



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**HIGIENE BUCODENTAL EN FARMACODEPENDIENTES
QUE ASISTEN A LA COMISIÓN CONTRA LAS
ADICCIONES “QUE TODOS SEAMOS UNO” EN SAN JOSÉ
TEXOPA. EDO. DE MÉXICO**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

JUAN MANUEL CHÁVEZ NAVARRETE

DIRECTOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME

ASESORA: DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER

MÉXICO D. F.

MAYO 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



A Dios por haberme permitido llegar a lograr una de mis más anheladas metas en la vida.

A mis padres por todo el apoyo incondicional que siempre me han dado, porque sin ellos creo que no estaría en esta etapa tan bonita de mi vida, gracias Lupita y Pablito.

A Martha Fernanda y Ana Paulina ya que ellas son la razón de mi superación, porque sin ellas no hubiese tenido el valor y la determinación de salir adelante, ustedes son el motivo de mi existir.

A ti Laura porque me diste la gran dicha de conocer a los dos tesoros que más amo en la vida.

A todos mis profesores que me dieron una formación académica, les agradezco su tiempo y su paciencia. En especial al Dr Alfonso al cual lo considero también un buen amigo.

A mis hermanos por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas, tolerando mi mal humor. Gracias Pita, Pablo y Estéla.

A Rosalba, Luís, Ángel y Roberto porque me ayudaron mucho en estos últimos meses apoyándome más de lo que yo esperaba, les agradezco mucho.



INDICE

1. Introducción	1
2. Antecedentes	4
2.1 Comisión contra las adicciones “Que todos seamos uno”	13
2.2 San José Texopa	14
3. Marco Teórico Conceptual	17
3.1 Conceptos	17
3.2 Higiene bucodental	17
3.3 Cepillado dental	18
3.4 Hilo dental	21
3.5 Colutorios o enjuagues	22
3.6 Prevención	23
3.6.1 Primaria	24
3.6.2 Secundaria	26
3.6.3 Terciaria	26
4. Farmacodependencia	27
4.1 Clasificación	29
5. Planteamiento del problema	39
6. Justificación	40
7. Objetivos	40
7.1 Objetivos generales	40
7.2 Objetivos específicos	41
8. Metodología	41
8.1 Material y Método	41
8.2 Población de estudio	41
8.3 Tipo de estudio	42
8.4 Criterios de inclusión y exclusión	42
8.5 Variable independiente y dependiente	42
8.6 Recursos	43
8.6.1 Humanos	43
8.6.2 Materiales	43
8.6.3 Físicos	44
9. Conclusiones	44
10. Propositiones	45
11. Resultados	46
12. Bibliografía	62
13. Anexos	63

1. INTRODUCCIÓN.

La drogadicción debe ser estudiada en un marco psicosocial, si no hay droga, no hay drogadicción.

Es cierto que entre las personas que hoy consumen drogas, existe un porcentaje muy significativo de trastornos de la personalidad, pero ésta no es una situación excluyente, ya que también pueden ser trastornos neuróticos, psicóticos, depresiones graves, etc.

La droga es una necesidad que se registra como una constante a lo largo de toda la historia.

El hombre es el único animal que no acepta su destino biológico que es el de nacer, crecer, reproducirse y morir.

Nuestra mente en cambio, siempre ha querido escapar de este determinismo biológico, pero sólo mentalmente podemos intentar trascender los límites que nos corresponden.

El empleo de sustancias psicoactivas es casi tan antiguo como la humanidad misma.

La fármacodependencia constituye un grave problema de salud pública que afecta a la vida social, familiar y laboral del usuario de drogas en diversos grados.

En nuestro país, este fenómeno se ha ido extendiendo, los jóvenes son las principales víctimas en el consumo de drogas tanto para los usuarios experimentales, como para aquellos que evolucionan en adicciones más severas.

En la gran mayoría de los niños y adolescentes que se inician en este consumo cuenta mucho más y de manera decisiva la presión social que ejerce el grupo etario al que pertenecen.

En cuanto al tratamiento de la adicción, cada sustancia implica algo diferente, y cada paciente representa un particular reto para el médico, así como, para la familia y para la sociedad. El paso más importante que debe darse en este sentido, es en el aspecto de la rehabilitación.

El uso de sustancias que alteran los estados de conciencia se ha venido presentando desde tiempos inmemoriales de manera diversa y puede ser caracterizado como un consumo ritual/cultural, médico/terapéutico, social/recreacional u ocupacional/funcional. Las formas del uso de los estimulantes pueden fluctuar de acuerdo a numerosos factores tanto individuales como sociales.

Así, los patrones tradicionales de su uso fueron cambiando a través del tiempo y el contexto y las formas de consumo se modificaron. Las transformaciones y conflictos geopolíticos y económicos, aunados a los intereses y ramificaciones de la producción y distribución internacional de las sustancias, contribuyeron a que su utilización fuera adquiriendo un carácter desintegrador. Lo que imprime una especificidad al tema de las drogas en la actualidad, es la forma en la que se presentan sus patrones de producción y distribución a nivel mundial, los efectos económicos, sociales y en la salud, vinculados a estas sustancias así como, su carácter ilícito, su impacto en las instituciones y la relevancia del tema, en la agenda y relación pública de los gobiernos. El fenómeno de las drogas ilícitas no puede ser visto fuera del contexto del desarrollo de los modelos económicos, tecnológicos, sociales y políticos contemporáneos, de la creciente globalización y sus consecuencias en la comunicación y en la transformación de estilos de vida y valores tradicionales.

La actitud hacia las sustancias y sus demandas son cambiantes y se ven influidas por numerosos factores: culturales, económicos y sociales en un país o región; esto se agrega a la oferta y accesibilidad de las sustancias y el marco de control legal y social que rodea al consumo. La percepción del público hacia distintos compuestos y su mayor o menor rechazo en muchas sociedades, (pero no en todas) condiciona, la toma de decisiones políticas hacia su control. En otros casos, el proceso es inverso y la política de control tiene como consecuencia el que se busque otras drogas, incluso mas dañinas, o que se produzca un rechazo de la sociedad hacia la política.

La preferencia hacia ciertas drogas sugiere una dinámica, así como las respuestas gubernamentales a través del tiempo. Desafortunadamente, éstas han estado guiadas con frecuencia por pugnas morales y políticas en lugar de basarse en el conocimiento científico de los efectos en la salud, los impactos sociales y los riesgos individuales específicos de cada tipo de elementos. Este conocimiento, puesto al alcance de la sociedad, permitirá que se considere franca y directamente el problema y que se produzcan cambios de conducta duraderos en las personas y en los grupos; aunque la historia, nos señale que el consumo de drogas difícilmente va a desaparecer por completo, se podría así, en el corto plazo, detener su crecimiento y disminuir las graves consecuencias que estamos testimoniando.

2. ANTECEDENTES.

La aparición de las drogas se remonta a millones de años probablemente a la era Mesozoica, cuando la flora y la fauna primitivas disminuyeron y las angiospermas, los insectos y los reptiles comenzaron su evolución.

Algunos investigadores consideran que la evolución química de las plantas dio lugar a la aparición de algunas sustancias tóxicas. Es probable que las angiospermas hubieran comenzado a producir laninos, agentes que actuarían impidiendo el aprovechamiento de las proteínas por parte de los animales herbívoros y como agentes afúngicos. Por el propio proceso de evolución del sistema defensivo, es probable que posteriormente produjeran también muchas otras sustancias, como los aminoácidos tóxicos y los alcaloides. Los alcaloides son sustancias químicas de sabor amargo y efectos tóxicos, muchos de ellos no son utilizados por la planta para su aprovechamiento, pero cumplen funciones de defensa.

Actualmente, se sabe que los alcaloides se localizan en distintas partes de las plantas y en diferentes cantidades, y que no se hallan presentes en todas las etapas del crecimiento. Cuando las plantas comenzaron a producir alcaloides y otras sustancias, se produjo una especialización en la dieta de los insectos y de otros animales. Es decir, que los insectos para alimentarse, discriminaron las plantas inofensivas de las tóxicas. Los primeros animales que comieron plantas con drogas no pudieron responder a sus efectos y evitaron comer esas plantas ó pudieron responder a sus efectos y evitaron comer esas plantas ó desarrollaron mecanismo para procesarlas en su organismo.

Los seres humanos tampoco pudieron manejar las plantas tóxicas. Estas fueron accidentalmente utilizadas, lo que permitió que se discriminaran sus efectos. Al parecer ya se usaban en tiempos prehistóricos.

El contacto de los hombres con las plantas tóxicas no siempre fue casual, la gente aprendió mucho de la observación de los animales que comían determinadas plantas y demostraban un comportamiento extraño al habitual.

Datos que apoyan esta hipótesis se encuentran tanto en los restos arqueológicos como en los nombres originarios que la gente dio a determinadas plantas, al verificar que los animales respondían de forma inusual cuando las comían.

Existen referencias de que prácticamente en todos los continentes y culturas se han utilizado ciertas sustancias vegetales que producían efectos como: sensaciones extrañas, estados placenteros, adormecimiento, etc; y que han sido utilizadas desde tiempos inmemoriales. Muchas de ellas, eran empleadas con fines medicinales, rituales litúrgico-religiosos, en circunstancias especiales como por ejemplo las destinadas a facilitar la comunicación con los dioses o al rendirles culto.

En cultura, por ejemplo, en los restos arqueológicos hallados en diferentes épocas y lugares, como en el papiro de Ébers, (descubierto en Egipto en 1873); en las tablillas de escritura cuneiforme de las civilizaciones del Asia Menor (Mesopotamia y Persia); en la literatura y la historia antigua (Grecia, Roma y Oriente) en obras como “La Eneida”, “La Odisea” o en los libros sagrados de la India antigua. (Brau 1970).

Las drogas mas usadas en Oriente y Occidente, en ésta época, son el opio, el alcohol, la belladona, el cáñamo, el beleño y la Lactuca sativa (tipo de lechuga) (Brau 1970). Por ejemplo, los griegos y los romanos empleaban el opio en la preparación de medicamentos.

Los egipcios utilizaban opio y varias bebidas fermentadas, como la cerveza. En la India se preparaba una bebida alcohólica llamada “soma”, con fines rituales. Los árabes fumaban el opio cuyo conocimiento heredaron de los egipcios.

Probablemente en la religión céltica, los druidas emplearon el beleño, planta con propiedades narcóticas para sus ofrendas y para la elaboración de filtros y bebidas sagradas. Los galos heredaron su conocimiento y utilizaron drogas vegetales incluyendo las alucinógenas tanto con fines medicinales como rituales.

También encontramos referencias en los escritos de los cronistas españoles que dan cuenta del uso ancestral de plantas tóxicas entre los nativos de América. En esta región se usaron los hongos alucinógenos, el peyote, el chamico, la maca, la forma de usar estas sustancias variaba de acuerdo a los lugares y a los fines, ya sean rituales o medicinales.

Cuando los españoles descubrieron América, se encontraron con grandes civilizaciones en las que se usaban plantas con sustancias tóxicas.

En las culturas pre-colombinas se empleaban hongos y cactus con finalidades estrictamente definidas, en una o dos ocasiones al año como es el caso de los yaquis de Sonora y los rarámuris de la Sierra Tarahumara (Chihuahua), o con fines adivinatorios o mágicos- culturales en Oaxaca y Michoacán.

En México y Estados Unidos, los indios masticaban el Peyotl para tener visiones. El peyote era masticado por los aztecas en sus fiestas religiosas (Freixa, Soler, 1981).

El imperio Inca fue el mas grande y poderoso de la Sudamérica prehispánica, la coca era utilizada para el culto religioso. Quizá el uso mas antiguo de la coca en América del Sur, es su empleo en prácticas espirituales y en rituales religiosos.

Desde épocas remotas las hojas de coca han sido utilizadas como parte importante de todas las prácticas ceremoniales y rituales y en el intercambio social. Posiblemente, de todas las sustancias o plantas empleadas en la época precolombina, la coca era la de mayor uso.

Así también, el tabaco fue utilizado por los aymaras y los quechuas antes de la llegada de los españoles.

Desde 1975, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública, han venido realizando mediciones epidemiológicas de tipo transversal; con muestras representativas de la población estudiantil de enseñanza media y media superior, con el fin de conocer las cifras de prevalencia y los subgrupos más afectados por el consumo de droga en esta población. Estas investigaciones se han efectuado con una misma metodología, utilizando técnicas de recolección y análisis uniformes, lo cual ha permitido tener un panorama epidemiológico adecuado de este fenómeno.

Los resultados en el estudio indican que la proporción de estudiantes que ha probado el alcohol y el tabaco ha aumentado significativamente.

Al comparar las cifras del consumo de marihuana, cocaína, inhalables y alucinógenos, se observó una tendencia al aumento en el número de los estudiantes que declararon haberlas consumido en el mes anterior a las encuestas. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el uso de la cocaína y de los inhalables. Un número más elevado de hombres que de mujeres ha experimentado con las 4 drogas investigadas.

En 1976, la droga preferida por los estudiantes era la marihuana, a partir de 1978 pasaron a ocupar ese lugar los inhalables, los cuales, se mantienen en la actualidad; pero han sido rebasados por otros como el crack es importante señalar que antes de 1980, los que usaban estas sustancias asistían a escuelas de nivel socioeconómico bajo, sin embargo, a partir de esta fecha el uso de inhalables se ha propagado a todos los niveles socioeconómicos.

Se ha observado un aumento importante en las cifras de estudiantes que han experimentado tanto con los inhalables como la marihuana.

Los resultados sobre la tendencia en el consumo de sustancias psicotrópicas entre los estudiantes, se ha distinguido por tener un patrón de consumo experimental.

El fenómeno se ha agravado, ya que ha aumentado el número de usuarios en los diferentes patrones de consumo y ha bajado el número de quienes consideran peligroso ingerir drogas, al darse una relación persistente entre estos aspectos, consideramos importante reforzar los programas preventivos existentes, e informar de manera mas adecuada a la población, sobre los efectos dañinos que genera el consumo de los estupefacientes.

La cocaína ocupa el cuarto lugar de empleo en todas las drogas investigadas. Sin embargo, como estimulante de inicio, ocupa el segundo lugar en los niveles socioeconómicos medio alto, y en el tercer lugar en el nivel socioeconómico bajo debido a su costo.

Hasta principios de la década de los años 70, el consumo de cocaína en México no era considerado un problema de salud pública importante, debido principalmente, a los bajos índices de prevalencia de consumo de esta droga (menores de 1%), según los informes de las encuestas efectuadas durante estos años en la población general de diferentes ciudades de la Republica Mexicana. Una situación similar se observaba entre la población estudiantil de enseñanza media y media superior. Para la década de los años 80, el consumo de esta droga se extendió gradualmente, rebasando geográficamente áreas tradicionalmente problemáticas y alcanzo también a ciertos grupos de la población considerados más vulnerables, como los jóvenes.

En 1990 el consumo se incrementó notablemente en la población del país, debido al mayor control de la zona fronteriza norte y de otras vías de acceso del narcotráfico, con lo cual esta droga se distribuyó en todo el país, dando por resultado mayor disponibilidad, mayor cantidad y precios bajos en el mercado.

Otra de las razones para la expansión y popularidad de la cocaína es el aumento de la permisividad hacia el uso de drogas, la asociación de este consumo con la adquisición de cierto estatus social, y la distribución de cocaína de menor pureza y menor precio,

así como la percepción por parte de los usuarios, de que si se usa moderadamente, no causa problemas importantes en el organismo.

Un factor que debe considerarse en el consumo de cocaína, es que puede experimentarse por diversas vías de administración y los diferentes medios determinan la intensidad y la velocidad del efecto que percibe el usuario, hecho que, a su vez, influye en la frecuencia con la que la toma y su tolerancia.

En México, aún se registra un bajo consumo de cocaína, en comparación con otros países. No obstante, en los últimos años ha aumentado mucho, tanto entre la población general, la estudiantil de enseñanza media y media superior, y la que acude a los servicios ambulatorios de tratamiento. También entre las poblaciones que acuden a las instituciones de atención a la salud y de procuración de justicia, pero sin llegar a la prevalencia de consumo “alguna vez en la vida” de la población abierta de 12 años en adelante, de otros países.

Las sustancias inhalables productos que mal empleados se convierten en drogas estos elementos ingresan al organismo de forma voluntaria a través de las vías respiratorias, pasando por los pulmones y circulan directamente al cerebro, donde ejercen su efecto devastador.

La drogadicción con inhalables ya alcanza el segundo lugar entre las adicciones a nivel nacional. Si bien en la mayoría provienen de las clases marginadas y media baja, por su bajo costo y fácil adquisición, se ha detectado que cada vez son más los consumidores de la clase media alta que por la crisis económica ya no pueden adquirir otro tipo de drogas, como la marihuana y la cocaína.

Los niños por su propia inocencia pueden acceder a probar las sustancias inhalables, pero también en muchas ocasiones, se aficionan a ellas simplemente por el olor que les parece agradable, le gusta, y, ya sea en casa o fuera de ella adquieren la costumbre de olerlas por periodos prolongados. En el caso de los adolescentes, la mayoría de las veces, se les invita como una de las pruebas de iniciación para ser aceptados en

grupos, desgraciadamente a esa edad son altamente vulnerables, por la crisis de identidad por la que atraviesan como resultado de sus cambios físicos, emocionales y psicológicos.

Según las estadísticas, se ha encontrado que los adictos a los inhalables son 98% varones y la mayoría, son chicos que han abandonado su casa o provienen de hogares desintegrados, con ausencia de uno o de ambos padres o que tienen graves conflictos entre ellos y para con sus hijos, asimismo pueden ser niños y adolescentes, víctimas de maltrato y violencia intra familiar. Un gran número de ellos son niños de la calle que se drogan para quitarse el hambre o el frío. También se han encontrado casos en los que madres en situaciones de extrema pobreza drogan a sus pequeños con inhalables para evitar que lloren de hambre.

Se ha reportado que los consumidores ahora adolescentes no alcanzarán los 25 años de edad, y que los niños adictos ni siquiera llegarán a la adolescencia. Sólo mediante una terapia y un proceso de rehabilitación especializado durante buen tiempo, serán capaces de salvar su vida.

Entre estas sustancias, la de uso mas común es el thinner, que es un desecho industrial compuesto por la mezcla de otros solventes, diversos componentes de uso industrial y doméstico, como pegamentos, aerosoles, lacas, barnices, pintura, otros solventes, tinta para zapatos, limpiadores de metales, quitamanchas, bencina, gasolina para encender, derivados del petróleo, lociones, naftalina y otros mas.

En forma general, la mayoría disuelven o desbaratan, y si se inhalan “desbaratan” al organismo, principalmente las neuronas. Después de 4 años de adicción continua, y con aumento progresivo de las dosis conforme lo demande el organismo, los daños son serios e irreversibles, y se puede

terminar estando locos, padeciendo delirio, ciego o muerto; entre los síntomas externos de quien se droga por inhalación están: pérdida del control de los sentidos, mal cálculo de las distancias y alturas, confusión mental, trastornos de la memoria, alucinaciones, mareos, lagrimeo, irritación de la conjuntiva (ojos rojos), diplopía (visión doble), irritación

de las mucosas nasales y bucales, irritación de la piel, náuseas, vómito, tos y taquicardia. Los daños internos han alcanzado rápidamente al cerebro deprimiendo al sistema nervioso central, con lo que se atrofian los movimientos y el nivel de conciencia.

En una primera etapa, estas drogas alteran además del nivel de conciencia, las funciones digestivas, al riñón, oído e hígado, también al sistema cardiovascular.

Se destruyen las células de las defensas del organismo a nivel de médula ósea, de ganglios linfáticos y son mas susceptibles de adquirir el SIDA.

En las mujeres les produce abortos espontáneos e hijos adictos y con alteraciones.

Un dato mas que se ha encontrado es, que en algunos casos, los jóvenes se transforman en homosexuales porque se destruyen las gónadas y las células intersticiales del testículo, que producen la testosterona. Los padres deben de advertir a sus hijos del peligro que representa “probar” este y otro tipo de drogas mediante una comunicación clara, sin amenazas ni discursos, brindarles apoyo, cariño y hacerles sentir lo que valen. De igual forma, están atentos a cualquier cambio notorio y persistente de su conducta personal y social, para poder detectar a tiempo cualquier problema de adicciones y atenderlos antes de que el daño físico y mental sea irreversible.

En nuestro país aún es incipiente la investigación acerca de los efectos del uso de sustancias a la salud materno-infantil y la notablemente menor, consecuencia en el uso de los inhalables.

2.1 COMISIÓN CONTRA LAS ADICCIONES “Que todos seamos uno”

“La casa nace para dar una respuesta a la epidemia tan devastadora del uso del alcohol y drogas en cualquier persona.

Niños, jóvenes y personas de todas las edades, van perdiendo su dignidad, sus familias, su escuela y se destruye al ser humano.

El padre Valentin creyó necesario dar una respuesta concreta a la enfermedad de la adicción al alcohol y las drogas.

Por eso surge el 5 de Abril de 1988, en la comunidad de Villas de Folimpa la Comisión contra las adicciones.

Era una pequeña casa con:

7 personas

6 jóvenes

Y el padre Valentín.

No había muebles ni absolutamente nada. La gente dormía en el suelo, no había camas ni mesas. La parroquia de la Conchita Texcoco, nos apoyó prestándonos sillas y ayudándonos a equipar con lo básico la casa.

Fue sorprendente el ver que para el 24 de Junio éramos 36 personas, el obispo de la Diócesis de Texcoco, Don Carlos Aguilar Retes, prestó la casa donde actualmente estamos.

En Noviembre de 1999, nos vimos en la necesidad de abrir una casa especialmente para niños de 5 años en adelante pues teníamos 25. El mas grande de 15 años y el pequeño de 5, Arturo.

En 2001, se abre la casa para mujeres, pues la población cada vez es mayor y hasta el momento la casa alberga tanto a mujeres como a hombres. En ese entonces la mujer mas joven era Martha, niña de 12 años e Iraís de 13 y la mayoría de 13 en adelante. La

mayor de ellas era una mujer de 72 años. Todas ellas estaban a cargo de Lidia, la 1er. mujer que llegó a la casa.

En “Que todos seamos uno”, cuentas con un equipo multiprofesional, con el que puedes compartir sentimientos e inquietudes, así como personas que han vivido experiencias similares.

La experiencia grupal de “Que todos seamos uno” aunadas al programa de rehabilitación e introducción de juntas de autoayuda de alcohólicos anónimos, da por resultado el que aprendas a compartir tus sentimientos y asumas las responsabilidades de tu rehabilitación y la de tus compañeros.

De esta forma al despedirte de “Que todos seamos uno”, lo harás con dignidad, cariño y respeto hacia ti mismo y hacia todos los que te rodean”.

2.2 SAN JOSÉ TEXOPA.

Tiene su origen en el año de 1609, según consta en el más antiguo documento gráfico, mismo que consiste en una pintura al óleo, descriptiva ésta de su entorno geográfico y que en concordancia con éste, delimita las

tierras del pueblo de Texopa habiéndose entregado tal territorio al encomendero Don Fernández Yipochtli Flores.

Posteriormente y casi como en todos los poblados, se inició la construcción de la iglesia en torno a la cual se edifican las primeras casas de sus habitantes.

La Antigua de San José Texopa, destacada entre sus añejas y nuevas construcciones, siendo este un bello templo terminado en el año de 1643, con el típico arte barroco texcocano; posee del lado izquierdo un arco característico de su estructura y terminado en el año de 1743, asimismo su torre del campanario, situada a su extremo izquierdo

lucen aún las inscripciones antiguas y dentro de éstas apunta la reparación de que fue objeto, en los meses de abril y mayo de 1896 siendo regidor Don Francisco Rosario.

Es San José Texopa, un poblado cuyas actividades económicas iniciales fueron la agricultura y pastoreo, llegando posteriormente las actividades de alfarería, mismas que son ahora su primordial fuente laboral y las que distinguen a este poblado dentro del Estado, del país y del extranjero.

Hacia los años cincuenta en Texcoco existía un taller de alfarería en barro propiedad del señor José Feher de nacionalidad Húngara, taller en donde los hermanos Marciano, Juan, Silverio y Abundio Hernández Gutiérrez, así como vecinos más de esta comunidad de San José Texopa, asistieron para desempeñarse como trabajadores del mismo y donde obtuvieron los conocimientos primordiales para ser magníficos ejecutores de la reproducción de figuras prehispánicas en barro.

Posteriormente en el año de 1958, se inicia la cerámica prehispánica traída por los hermanos Hernández Gutiérrez, quienes instalaron el primer taller de

de reproducción de figuras prehispánicas de barro utilizando la razón social "Cerámica Azteca". Para 1959 se conforma una asociación de artesanos con lo que se logra integrar el segundo taller de artesanía en barro de esta población, llamada "Cerámica Histórica". En los años sesentas se conforma el tercer taller denominado "Cerámica Tizoc".

En la actualidad y gracias a la difusión interna de la artesanía traída a este poblado desde los años cincuenta, contamos con un número aproximado de 50 talleres dedicados en su mayoría no solo a la reproducción de figuras prehispánicas de barro, sino también a la elaboración de otros artículos del mismo material.

Es menester hacer notar que el trabajo artesanal en barro de esta comunidad está ampliamente reconocido y apreciado a nivel nacional y en el extranjero, ya que las

manos de nuestros artesanos han logrado llevar a muchos rincones de nuestro país y del mundo, productos que enorgullecen a San José Texopa y patentizan la calidad del trabajo hecho en México.

Cabe destacar que se efectúa una feria artesanal cada año la cual dio inicio en 1998, en la tercera semana del mes de marzo, con una duración de una semana.

Los límites territoriales de San José Texopa se encuentran de la siguiente manera:

Al norte con los pueblos de San Simón y Resurrección.

Al sur con barrio Los Reyes.

Al oriente con el barrio Pentecostés.

Al oriente con Ejidos el Mecatillo.

Los límites de la casa “Que todos seamos uno” son:

Al norte con la calle Silverio Pérez.

Al sur con la calle San José

Al oriente con la calle Juárez

Al poniente con la calle Miguel Hidalgo.

San José Texopa es comandada por los primero, segundo y tercer delegados comunitarios elegidos por el pueblo. Las fiestas están organizadas por fiscales, también nombrados por el pueblo.

3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1 CONCEPTOS

3.2 HIGIENE BUCODENTAL

La placa dentobacteriana constituye un factor causal importante de las dos enfermedades más frecuentes que son la caries y las periodontopatías.

Su principal propósito consiste en evitar la enfermedad dental mediante la disminución de las acumulaciones de placa y la facilitación de la circulación en tejido blando.

Es fundamental eliminar la placa a través de los siguientes métodos:

1. Cepillado de dientes, encía y lengua.
2. Uso de medios auxiliares como son: hilo dental, cepillos interdentes, palillos, hilo dental e irrigador bucal.
3. Pasta dental.
4. Clorhexidina.

3.3 CEPILLADO DENTAL

El cepillado dental permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos.

1. Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
2. Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
3. Estimular los tejidos gingivales.
4. Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta.

El cepillo está compuesto por tres partes que son: mango, cabeza y cerdas. La cabeza es el segmento donde se fijan las cerdas agrupadas en penachos y se unen al mango por medio del talón. Las cerdas son de nylon, y miden de 10 a 12 mm de largo y sus

partes libres o puntas tienen diferentes grados de redondez, aunque se expanden por el uso.

De acuerdo al tamaño los cepillos son grandes, medianos o chicos. Por su perfil pueden ser planos, cóncavos y convexos. Y según la dureza de las cerdas se clasifican en suaves, medianos y duros.

Las técnicas de cepillado son diversas y algunas reciben el nombre de su creador y otras, del tipo de movimiento que realizan.

TÉCNICA CIRCULAR O ROTACIONAL

El dedo pulgar se apoya en la superficie del mango y cerca de la cabeza del cepillo. Las cerdas del cepillo se colocan en dirección apical con sus costados apoyados contra la encía.

Así, el cepillo se gira con lentitud como si se barriera con una escoba, las cerdas pasan por la encía, siguen por la corona y se dirigen hacia la superficie oclusal, siendo necesario cuidar que abarquen los espacios interproximales.

En las superficies linguales de los dientes anteriores, el cepillo se toma de manera vertical. Las superficies oclusales se cepillan con un movimiento de vaivén hacia atrás y hacia delante o con golpeteo.

TÉCNICA DE BASS

Se utiliza en pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz y se coloca de tal manera, que sus cerdas apunten hacia arriba en el maxilar superior y hacia abajo en la mandíbula, formando un ángulo de 45° en relación con el eje longitudinal de los dientes, para que las cerdas

penetren con suavidad en el surco gingival. Asimismo se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10 a 15 segundos por área, si al cabo de estos movimientos el cepillo se desliza en dirección oclusal, para limpiar las caras vestibulares o linguales, se denomina Bass modificado.

El mango del cepillo se mantiene horizontal en el aseo de las superficies vestibulares de todos los dientes y las linguales de los premolares y molares, pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las superficies linguales de los incisivos superiores e inferiores.

Las caras oclusales se cepillan haciendo ligera presión en surcos y fisuras y haciendo movimientos cortos anteroposteriores.

TÉCNICA DE CHARTERS

Es de gran utilidad para asear las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45° y apuntando hacia oclusal, realizando movimientos vibratorios en los espacios interproximales.

En las superficies oclusales, se presionan las cerdas en surcos y fisuras realizando movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas.

El cepillo se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores.

También se utiliza esta técnica alrededor de aparatos ortodónticos y cuando esta desapareciendo el tejido interproximal, no se recomienda cuando están presentes las papilas.

TÉCNICA DE STILLMAN

Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45° dirigidas hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansa en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.

CEPILLADO DE LA LENGUA

Consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible, sin ocasionar náuseas, y con las cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango barriendo hacia adelante, el movimiento se repite de 6 a 8 veces en esa área.

El uso de dentífricos lleva a obtener mejores resultados.

3.4 HILO DENTAL

El hilo dental es eficaz para remover la placa y los dentritos, cuando la papila interdental llena la abertura del espacio interdental.

Es un hilo especial, de seda formando por varios filamentos, los cuales se separan al contacto de la superficie del diente. Tiene diversas presentaciones, entre ellas, hilo cinta, con cera, sin cera, con fluoruro y con sabor a menta. Su indicación depende de las características de cada persona, por ejemplo, si existe espacio estrecho entre los dientes, es preferible usar el hilo; pero si es suficiente resulta conveniente utilizar el hilo tipo “floss”, el cual posee una zona central distensible con varias fibrillas.

Para usar el hilo dental se extraen del rollo, 60cm aproximadamente y este fragmento se enrolla alrededor del dedo medio de una mano, dejando suficiente hilo para sostenerlo de manera firme con el dedo medio de la otra mano. Conforme se va utilizando, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un

segmento nuevo en cada espacio interdental. Es necesario dejar entre ambas manos un tramo de 7 a 8cm de hilo y mantenerlo tenso para controlar los movimientos.

El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival. Se rodea el diente hacia la cara oclusal con movimientos de sierra o

de vaivén en sentido vestibulolingual. A continuación se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción de hilo. Es importante mantener tenso el hilo entre los dedos. En los dientes superiores el hilo se guía con los dos pulgares, o con un pulgar y el índice, y en los dientes inferiores con los dos índices.

3.5 COLUTORIOS O ENJUAGUES BUCALES

La clorhexidina es el agente químico mas eficaz para combatir la placa dentobacteriana. Se une a las bacterias de dicha placa, al esmalte del diente y a la película adquirida, alterando el citoplasma bacteriano.

Se fija a la mucosa oral debido a su fuerte carga positiva para liberarse poco a poco en el transcurso de las siguientes 8 a 12hrs; esta propiedad se denomina sustantividad.

El digluconato de clorhexidina en solución alcohólica al 0.12% se utiliza en colutorio o enjuagatorio durante 30 a 60 segundos, inmediatamente después de la limpieza bucal.

El paciente debe saber que no debe deglutir la solución, ni consumir líquidos o alimentos durante 30 minutos siguientes, para lograr su máxima eficacia.

Los efectos colaterales son: irritación de mucosas, incluso con descamación; cambios en el sentido del gusto y tinción de dientes y lengua en personas que ingieren café, té o

vino tinto. Por lo tanto sólo debe indicarse a pacientes con enfermedad periodontal, con tratamientos ortodónticos, con antecedentes

recientes de tratamiento quirúrgico bucal o incapacitados para seguir una higiene bucal adecuada

3.6 PREVENCIÓN.

Las medidas mas importantes en relación con las adicciones son las de prevención, es decir, aquellas que tienden a evitar que el consumo de las drogas se produzca.

Las adicciones no solo afectan a los jóvenes y a la clase socioeconómica baja, sino que registran un incremento en las clases media y alta, así como entre los adultos.

La prevención de las adicciones debe contemplar tanto las causas individuales como las sociales, que propician este consumo.

Una de las herramientas mas poderosas en la lucha contra las adicciones es la educación para la salud y la creación de alternativas al uso de drogas.

La función de los servicios de salud en la prevención del abuso de drogas, debe considerarse en tres niveles.

LEAVEL Y CLARK

3.6.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

Tiene el propósito de mantener y promover la salud, así como de evitar la aparición de la enfermedad. Incluye la promoción de la salud y la protección específica.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. Educación para la salud.
2. Buenos niveles de alimentación, ajustados a las diferentes fases de desarrollo.
3. Atención al desarrollo de la personalidad, (higiene mental).
4. Provisión de condiciones adecuadas de casa, recreación y condiciones de trabajo.
5. Educación sexual, y para el matrimonio.
6. Consejo genético.
7. Exámenes selectivos periódicos.

La educación para la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió como:

“El conocimiento y el interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto de la salud, así como los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella”.

La educación para la salud debe darse en dos niveles: para quienes carecen de los conocimientos adecuados para mantenerlas y para promoverlas, y para quienes cuentan con los conocimientos pero no los practican. Así, la educación para la salud

debe de empezar con el fomento de hábitos (educación informal), desde que el niño nace y debe continuar en la escuela. (educación formal).

PROTECCIÓN ESPECÍFICA

Estas medidas protegen contra alguna enfermedad en especial:

1. Uso de inmunizaciones específicas. Si se desea prevenir la hepatitis B, el individuo debe vacunarse contra ese padecimiento. Para protegerse contra el tétanos, el niño recibe la vacuna DTP (difteria, tosferina y tétanos).
2. Atención a la higiene personal. Incluye aspectos como el aseo de la piel, el uso de ropa y zapatos adecuados, la postura, el sueño y la higiene de la boca y órganos de los sentidos; entre otros.
3. Saneamiento ambiental.
4. Protección contra riesgos ocupacionales.
5. Uso de nutrimentos específicos.
6. Protección contra accidentes.
7. protección contra carcinógenos
8. Protección contra alérgicos.

3.6.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

Se aplica cuando el individuo enferma e incluye:

1. Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Tiene como objetivos detener el proceso de enfermedad para que no avance, prevenir la difusión de enfermedades transmisibles así como, las complicaciones y secuelas y acortar el periodo de incapacidad consistentes en:

- A) Medidas para encontrar casos individuales y de masa.
- B) Pruebas selectivas.
- C) Encuestas de selección de casos.

2. Limitación de la incapacidad:

- A) Es necesario proporcionar tratamientos adecuados para detener la enfermedad y prevenir futuras complicaciones y secuelas.
- B) Provisión de facilidades con el fin de limitar la incapacidad y prevenir la muerte

3.6.3 PREVENCIÓN TERCIARIA

Consiste en la rehabilitación e incluye:

1. Provisión de facilidades hospitalarias y comunitarias para adiestrar y educar con el fin de usar al máximo las capacidades remanentes.
2. Educación del público y la industria para emplear al rehabilitado.
3. Proporcionar trabajo como terapia en los hospitales.
4. Ubicación selectiva.

4. FÁRMACODEPENDENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se utilice este término en vez de otros nombres que han estado en boga, como toxicomanía y drogadicción. La OMS ofrece la siguiente definición que es la que se acepta en casi todos los países. Fármacodependencia: “es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción de un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación”.

DROGA.

Para la OMS, droga es toda sustancia química que, introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto posee la propiedad de modificar las condiciones físicas y/o químicas de éste. A las drogas también se les llaman fármacos.

DEPENDENCIA.

Es aquella situación en la que un sujeto necesita recurrir al producto químico con regularidad, para superar los obstáculos que se le imponen en su vida.

DEPENDENCIA PSÍQUICA.

Es cuando la necesidad de la droga produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración periódica o continua de esa droga, con el fin de obtener placer o de evitar un malestar.

DEPENDENCIA FÍSICA.

Es un estado de adaptación que se manifiesta en intensos trastornos físicos cuando se suspende la administración de la droga.

ABSTINENCIA.

Son los malestares físicos que se presentan por la supresión de la droga que están integrados por una serie de síntomas y signos, de naturaleza física y psíquica, que varían según la droga.

FARMACODEPENDIENTE

Se ajusta a un pequeño núcleo de personas entre los muchos que consumen las drogas y que poseen una serie de características tales como la dependencia física y/o psíquica, tolerancia a las drogas, síndrome de abstinencia, etcétera.

TOLERANCIA.

Es el estado de adaptación orgánica a través del cual, ante la misma cantidad de droga, se presenta una respuesta del organismo cada vez menor. Esto

tiene como consecuencia la necesidad del sujeto de consumir una dosis mayor del fármaco para provocar el mismo efecto.

TOLERANCIA CRUZADA.

Este es un fenómeno que aparece en algunos sujetos en quienes al tomar la droga aparece no solo la tolerancia para esa droga, sino que para otras de la misma familia o de otro tipo.

De aquí el peligro de la mezcla de ciertas drogas, como el alcohol y los barbitúricos, que juntos potencian sus efectos y pueden ser incluso mortales.

4.1 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS.

- A) ESTIMULANTES
 - a) ANFETAMINAS
 - b) COCAÍNA

- B) ALUCINÓGENOS
 - a) MARIHUANA
 - b) LSD, MEZCALINA Y PSICOBALAMINA

- C) DEPRESORES
 - a) ALCOHOL
 - b) BARBITÚRICOS
 - c) TRANQUILIZANTES MENORES
 - d) ANALGÉSICOS NARCÓTICOS: OPIO, MORFINA Y CODEÍNA
 - e) INHALABLES

A. ESTIMULANTES.

- a) ANFETAMINAS.

Pertencen al grupo de los estimulantes del sistema nervioso. Por lo tanto, aceleran la actividad mental y producen estados de excitación.

Además, reducen el apetito. Por ello las anfetaminas se usan a veces como medicamentos para tratar la obesidad y en algunos casos de depresión mental menor.

Existen tres tipos de anfetaminas con diferentes aspectos:

El primero es la anfetamina; cuyo nombre comercial más conocido es Benzedrina.

El segundo tipo se conoce como dextro anfetamina, y su nombre comercial es Dexedrina.

El tercer tipo es el de la metilanfetamina, la que se fabrica tanto en ampollitas para administración inyectable y como tabletas.

b) COCAÍNA.

Es una droga alcaloide extraída de las hojas del árbol de la coca. Es estimulante del sistema nervioso central que provoca euforia (sensación de sentirse bien).

El crack es una droga poderosa. Es una forma de cocaína mas barata y muy disponible que se presenta en pequeños trozos con apariencia de jabón y se conoce vulgarmente como perica o farlopa

La cocaína se puede aspirar, inyectar o fumar.

El crack es el resultado de calentar la cocaína con levadura en polvo.

Generalmente se fuma en pipa de agua y es la forma de cocaína que causa mas adicción.

El uso repetitivo de grandes dosis de cocaína produce una psicosis paranoide, una característica de esta psicosis son las alucinaciones como: hormigas, insectos o serpientes que corren por encima de la piel.

La falta de cocaína se caracteriza por una gran depresión para la que la propia cocaína, parece ser el único remedio.

B. ALUCINÓGENOS.

a) MARIHUANA.

Proviene de una planta llamada Cannabis sativa, es una droga que se prepara con las hojas secas y la parte superior de las flores de esta planta, que contienen varios componentes químicos conocidos como canabinoicos.

Generalmente la marihuana se fuma, pero también se puede tomar por vía oral en las comidas o en las bebidas. Se ha demostrado que provoca enfermedades en los pulmones y en el corazón. El humo contiene gases químicos y venenosos que provocan cáncer. También puede destruir tejidos pulmonares y disminuir el sistema inmunológico del organismo destruyendo los glóbulos blancos.

Sin lugar a dudas es una de la drogas que mas se consume en México.

b) LSD, MEZCALINA Y PSICOBALAMINA

Estas drogas generalmente se toman por vía oral. La tolerancia a ellas se crea rápida y significativamente. Sus efectos varían desde algunos minutos hasta varias horas. Los efectos, favorables y desfavorables, son principalmente psicológicos.

Con frecuencia, su utilización se considera un fenómeno místico o religioso que acerca a las personas, a los dioses y a la naturaleza.

Alucinógenos naturales. Las setas crecen por todo el mundo y algunas contienen sustancias alucinógenas, esta sustancia química es llamada psicobalamina. Se consumen por vía oral, en cápsulas o en tabletas.

Provoca sensación de estar en lugares que no son normales. Con frecuencia se producen alucinaciones, se tiene la sensación de ligereza y mucha relajación. También causa diarrea y retorcionas, así como escenas retrospectivas. El efecto comienza

aproximadamente a los 15 minutos después de su ingestión y puede durar hasta nueve horas.

El peyote es un cactus pequeño sin espinas con una parte central o botón y una raíz en forma de zanahoria.

Crece en los desiertos de México y en el sudoeste de los Estados Unidos, contiene una sustancia llamada mezcalina. Esa parte central se corta en rodajas y se saca para formar un botón mezcal que se mantiene en la boca hasta que se ablanda y luego se traga o se utiliza para hacer té.

Alucinógenos sintéticos. El LSD o dietilamida del ácido lisérgico, se conoce como ácido.

Es una de las drogas sintéticas más poderosas. Es cien veces más fuertes que la psilocibina y más de cuatrocientas veces más fuerte que la mezcalina.

El LSD afecta las funciones del cerebro y empieza de veinte a treinta minutos después de su ingestión y puede durar hasta doce horas.

Los efectos del LSD son similares a los que producen los alucinógenos naturales descritos anteriormente pero más intensos.

El consumidor puede tender a realizar acciones sobrehumanas y sentirse sin control alguno. Las escenas retrospectivas pueden durar muchos años, aunque no se vuelva a consumir esta droga.

Los efectos físicos son: sudores, pérdida de apetito, insomnio, boca seca y temblores. Puede aumentar el latido cardíaco, la temperatura y la presión sanguínea.

La fenclidina se conoce a menudo como: "polvo de ángel", es uno de los alucinógenos más peligrosos y provoca farmacodependencia.

Sus efectos físicos son: confusión, alucinaciones, ansiedad, ataques e incluso daños en el cerebro. Es un polvo cristalino, puro y blanco, generalmente se espolvorea o rocía sobre la marihuana, el tabaco o perejil triturado y se fuma.

Sus efectos comienzan de dos a cinco minutos de haberla consumido y pueden durar hasta seis horas.

C. DEPRESORES.

a) ALCOHOL.

El alcohol es una droga. En realidad es la droga que mas se consume en el mundo, incluido México. El hecho de que el consumo de alcohol esté permitido en la mayoría de los países, explica en parte que el alcoholismo constituya actualmente el problema de fármacodependencia más generalizado.

El alcohol es un fármaco depresor. Como tal, inhibe y retarda las acciones del sistema nervioso central.

Las características de una persona que ha consumido alcohol son: náuseas, vómito, incoordinación, dificultad para hablar, labilidad emocional, perdida de las inhibiciones, agresividad y aliento alcohólico.

b) BARBITÚRICOS.

Pertencen al grupo de medicamentos usados popularmente como las pastillas para dormir. Se trata de sustancias cuya acción principal es la deprimir las funciones del sistema nervioso central. Los barbitúricos se producen en forma sintética.

A dosis bajas pueden hacer que el usuario parezca relajado y de buen humor, aunque muy lento para reaccionar. A dosis elevadas los barbitúricos dan lugar a dificultades en el habla, también pérdida de equilibrio, caídas, facilidad para reír o para llorar y agresividad, todo ello seguido por un sueño profundo. En ocasiones el usuario despierta con sensación de cruda. En casos extremos, los barbitúricos pueden provocar pérdida de la conciencia.

c) TRANQUILIZANTES MENORES.

Son drogas depresoras cuyo uso como medicamentos se ha ido extendiendo. Grandes cantidades de tranquilizantes son prescritas cada año por los médicos, en México su utilización requiere receta medica.

Se usan para calmar y para reducir estados transitorios de ansiedad sin provocar sueño en el paciente. En ocasiones se usan también como relajantes musculares y como anticonvulsivos.

Sus efectos en grandes dosis son muy parecidos a los de los barbitúricos.

d) ANALGÉSICOS NARCÓTICOS: OPIO, MORFINA, HEROÍNA Y CODEÍNA.

El opio, la morfina, la heroína y la codeína son las drogas mas importantes del grupo conocido como estupefacientes.

Los estupefacientes son poderosos depresores del sistema nervioso.

El mas usado es la heroína. La inhalación debe sospecharse cuando se encuentren cerillos quemados junto con papel de aluminio, que haya sido expuesto a una flama, sobre todo, si presenta rastros de un polvo blanco café en el lado opuesto.

La inyección de heroína se sospecha cuando se encuentra una jeringa o un equivalente a una hecha en casa (como un gotero con una aguja), además de una cuchara con el mango doblado y una liga para torniquete.

La práctica de fumar opio, muy rara en México, debe sospecharse ante la presencia de una pipa con una pequeña cavidad en un extremo, una lámpara para calentar el opio, una aguja y limpiadores de pipas.

El abuso de la codeína se sospecha al encontrar una exagerada cantidad de botellas vacías, de jarabe para la tos producido a base de esta droga.

En general, el abuso de estas drogas hace que el usuario se vea somnoliento, apático, con un escaso interés en lo que ocurre a su alrededor y con poca capacidad para concentrarse o comunicarse. Él puede sentarse y mirar extraviadamente hacia el

espacio. Sus ojos pueden aparecer pálidos y verse las pupilas muy pequeñas, como puntos. En ocasiones, se produce primero euforia y una sensación de desconexión con respecto al dolor y a las preocupaciones sociales. El hambre, la ansiedad y los deseos sexuales disminuyen.

Pueden usar anteojos para ocultar sus pupilas y camisas de manga larga a fin de cubrir las huellas de las inyecciones. A veces las mangas están manchadas de sangre.

Las drogas denominadas narcóticos incluyen algunas de las más peligrosas, con más adicción y más abuso en la sociedad moderna.

Los derivados más conocidos incluyen el opio, la morfina, la codeína y la heroína. Los tres primeros aparecen de forma natural en la adormidera, mientras que el último, la heroína está hecha de morfina acetilada.

El abuso de los narcóticos. Se centra en sus efectos, que proporcionan un placer instantáneo.

Su principal efecto es deprimir las funciones del sistema nervioso central disminuyendo la transmisión de signos de dolor al cerebro, el control involuntario de los músculos del sistema motor y la coordinación. Una sobredosis ocasiona confusión, delirio, pérdida de fluidez verbal, estado de coma y muerte.

e) INHALABLES.

Forman un grupo especial de depresores del sistema nervioso, constituido por una serie de sustancias diversas, caracterizado todo por tratarse de gas, líquidos volátiles y aerosoles, que al ser inhalados y absorbidos por vía pulmonar, producen alteraciones de la conciencia, de la percepción, de la cognición y debido a la intoxicación primero y después del daño cerebral, son causa de problemas conductuales.

La mayor parte de los inhaladores son niños y jóvenes, generalmente de escasos recursos.

Los inhalables producen marcada dependencia psíquica, poca dependencia física y una gran tolerancia. Los efectos posteriores a una intoxicación son náusea, depresión, insomnio y pérdida del apetito.

A la vez son las sustancias que mayor daño cerebral producen, así como, el mas agudo deterioro orgánico global, conductual y social.

Las principales sustancias inhalables utilizadas como droga son:

Alcoholes: no son de fácil eliminación pulmonar y se eliminan principalmente por riñón.

Metanol: puede provocar problemas en la retina lesionando en forma permanente las células.

Isopropanol: al aspirarse en altas dosis puede provocar narcosis y muerte.

Cetonas: irritan ojos, nariz y mucosas.

Acetona: provoca dermatitis con facilidad, mareos e irritación de membranas y mucosas, lagrimeo y salivación. Su efecto es muy tóxico para el sistema nervioso central.

Benceno: llega a la sangre el 50%. El cerebro acumula el benceno provocando excitación, mareo, fatiga, vértigo, disnea (respiración rápida y superficial) y pérdida del equilibrio, puede provocar alteraciones en el miocardio, lo que provoca arritmias del ventrículo y puede llevar a la muerte.

Tolueno: provoca depresión del sistema nervioso, puede llevar hasta la narcosis, disminución de la actividad psicomotriz con fatiga y pérdida de la conciencia. Se ha observado daño al hígado y riñón de los usuarios, así como ,disfunción cerebral a mediano y largo plazo.

Xileno: produce gran irritación de ojos, nariz y faringe; a nivel pulmonar, edema y hemorragia.

Hidrocarburos Alifáticos: inicialmente provocan mareos y confusión, puede llevar a la pérdida de la conciencia, si se les inhala, en casos extremos, llevan a la depresión respiratoria.

Gasolina: su inhalación puede producir irritación de las membranas y narcosis. Su abuso ocasiona degeneración neuronal motora con trastornos musculares, provoca perturbación crónicas en el sistema de formación de la sangre, aumentando la incidencia de leucemia. El plomo puede provocar trastornos permanentes en el cerebro y narcosis.

Nitritos Alifáticos: los utiliza mucho la población homosexual durante el acto sexual, ya que a través de su consumo, suponen alargar la duración del clímax. Son considerados los inhalables de los ricos, ya que existen varias presentaciones, y como droga callejeras son muy comunes los popper's, comienza a manifestarse como mareo, dolor de cabeza y taquicardia, contradicciones de consumo en personas que tengan problemas cardiovasculares.

Aerosoles: puede incluir calambres musculares, parálisis y síntomas gastrointestinales, también fibrilación auricular, la cual provoca contracciones rápidas e inadecuadas del músculo cardíaco que pueden provocar la muerte.

De muy poco serviría aprender a identificar las drogas y sus usuarios si no tuviéramos la capacidad de realizar acciones positivas para ayudar al fármacodependiente.

El primer grupo de usuarios es el de los experimentadores.

El segundo es el de los usuarios sociales u ocasionales.

El tercero se refiere al de los fármacodependientes funcionales y

El cuarto grupo corresponde a los fármacodependientes disfuncionales.

Los experimentadores son usuarios que toman droga por simple curiosidad. En tanto, los usuarios sociales u ocasionales consumen drogas sólo cuando están en un grupo, el consumo de droga tiene en ellos la finalidad de pertenecer a un conglomerado, de rebelarse contra los valores sociales establecidos, de resolver conflictos pasajeros de la adolescencia o simplemente de seguir una moda.

Los fármacodependientes funcionales son aquellos que necesitan tomar drogas para desempeñarse en la sociedad. Se trata de personas que han desarrollado una dependencia tal a una droga que no pueden realizar ninguna actividad si no la consumen. Sin embargo, a pesar de su dependencia siguen moviéndose dentro de la sociedad, y solo presentan trastornos cuando no pueden consumir la droga.

Los fármacodependientes disfuncionales son personas que han dejado de actuar en la sociedad, toda su vida gira en torno a las drogas y su actividad entera la dedican a conseguirlas y consumirlas

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es necesario conocer acerca de las adicciones para poder comprender y ayudar a las personas que pasan por esta situación y también las causas y drogas que consumen, para así poder sugerir un programa de prevención con base en la salud bucodental.



6. JUSTIFICACIÓN

La presente tesina surge de la inquietud de conocer acerca de la farmacodependencia de las personas, y las consecuencias que diferentes drogas ocasionan en el organismo, así como saber si tienen algún cuidado en cuanto a su higiene bucal.

En la actualidad el consumo de distintas sustancias está presente en la mayoría de los grupos sociales, tanto en la capital como en los estados de la república.

Se escogió a la casa hogar "Que todos seamos uno" porque es un lugar donde se atiende de este problema a 160 personas que tiene desde 8 a 60 años de edad.

7.OBJETIVOS

7.1 OBJETIVOS GENERALES

Determinar las causas que indujeron a los asistentes de este centro a consumir drogas y conocer las posibles prácticas de higiene bucodental que realizan.



7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la frecuencia, cantidad y tiempo del consumo de drogas.

Determinar las prácticas de salud bucodental.

Conocer los aspectos sociodemográficos de las personas que acuden a la comisión contra adicciones.

8. METODOLOGÍA

8.1 MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó el estudio en personas drogadictas del sexo masculino que se encuentran recluidas en el centro contra adicciones, "Que todos seamos uno", en San José Texopa Edo. de México.

La población de este centro es de 180 personas y a 100 de ellos se les aplicó un cuestionario y se les realizó una profilaxis.

8.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La muestra se realizó a 100 personas que se encuentran en la comisión contra adicciones "Que todos seamos uno", entre 14 y 60 años de edad.

La que comprende el 55.5% de un universo de estudio de 180 individuos..



8.3 TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo y transversal.

8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN

1. Personas de 8 a 60 años, drogadictos que se encuentran en la comisión contra adicciones, "Que todos seamos uno", San José Texopa. Edo de México.
2. Personas que quisieron participar en el estudio.

EXCLUSIÓN

1. Jóvenes menores de 7 años, adultos mayores de 60 años.
2. Farmacodependientes ambulatorios.
3. Personas que no quisieron participar en el estudio.

8.5 VARIABLES DE ESTUDIO

Sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, dependencia económica, frecuencia y tiempo de consumo, tratamiento, permanencia en la casa hogar, prácticas de higiene bucal.



8.6 RECURSOS

8.6.1 HUMANOS

- 100 encuestados.
- 1 encuestador tesista
- 1 director de tesina
- 1 asesora de tesina
- 1 director de la casa hogar.

8.6.2 MATERIALES

- 100 cuestionarios
- 50 plumas
- 20 lápices
- 100 cepillos profilácticos
- 2 botes de pasta profiláctica
- 2 paquetes de algodón
- 1 motor de baja velocidad
- 25 juegos de 1x4
- Cepillo para lavar instrumental
- 5 garrafrones de benzal
- 15 godetes de plástico
- 5 mantequilleras
- Jabón en polvo
- 100 pares de guantes
- Computadora e impresora.
- 2 cámaras digitales.



8.6.3 RECURSOS FÍSICOS

Instalaciones de la "Comisión contra las adicciones", "Que todos seamos uno", San José Texopa. Edo de México; Bibliotecas, automóvil.

9. CONCLUSIONES

Después de haber analizado por medio de un cuestionario los distintos factores que llevaron a las personas que se encuentran en la casa "Que todos seamos uno" a consumir la droga, llegamos a la conclusión que el principal motivo por el cual se drogan son los problemas familiares, así como la falta de información en cuanto al consumo y consecuencias. El 50 por ciento de la población encuestada son estudiantes y más de la mitad de la población empezó a consumir droga entre los 15 y 18 años de edad. Sin embargo, de todas las personas estudiadas más del 90 por ciento afirmaron que es malo drogarse por lo cual han buscado como medio para su rehabilitación la casa hogar ya mencionada.

Así mismo, más de la mitad de estas personas, están conscientes del daño que les causa el consumo de las drogas a nivel bucal, a pesar de esto, al realizarles una revisión y profilaxis bucal observamos que la mayoría se encuentra sin alteraciones de tejidos blandos ya que tienen buenos hábitos de limpieza.

Sólo el 18 por ciento de un universo de estudio de 100 personas todas del sexo masculino presentaron alteraciones como gingivitis, periodontitis, dos personas con glositis, una con quelosis angular y una más con posible V.I.H.

La estancia de estas personas en la casa "Que todos seamos uno" es de 56 días en los cuales reciben terapia, se les enseñan hábitos de aseo personal y realizan actividades que van desde la elaboración de pan y tortillas para el



8.6.3 RECURSOS FÍSICOS

Instalaciones de la "Comisión contra las adicciones", "Que todos seamos uno", San José Texopa. Edo de México; Bibliotecas, automóvil.

9. CONCLUSIONES

Después de haber analizado por medio de un cuestionario los distintos factores que llevaron a las personas que se encuentran en la casa "Que todos seamos uno" a consumir la droga, llegamos a la conclusión que el principal motivo por el cual se drogan son los problemas familiares, así como la falta de información en cuanto al consumo y consecuencias. El 50 por ciento de la población encuestada son estudiantes y más de la mitad de la población empezó a consumir droga entre los 15 y 18 años de edad. Sin embargo, de todas las personas estudiadas más del 90 por ciento afirmaron que es malo drogarse por lo cual han buscado como medio para su rehabilitación la casa hogar ya mencionada.

Así mismo, mas de la mitad de estas personas, están conscientes del daño que les causa el consumo de las drogas a nivel bucal, a pesar de esto, al realizarles una revisión y profilaxis bucal observamos que la mayoría se encuentra sin alteraciones de tejidos blandos ya que tienen buenos hábitos de limpieza.

Sólo el 18 por ciento de un universo de estudio de 100 personas todas del sexo masculino presentaron alteraciones como gingivitis, periodontitis, dos personas con glositis, una con quelosis angular y una mas con posible V.I.H.

La estancia de estas personas en la casa "Que todos seamos uno" es de 56 días en los cuales reciben terapia, se les enseñan hábitos de aseo personal y realizan actividades que van desde la elaboración de pan y tortillas para el



consumo interno hasta actividades deportivas y de limpieza y mantenimiento de las instalaciones.

10. PROPOSICIONES.

Esperamos que esta tesina sea de gran estímulo para las próximas investigaciones que se dediquen a la promoción de la salud bucal y que los motive, para que, no solamente se enfoquen a la investigación en la ciudad, sino que salgan al campo que es donde más se necesita la presencia de un tesista, que elabore trabajo de investigación y de tal manera queremos que exista una sensibilización para su futuro desarrollo profesional en beneficio de las personas que más lo requieran.

Así mismo, tenemos la creencia de que deben implementarse más programas de salud bucodental adecuados a las características de cada zona en donde las instituciones locales también colaboren en beneficio de sus comunidades.

Como pudimos observar, la droga es una sustancia que cualquier persona no importando edad o condición socioeconómica puede consumir y caer en la adicción perjudicándose a sí mismo, a sus familiares y amigos y a la comunidad en general. Por tanto, es bueno tener este tipo de lugares como la casa "Que todos seamos uno", en donde se rehabilita a estas personas pero sería mejor implementar pláticas, talleres, conferencias o programas en los cuales el objetivo principal sea darles a conocer todos los riesgos que conlleva el consumir drogas, siendo el objetivo principal el prevenir este problema tan grande que padece toda la sociedad, en lugar de remediarlo.

10. PROPOSICIONES.

Esperamos que esta tesina sea de gran estímulo para las próximas investigaciones que se dediquen a la promoción de la salud bucal y que los motive, para que, no solamente se enfoquen a la investigación en la ciudad, sino que salgan al campo que es donde más se necesita la presencia de un tesista, que elabore trabajo de investigación y de tal manera queremos que exista una sensibilización para su futuro desarrollo profesional en beneficio de las personas que mas lo requieran.

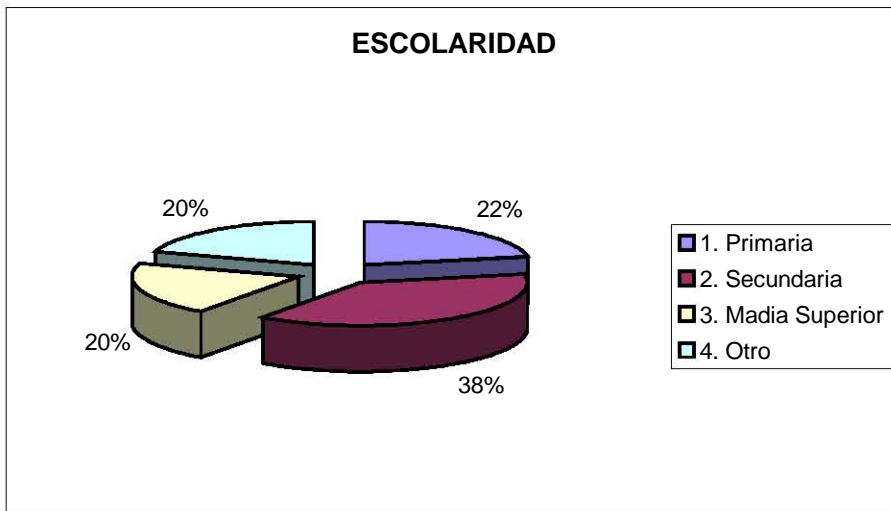
Asi mismo, tenemos la creencia de que deben implementarse más programas de salud bucodental adecuados a las características de cada zona en donde las instituciones locales tambien colaboren en beneficio de sus comunidades.

Como pudimos observar, la droga es una sustancia que cualquier persona no importando edad o condición socioeconómica puede consumir y caer en la adicción perjudicándose a si mismo, a sus familiares y amigos y a la comunidad en general. Por tanto, es bueno tener este tipo de lugares como la casa "Que todos seamos uno", en donde se rehabilita a estas personas pero seria mejor implementar pláticas, talleres, conferencias o programas en los cuales el objetivo principal sea darles a conocer todos los riesgos que conlleva el consumir drogas, siendo el objetivo principal el prevenir este problema tan grande que padece toda la sociedad, en lugar de remediarlo.

RESULTADOS

GRÁFICA 1

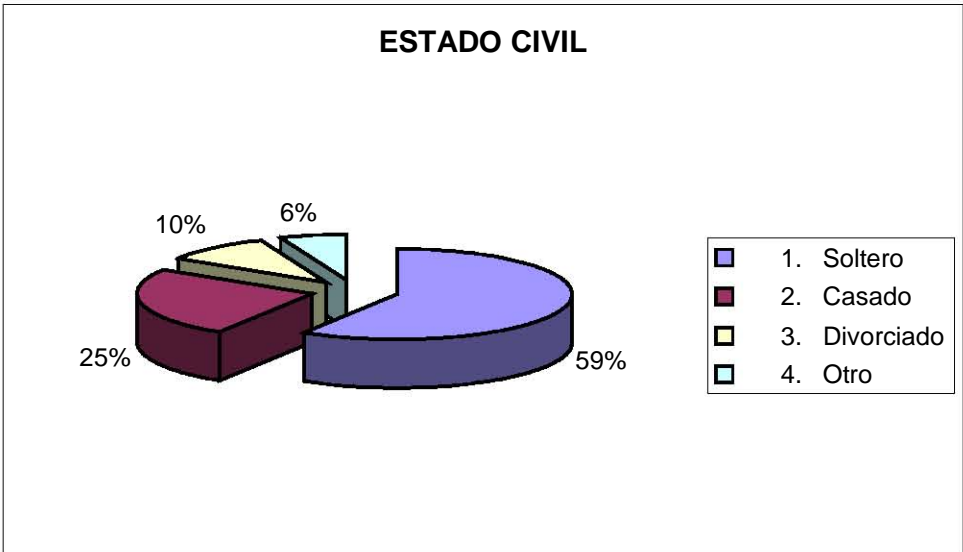
1. Primaria	22
2. Secundaria	38
3. Madia Superior	20
4. Otro	20



Se observó que la escolaridad es de: 38 personas tienen estudios de secundaria, 22 de ellos cursaron únicamente la primaria, 20 tienen estudios de nivel medio superior y 20 son analfabetas.

GRÁFICA 2

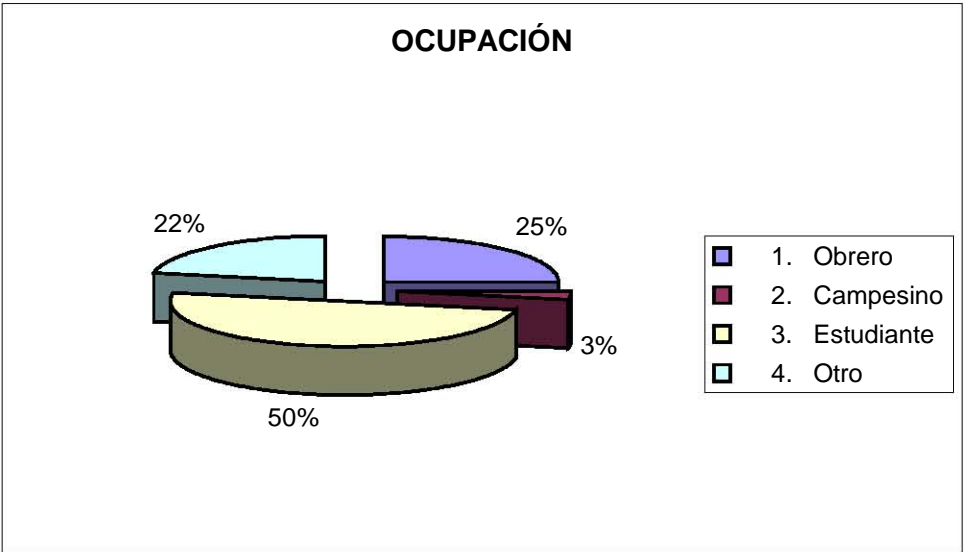
1. Soltero	59
2. Casado	25
3. Divorciado	10
4. Otro	6



Podemos ver que en esta gráfica el estado civil de las personas es el siguiente: Solteros son 59, casados son 25, hay 10 divorciados y 6 individuos que enviudaron. Actualmente el estado civil de las personas es soltero ó casado

GRÁFICA 3

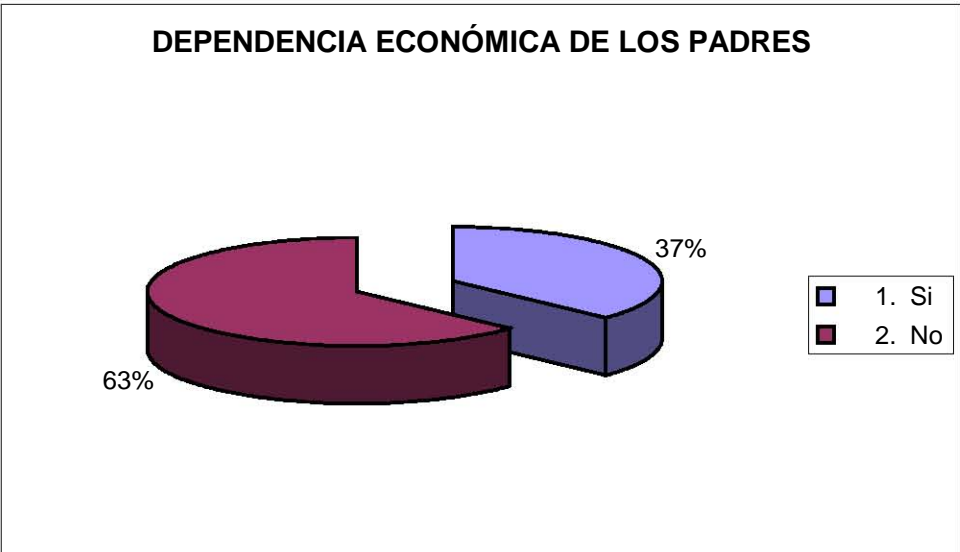
1. Obrero	25
2. Campesino	3
3. Estudiante	50
4. Otro	22



En esta gráfica podemos ver que 50 personas son estudiantes, 25 obreros, hay 22 individuos que se dedican a otro tipo de actividad y solo hay 3 campesinos

GRÁFICA 4

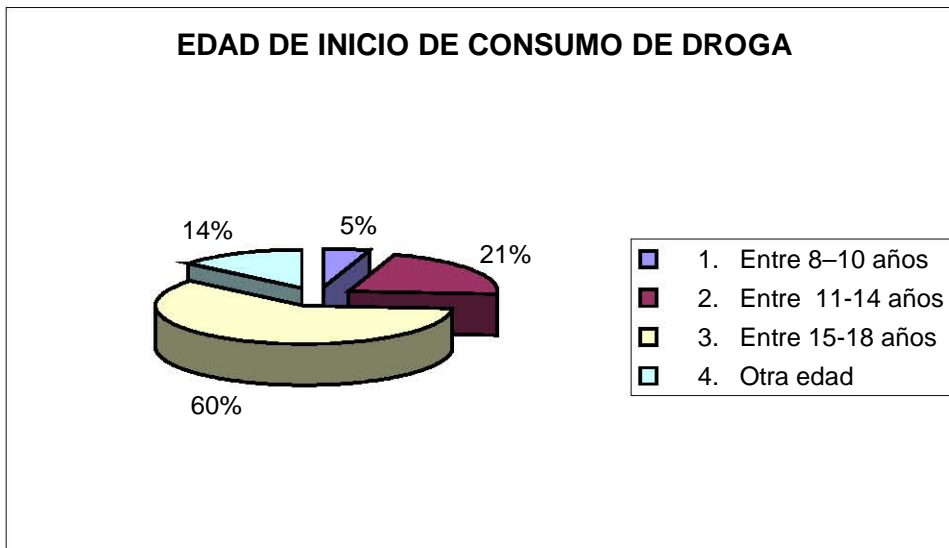
1. Si	37
2. No	63



La dependencia económica de 37 personas proviene de sus padres y 63 individuos son autosuficientes.

GRÁFICA 5

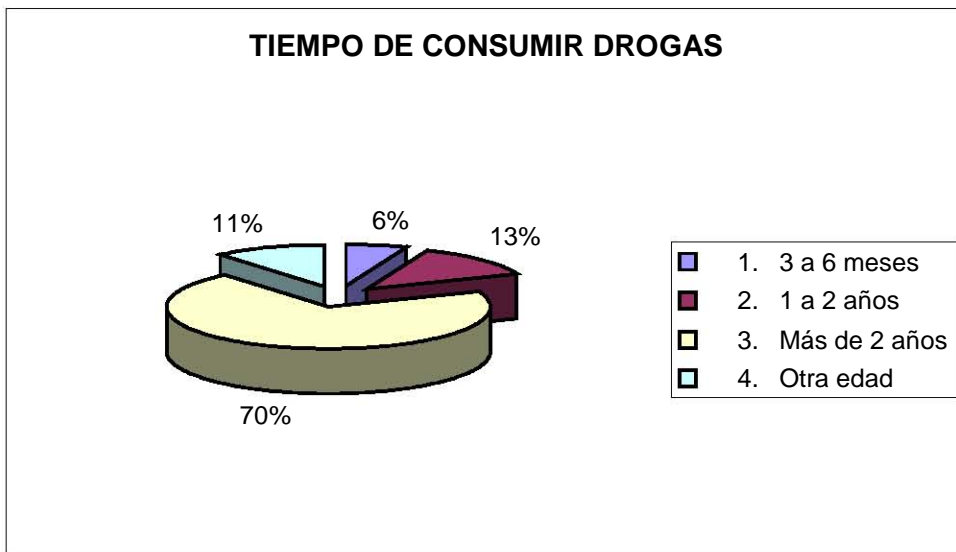
1. Entre 8–10 años	5
2. Entre 11- 14 años	21
3. Entre 15- 18 años	60
4. Otra edad	14



En esta gráfica obtuvimos los siguientes resultados: 60 personas iniciaron el consumo entre los 15 y 18 años, 21 iniciaron entre los 11 y 14 años, 14 personas a mayor edad y 5 iniciaron entre los 8 y 10 años.

GRÁFICA 6

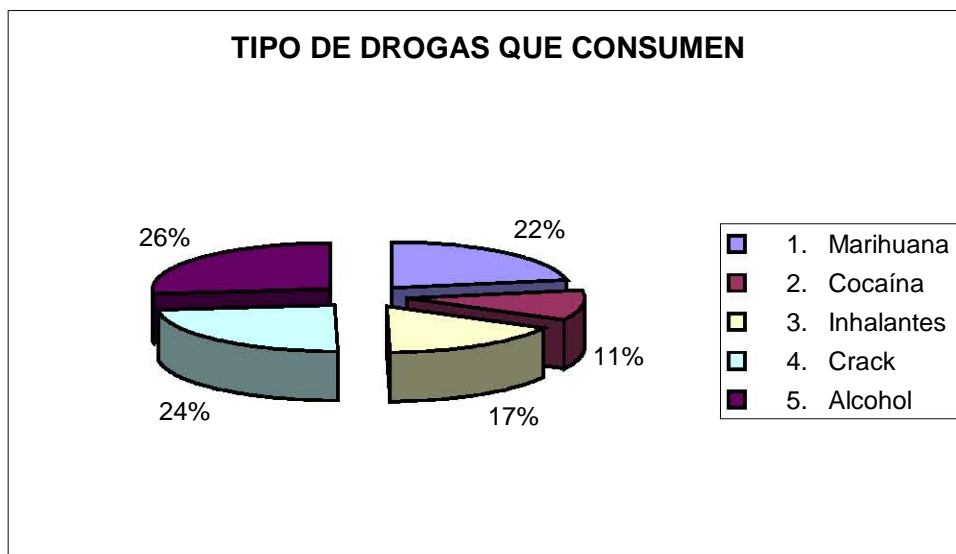
1. 3 a 6 meses	6
2. 1 a 2 años	13
3. Más de 2 años	70
4. Otra edad	11



En esta gráfica podemos ver que 70 personas llevan más de 2 años consumiendo droga. 11 no supieron decirlo, 13 personas dijeron que tenían de 1 a 2 años y 6 mencionaron que tenían 3 a 6 meses drogándose.

GRÁFICA 7

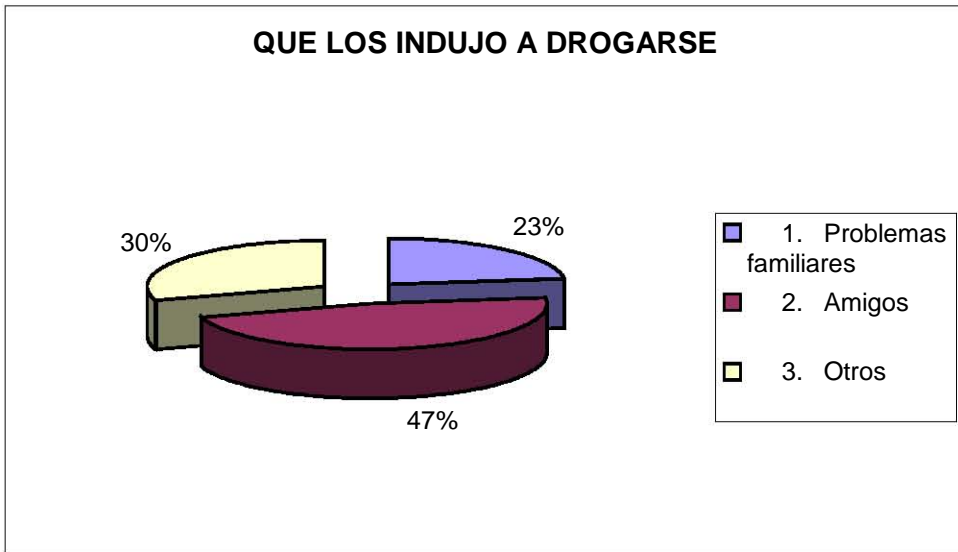
1. Marihuana	29
2. Cocaína	14
3. Inhalantes	22
4. Crack	31
5. Alcohol	35



En este gráfico podemos ver que 26 personas consumen cocaína, 24 inhalan crack, 22 gentes fuman marihuana, 17 consumen inhalantes y 11 se intoxican con alcohol.

GRÁFICA 8

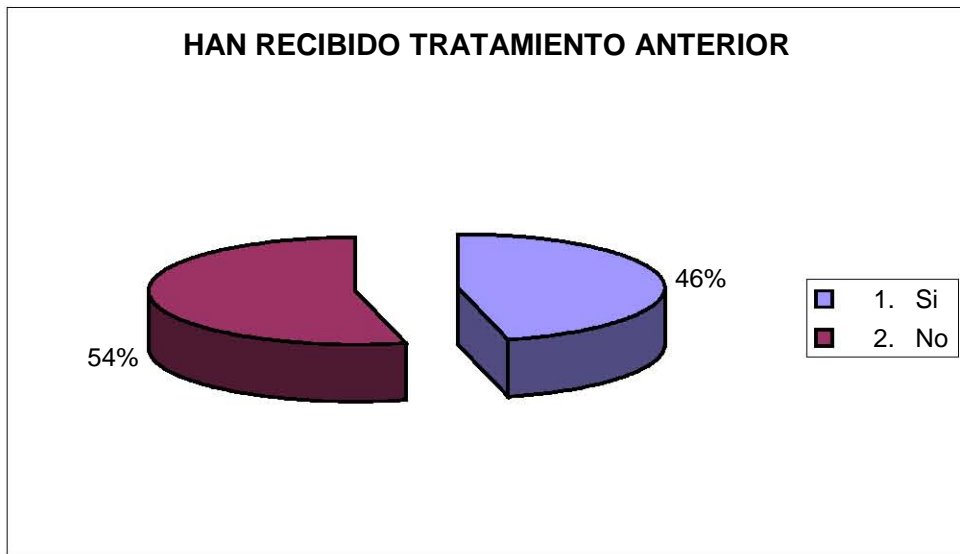
1. Problemas familiares	23
2. Amigos	47
3. Otros	30



A las personas que cuestionamos 47 de ellas nos dijeron que los amigos los indujeron a la droga, 30 por otros motivos y 23 de ellos por problemas familiares.

GRÁFICA 9

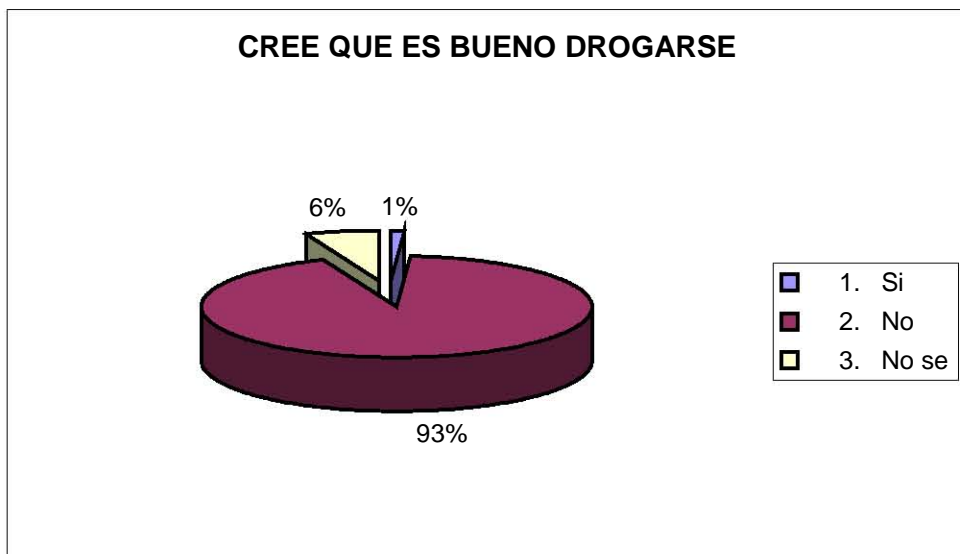
1. Si	46
2. No	54



El resultado de esta gráfica indica que 54 individuos no habían tenido tratamiento anterior y 46 de ellos si lo habían recibido.

GRÁFICA 10

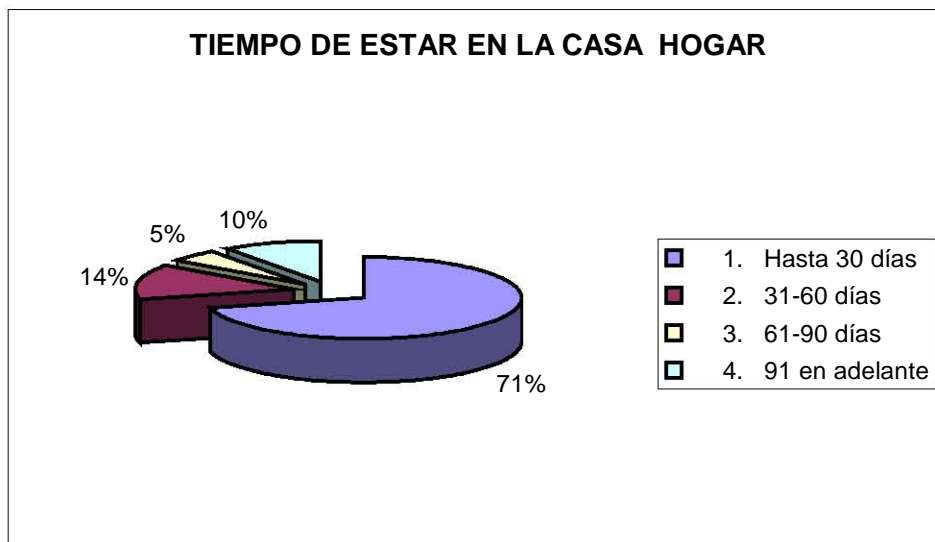
1. Si	1
2. No	93
3. No se	6



Esa gráfica indica que 93 personas creen que drogarse es malo, 6 de ellas dijeron que no lo era y sólo 1 persona dijo que no lo sabía.

GRÁFICA 11

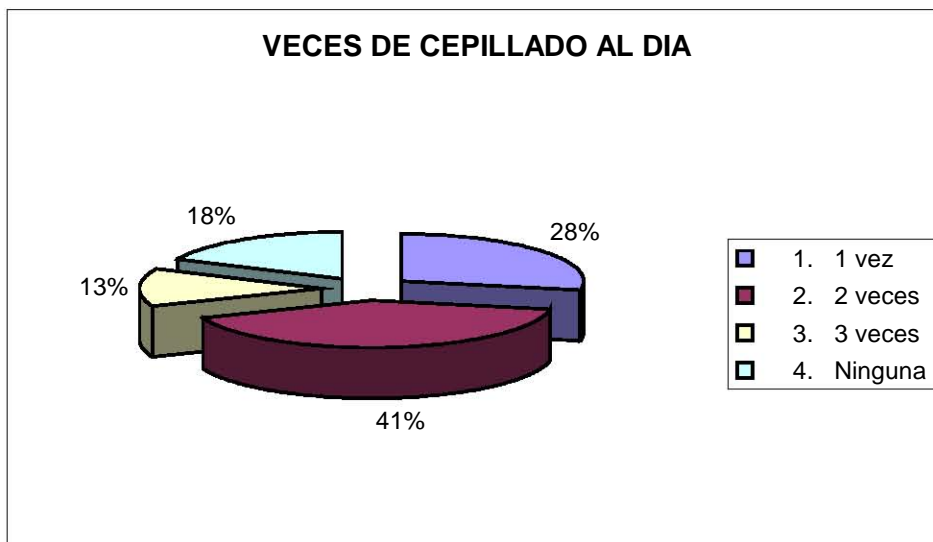
1. Hasta 30 días	71
2. 31-60 días	14
3. 61-90 días	5
4. 91 en adelante	10



La respuesta que dieron las personas en cuanto el tiempo de estancia en la casa “Que todos seamos uno” fue la siguiente: 71 llevaban 30 días, 14 de 31 a 60 días, 10 personas llevaban más de 91 días y 5 tenían entre 61 a 90 días.

GRÁFICA 12

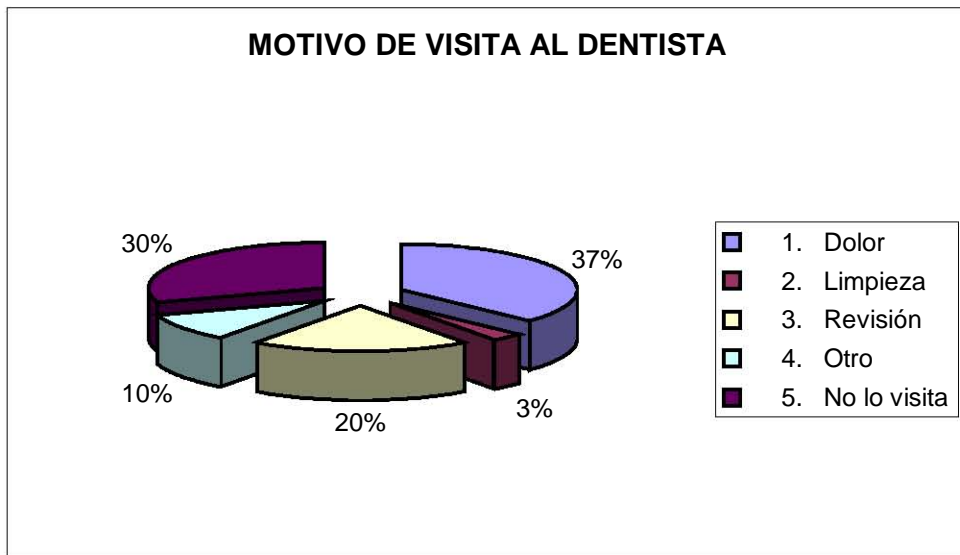
1. 1 vez	28
2. 2 veces	41
3. 3 veces	13
4. Ninguna	18



El resultado de la gráfica indica que 41 personas se cepillan los dientes 2 veces al día, 28 individuos lo hacen 1 vez, 18 no lo hacen y 13 de ellos cepillan su boca 3 veces al día.

GRÁFICA 13

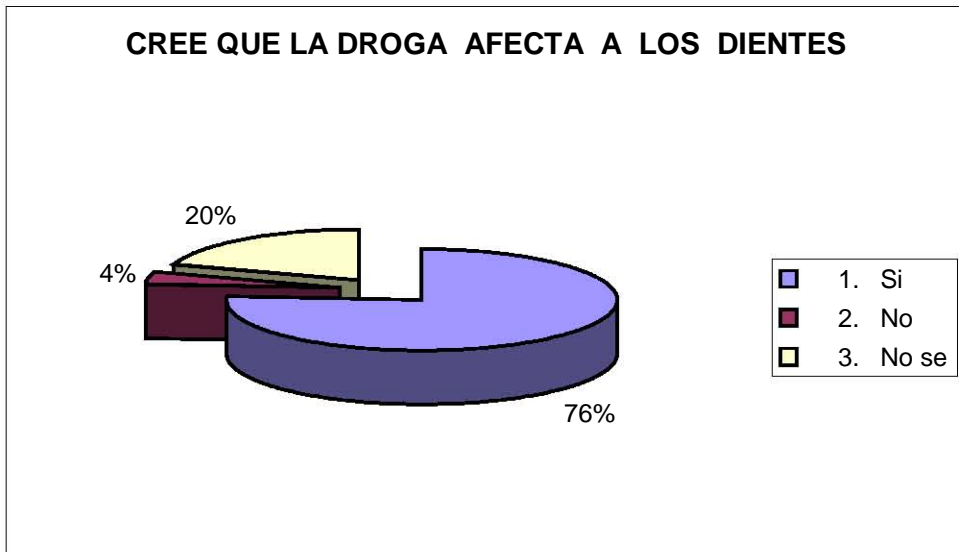
1. Dolor	37
2. Limpieza	3
3. Revisión	20
4. Otro	10
5. No lo visita	30



El motivo por el que han visitado al dentista 37 personas es por dolor, por dolor 30 es por limpieza, 20 por revisión, 10 de ellos fue por otro motivo y 3 individuos no lo han visitado.

GRÁFICA 14

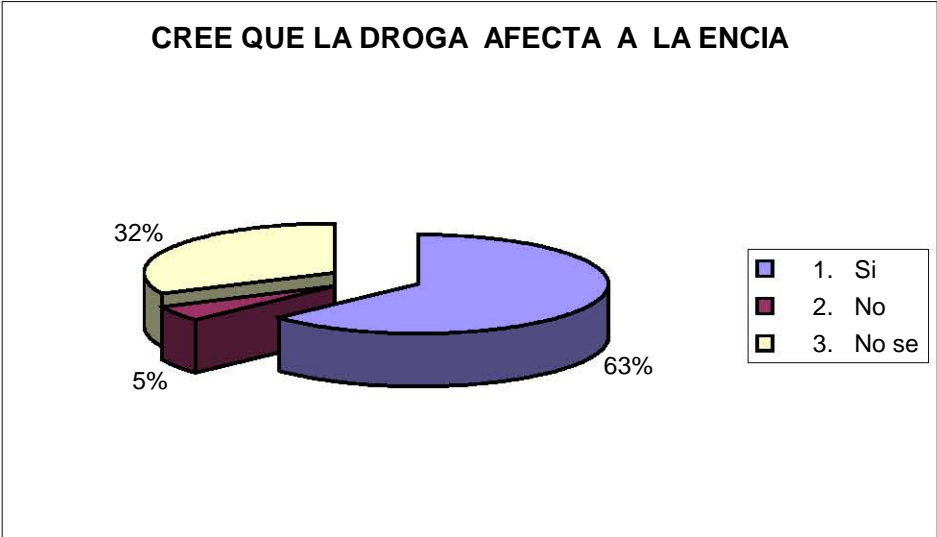
1. Si	76
2. No	4
3. No se	20



Los resultados en cuanto a la pregunta de si cree que la droga afecta a los dientes fueron: 76 personas dijeron que si están conscientes que les afecta a sus dientes, 20 dijeron que no les afectaba y 4 no lo sabían.

GRÁFICA 15

1. Si	63
2. No	5
3. No se	32



63 individuos respondieron que sí creían que les afectaba a las encía, 32 dijeron que no lo sabían y 5 respondieron que no.

BIBLIOGRAFIA

1. J.S. Madden. Alcoholismo y farmacodependencia. México.D.F. 2000. 40-48, 57-59.
2. J. Estes,J. Alcoholismo. Desarrollo, consecuencia y tratamiento. México.2004. 74-75.
3. O. Harris, Norman. Odontología preventiva primaria. México D.F. 2002. 19-77. 94. 474.
4. De La Fuente, J.R. Construye tu vida sin adicciones. Manual del facilitador, México 2000; 31-39.
5. De La Fuente J.R. El consumo de drogas en México . Diagnòstico, tendencias y acciones. Consejo Nacional contra las Adicciones. México 2000. 15-77.
6. General de México. Secretaria de Salud, Julio-septiembre1999. Vol. 62.Num. 3: 183-190.
7. Vargas L. Las adicciones a las sustancias tòxicas con efectos estimulantes o depresivos. Educación para la salud. 1999: 1-4.
8. Rojas Guiat E. Prevalencia de consumo de drogas en población escolar. Salud mental. 1999.Febrero, vol. 21 Num. 2; 90-99
9. "Que todos seamos uno" tríptico. Comisión contra las adicciones.
10. Feria artesanal de San José Texopa. Tríptico.
11. Hospital University of Pennsylvania, Farmacodependencia.2002 Vol.2:90-99.
12. Los dioses del México Prehispánico. Tríptico. 2004. Instituto de Investigación y Fomento de las Artesanías del Estado de México.
13. www.que todos seamos uno.org



ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SEMINARIO DE TITULACIÓN
ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

1. NOMBRE:-----

EDAD-----

2. SEXO: 1) MASCULINO

3. ESCOLARIDAD:

- 1) PRIMARIA 2) SECUNDARIA 3) MEDIA SUPERIOR
4) OTRO

4. ESTADO CIVIL:

- 1) SOLTERO 2) CASADO 3) DIVORCIADO
4) OTRO

1. OCUPACIÓN:

- 1) OBRERO 2) CAMPESINO 3) ESTUDIANTE
4) OTRO

6. DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE SUS PADRES:

- 1) SI 2) NO

7. A QUÉ EDAD COMENZÒ A CONSUMIR DROGAS:

- 1) ENTRE 8-10 AÑOS 2) ENTRE 11-14 AÑOS
3) ENTRE 15-18 AÑOS 4) OTRA EDAD



16. MOTIVO DE LA ULTIMA VISITA AL DENTISTA:

- | | | |
|-------------|-----------------|-------------|
| 1) DOLOR | 2) LIMPIEZA | 3) REVISIÓN |
| 4) REVISIÓN | 5) NO LO VISITA | |

17. CREE QUE LA DROGA AFECTA A LOS DIENTES:

- | | | |
|-------|-------|----------|
| 1) SI | 2) NO | 3) NO SÈ |
|-------|-------|----------|

18. CREE QUE LA DROGA AFECTA A LAS ENCÍAS:

- | | | |
|-------|-------|----------|
| 1) SI | 2) NO | 3) NO SÈ |
|-------|-------|----------|