dado que desaparece la sensación de hambre; y, en el ámbito académico, ayuda en la medida que inhibe el sueño.

La vía de administración más usada es la oral, aunque también se puede inyectar.

Se presenta en forma de pastillas o cápsulas de diferente forma y color. La absorción de la droga es a través del tubo digestivo y sus primeros efectos aparecen a los 30 minutos.

El uso prolongado de anfetaminas puede ocasionar anorexia, desnutrición, problemas cardíacos y pulmonares, así como serios problemas renales y hepáticos. También se le atribuye la llamada psicosis anfetamínica, que se caracteriza por la realización de actos irracionales y de violencia repentina acompañada de paranoia y delirios³⁴.

2.2.2.9. METANFETAMINA

Es una droga estimulante, muy adictiva, trabaja en determinadas zonas del cerebro. Guarda una estrecha relación química con la anfetamina, siendo mayores sus efectos sobre el sistema nervioso central. El uso terapéutico de estas drogas se da en el tratamiento de la obesidad.

Las vías de administración de la metanfetamina son la vía oral, por inyección intravenosa o fumándola ³⁴.

Efectos inmediatos

Sensación intensa llamada “rush” o “flash” (arrebato o fognazo) que dura apenas unos pocos minutos y que se dice es sumamente placentera, además se presenta una prolongación del estado de vigilia, mayor actividad física, disminución del apetito, aumento de la frecuencia respiratoria,

hipertermia, euforia, irritabilidad, insomnio, confusión, temblores, convulsiones, ansiedad, paranoia y agresividad ³⁴.

LSD (Dietilamida del ácido lisérgico)

Se trata de una sustancia de acción poderosa de origen semisintético que altera significativamente el funcionamiento del cerebro, provocando alucinaciones que modifican la forma de percibir el mundo e intensifican las imágenes.

Efectos a mediano plazo

Comienzan unos treinta minutos después de consumirlo, alcanzan un máximo al cabo de dos horas, persistiendo sus efectos varias horas después.

El LSD afecta la percepción de lo exterior y las sensaciones internas, generando alucinaciones de tipo visual, auditivo, en algunos casos de tipo táctil ³⁴.

2.1.2.10. KETAMINA

Es un potente anestésico general de corta duración que se emplea para las intervenciones quirúrgicas. Es una sustancia alucinógena comúnmente utilizada por los veterinarios como tranquilizantes para animales. Genera anestesia disociativa: interrumpe en forma selectiva las vías cerebrales de asociación y produce bloqueo sensorial.

Existe peligro evidente, si se mezcla con alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas u otras drogas. Las dosis grandes inducirán pérdida de conocimiento, que podría conducir a un fallo cardiovascular.

Los efectos comienzan en los dos primeros minutos y duran menos de una hora ³⁴.

Efectos inmediatos

Alucinaciones que incluyen distorsión visual y pérdida de percepción del tiempo, la sensibilidad y la identidad.

En dosis bajas aumenta la frecuencia cardiaca, la presión arterial y sanguínea, disminuyendo levemente la frecuencia respiratoria. En dosis altas suele provocar náuseas y vómito ³⁴.

2.2.2.11. HEROÍNA

La heroína es un derivado de la morfina, una droga semisintética, originada a partir de la adormidera, de la que se extrae el opio. El componente activo responsable de los efectos de esta droga es la diacilmorfina (3,6 - diacetil). Es una sustancia sintetizada a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX, surgiendo inicialmente su uso como medicamento.

Actualmente, la mayoría de las personas adictas a los opioides consumen heroína, la cual posee un efecto narcótico pronunciado. Actúa deprimiendo el sistema nervioso central, produce dependencia psicológica y física intensa. Es considerada actualmente como una de las drogas más adictivas, por ello su uso se encuentra altamente restringido en la mayoría de los países por ser una droga de abuso ³⁴.

Generalmente se vende en forma de polvo blanco o marrón. En España se le conoce bajo las denominaciones de “caballo”, “potro”, “jaco”, “reina”, “dama blanca”, “chiva”, o “tachones” ³⁴.

Usos terapéuticos

Inicialmente la heroína se utilizó principalmente para tratar la tuberculosis por su capacidad para suprimir el reflejo de la tos. Asimismo se descubrió que su efecto anestésico no era mayor que el de la morfina, pero era más activa, lo que reducía la dosis logrando el mismo efecto, con las ventajas a nivel de acumulación en los tejidos ⁴⁰.

Fármacos tranquilizantes

Los ansiolíticos o tranquilizantes son medicamentos para controlar los síntomas de la ansiedad. Sus efectos son la relajación y sensación de bienestar. Tienen acción depresora sobre el sistema nervioso central. Conforman este grupo los barbitúricos y las benzodiazepinas. Actualmente los barbitúricos no se usan como ansiolíticos a causa de los efectos

secundarios que provocan, especialmente por su poco margen de seguridad, ya que producen depresión más generalizada del sistema nervioso.

Actualmente los ansiolíticos de mayor reputación son las benzodiazepinas. Las benzodiazepinas de acción prolongada como el diazepam son prescritos a menudo para la suspensión del alcohol, también para conseguir niveles de dosis constantes a lo largo del día que eviten la ansiedad. Para el tratamiento del insomnio a menudo se prefiere el uso de benzodiazepinas de acción corta debido a su menor afecto residual³⁴.

2.3. Definición de términos básicos

1.- Adicción:

Enfermedad física, psico-emocional y espiritual en el ser humano. Definida así por muchos programas de recuperación y determinada como tal por la Organización Mundial de la Salud.

2.- Droga:

Sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

3.- Drogodependencia:

Estado psíquico y en ocasiones también físico, debido a la interacción entre un organismo vivo y una droga y que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones.

4.- Salud bucal:

Ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona

afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial

2.4. Variables

Para evaluar las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas en la Comunidad Terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016, se estableció observar ciertas características organizadas en grupos.

VARIABLES DEPENDIENTE:

Manifestaciones orales.- pueden variar desde un grado mínimo hasta uno más grave, y dependen: del tipo de alteración hiperglicémica existente, del control o tratamiento, y del tiempo de aparición de la enfermedad.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Adicción a las drogas: Estado psíquico y en ocasiones también físico, debido a la interacción entre un organismo vivo y una droga y que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones.

Operacionalización de Variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA Y TIPO	VALORES
Manifestaciones orales	Se define como todos los signos y síntomas clínicos que afectan a los tejidos de soporte periodontal.	Enfermedad Periodontal	Conoce las signos y síntomas.	Cualitativa Nominal	Presenta
		Caries	Identifica el proceso carioso		No presenta
		Xerostomía	Observa la cantidad salival.		
		Cándida Albicans	Conoce y observa e identifica.		
		Liquen Plano	Conoce y observa e identifica.		
		Infección Dental	Observa e identifica una infección dental.		
		Alcohol	Consulta el uso de alcohol		Si No
Adicción	Es una enfermedad producida por el consumo compulsivo de cualquier sustancia que produzca	Tabaco	Consulta el uso del tabaco	Si No	
		Marihuana	Consulta el uso de marihuana	Si No	
		Cocaína	Consulta el uso de la cocaína	Si No	

	dependencia	PBC	Consulta el uso del PBC	Cualitativa	Si	No		
		Éxtasis	Consulta el uso del éxtasis		Nominal	Si	No	
		Anfetaminas	Consulta el uso de la anfetaminas		Si	No		
		Metanfetaminas	Consulta el uso de las metanfetaminas		Si	No		
		Heroína	Consulta el uso de la heroína.		Si	No		
		Edad	Consulta la edad cronológica	Cualitativa de razón	18 a 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años
		Género	Verifica y observa las características fenotípicas.	Cualitativa nominal	Femenino	Masculino		

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño Metodológico

3.1.1. Tipo de investigación

Investigación aplicada. Respuesta efectiva y fundamentada a un problema detectado, descrito y analizado. La investigación concentra su atención en las posibilidades fácticas de llevar a la práctica las teorías generales, y destina sus esfuerzos a resolver los problemas y necesidades que se plantean los hombres en sociedad en corto mediano y largo plazo.

3.1.2. Nivel de investigación

Descriptivo. Con el propósito de describir. Se describieron las características cualitativas de los sujetos investigados sobre la variable de estudio es decir, detalló como es la variable.

3.1.3. Método y Diseño de Investigación

El estudio será desarrollado bajo:

Diseño No experimental.- puesto que no se realizó experimento alguno, no se aplicó ningún tratamiento o programa, es decir, no existió manipulación de variables observándose de manera natural los hechos o fenómenos; es decir, tal y como se dan en su contexto natural.

Corte Transversal.- ya que se recolectó los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Asimismo, Según la planificación de la toma de datos ésta se realizó de manera Prospectiva.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población lo conformaron los 90 las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.

Criterios de inclusión:

- Internos que estén de acuerdo a participar en la investigación.
- Internos mayores de 18 años.

- Internos que consumidores de un solo tipo de droga.

Criterios de exclusión:

- Internos que no deseen participar en el estudio.
- Menores de 18 años y mayores de 60 años de edad.
- Internos consumidores de dos o más tipos de drogas.

3.2.2. Muestra

El tamaño de la muestra se encontrará utilizando la fórmula que nos proporciona el muestreo cuando el interés es estudiar la proporción en estudio descriptivo:

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

Dónde:

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

k= Valor estándar de la distribución anormal asociado a un nivel de confianza

e= error de muestreo

PQ= varianza para variable categórica

Considerando un 98% de confianza (k= 1.96), una varianza máxima que asegure un tamaño de muestra suficiente grande (PQ= 0.25) un error de muestreo de 5% (e= 0.05), para un tamaño poblacional de N= 60, se obtiene = 73.07

Por lo tanto la muestra estará conformada por 73 internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas haciéndose la selección aleatoriamente, captando 3 de cada 5.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Técnicas

Para determinar las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas en la Comunidad Terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016, se empleó la técnica de la observación, por cuanto ésta permitió obtener y evaluar una considerable cantidad de información.

El estudio tuvo dos momentos: el primero correspondió a la observación diferencia o selectiva orientada a la construcción colectiva de una base de datos, para lo cual se orientó a determinar las diferencias existentes entre la muestra; diferencias que son inherentes a la naturaleza del sujeto; que sirvió para obtener algunos datos de las características personales, tales como género y edad. El segundo momento fue la observación directa o estructurada mediante un **Examen Clínico** la cual se usó para identificar los efectos, condiciones, acontecimientos y diferencias en forma objetiva; y fue “Estructurada”, ya que se determinó con anterioridad los indicadores que fueron observados y registrados en una ficha de recolección de datos

3.3.2. Instrumentos

Para llevar a cabo el procedimiento e instrumento de recolección de datos, se solicitó el permiso adecuado a las oficinas de la Escuela de Estomatología y al Centro Terapéutico Rompiendo Cadenas.

Luego se procedió a explicarles en que consistió el proyecto y cuáles son los objetivos.

Los pacientes permanecieron en sus respectivos asientos de la sala de charlas del Centro de Rehabilitación, luego fueron llamados en orden de

lista. Donde se le realizó la primera fase de la encuesta el cuestionario donde se le preguntó respecto a edad, género, tipo de droga que han consumido y se le asignó una Ficha de Examen Clínico numerada, la cual coincidió con el número de historia clínica del paciente.

El examen clínico se realizó en el tópico de medicina donde el paciente estuvo de cúbito dorsal en una camilla con iluminación artificial (luz blanca).

CAPITULO IV

RESULTADOS

VALIDACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

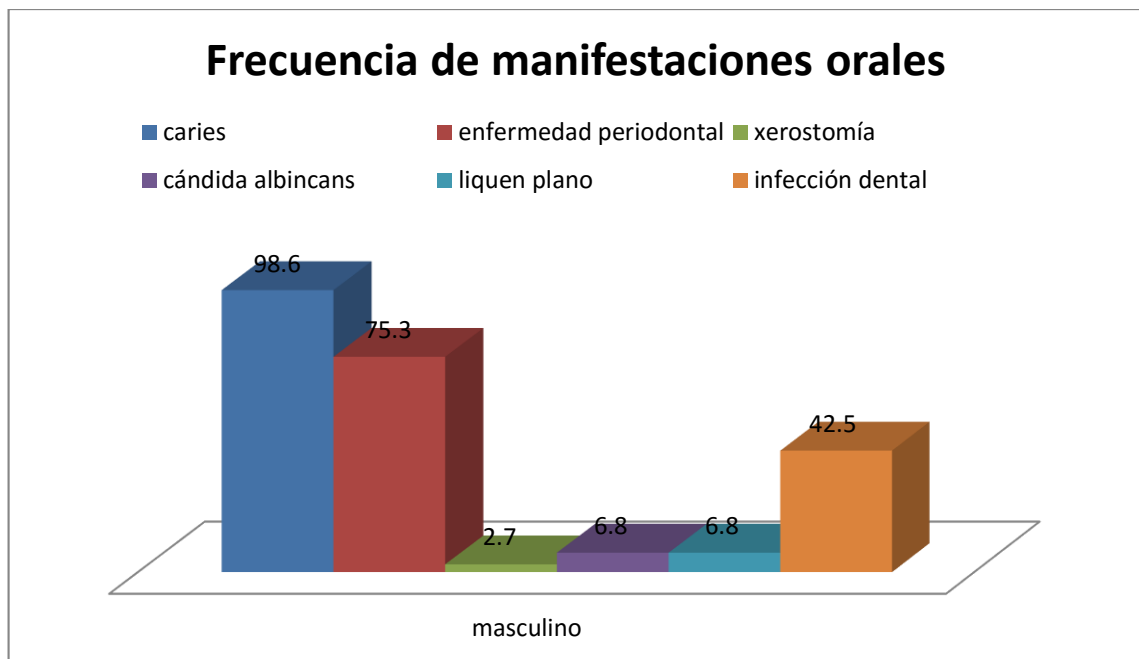
- Determinar la frecuencia de las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas residentes en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.

Tabla 1 Frecuencia de las manifestaciones orales presentes en los internos adictos a las drogas.

Manifestaciones Orales	Frecuencia	Porcentaje
Caries	72	98.6
Enfermedad periodontal	55	75.3
Xerostomía	2	2.7
Cándida Albicans	5	6.8
Liquen plano	5	6.8
Infección dental	31	42.5

Fuente: Archivos del investigador

Gráfico 1 Frecuencia de las manifestaciones orales presentes en los internos adictos a las drogas.



En la tabla y gráfico 1 se observa la frecuencia de las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas donde:

La caries dental se encuentra presente en un 98.6% de los internos.

La enfermedad periodontal en un 75.3%.

La Xerostomía en un 2.7%.

La Cándida Albicans en un 6.8%.

El Liquen plano en un 6.8%.

Infección dental en un 42.8%.

Objetivos específicos

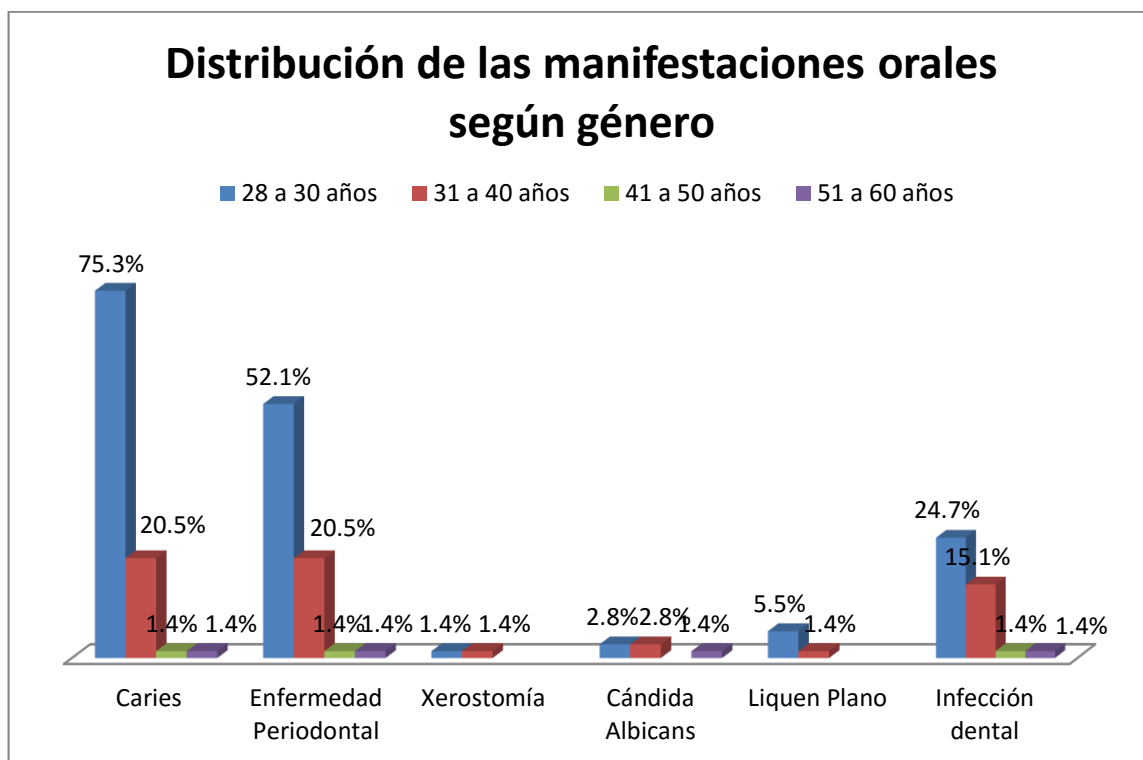
1. Establecer la distribución de manifestaciones orales según la edad en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.

Tabla 2 Distribución de las manifestaciones orales según la edad en los internos.

	18 a 30		31 a 40		41 a 50		51 a 60		Total	
	años		años		años		años			
Caries	55	75.3%	15	20.5%	1	1.4%	1	1.4%	72	98.6%
Enfermedad	38	52.1%	15	20.5%	1	1.4%	1	1.4%	55	75.3%
Periodontal										
Xerostomía	1	1.4%	1	1.4%	0	0%	0	0%	2	2.7%
Cándida	2	2.8%	2	2.8%	0	0%	1	1.4%	5	6.8%
Albicans										
Liquen	4	5.5%	1	1.4%	0	0%	0	0%	5	6.8%
Plano										
Infección	18	24.7%	11	15.1%	1	1.4%	1	1.4%	31	42.5%
dental										

Fuente: Archivos del investigador.

Gráfico 2 Distribución de las manifestaciones orales según la edad en los internos.



En la tabla y gráfico 2 se observa que:

De los internos con caries (98.6%) el 75.3% tienen de 18 a 30 años, 20.5% de 31 a 40 años y el 2.8% de 41 a 60 años.

De los internos con enfermedad periodontal (75.3%) el 52.1% tienen de 18 a 30 años, el 20.5% de 31 a 40 años, el 1.4% de 41 a 50 años.

De los internos con xerostomía (2.8%) el 1.4% de 18 a 30 años y el otro 1.4% de 31 a 40 años.

De los internos con cándida albicans (6.8%) el 2.8% tienen de 18 a 30 años, el 2.8% de 31 a 40 años y el 1.4% de 51 a 60 años.

De los internos con Liquen plano (6.8%) el 2.8% tienen de 18 a 30 años, el 2.8% de 31 a 40 años y el 1.4% de 41 a 50 años.

De los internos con Infección dental (42.5%) el 24.7% tienen de 18 a 30 años, el 15.1% de 31 a 40 años, el 1.4% de 41 a 50 años y el 1.4% de 51 a 60 años.

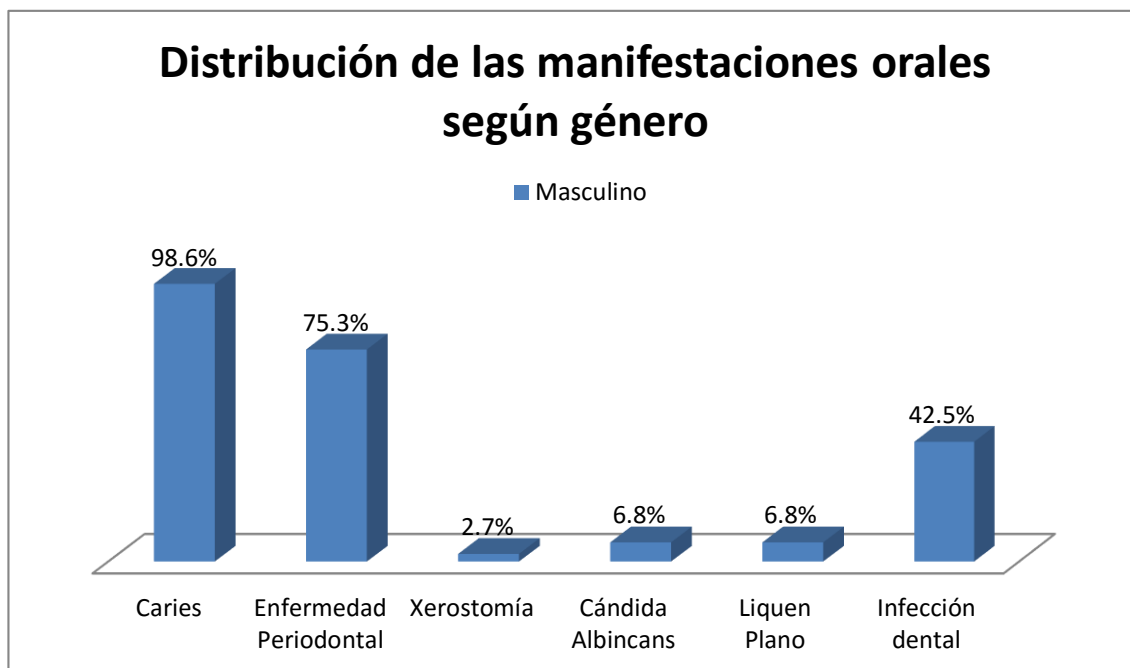
2. Establecer la distribución de manifestaciones orales según el género en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.

Tabla 3 Distribución de las manifestaciones orales según el género en los internos.

	Masculino		Total	
Caries	72	98.6%	72	98.6%
Enfermedad Periodontal	55	75.3%	55	75.3%
Xerostomía	2	2.7%	2	2.7%
Cándida Albicans	5	6.8%	5	6.8%
Liquen Plano	5	6.8%	5	6.8%
Infección dental	31	42.5%	31	42.5%

Fuente: Archivos del investigador.

Gráfico 3 Distribución de las manifestaciones orales según el género en los internos.



En la tabla y gráfico 3 se observa que:

El 100% de los internos evaluados son del género masculino donde:

El 98.6% presenta caries dental.

El 75.3% presenta enfermedad periodontal

El 2.8% presenta Xerostomía.

El 6.8% presenta Cándida Albicans.

El 6.8% presenta Liquen Plano.

El 42.5% presenta Infección dental.

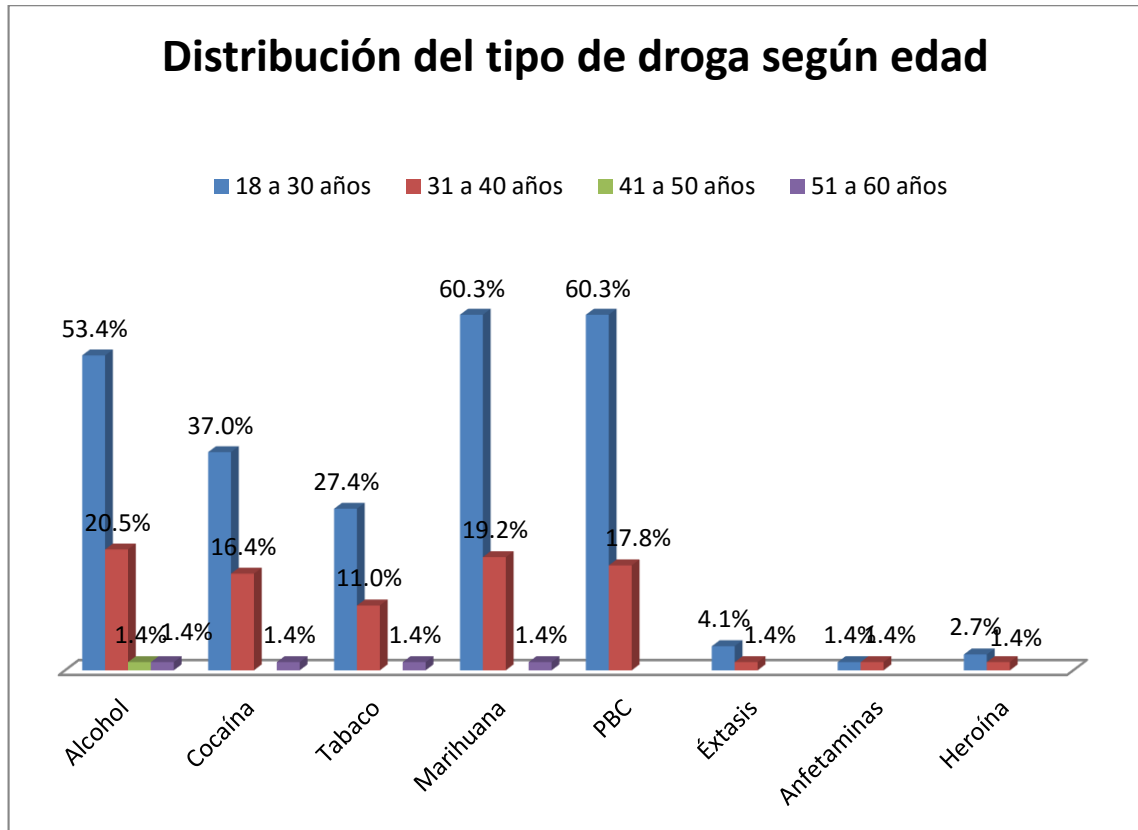
3. Establecer la distribución del tipo de droga más consumida según la edad en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.

Tabla 4 Distribución del tipo de droga consumida según la edad en los internos.

	18 a 30		31 a 40		41 a 50		51 a 60		Total	
	años		años		años		años			
Alcohol	39	53.4%	15	20.5%	1	1.4%	1	1.4%	56	76.7%
Cocaína	27	37%	12	16.4%	0	0%	1	1.4%	40	54.8%
Tabaco	20	27.4%	8	11%	0	0%	1	1.4%	29	39.7%
Marihuana	44	60.3%	14	19.2%	0	0%	1	1.4%	59	80.8%
PBC	44	60.3%	13	17.8%	0	0%	0	0%	57	78.1%
Éxtasis	3	4.1%	1	1.4%	0	0%	0	0%	4	5.5%
Anfetaminas	1	1.4%	1	1.4%	0	0%	0	0%	2	2.7%
Heroína	2	2.7%	1	1.4%	0	0%	0	0%	3	4.1%

Fuente: Archivos del investigador.

Gráfico 4 Distribución del tipo de droga consumida según la edad.



En la tabla y gráfico 4 se observa que:

De los internos que han consumido alcohol (76.7%) el 53.4% tienen de 18 a 30 años, 20.5% de 31 a 40 años y el 2.8% de 41 a 60 años.

De los internos que han consumido Cocaína (54.8%) el 37% tienen de 18 a 30 años, el 16.4% de 31 a 40 años y el 1.4% de 51 a 60 años.

De los internos que han consumido Tabaco (39.7%) el 27.4% de 18 a 30 años, el 11% de 51 a 60 años y el 1.4%

De los internos que han consumido marihuana (80.8%) el 60.3% tienen de 18 a 30 años, el 19.2% de 31 a 40 años y el 1.4% de 51 a 60 años.

De los internos que han consumido PBC (78.1%) el 60.3% tienen de 18 a 30 años y el 17.8% de 31 a 40 años.

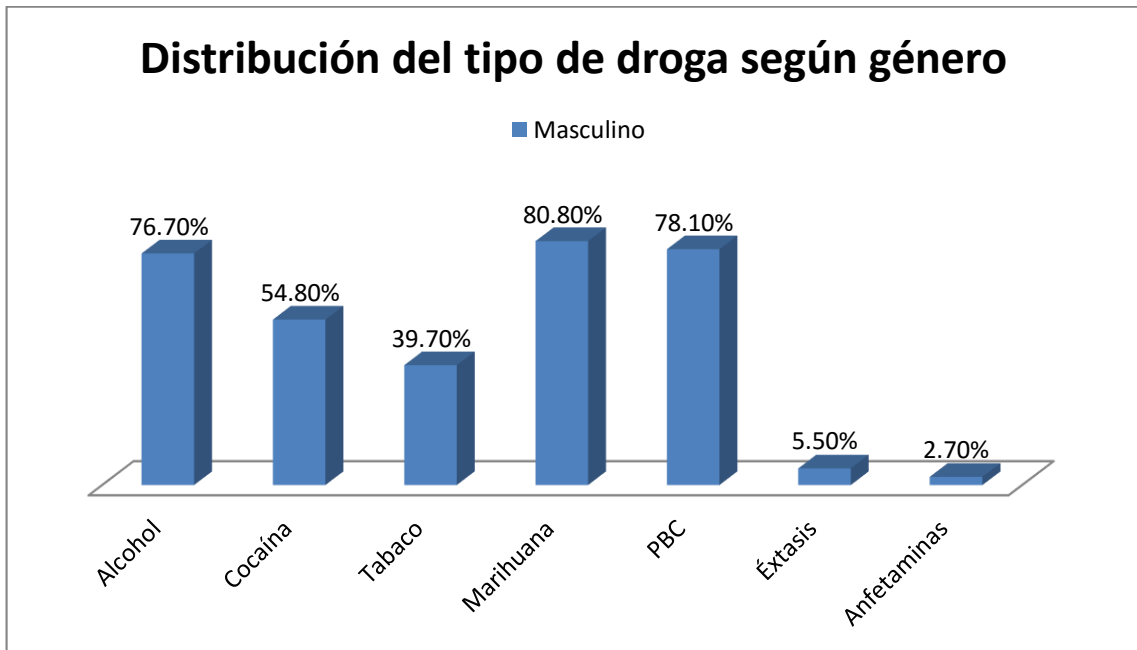
4. Establecer la distribución del tipo de droga más consumido según el género en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.

Tabla 5 Distribución del tipo de droga según el género en los internos.

	Masculino		Total	
Alcohol	56	76.7%	56	76.7%
Cocaína	40	54.8%	40	54.8%
Tabaco	29	39.7%	29	39.7%
Marihuana	59	80.8%	59	80.8%
PBC	57	78.1%	57	78.1%
Éxtasis	4	5.5%	4	5.5%
Anfetaminas	2	2.7%	2	2.7%
Heroína	3	4.1%	3	4.1%

Fuente: Archivos del investigador.

Gráfico 5 Distribución del tipo de droga según el género en los internos.



En la tabla y gráfico 5 se observa que el 100% de los internos son del género masculino donde:

El 76.7% es consumidor de alcohol.

El 54.8% es consumidor de cocaína.

El 39.7% es consumidor de tabaco.

El 80.8% es consumidor de marihuana.

El 78.1% es consumidor de PBC.

El 5,5% es consumidor de éxtasis.

El 2.7% es consumidor de anfetaminas.

El 4.1% es consumidor de heroína.

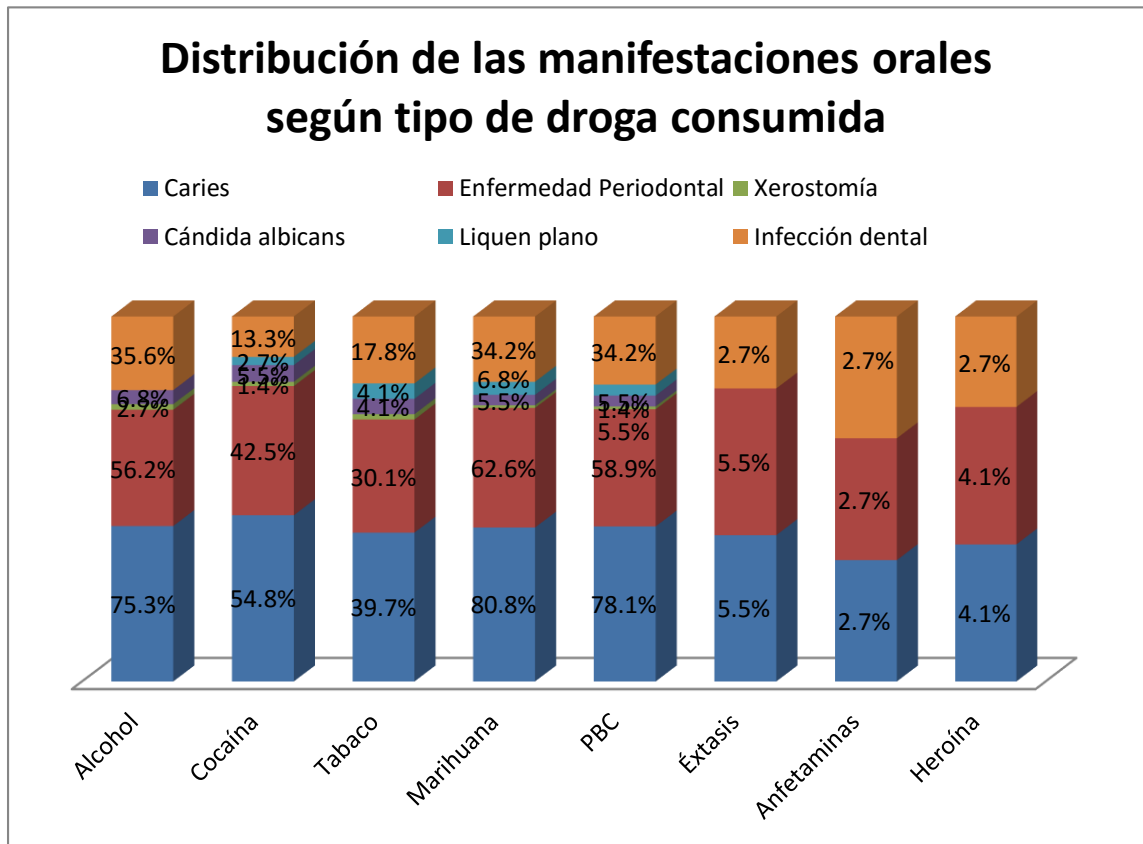
5. Establecer la distribución de las manifestaciones orales según el tipo de droga en los internos adictos en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.

Tabla 6 Distribución de las manifestaciones orales según el tipo de droga en los internos.

Manifestación	Droga consumida en los internos							
	Alcohol	Cocaína	Tabaco	Marihuana	PBC	Éxtasis	Anfetaminas	Heroína
Oral								
Caries	55	40	29	59	57	4	2	3
	75.3%	54.8%	39.7%	80.8%	78.1%	5.5%	2.7%	4.1%
Enfermedad Periodontal	41	31	22	45	43	4	2	3
	56.2%	42.5%	30.1%	62.6%	58.9%	5.5%	2.7%	4.1%
Xerostomía	2	1	1	1	1	0	0	0
	2.7%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%	0%	0%	0%
Cándida	5	4	3	4	4	4	0	0
	6.8%	5.5%	4.1%	5.5%	5.5%	5.5%	0%	0%
Liquen plano	3	2	3	5	4	0	0	0
	4.1%	2.7%	4.1%	6.8%	5.5%	0%	0%	0%
Infección dental	26	17	13	25	25	2	2	2
	35.6%	13.3%	17.8%	34.2%	34.2%	2.7%	2.7%	2.7%

Fuente: Archivos del investigador.

Gráfico 6 Distribución de las manifestaciones orales según el tipo de droga en los internos.



En la tabla y gráfico 6 se observa que:

La manifestación oral más frecuente es la caries dental presente en el:

75.3% de los consumidores de alcohol, en el 54.8% de los consumidores de cocaína, en el 39.7% de los consumidores de tabaco, en el 80.8% de los consumidores de marihuana, en el 78.1% de los consumidores de PBC, en el 5.5% de los consumidores de éxtasis, el 2.7% de los consumidores de anfetamina y en el 4.1% de los consumidores de heroína.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

En el presente estudio se puede afirmar:

1.- Respecto a la frecuencia de las manifestaciones orales en los internos:

La caries dental se encuentra presente en un 98.6% de los internos, la enfermedad periodontal en un 75.3%, la infección dental en un 42.8%, la Cándida Albicans en un 6.8%, el Liquen plano en un 6.8% y la xerostomía en un 2.7%.

2.- Respecto a la distribución de las manifestaciones orales según edad:

De los internos con presencia de caries el 75.3% tienen de 18 a 30 años, el 20.5% de 31 a 40 años y el 2.8% de 41 a 60 años.

De los internos con presencia de enfermedad periodontal el 52.1% tienen de 18 a 30 años, el 20.5% de 31 a 40 años, el 1.4% de 41 a 50 años.

De los internos con presencia de infección dental el 24.7% tienen de 18 a 30 años, el 15.1% de 31 a 40 años, el 1.4% de 41 a 50 años y el 1.4% de 51 a 60 años.

3.- Respecto a la distribución de las manifestaciones orales según género: se observa que el 100% de los internos son del género masculino y de estos: el 98.6% presenta caries dental, el 75.3% presenta enfermedad periodontal y el 42.5% presenta Infección dental.

4.- De la distribución de tipo de droga consumido en los internos según edad se observa que:

De los internos consumidores de marihuana (80.8%) el 60.3% tienen de 18 a 30 años, el 19.2% de 31 a 40 años y el 1.4% de 51 a 60 años.

De los internos consumidores de PBC (78.1%) el 60.3% tienen de 18 a 30 años y el 17.8% de 31 a 40 años.

De los internos consumidores de alcohol (76.7%) el 53.4% tienen de 18 a 30 años, el 20.5% de 31 a 40 años y el 2.8% de 41 a 60 años.

De los internos consumidores de cocaína (54.8%) el 37% tienen de 18 a 30 años, el 16.4% de 31 a 40 años y el 1.4% de 51 a 60 años.

De los internos consumidores de Tabaco (39.7%) el 27.4% de 18 a 30 años, el 11% de 51 a 60 años y el 1.4%

5.- Respecto a la distribución del tipo de droga consumida en los internos según género se observa que el 100% de los internos son del género masculino donde: el 80.8% es consumidor de marihuana, el 78.1% es consumidor de PBC, el 76.7% es consumidor de alcohol, el 54.8% es consumidor de cocaína y el 39.7% es consumidor de tabaco.

6.- Respecto a la distribución de la manifestación oral según tipo de droga consumida se observa que la caries dental es la más frecuente presente: en el 80.8% de los consumidores de marihuana, en el 78.1% de los consumidores de PBC, en el 75.3% de los consumidores de alcohol, en el 54.8% de los consumidores de cocaína y en el 39.7% de los consumidores de tabaco.

Estos resultados hallados coinciden con:

1.- Herrera A, y col (Cuba - 2014) En su investigación: "Caracterización del consumo de drogas psicoactivas por jóvenes y adolescentes atendidos en el Centro de Deshabitación de Adolescentes del municipio Playa".

Resultados: se comprobó que el grupo más numeroso de adictos tenían entre 20 y 25 años y que el inicio del consumo fue mayor entre adolescentes de 17 a 19 años. Se comprobó que 36 de los pacientes mostraron policonsumo con dos, tres y más tipos de drogas, con igual comportamiento para ambos géneros. La

droga de inicio y de mantenimiento más consumida fue la marihuana seguida por el alcohol. La encuesta EMTAJOVEN reveló un elevado número de fumadores.

2.-Garay R. (Lima - 2009) En su investigación del: “consumo de marihuana y características clínicas en el tejido periodontal en pacientes de un centro de Rehabilitación”. **Conclusión:** La enfermedad periodontal ha sido definida desde el punto de vista etiológico, como una patología multifactorial, donde la placa bacteriana actúa como agente principal y otros factores, de riesgo o predisponentes, actúan contribuyendo a aumentar las probabilidades del individuo de contraer la patología. En nuestro estudio se encontró que a pesar de que la frecuencia más alta de consumo (más de 2 veces al día), el tiempo de consumo (entre 1 a 5 años) y la forma de consumo más usada (el cigarrillo) se evidenció que la mayoría de pacientes presentaban un nivel de adherencia clínica promedio leve, moderado, ausencia de bolsa periodontal, sangrado gingival, movilidad dentaria y compromiso de furca, además el nivel de higiene oral fue regular. Por lo tanto no se puede asegurar que la marihuana ocasione directamente daños sobre el tejido periodontal, sino que existen otros factores que contribuyen a la modificación de los resultados¹.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados del presente estudio llegamos a las siguientes conclusiones:

PRIMERO.- La manifestación oral más frecuente es la caries dental presente en un 98.6% de los internos, seguida de la enfermedad periodontal en un 75.3%, la infección dental en un 42.8%, la Cándida Albicans en un 6.8%, el Liquen plano en un 6.8% y por último la xerostomía en un 2.7%.

SEGUNDO.- La edad más frecuente de los internos varía entre 18 a 30 años donde el 75.3% presenta caries, el 52.1% enfermedad periodontal y el 24.7% presenta infección dental.

TERCERO.- El 100% de los internos son del género masculino donde el 98.6% presenta caries dental, el 75.3% presenta enfermedad periodontal y el 42.5% presenta Infección dental.

CUARTO.- La droga más frecuente en los internos es la marihuana presente en un 80.8% de los internos en donde el 60.3% tienen de 18 a 30 años, el 19.2% de 31 a 40 años y el 1.4% de 51 a 60 años.

QUINTO.- El 100% de los internos son del género masculino donde el 80.8% es consumidor de marihuana, el 78.1% es consumidor de PBC, el 76.7% es

consumidor de alcohol, el 54.8% es consumidor de cocaína y el 39.7% es consumidor de tabaco.

SEXTO.- La caries dental es la manifestación oral más frecuente presente en el 80.8% de los consumidores de marihuana, en el 78.1% de los consumidores de PBC, en el 75.3% de los consumidores de alcohol, en el 54.8% de los consumidores de cocaína y en el 39.7% de los consumidores de tabaco.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

PRIMERO.- Se recomienda realizar los tratamientos odontológicos adecuados a los internos con la finalidad de que no empeore su salud bucal.

SEGUNDO.- Concientizar a los internos sobre una adecuada higiene bucal y cambios en los hábitos de higiene bucal y las consecuencias que conllevarían.

TERCERO.- Realizar seguimiento a este tipo de investigaciones o su continuación, que ayudará a elaborar planes de tratamiento y tomar estrategias acertadas en el manejo de pacientes con adicciones.

CUARTO.- Hacer énfasis en los estudiantes que es necesario implementar la promoción de la salud en los centros de Rehabilitación ya que estas personas son más vulnerables a presentar manifestaciones orales.

FUENTES DE INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA

- 1.- Garay R. Consumo de marihuana y características clínicas en el tejido periodontal en pacientes de un centro de rehabilitación. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. 2009. Perú.
- 2.- Muela D. Enfermedad periodontal en pacientes drogadictos de 18 a 40 años por consumo de sustancias psicoactivas en el departamento de Odontología del Centro de Reposo San Juan de Dios en el periodo Octubre – Febrero 2015 - 2016. [Tesis para optar el título de Odontólogo Universidad Central del Ecuador]. 2016. Ecuador.
- 3.- El Khouri L. Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa “volver a reír”. Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social. [Tesis para optar el título de Doctor Universidad de Sevilla]. 2015. España.
- 4.- Acaro J. PH salival y estado periodontal en estudiantes fumadores de la Universidad Nacional de Loja de la modalidad de estudios presencial en el periodo de mayo a julio del 2014. [Tesis para optar el título de Odontóloga Universidad Nacional de Loja]. 2014. Ecuador.
- 5.- Arias L. Manejo odontológico de lesiones orales en pacientes con adicciones: revisión bibliográfica. [Tesis para optar el título de Odontólogo Universidad de Guayaquil]. 2014. Ecuador.
- 6.- Herrera A. Caracterización del consumo de drogas psicoactivas por jóvenes y adolescentes atendidos en el Centro de Deshabitación de Adolescentes del municipio Playa. Revista cubana de investigación biomédicas 2014; 33(1): 61 - 69.
- 7.- Solórzano E. Efectos clínicos e histológicos de la cocaína sobre periodonto de protección. Revista Asociación argentina.2003;91(3):222 – 225.
- 8.- Gigena P. Salud bucodental de adolescentes y jóvenes drogodependientes y no consumidores de sustancias psicoactivas, en la ciudad de Córdoba

Argentina. [Tesis para optar el título de Doctor en Odontología Universidad de Córdoba]. 2013. Argentina.

- 9.- Gigena P. Bella M. Cornejo L. Salud bucodental de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación. 2012: 49 - 59.
- 10.- Bravo B. Prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en los adolescentes de los colegios nocturnos de la ciudad de Cuenca 2009. [Tesis para optar el título de Magíster en Salud del Adolescente Universidad de Cuenca]. 2010. Ecuador.
- 11.- Ruipérez I. Aparato digestivo: boca y dientes, esófago, estómago, intestino delgado. Enfermedades del colon. Enfermedades del hígado, vías biliares y páncreas. En: Guillén F, Díaz de la Peña J, Ruipérez I. Salgado Alba Manual de Geriatria; Barcelona: Masson editores, 2000; 381-97.
- 12.- Castañeda, L., Díaz, S, Pérez R. Estrategia educativa como instrumento preventivo de urgencias en pacientes rehabilitados con prótesis parcial removible metálica. AMC . 2010 Abr [citado 2015 Jun 07] ; 14(2)
- 13.- Trastornos dentales y orales. En: Beers MH, Berkow R, editores. Manual Merck de Geriatria. 2.^a edición. Madrid: Harcourt; 2001. p. 1013-30
- 14.- Ortolá JC, Almerich JM. Cándida albicans en usuarios de prótesis dentales removibles: una aproximación al diagnóstico. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33 (NM2):15-18.
- 15.- Blanco A,. Precáncer oral en el paciente anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33 (NM2): 33-40.
- 16.- Bascones, A. (2009). Periodoncia clinica e implantologia oral. Madrid: Avances Medico-Dentales.
- 17.- Carranza F., Newman G., Takei., & Klokkevold P. (2010). Periodontologia Clinica de Carranza (Novena Edicion ed.). New York: Amolca.

- 18.- Lindhe J, Karring T, & Lang N. (2005). Periodontologia Clinica e Implantologia Odontologica (4ta ed. ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.
- 19.-Organizacion Mundial de la Salud. (2007). Especificaciones para la inspeccion de la calidad de las preparaciones farmaceuticas (Segunda Edicion ed.).
- 20.- Scavino, G. (2002). El efecto de la cocaína sobre los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal.
- 21.- Castro de la Mata R, Rojas M, Zavaleta A, Arnao J. Consumo de Drogas en el Perú. Debate Agrario. 2005; 39: 127- 154.
- 22.- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre Alcohol. Febrero 2007; 37.
- 23.- Elena, R., Maria angeles, C., Rocio, C., German, E., & Luis Alberto, M. (2004). Efectos del consumo de alcohol etílico en la cavidad oral: relacion con el cancer oral. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal
- 24.- Bertos, N., Ruiz, V., Pascual, A., Violant, D., & Santos, A. (2009). Efecto del alcohol en los tejidos de la cavidad oral. Relación con la periodontitis y periimplantitis: una revisión de la literatura. Periodoncia y Osteointegración, 139-143
- 25.- Policia Nacional del Perú. Manual de prevención del consumo y uso indebido de Drogas. Manual del docente. División de prevención del TID. Lima.
- 26.- Rodríguez Lozano. (2011). Tratado de tabaquismo. En C. J. Ruiz. Grupo Aula Médica
- 27.- Koushyar Partida, K., & Hernández Ayala, A. (2010). Tabaquismo: factor de riesgo para enfermedad periodontal. Revista ADM

- 28.- Fernández T. P. (2003). El Hábito de Fumar y los Tejidos Periodontales. Revista de la Asociación Odontológica Argentina, 18-22
- 29.-García, N., Rivera, G., García, N., Parra, H., & Lira., H. (2010). Tabaquismo y cáncer bucal
- 30.- United Nations Office on Drugs and crime. World Drug Report. 2010; New York, NY: United Nations Publications 2010.
- 31.-Trillo MP. Educación vial: sustancias nocivas en la conducción; 2012. Universidad Nacional de Educación a Distancia 2012.
- 32.-Schulz-Katterbach M, Imfeld T, Imfeld C. Cannabis and caries- Does regular use increase the risk of caries in cigarette smokers? Schweiz Monatsschr Zahnmed. 2009; 119(6): 576-83.
- 33.- National Institute of Drug Abuse. DrugFacts: La cocaína. Bethesda, Maryland: National Institute of Drug Abuse 2012.
- 34.- Centro de Prevención y Abuso contra las Drogas. Todo sobre Drogas. Lima: Centro de Prevención y Abuso contra las Drogas (CEDRO) 2012.
- 35.- Laverde M, Nuñez BG, & Silva R. (1996). Hallazgos Clínicos/histológicos de estigmas en mucosa oral de consumidores de bazuko.
- 36.- Arocena, J., Alcazar, J., Arnau, G., & Debo. (2009). Lesiones orales gingivales asociadas al consumo de cocaína: revision de la literatura y presentacion de un caso clinico. Periodoncia y Osteointegración.
- 37.- Rey, Gándara, J. M., Freitas, Diniz, M., Vila, Gándara, P., y otros. (2002). esiones inducidas por la aplicación tópica de cocaína. Medicina y Patología.
- 38.-Ksenia, B., Zulayma, S., & C., A. M. (2012). Prevalencia de manifestaciones bucales en individuos narcodependiente. ODOUS CIENTIFICA, 8.

- 39.-Krutchkoff D, E. E. (1990). Cocaine induced dental erosions. . The New England J of Med.
- 40.- Pyatnitsakaya I. Libro General de drogas y el abuso del alcohol. Guía para los médicos. Moscú: Meditsina; 2008: 200-04.

ANEXOS

1. **Matriz de consistencia**
2. **Instrumento de recolección de datos**
3. **Consentimiento informado**
4. **Validación de Instrumento**

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

“ MANIFESTACIONES ORALES EN LOS INTERNOS ADICTOS A LAS DROGAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD TERAPEUTICA ROMPIENDO CADENAS EN EL AÑO 2016”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	METODOLOGÍA
------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	--------------------

<p>PRINCIPAL ¿Cuál es la frecuencia de las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016?</p> <p>SECUNDARIOS</p> <p>1.- ¿Cuál es la distribución de manifestaciones orales según la edad en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016?</p> <p>2.- ¿Cuál es la distribución de manifestaciones orales según el género en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016?</p>	<p>GENERAL Determinar la frecuencia de las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas residentes en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>1.- Establecer la distribución de manifestaciones orales según la edad en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.</p> <p>2.- Establecer la distribución de manifestaciones orales según el género en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.</p>	<p>Manifestaciones orales</p>	<p>Enfermedad Periodontal</p> <p>Caries</p> <p>Xerostomía</p> <p>Cándida Albicans</p> <p>Liquen Plano</p> <p>Infección Dental</p> <p>Alcohol</p> <p>Tabaco</p>	<p>Conoce las signos y síntomas.</p> <p>Identifica el proceso carioso</p> <p>Observa la cantidad salival.</p> <p>Conoce observa e identifica.</p> <p>Conoce y observa e identifica.</p> <p>Observa e identifica una infección dental.</p> <p>Consulta el uso del alcohol</p> <p>Consulta el uso del tabaco</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN Aplicada</p> <p>NIVEL: Descriptivo</p> <p>DISEÑO: No experimental, Transversal y Prospectivo</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA La población lo conformaron los 90 las manifestaciones orales en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.</p> <p>Para cumplir con los objetivos Por lo tanto la muestra estuvo conformada por 73 internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo</p>
---	--	-------------------------------	--	--	--

<p>Rompiendo Cadenas en el año 2016?</p> <p>3.- ¿Cuál es la distribución del tipo de droga más consumido según la edad en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016?</p> <p>4.- ¿Cuál es la distribución del tipo de droga más consumido según el género en los internos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016?</p> <p>5.- ¿Cuál es la distribución de las manifestaciones orales según el tipo de droga en los internos adictos en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016?</p>	<p>3.- Establecer la distribución del tipo de droga más consumido según la edad en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.</p> <p>4.- Establecer la distribución del tipo de droga más consumido según el género en los internos adictos a las drogas en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.</p> <p>5.- Establecer la distribución de las manifestaciones orales según el tipo de droga en los internos adictos en la comunidad terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016.</p>	<p>Adicción</p>	<p>Marihuana</p> <p>Cocaína</p> <p>PBC</p> <p>Éxtasis</p> <p>Anfetaminas</p> <p>Metanfetaminas</p> <p>Heoroina</p> <p>Edad</p> <p>Género</p>	<p>Consulta el uso de marihuana</p> <p>Consulta el uso de la cocaína</p> <p>Consulta el uso del PBC</p> <p>Consulta el uso del éxtasis</p> <p>Consulta el uso de la anfetaminas</p> <p>Consulta el uso de las metanfetaminas</p> <p>Consulta el uso de la heroína.</p> <p>Consulta la edad cronológica</p> <p>Verifica y observa las características</p>	<p>Cadenas haciéndose la selección aleatoriamente, captando 3 de cada 5 que cumplan con los criterios de inclusión.</p>
---	--	-----------------	--	--	---

Rompiendo Cadenas en el
año 2016?

fenotípicas.

2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N:

Fecha:

**“MANIFESTACIONES ORALES EN LOS INTERNOS ADICTOS A LAS DROGAS
RESIDENTES EN LA COMUNIDAD TERAPEUTICA ROMPIENDO CADENAS EN EL AÑO
2016”**

Datos de identificación del paciente:

Edad:años 18 – 30 () 31- 40 () 41- 50 () 51-60 ()

Dirección:.....

Sexo: M () F ()

TIPO DE DROGA:

Alcohol	Si ()	No ()
Tabaco	Si ()	No ()
Marihuana	Si ()	No ()
Cocaína	Si ()	No ()
PBC	Si ()	No ()
Éxtasis	Si ()	No ()
Anfetaminas	Si ()	No ()
Metanfetaminas	Si ()	No ()
Heroína	Si ()	No ()

MANIFESTACIÓN ORAL:

Xerostomía: si () no ()

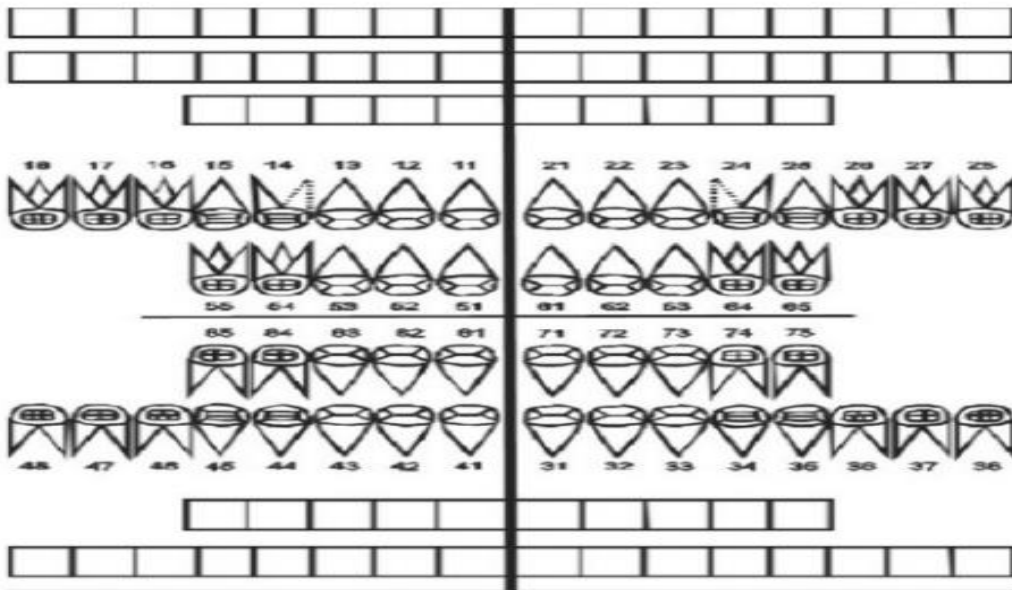
Enfermedad Periodontal si () no ()

Caries si () no ()

Cándida Albicans si () no ()

Liquen Plano si () no ()

Infección Dental si () no ()



3.- CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Antes de dar mi consentimiento para participar en este estudio con la firma de este documento, dejo constancia de que he sido informado /a acerca de toda la información precedente que describe este estudio de investigación.

He recibido, además una copia escrita con un resumen de esa información y del manejo confidencial de datos. El investigador ha contestado personalmente, a mi entera satisfacción, todas las preguntas respecto a esta investigación y firma el presente confirmando esta manifestación.

Autorizo al investigador y a la Institución, a fin de que revisen mi historia clínica manteniendo la confiabilidad más estrecha posible.

Basándome en esta información, acepto voluntaria y libremente participar en esta investigación comprendiendo que, de no cumplir con las instrucciones del investigador, podre ser retirado de la misma, por lo que firmo el presente consentimiento, reteniendo una copia de éste y de la información clínica.

El proceso de firma de consentimiento debe de ser llevado a cabo con al menos 2 partes presentes y firmando en el momento. El cumplimiento de los criterios de inclusión así como la aceptación del paciente a participar prestando su conformidad por este acto, deberán constar en el registros médicos institucionales (Historia clínica del paciente) incluyendo la fecha en que se firma el presente.

Paciente

____/____/____

Investigador

____/____/____

**Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Estomatología**

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE: Nilo Pariona Jarp
- 1.2 GRADO ACADEMICO: Cirujano Dentista
- 1.3 INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Hospital Regional Huacho
- 1.4 NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Ficha de Recolección de Datos
- 1.5 AUTOR DEL INSTRUMENTO: Fredy Jefferson Saza Eunopro / co. Javier Ramos de los Rios
- 1.6 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: "Manifestaciones Orales en los internos
Adictos a las Drogas. Evidentes en la Comunidad Terapéutica,
complejando Cadenas en el año 2016"

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN (Calificación cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		(01-10) 01	(10-13) 02	(14-16) 03	(17-18) 04	(19-20) 05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				17	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.			16		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la investigación.			16		
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los ítems.				17	
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad				17	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.			16		
7. CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos.			15		
8. COHERENCIA	Entre Hipótesis dimensiones e indicadores.			16		
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.				17	
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia				17	
Sub Total						
Total						

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total X 0.4).....

VALORACIÓN CUALITATIVA:.....

VALORACIÓN DE APLICABILIDAD:.....

Leyenda:

01-13 Improcedente

14-16 Aceptable con recomendación

17-20 Aceptable

Lugar y Fecha: Huacho - 8/02/17

Firma y Post firma: 

Dr. NILO PARIONA JARP

COPIADORIANO - DENTISTA

DNI 21535682 Teléfono 2395912

**Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Estomatología**

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE: Juana Oropeza Chonta
 1.2 GRADO ACADÉMICO: Cirujano Dentista
 1.3 INSTITUCIÓN DONDE LABORA: "Clínica dental Dany Dent"
 1.4 NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Ficha de Recolección de Datos
 1.5 AUTOR DEL INSTRUMENTO: Fredysaya Eunofo/co. Javier Ramos Delos Rios
 1.6 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: "Manifestaciones Orales en los
intermedios Adictos a las Drogas Resistentes en la comunidad
terapéutica Rompiendo Cadenas en el año 2016"

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN (Calificación cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		(01-10) 01	(10-13) 02	(14-16) 03	(17-18) 04	(19-20) 05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				17	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				17	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la investigación.			16		
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los ítems.				17	
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad				18	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.				18	
7. CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos.			16		
8. COHERENCIA	Entre Hipótesis dimensiones e indicadores.			16		
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.				17	
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia				17	
Sub Total						
Total						

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total X 0.4).....

VALORACIÓN CUALITATIVA:.....

VALORACIÓN DE APLICABILIDAD:.....

Leyenda:

01-13 Improcedente

14-16 Aceptable con recomendación

17-20 Aceptable

Lugar y Fecha: Huacho 8/02/17

Firma y Post firma: Juana Oropeza Chonta

DNI 21549532 Teléfono 2395922

JUANA OROPEZA CHONTA
Cirujano Dentista
C.O.P. 35594

**Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Estomatología**

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE: Cesar Solano Fuentes Rivera
 1.2 GRADO ACADEMICO: Cirujano Dentista
 1.3 INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Clinica Dental "Los Pinos"
 1.4 NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Ficha de Recreación de Datos
 1.5 AUTOR DEL INSTRUMENTO: Dr. JAVIER RAMOS DE LOS RIOS / FREDDY SAYA E.
 1.6 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: "Manifestaciones Orales en los internos
cursos a los 3 años residentes en la Comunidad terapéutica
completo cadenas en el año 2016"

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN (Calificación cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		(01-10) 01	(10-13) 02	(14-16) 03	(17-18) 04	(19-20) 05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				17	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.			16		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la investigación.				17	
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los ítems.				18	
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad					19
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.				17	
7. CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos.			16		
8. COHERENCIA	Entre Hipótesis dimensiones e indicadores.			16		
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.				18	
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia				18	
Sub Total						
Total						

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total X 0.4).....
 VALORACIÓN CUALITATIVA:.....
 VALORACIÓN DE APLICABILIDAD:.....

Leyenda:

- 01-13 Improcedente
- 14-16 Aceptable con recomendación
- 17-20 Aceptable

Lugar y Fecha: Huacho - 10/02/17

Firma y Post firma: [Firma]
Cesar Solano Fuentes Rivera

DNI 15760814 Teléfono 995646821

CESAR A. SOLANO FUENTES RIVERA
 CIRUJANO - DENTISTA
 C.O. 3. 5112