



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL  
DIRIGIDO A PACIENTES FARMACODEPENDIENTES.

### **T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N O   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

JULIO ADRIÁN LEMUS SÁNCHEZ

TUTORA: Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO

MÉXICO, D.F.

2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



*Gracias a mi Mamí y a mi Papi porque no me dejaron desistir, por poner su espalda cuando el mundo se me venía encima y por ser siempre mi apoyo, no hay plazo que no se cumpla ni deuda que no se pague. Gracias por dejarme estudiar lo que yo quería sin importar lo difícil que fuera para ustedes. Aquí están nuestros desvelos, nuestros enojos, nuestros sacrificios y dolores de cabeza. Aquí está su ejemplo y nuestro logro y una gran alegría. Los amo.*

•••

*Gracias David, Juan y Omar por ser mis mejores amigos siempre. Y por estar juntos aunque la vida nos dé otras obligaciones. Mi mamá sincronizó nuestros corazones y así palpitarán siempre. Los amo manitos.*

•••

*Gracias Yuyí por procurarme cada vez que tomaba camino hacia la Facultad y cada vez que regresaba a casa, y a mis hermanos también, siempre y aún cuando no lo merecíamos. Gracias abuelita. Te amo.*

•••

*Gracias Papá Juan, Tía Tere, Tío Juan, Tía Tochís, Tío Jorge y Tía Gela porque nunca nos han condicionado sus atenciones y siempre nos han abierto las puertas de su casa con una sonrisa sincera. Son mi ejemplo familia. Los quiero y los amo mucho.*

•••

*Gracias Tío Pepe, Tía Isabel y Chema. Son un gran ejemplo para todos y esperamos seguir sus pasos. Siempre es muy grato recibirlos y pasar el tiempo con ustedes. Los quiero y los amo mucho.*

•••

*Gracias a mi primo y a mis primas que quiero tanto y que éste humilde ejemplo los lleve a cumplir sus metas.*



*Gracias a todas esas personas tan lindas con quienes compartí parte de este largo camino y que hoy podemos llamarnos amigos, gracias a todas y a todos los que alguna vez me dieron mi patadita para seguir adelante. Gracias especiales a Diana, Erika, Judith, Marianela, Moní y Moní, y Trini con quienes el lazo de la amistad fue más fuerte y lo sigue siendo, gracias niñas por tantas risas y alegrías que hemos compartido, las quiero mucho y las puertas de mi casa y mi corazón siempre estarán abiertas para ustedes.*

•••

*Gracias Lis, amor, por enseñarme un nuevo camino en mi futuro, por tomarme de la mano y aceptar éste reto profesional junto a mí, porque probablemente no estaría escribiendo estas letras de no ser por tí. Gracias por el apoyo y la atención que siempre me has dado sin esperar nada a cambio más que me cuide a mí mismo. Gracias por este tiempo juntos que afortunadamente se mide en días, mese, años; pero si se midiera en experiencias equivaldría a una vida entera. Esto es parte de las muchas metas que juntos lograremos, como siempre pensando, haciendo y hablando al mismo tiempo, gracias mi alma gemela. Te amo mi vida.*

•••

*Gracias a Dios por hoy permitirme dos cosas, poder escribir yo mismo estas palabras y poder hacer más de una dedicatoria. Gracias por bendecirme con tantas personas tan maravillosas y por darnos vida para compartir el día de hoy.*

•••

*Gracias a la Maestra Arce y a la doctora Conchita que nos apoyaron inmensamente en este trabajo y que se olvidaron por ratos de todas sus preocupaciones para adueñarse de las nuestras. Sin ustedes este trabajo no estaría realizado*

•••

*Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por ser Mi Segunda Casa, por ser desde sus inicios y hasta hoy, tierra fértil para las semillas que algún día serán una cosecha de títulos. Hoy y Siempre Por Mi Raza Hablará el Espíritu.*



## ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>2. ANTECEDENTES</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Fármaco, Droga y Medicamento</b>	<b>7</b>
2.1.1 Fármaco	7
2.1.2 Droga	
<b>2.2 Uso, Abuso y Dependencia</b>	<b>9</b>
2.2.1 Intoxicación Aguda	10
2.2.2 Síndrome de Dependencia	11
2.2.3 Delirium Tremends	12
2.2.4 Síndrome Amnésico	14
<b>2.3 Farmacodependiente</b>	<b>14</b>
<b>2.4 Pacientes Farmacodependientes en Odontología</b>	<b>15</b>
<b>2.5 Manifestaciones Bucales de Pacientes Farmacodependientes</b>	<b>19</b>
<b>2.6 Niveles de Atención a Pacientes Farmacodependientes</b>	<b>22</b>
<b>2.7 Modelos de Atención a Pacientes Farmacodependientes</b>	<b>24</b>
<b>2.8 Momento de Intervención</b>	<b>27</b>
<b>3. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>28</b>
<b>4. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>29</b>
<b>5. OBJETIVOS</b>	<b>30</b>
5.1 General	30
5.2 Específicos	30
<b>6. METODOLOGÍA</b>	<b>31</b>
6.1 Material y método	31
6.2 Tipo de Estudio	32



<b>6.3 Población de Estudio</b>	<b>31</b>
<b>6.4 Muestra</b>	<b>31</b>
<b>6.5 Criterios de inclusión</b>	<b>31</b>
<b>6.6 Consideraciones éticas</b>	<b>31</b>
<b>6.7 Análisis estadístico</b>	<b>31</b>
<b>7. RESULTADOS</b>	<b>34</b>
<b>8. PROPUESTA</b>	<b>38</b>
<b>Programa de Promoción de la Salud [UNAM]</b>	<b>38</b>
<b>9. CONCLUSIONES</b>	<b>43</b>
<b>10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>46</b>



## **1. INTRODUCCIÓN**

Las drogas se han utilizado durante muchos siglos de diferentes maneras. Sin embargo desde sus inicios y hasta nuestros días no se ha podido evitar que su uso se vuelva una dependencia para las finalidades por las que se empiezan a consumir. La encuesta nacional de adicciones del 2011 arrojó que el uso y abuso de las sustancias que crean farmacodependencia ha ido en aumento y que los jóvenes de 10 a 17 años son la población más susceptible de comenzar a consumir o utilizar alguna droga. Esto ha llevado a la sociedad y a las instituciones a tomar acciones importantes tales como la creación de clínicas especializadas en la desintoxicación y rehabilitación de estos pacientes, principalmente de los que tienen una dependencia crónica aunque también atienden a aquellos que recién se iniciaron en las drogas.

Las personas que se presentan a las clínicas públicas no son muy diferentes a las que llegan a clínicas de carácter privado. La única desigualdad es el nivel socioeconómico y esto nos habla de la indiferencia en cuanto a estrato social que podemos encontrar afectado al examinar a los pacientes farmacodependientes. Sin embargo una gran parte de la población que consume algún tipo de droga tiene en común el desempleo y un bajo nivel socioeconómico lo cual condiciona y limita de sobremanera los servicios primarios de atención de su salud. Es común que los pacientes mencionados no tengan donde vivir; o viéndolo desde otra perspectiva, las personas que residen en las calles o sin un hogar fijo donde puedan pernoctar presentan un alto índice de prevalencia en el consumo de al menos una droga; esto pasa por muchos factores principalmente determinantes, es decir que podemos modificarlos hasta cierto punto, el hecho de vivir y dormir a la intemperie o no poder guarecerse ante



los climas intempestuosos, no poder llevar a cabo una higiene personal continua, y no tener un alimento seguro cada día son situaciones que merman el estado de ánimo de cualquier individuo y para tal tema la única solución y el único resguardo que encuentran está en las drogas.

El uso de las drogas trae serios problemas al organismo, los mismos efectos que producen nos hablan de un desequilibrio que se crea a nivel nervioso principalmente, pero el área que nos compete como cirujanos dentistas es la salud bucodental de este tipo de grupos de alto riesgo. Los efectos que causa el uso de cualquier droga en la boca del consumidor son inmediatos y reversibles a las primeras dosis pero con su consumo constante genera cambios irreversibles y que también son desconocidos por el mismo usuario y la gran mayoría de las ocasiones, ya mencionamos, que no tienen los conocimientos necesarios para llevar a cabo acciones de autocuidado y por ende las acciones que derivan en una higiene bucal consistente son en la mayoría de los casos nulas.

Cuando el consumo es crónico, el medio bucal se altera por completo; se vuelve más susceptible a la presencia de caries, al desarrollo de enfermedad periodontal, a la pérdida prematura de órganos dentarios, Y por consiguiente a la generación de focos infecciones como cálculo dentario y persistencia de restos radiculares. Este programa pretende guiar a los profesionales de la salud bucal en el camino por la enseñanza de los métodos de autocuidado que deben llevarse a cabo en poblaciones de alto riesgo para enfermedades bucodentales como los son los pacientes farmacodependientes.



## **2. ANTECEDENTES**

### **2.1. FÁRMACO, DROGA Y MEDICAMENTO**

En la actualidad los términos fármaco y medicamento se utilizan como sinónimos de droga y viceversa.

¿Qué diferencia hay entre fármaco droga y medicamento?

**2.1.1. FÁRMACO.** Término genérico que se refiere por igual a una sustancia química, droga, medicamento o psicotrópico. En sentido estricto “droga medicinal” o “medicamento”. Sin embargo se acepta en el sentido más amplio como sinónimo de “droga” en general. Cuando se hace referencia a las drogas psicotrópicas que habitualmente se usan por automedicación y para fines tóxicos, no curativos, se involucra en alguna forma a los psicofármacos, aunque estos últimos se prescriben por indicación médica, bajo esquema y con propósito curativo.<sup>1</sup>

**2.1.2. DROGA.** Sustancia química de origen natural, sintético o semisintético con fines profilácticos, diagnósticos, terapéuticos o paliativos, o para modificar con otra finalidad las funciones fisiológicas de animales o humanos. En el sentido más amplio cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas de las necesarias para la conservación de la salud en condiciones normales, cuya administración modifica las funciones biológicas, y posiblemente también la estructura del organismo. De manera resumida se le define como cualquier sustancia que introducida en el



organismo vivo altera sus funciones.<sup>1</sup> Sustancia estupefaciente.<sup>2</sup>

**Droga psicotrópica.** Sustancia que altera el proceso y curso normal de las funciones mentales (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, orientación, etc.). aunque todas las sustancias que actúan sobre la mente significan genéricamente lo mismo: psicofármaco, psicoactivo y psicotrópico, se usa este último adjetivo calificativo para diferenciar el uso de las sustancias con acción que se consumen sin propósito médico (automedicación), del de las drogas curativas, medicamentos o psicofármacos cuya prescripción obedece a una indicación de salud y es dada por el facultativo bajo su responsabilidad y vigilancia, como los antidepresivos, tranquilizantes y otros.<sup>1</sup>

**Droga adictiva.** Sustancia capaz de interactuar con un organismo vivo de tal forma que produce un estado de adicción. En este sentido se sugiere la utilización de “psicotrópico” para drogas con fines tóxicos y “psicofármaco” para las usadas con fines curativos.<sup>1</sup>

## 2.2. USO, ABUSO Y DEPENDENCIA

Los seres humanos son distintos en el uso de drogas legales e ilegales. Algunas personas nunca prueban drogas, otros tienen un uso irregular y lo dejan, otros son usuarios irregulares pero a lo largo de mucho tiempo y otros son usuarios regulares y consistentes. Separados de todos estos, están los drogodependientes.<sup>3</sup>



Se entiende por uso un consumo que no acarrea consecuencias negativas para el sujeto. El abuso consistiría en el uso continuado de una sustancia a pesar de las consecuencias negativas de un uso anterior. El abuso es cualitativamente distinto al uso, aunque no los podemos considerar como fenómenos independientes, sino como los dos polos extremos de un continuo, donde a veces es difícil poner un punto de corte.

Se han propuesto una serie de conceptos que nos ayudan a diferenciar USO y ABUSO.<sup>4</sup>

- Intoxicación aguda
- Síndrome de dependencia
- Delirium
- Amnesia

**2.2.1. INTOXICACIÓN AGUDA:** Estado transitorio del organismo, consecutivo a la ingesta o asimilación de una sustancia psicotrópica y que produce alteraciones en la persona a nivel de conciencia, de su percepción, afectivas, comportamentales y cambios psicofisiológicos en el individuo. La intensidad de la intoxicación es gradual, dependiendo de la dosis tomada y tal intoxicación va disminuyendo con el tiempo, si no se repite el consumo. La recuperación de una intoxicación generalmente suele ser completa, excepto en el caso de que, por múltiples causas se haya dañado el tejido cerebral o suceda alguna complicación inesperada. Se incluyen aquí los términos borrachera y mal viaje.<sup>3</sup>



**2.2.2. SÍNDROME DE DEPENDENCIA:** Conjunto de manifestaciones psicológicas y comportamentales en el cual consumir una droga se convierte en el tema de máxima prioridad para un individuo. La manifestación característica sería el deseo de tomar una droga, descrito como muy fuerte, e incluso a veces insoportable.

El Síndrome de Dependencia se podría definir como un conjunto de síntomas que aparecen cuando hay una abstinencia (absoluta o no) tras un consumo prolongado y reiterado de alguna droga.

Las características que nos aseguran que existe dependencia de una sustancia son:

- Que aparezca la tolerancia (situación en la que un sujeto necesita obtener una mayor cantidad de sustancia para conseguir los mismos efectos)
- Que aparezca el síndrome de abstinencia.<sup>3</sup>

**Tolerancia cruzada:** hablamos de tolerancia cruzada cuando se tiene un nivel de tolerancia que no sólo se produce respecto a la droga que se toma habitualmente, sino a aquellas otras de semejantes características y que no se han consumido nunca (por ejemplo, heroína y morfina (bidireccional): al tener tolerancia a la morfina, inyectarse bajas dosis de heroína no sirve y viceversa; o el alcohol y los barbitúricos (unidireccional): la tolerancia al alcohol implica tolerancia a los barbitúricos, pero no al revés.<sup>4</sup>



**Dependencia cruzada:** Capacidad que tiene una droga para reprimir el síndrome de abstinencia de otra (metadona/heroína, tranquilizantes/alcohol).<sup>4</sup>

**Síndrome de Abstinencia:** Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad y que aparecen cuando haya una abstinencia de una sustancia que es consumida regularmente. Cada grupo de drogas produce síntomas de abstinencia distintos. Hay algunos que son particularmente importantes: la alucinosis alcohólica y el delirium tremens.

**2.2.3. DELIRIUM TREMENDS:** Se produce en algunas personas como consecuencia del cese del consumo de alcohol. Es como una exageración de los síntomas del síndrome de abstinencia. Empieza a aparecer entre el 2º y el 4º (o más raramente, entre el 5º y el 7º) día de abstinencia. Es un episodio muy llamativo pero que suele terminar con un sueño reparador de varias horas. Comienza con una especie de ataque de ansiedad grave, insomnio, temblores, taquicardias, gran sudoración. A continuación de estos preludios aparece la fase de delirio, que se caracteriza por una desorientación temporo-espacial completa (no se conoce ni el lugar en el que se está, ni el día, ni el año...). Hay también una fluctuación en el nivel de consciencia y alucinaciones atacantes, que se combinan con temblores muy fuertes y miedos intensos. El término tremens hace referencia a esta agitación motora. El temblor es generalizado y se puede extrapolar a la cama o a otros objetos ajenos al individuo.



En algunos casos (poco frecuentes) aparece crisis convulsivas similares a ataques epilépticos, con lo que se agrava mucho más la situación. En el caso de que aparezcan estas crisis, lo más frecuente es que sucedan hacia el 5º ó 7º día del último trago (40 horas o a veces al primer día).<sup>3,4</sup>

Las alucinaciones pueden ser visuales, auditivas o táctiles y la mayor parte son amenazantes (animales, insectos que se mueven por dentro de la piel). Para evitar estas alucinaciones, el sujeto puede llegar incluso a autolesionarse. Las alucinaciones auditivas suelen ser sonidos burdos, voces (te voy a matar) o músicas.

Los delirios son habitualmente de naturaleza persecutoria o de daño, ya que es la forma que el sujeto tiene de entender lo que le está pasando, de explicarse las alucinaciones que está teniendo (si estoy oyendo, será porque hay alguien que me persigue).

El delirium tremens se agrava por la noche, por la falta de los estímulos habituales diurnos (luzes, ruidos habituales). Podemos encontrarnos con un delirium tremens que no está producido por el cese del consumo de alcohol, sino por algún traumatismo o infección.

Alucinosis alcohólica: episodio que se produce tras una fuerte intoxicación alcohólica (tras días consumiendo mucho alcohol). No existe desorientación ni pérdida de consciencia, pero hay alucinaciones, sobre todo auditivas de tipo amenazante. A veces puede aparecer cualquier



idea delirante, aunque no son habituales, y cuando aparecen cumplen la misma función que en el delirium tremens: el sujeto intenta explicarse qué le está ocurriendo. Lo habitual es que vaya desapareciendo a medida que el sujeto deja de ingerir alcohol y se va restableciendo.<sup>3</sup>

**2.2.4. SÍNDROME AMNÉSICO:** Puede darse como consecuencia de un uso prolongado del alcohol. La memoria está muy deteriorada para hechos recientes, mientras que la memoria a largo plazo está casi intacta. Los recuerdos inmediatos se conservan, los próximos están más deteriorados. A veces hay un trastorno en el sentido del tiempo y aparecen confabulaciones (inventan recuerdos). Los procesos cognitivos suelen estar bien conservados.<sup>3</sup>

### **2.3. FARMACODEPENDIENTE**

La OMS y el comité de expertos en farmacodependencia CEF han participado activamente en la elaboración de términos apropiados para comprender los fenómenos de abuso y dependencia hacia las drogas. En su trigésima reunión el CEF propuso utilizar el término dependencia en lugar de las expresiones drogadicción o habituación a las drogas. Término que se utiliza indistintamente en relación con múltiples drogas psicoactivas (dependencia de drogas, dependencia química), o bien para referirse específicamente a una clase particular de sustancias (dependencia de opiáceos). El término se usa



también en el contexto psicofarmacológico para referirse al desarrollo de un síndrome de abstinencia o cesación (abrupta o significativa) del consumo de una sustancia. En tal sentido restringido, la dependencia cruzada es tenida como complemento de la tolerancia cruzada, y ambas se refieren a la sintomatología física, también llamada neuroadaptación.<sup>1,5</sup>

Por tanto entendemos por Farmacodependiente a todo individuo que presenta una vinculación adictiva hacia alguna sustancia nociva o en apariencia beneficiosa para su salud. Dentro de este grupo es fácil incluir a pacientes cuya farmacodependencia es vital, sin embargo por criterio este programa se dirigirá únicamente a aquellos consumidores de sustancias nocivas para su salud biopsicosocial.

#### **2.4. PACIENTES FARMACODEPENDIENTES EN ODONTOLOGÍA**

Pocos son los medios por los que el Cirujano Dentista se ha acercado a los farmacodependientes, en la mayoría de los casos se les ha presentado como pacientes potencialmente infecciosos o potencialmente peligrosos o de alto riesgo durante su atención dental, características que realmente son muy importantes. García Bibriesca desarrolló en 1996 un trabajo de investigación de excelentes contenidos entre los que encontramos los efectos de muchos tipos de drogas a nivel sistémico y a nivel bucal<sup>6</sup>, las interacciones farmacológicas que pudieran presentarse durante la atención bucal de los paciente farmacodependientes, y en general habla, como la mayoría de las publicaciones Odontología-Drogas, del cómo debe un odontólogo atender la rehabilitación bucal de estos pacientes.



En México es bien sabido en el ramo médico que la prevención es una medida de atención médica que no hemos terminado por consolidar y que la literatura especializada de nuestra profesión odontológica puede ser rica en textos dirigidos hacia el mismo profesional y las medidas que debe tomar hacia pacientes de alto riesgo; pero las referencias que vayan dirigidas hacia los propios grupos afectados y que promuevan el autocuidado de los pacientes es muy pobre y en el caso de los farmacodependientes es nula.



*<https://www.google.com.mx/search?q=delirium+tremens&biw=1920&bih=979&source>*

El Cirujano Dentista se ha caracterizado por prestar servicios de restauración y de rehabilitación bucal, a personas principalmente de altos recursos, y su actuar en la promoción de la salud sigue estando muy disperso. Las acciones encaminadas hacia el mejoramiento de la salud bucal en grupos vulnerables o de alto riesgo no se han promovido adecuadamente a pesar de su actuar constante en poblaciones marginadas, de preescolares, escolares, personas con alguna o varias discapacidades, y padres de familia principalmente.



Pero uno de los grupos que escasamente son abordados es del de las personas farmacodependientes, un grupo de alto riesgo



para la prevalencia e incidencia de enfermedades bucales que van desde una gingivitis a cáncer oral, y que pueden ser evitadas

*Fuente Directa*

con una correcta orientación hacia el autocuidado que deben llevar los pacientes de su organismo y de su sistema estomatognático.

La elaboración de un programa de salud bucodental dirigido a una población específica es el mejor método que tiene el médico para disminuir la incidencia y prevalencia de una enfermedad específica. Existen programas de salud bucal dirigidos a preescolares, a personas con discapacidad, a adultos mayores, etc. Es pertinente entonces también dirigir un programa de esta índole hacia los pacientes farmacodependientes por dos razones; la primera, la susceptibilidad que tiene este grupo a padecer cualquier alteración dentro de su boca por los cambios drásticos que sufre la mucosa de revestimiento bucal, los dientes, encías y la lengua; y segunda la puesta en marcha de estos programas son la única manera de disminuir la vulnerabilidad de estos pacientes ante las enfermedades bucodentales.



*Fuente Directa*



*Fuente Directa*



En México la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 arrojó un aumento en la dependencia a drogas de un 0.4% en 2008 a 0.6%, lo que significó casi 450 mil personas entre los 12 y los 65 años con este tipo de padecimiento.<sup>7</sup> Las acciones médicas dirigidas a los grupos de farmacodependientes han sido debidamente enfocadas a la desintoxicación y desvinculación del individuo de las drogas.

En unidades especializadas para el tratamiento de adicciones como los Centros de Integración Juvenil (CIJ) los pacientes que más frecuentemente acudieron por tratamiento fueron los que presentaron adicción al alcohol 19.9%, cocaína 12.5%, marihuana 15.6% e inhalantes 14.1%. A nivel mundial estas últimas ocupan también los primeros lugares de las drogas más consumidas. Por su intimidad que guardan con el desarrollo de patologías bucales durante su consumo es competencia del Cirujano Dentista la promoción del mantenimiento y cuidado de los tejidos orales de estos pacientes y de manera indirecta, pero activa, disminuir el uso de drogas.<sup>7</sup>

En función de los problemas y necesidades de salud bucodental que aquejan a los pacientes farmacodependientes deducimos que la mejor manera de intervención que tiene el Cirujano Dentista ante un problema de carácter social y de salud como lo es la farmacodependencia es por medio de programas de salud que tengan un enfoque clínico realista y una aplicación práctica.



## 2.5. MANIFESTACIONES BUCALES DE PACIENTES FARMACODEPENDIENTES

Los pacientes farmacodependientes, debido a requerimientos de su organismo, tienden a consumir grandes cantidades de carbohidratos lo que provoca que presenten una alta incidencia de caries incluyendo la caries rampante. En pacientes dependientes del consumo de heroína el hallazgo más común es la pigmentación de los cuellos de los dientes en un tono parduzco y asintomática atribuible principalmente a la disminución del flujo salival inducido por los opiáceos. La enfermedades y padecimientos propios de las mucosas y de los tejidos periodontales tales como los abscesos pulpares y periodontales, gingivitis úlcero necrosante aguda (GUNA), estomatitis de origen infeccioso y en ocasiones hasta leucoplasias son frecuentes dadas las condiciones de descuido y desinterés por la higiene personal y el mantenimiento de la salud bucal persistente en los pacientes adictos.

**Imagen 1**  
**Abceso Pulpar**



*Fuente Directa*

**Imagen 2**  
**Gingivitis Ulceronecrosante**



*Fuente Directa*

**Imagen 3  
Bruxismo**



*Patología y Terapéutica Dental, 2015*

**Imagen 4  
Leucoplasia**



<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/3/images/526/imag>

**Imagen 5  
Abrasión Cervical**



*Patología y Terapéutica Dental, 2015*

**Imagen 6  
Queilitis**



*Patología oral y maxilofacial, 2005*

La abrasión cervical en los dientes provocada por un cepillado intenso y una técnica inadecuada es más frecuente entre los consumidores de alucinógenos; esta condición dental genera frecuentes laceraciones de mucosas y pérdida de papilas interdentes. También es común la presencia de signos que



nos llevan al diagnóstico de bruxismo, tales como el desgaste severo y pérdida excesiva de las cúspides y bordes incisales de los órganos dentarios acompañados de sus manifestaciones musculares como hipertrofia muscular (bilateral de los músculos maseteros), mialgias de los músculos de la masticación artralgias.

Las parafunciones ejemplificadas en morderse el labio, lamerse y apretar la lengua son comunes referencias comunes de igual forma la resequedad labial, quelitis angular y pirosis bucolabial. Los consumidores de cocaína y solventes tienen una alta tendencia a tener disminuido e incluso perder el sentido del gusto y/o el olfato, aunque también es factible que este efecto sea producido por cualquier droga que actúe a nivel del sistema nervioso central.

Es importante mencionar que disminución en el sentido del gusto también puede ser directamente proporcional a la reducción del flujo salival provocado por el abuso de otros fármacos como los opiáceos.

La aparición de enfermedades oportunistas como la candidiasis y otras manifestaciones como la quelitis angular y la glosodinia son signos diagnósticos de la malnutrición ligada a la anorexia principalmente provocada por las drogas estimulantes del sistema nervioso central. <sup>6,8-10</sup>



## 2.6. NIVELES DE ATENCIÓN A PACIENTES FARMACODEPENDIENTES

Para saber en qué nivel de atención se debe implementar el programa es importante mencionar cuales son los niveles de atención a pacientes farmacodependientes. <sup>11,12</sup>

### **Primer Nivel**

Aquellos organismos e instituciones que realizan entrevistas u otros métodos de abordaje o atención bajo esquemas reflexivos o manejo indirecto (no curativa, no curativa en forma directa, solo de carácter preventivo o bien preventivo a largo plazo, y otras acciones.

### **Segundo Nivel**

Atención profesional no médica (campos complementarios a la salud) de carácter especializado (en alcoholismo, adicciones, etc.), como los grupos de ayuda mutua. Pueden incluirse aquí los llamados profesionales, entendiendo por profesional no médico el trabajo intenso, cercano y dedicado al manejo de ciertos problemas vinculados con la condición adictiva de los pacientes, realizado con base en una actividad “profesionalizada”, pero sin tener propiamente profesión, es decir, consejería gratuita o para el beneficio directo o indirecto del grupo que patrocina tales actividades.

### **Tercer nivel**

Consultas o intervenciones terapéuticas directas no especializadas (psiquiátricas) que constituyen una estrategia más o menos formal de la medicina; es decir, son curativas



sintomáticas no etiológicas y de enfoque multifactorial, o bien se trata de acciones rehabilitadoras dirigidas al síntoma o condición que se ataca.

#### **Cuarto Nivel**

Atención profesional médica general en unidades de salud, clínicas y hospitales públicos o privados, y en otras instituciones de asistencia social conectadas con la salud.

#### **Quinto Nivel**

Consultas o intervenciones diagnóstico-terapéuticas directas y especializadas, pero no en adicciones sino en sus complicaciones; es decir actividad curativa sintomática y etiológica de enfoque multifactorial o rehabilitadora general.

#### **Sexto Nivel**

Atención profesional médica y psiquiátrica no especializada en adicciones como las unidades hospitalarias y centros de salud y clínicas o servicios psiquiátricos

#### **Séptimo Nivel**

Atención profesional médica y psiquiátrica especializada en adicciones de la que derivan consultas o intervenciones para el tratamiento integral del problema; es decir, actividad curativa sintomática y etiológica multifactorial y rehabilitadora general a la vez (manejo especializado posterior al logro de la abstinencia). Son grupos especializados con personal profesional calificado.

A la luz de la descripción de cada nivel se deduce que un programa de carácter odontológico se puede incluir por partes



en cualquiera de los estratos mencionados sin embargo la organización correcta del mismo programa y el enfoque integral a un modelo interdisciplinario es lo que lo acreditará como tal y no como un conjunto de acciones sin vinculación entre ellas y aisladas a su respectivo nivel.

## 2.7. MODELOS DE ATENCIÓN A PACIENTES FARMACODEPENDIENTES

Existen varios modelos de atención terapéutica aplicado a las adicciones.<sup>13,14</sup>

Tabla 1 Modelos de atención terapéutica a farmacodependientes*	
Agresivo	De destierro fisiológico
De sustitución con sustancias agonistas	De sustitución con sustancias antagonistas
De sustitución (misma sustancia con liberación prolongada)	Otros tratamientos biológicos (uso de antidepresivos tricíclicos o ISRS, antebutamona, etc.)
Modelo de ayuda mutua	Modelo Minnesota
Comunidad terapéutica	Modelo de control de consumo
Psicológico	Sociocultural
Psiquiátrico	Integral

\* Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 1997.

Tres de estos tienen mayor “efectividad” dentro de la sociedad mexicana: el Modelo de ayuda mutua<sup>12,13,15</sup> en el que están basados muchos de los llamados “grupos de autoayuda” y que prevalecen en los centros que se encuentran al alcance de la mayoría de la



población que está vinculada directa o indirectamente con un problema de farmacodependencia y en el que se relaciona al paciente con más personas que presenten cualquier grado de farmacodependencia para crear un ambiente de aparente comprensión y confianza; el modelo Minnesota establecido en 1950 en EUA el cual se basa en la posibilidad de cambio en las creencias, actitudes y comportamientos. Éste modelo acepta el término de enfermedad para referirse a la adicción, los pacientes activos participan en la remisión como consejería y se caracteriza por tener un plan terapéutico de modalidad residencial de 4 hasta 8 semanas y proscribire la acción farmacológica paralela al tratamiento.<sup>11,15,16</sup>

Y finalmente el modelo integral que es una combinación de los dos modelos anteriores. Este último reconoce la etiología multifactorial de las adicciones lo cual le permite a sí mismo involucrarse en más ámbitos de la vida de los pacientes permite la atención psiquiátrica entre médico-psicólogo, brinda una terapéutica residencial de alta calidad, promueve constantemente la motivación terapéutica y mantenimiento de abstinencia, ofrece diagnóstico biopsicosocial, tratamiento individualizado, programas de prevención de recaídas y de promoción del crecimiento personal, usa la historia clínica psiquiátrica codificada para las adicciones, promueve la terapéutica ambulatoria, incorpora a la familia y, afortunadamente para la causa del odontólogo y de muchos otros servidores de salud, atiende otros problemas de salud vinculados.<sup>16,17,18</sup>

El modelo integral inicia su actuar a partir del cuarto nivel de atención, es importante entonces entender que el profesional de la salud bucal puede intervenir en los tres niveles inferiores de atención a farmacodependientes.



### **Acciones que deben ser llevadas a cabo por el profesional de la salud en el primer nivel**

1. El responsable médico o equivalente establecerá lo antes posible un diagnóstico antes de recomendar y desencadenar las maniobras correctivas
2. Discriminar entre las sustancias de abuso y adicción responsables de la condición que enfrenta y sus consecuencias
3. Establecer un grado de severidad aproximado del caso así como los diagnósticos diferenciales y la comorbilidad adictiva y psiquiátrica
4. Señalar las diferentes rutas terapéuticas probables incluidas valoraciones e interconsultas
5. Evalúe la severidad del caso y establezca su pronóstico

Sin embargo las problemática que presenta el estado mental de los consumidores crónicos tales como:

- Paranoia
- Esquizofrenia
- Antisocial
- Limítrofe
- Histriónico
- Narcisista
- Por evitación
- Por dependencia
- Obsesivo-compulsivo
- De la personalidad (no especificado)<sup>4</sup>

Son barreras en las que un programa de educación para la salud bucal quedaría inocuo. Es por eso que es preferente la aplicación de



este programa dentro del Modelo Integral en el que los resultados que buscamos sean más probables y donde uno de los objetivos en común y quizá el más importante es el de la promoción del cuidado y crecimiento personal.

## **2.8. MOMENTO DE INTERVENCIÓN**

El tiempo de internamiento recomendado y basado en resultados es de 10 semanas divididas en tres fases.<sup>19-21</sup>

1. Valoración clínica inicial de una semana de duración
2. Terapéutica de 8 semanas en promedio en el que recomiendan la aplicación de distintos recursos farmacológicos y psicoterapéuticos individuales, grupales y familiares
3. Prevención de recaídas de una semana de duración, la cual se incrementa por indicación cuando las condiciones lo permiten, deben incluirse:
  - a. Valoración de ingreso
  - b. Plan de prevención de recaídas
  - c. Psicoterapia individual, grupal y familiar
  - d. Diseño de proyecto de vida
  - e. Mantenimiento de abstinencia
  - f. Supervisión a función psicosocial y familiar.



### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El uso y consumo de sustancias comúnmente llamadas “drogas” genera cambios físicos, químicos y ambientales en el medio oral de los consumidores, dichos cambios se reflejan en la presencia de anomalías estructurales superficiales y profundas de los tejidos bucales y dentales provocando así que los dientes y estructuras de soporte sean más susceptibles a la acumulación de placa bacteriana, y más vulnerables a la enfermedad periodontal y a la caries.

Esto se agrava exponencialmente si consideramos que los individuos farmacodependientes desconocen el impacto que a nivel oral tiene el autocuidado de la salud oral y la identificación temprana de cualquier cambio que se presenta en su boca, es decir, desconocen el valor de la autoexploración ya que la salud bucal no es prioridad.

Otra variable a considerar es que en algunas ocasiones no se cuenta con formación adecuada para diseñar Programas de Educación para la Salud y cuando se diseñan programas de educación para la salud bucal no se parte del diagnóstico de las enfermedades orales de mayor prevalencia lo que se traduce en programas diseñados a la luz de la opinión de otros profesionales diferentes al Odontólogo o al Epidemiólogo.



#### **4. JUSTIFICACIÓN**

La implementación de programas de salud oral dirigido a farmacodependientes es imprescindible durante el proceso de desintoxicación ya que el paciente podrá reconocer el valor de la conservación de la salud oral así como identificar Factores de Riesgo que aparte del consumo de droga están incidiendo en la salud oral por lo que proponer un programa cuyo contenido sea realizado con imágenes claras que permitan el análisis crítico de las alteraciones presentes en encía, dientes y otras estructuras promoverán el autocuidado de la salud oral en los farmacodependientes

Por último, la Facultad de Odontología podría aportar un valioso apoyo para diseñar programas dirigidos a poblaciones consideradas de alto riesgo como los pacientes farmacodependientes por lo que programas como el presente representan una herramienta o un auxiliar importante para los profesionales de la salud bucal que deseen explorar o estudiar a este tipo de grupo.



## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. GENERAL**

Diseñar un programa de promoción de la educación dirigido a personas farmacodependientes para el autocuidado de la salud oral basado en la necesidad sentida expresada por una muestra de pacientes consumidores.

### **5.2. ESPECÍFICOS**

- Determinar la necesidad de información que expresaron los encuestados
- Diseñar los contenidos de un Programa teniendo en cuenta las enfermedades de mayor prevalencia a nivel bucal: Caries Dental y Enfermedades Periodontales (NOM-013-SSA2-2006) (Encuesta Nacional para las Adicciones 2011)



## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1. Material y método**

El presente estudio se realizó en dos etapas:

#### **Primera etapa**

Se llevó a cabo un sondeo de opinión en una muestra de 30 farmacodependientes para identificar necesidad sentida y no sentida sobre salud oral y su autocuidado y valorar así el nivel de conocimientos de una muestra de 30 personas consumidores de marihuana y otras drogas que acuden comúnmente al establecimiento llamado *Underground* en el mercado de El Chopo en la Ciudad de México el día 17 de octubre del 2015.

La evaluación de conocimientos se realizó por medio de un cuestionario de nueve preguntas referentes a higiene oral, efectos del tabaco, del alcohol y otras drogas en cavidad oral, características de boca sana y autocuidado de la salud oral.

Posterior a su evaluación se entregó a cada uno de los 30 participantes una manzana como refuerzo positivo y agradecimiento por su colaboración. La encuesta se diseñó utilizando la escala de Likert, utilizando tres posibilidades de respuestas: **De acuerdo**, **Ni acuerdo ni en desacuerdo** y **En desacuerdo**. Las respuestas correctas fueron calificadas con tres puntos (3), las respuestas erróneas fueron calificadas con un punto (1) y a la respuesta ni acuerdo ni en desacuerdo siempre se le dio un valor de dos puntos (2). (Anexo 1)



## **Segunda etapa**

Teniendo en cuenta la información que manifestaron lo encuestados se diseñó la propuesta de Programa de Promoción de la Salud

### **6.2. Tipo de estudio**

Este trabajo corresponde a un estudio transversal.

### **6.3. Población de estudio**

Personas que acostumbran reunirse en el *Underground* de El Chopo y que son drogodependientes principalmente de marihuana.

### **6.4. Muestra**

30 personas farmacodependientes.

### **6.5. Criterios de inclusión**

- Personas que desearan participar en el estudio
- Personas que contestaran la encuesta el día 17 de octubre de 2015
- Personas que representen algún grupo de pacientes farmacodependientes

### **6.6. Consideraciones éticas**

El presente estudio no representó daño ni alteración para los encuestados, se conservó en todo momento la confidencialidad de la información y de la identidad de los sujetos.



PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL  
DIRIGIDO A PACIENTES FARMACODEPENDIENTES.



Se realizó a la luz de los preceptos asentados en la Ley General de Salud, título quinto: Investigación para la Salud (capítulo único), declaración de Helsinki (numerales 21 al 27), inciso C “Principios aplicables cuando la investigación médica se combina con la atención médica” (numerales 28 al 32).



## **7.RESULTADOS**

En una primera entrevista, con cada integrante de la muestra, en la que pedimos su opinión acerca de los Programas de Educación para el Autocuidado de la Salud Oral obtuvimos que el 50% de los interrogados mencionó que éste tipo de programas son Importantes para los fines que se busca lograr con ellos.

Diez de ellos (33.3%) catalogaron a los programas de salud como necesarios. Trece de los sujetos interrogados concordaron en que un factor muy importante es que la población en general no posee la información necesaria para realizar por el autocuidado de su salud general.

En cuanto a la capacidad de estos programas para evitar o prevenir enfermedades tanto bucales como sistémicas, veintidós encuestados opinaron que son una gran herramienta para estos fines; y trece personas mencionaron creer que son ideales para prevenir, mantener y mejorar el estado de la salud oral así como lo importante que es tener una higiene bucal adecuada.

Es de notar que uno de los pacientes opinó que además de implementar este tipo de programas sería ideal darles un seguimiento o una continuidad.

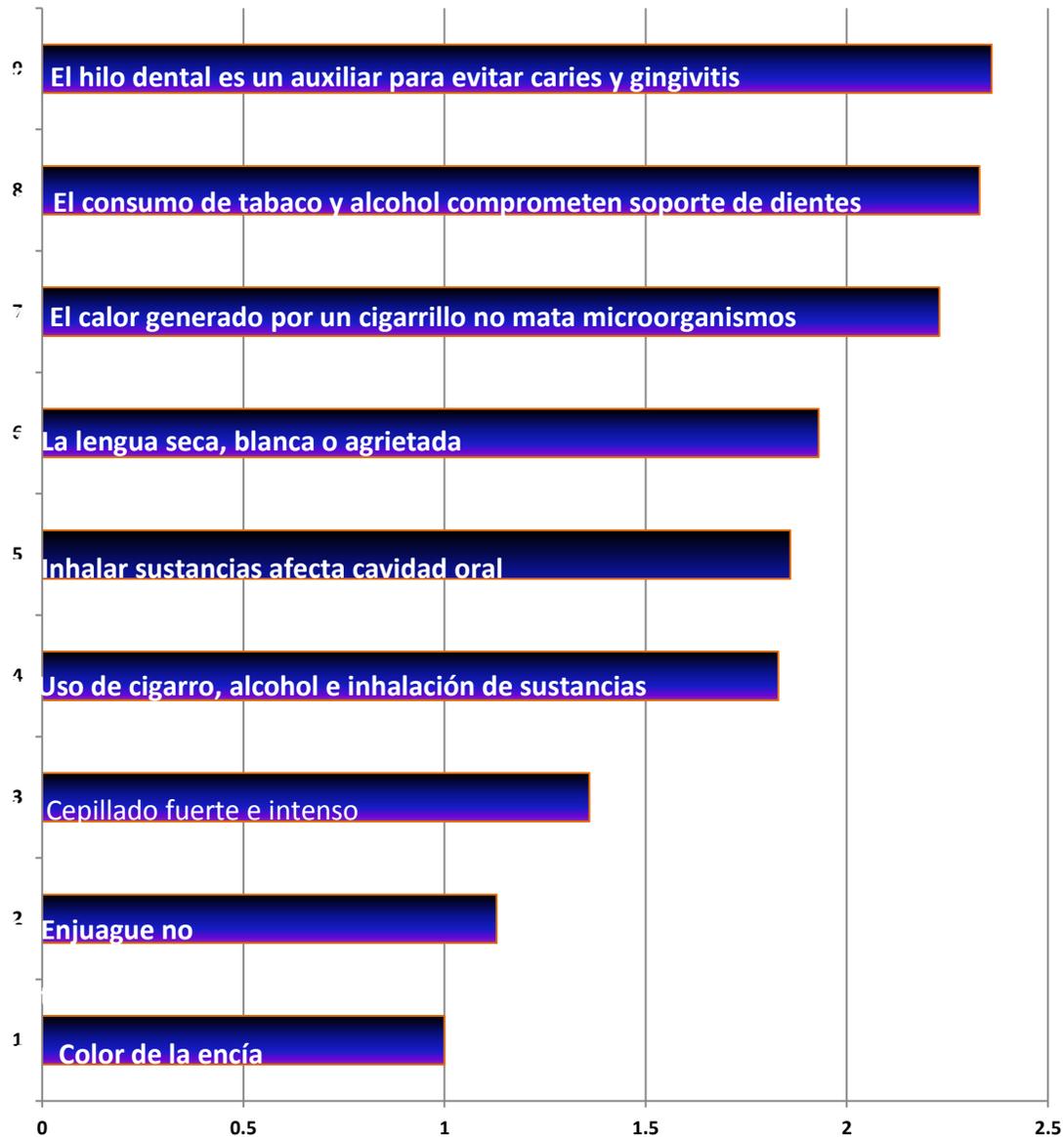


**Tabla 2**  
**Puntaje individual obtenido por pregunta**

No.	Preguntas	Puntaje
1	Un cepillado fuerte e intenso es más efectivo para remover los restos de alimentos	1.36
2	El consumo de tabaco y alcohol comprometen el soporte del diente	2.33
3	Inhalar sustancias afecta la cavidad oral	1.86
4	El calor generado por un cigarrillo no mata microorganismos patógenos de la boca	2.23
5	El hilo dental es un auxiliar excelente para evitar la gingivitis y la caries	2.36
6	El enjuague con colutorio no sustituye al cepillado dental	1.13
7	La lengua seca, blanca o agrietada puede ser signo de una enfermedad grave	1.93
8	El color normal de la encía no es rojo	1
9	El uso de cigarro, consumo de alcohol e inhalación de sustancias producen lesiones en boca	1.83



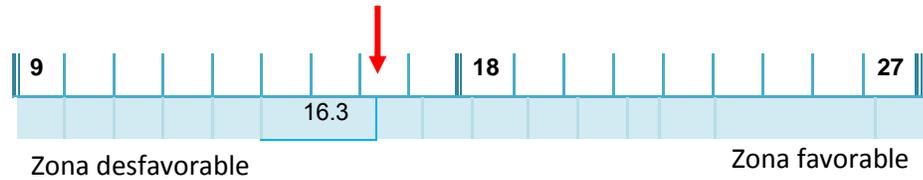
**Gráfica 1**  
**Distribución gráfica por conocimientos sobre 9 conceptos de autocuidado de la salud oral.**



Obsérvese que los contenidos de las preguntas 2 y 5 son los que más manejan los encuestados. El programa se centró más en las preguntas donde se evidenció menor conocimiento.



**Gráfica 2**  
**Ubicación promedio del grado de conocimiento sobre autocuidado de la salud oral.**



En la Gráfica 2 se presenta la ubicación del grado de conocimiento promedio sobre autocuidado de la salud oral que los encuestados tenían al momento de levantar la información, obsérvese que estos conocimientos están más cercanos a la zona desfavorable, cuando esto se detecta es cuando están indicadas las actividades de Educación para la Salud a fin de acercar el conocimiento más a la zona favorable.



## 8. PROPUESTA

# PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. [UNAM]

TEMA	CONTENIDO	NUMERO DE DIAPOSITIVAS
PRESENTACION	PRESENTACION DEL PROGRAMA	1
CAVIDAD ORAL	CARACTERISTICAS DE LA BOCA	4
FUNCIONES DE LA BOCA	FUCNIONES DE LA BOCA	1
LENGUA	FUNCIONES DE LA LENGUA	1
SALIVA	GLANDULAS SALIVALES Y SALIVA	2
LOS DIENTES	TEJIDOS DUROS DEL DIENTE	1
ENFERMEDADES DE LA BOCA	CARIES	1
	PLACA BACTERIANA	1
	CÁLCULO DENTAKL	1
	GINGIVITIS	1
	PERIODONTITIS	1
LIMPIEZA BUCAL	AUXILIARES DE HIGIENE	1
	TECNUICA DE CEPILLADO	4
	USO DE HILO DENTAL	3
	TOTAL	23

# PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. [UNAM]



COMO PREVENIR ESTO

¿?

## INTRODUCCIÓN

- La boca esta formada por las mejillas, paladar, los labios, y lengua.
- El vestíbulo de la cavidad bucal es limitado por las mejillas, los labios, las encías y los dientes.

## Partes de la cavidad oral

La boca puede considerarse una estancia con seis paredes:

- Pared anterior: Labios.
- Paredes laterales: Mejillas.
- Pared inferior: Lengua y Piso de boca.
- Pared superior: Bóveda palatina o paladar.
- Pared posterior: Istmo de las fauces que comunica la boca con la faringe.
- Los anexos de la boca: son los dientes, las encías y las amígdalas.

# PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. [UNAM]

Labios y mejillas-contiene el músculo del buccinador que guarda el alimento entre los dientes superiores y más bajos

- Vestibulo: área entre las mejillas y los dientes
- Cavity bucal.  
Techo= Paladar y Úvula.  
Piso = Lengua

**Funciones de la Boca.**

- Masticación
- Deglución
- Habla
- Sentido del gusto
- Salvación

## Lengua

- Es un órgano que se proyecta dentro de la cavidad oral.
- Ayuda a funciones como el habla, la digestión y deglución.
- La superficie ventral de la lengua esta dividida a partir del surco terminal "V"

## Glándulas salivales

- Parótida debajo de tu oído y excedente el masetero
- Submandibulares está bajo borde más bajo de la mandibula
- Sublinguales es profundo a la lengua en el piso de la boca
- Todos tienen conductos ese vacío en la cavidad bucal

## Funciones de la saliva

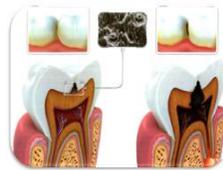
- Protectora del Esmalte.
- Reparadora
- Digestiva → Ayuda a formar el bolo alimenticio.
- Antibacteriana → Remineralizar los dientes.
- Lubricar la cavidad bucal.
- Limpian los dientes.

## Composición del diente

- Esmalte: -la sustancia más dura en el cuerpo
- Dentina: -tejido fino conectivo calcificado
- Cemento: -hueso -el ligamento periodontal

# PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. [UNAM]

## AVANCE Y CONSECUENCIAS DE LAS ENFERMEDADES



• **La Caries:** Si no es diagnosticada y tratada a tiempo se extiende en la dentina, produciendo sensibilidad.

Su progreso continúa generando dolor hasta provocar la muerte de la pulpa y finalmente un absceso.

## AVANCE Y CONSECUENCIAS DE LAS ENFERMEDADES

• **La Placa Bacteriana:** Cuando la placa no se elimina, se endurece y forma unos depósitos llamados "sarro" o "tártaro" que el simple cepillado no puede remover, y pueden empezar a destruir las fibras periodontales y el hueso alveolar que sostiene al diente.



## AVANCE Y CONSECUENCIAS DE LAS ENFERMEDADES



• **Cálculo o Sarro:** Cuando la placa no es removida adecuadamente en su totalidad con un correcto cepillado, esta se endurece.



El cálculo que se forma, se adhiere fuertemente al diente produciendo irritación al favorecer la acumulación de más placa bacteriana.



## AVANCE Y CONSECUENCIAS DE LAS ENFERMEDADES

¿ QUÉ SUCEDE SI NO SE TRATAN ESTAS ENFERMEDADES CUANDO APARECEN LOS PRIMEROS SIGNOS ?

• **La Gingivitis:** Además de producir inflamación de la encía y sangrado al cepillarse, en algunos individuos evoluciona a periodontitis. La gingivitis en su progreso destruye los tejidos de soporte de los dientes, incluyendo las encías, los ligamentos periodontales y los alvéolos dentales (hueso alveolar).



## AVANCE Y CONSECUENCIAS DE LAS ENFERMEDADES

• **La Periodontitis:** La periodontitis al destruirse el hueso que soporta los dientes en los maxilares provoca movilidad y separación de los dientes. Con el tiempo los dientes acabarán perdiéndose, bien por la necesidad de extraerlos debido a su inestabilidad o bien por caerse prácticamente solos.

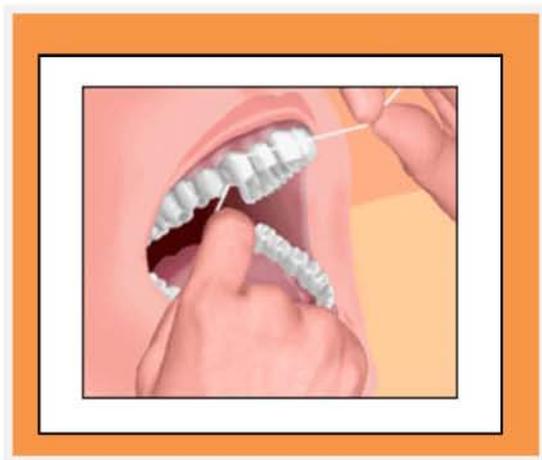
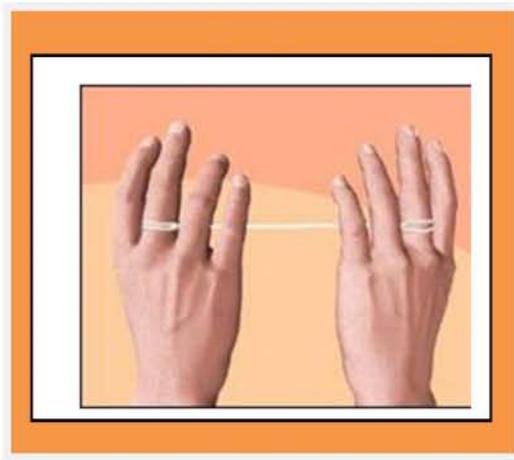


## Higiene oral.





# PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. [UNAM]





## **9. CONCLUSIONES**

Los individuos farmacodependientes reconocen la necesidad de conservar la salud oral solo cuando son cuestionados, de forma directa, sobre las ventajas de prevenir enfermedades como caries dental.

Teniendo en cuenta que el médico se remite a la revisión de la salud sistémica generalmente en la consulta, es vital que siempre exista información impresa sobre actividades de prevención para las enfermedades orales más frecuentes y sobre todo, se haga del conocimiento de la población la accesibilidad a la atención que la Facultad de Odontología ofrece en cualquier estadio de las enfermedades orales.

Hoy en día el manejo de enfermedades como la farmacodependencia deben ser atendidas en un modelo interdisciplinario que corresponda a su etiología de carácter multifactorial, exponenciando los resultados positivos de los diferentes programas promotores de su salud incluyendo los de Salud Bucal. Tomando en cuenta siempre que la integración de la familia en el proceso de promoción de la salud es parte fundamental para tener mejores resultados.



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza M, M: Visión Integral de su problemática, abordaje y terapéutica. Patología Dual.ed. ALFIL. México 2014
2. Mosby. Diccionario Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Har Court. España, 2000
3. Guía básica de adicciones. Disponible en: URL: [http://juanalbertoyoria.com.ar/..](http://juanalbertoyoria.com.ar/)
4. APA: *Diagnostical and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR*. Washington, 2000
5. Comisión de expertos de la OMS en drogas toxicomanígenas, 13° informe. Ginebra. Organización mundial de la salud 1964. Serie de informe técnico, no.273
6. Campos, LR. *Pacientes Farmacodependientes y su Manejo Dental*. UNAM. México, 1996.
7. SSA: *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*. Consejo Nacional contra las Adicciones. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de estadística, Geografía e Información (INEGI), 2000
8. Leucoplasia. Disponible en: URL: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/3/images/526/imagen1.gif>
9. Sapp JP . Patología Oral y maxilofacial contemporánea, ELSEVIER, España 2005
10. Barbero J,G. Patología y Terapéutica Dental. ed ELSEVIER España 2015
11. Souza M,M: *Posibilidades y limitaciones de las estrategias de tratamiento de las adicciones*. Periódico Ocho Columnas. Guadalajara, 1999.
12. Souza M,M: *Estado actual de la enseñanza y la investigación en adicciones en la Ciudad de México*. Primer Simposium Regional de



las Américas "Nuevos Focos de Atención en la Psiquiatría.  
Guadalajara, 1998

13. FINCA: *Programa de prevención y control de adicciones en México*. Secretaría de Desarrollo Social. México 1998.
14. .CICAD: *Informe Final de la Primera Reunión del Grupo de Expertos sobre Reducción de la Demanda*. Organización de Estados Americanos. Buenos Aires. 1997
15. PRADO GA: *Modelos de atención para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ciencia y Cultura Latinoamericana ,México 2000.
16. FINCA: *I Curso para la Formación de Orientadores en Adicciones*. Subdirección de Investigación y Enseñanza. FINCA. Secretaría de Desarrollo Social. México. 1998.
17. .Souza M,M : *Programa de prevención y control de adicciones en la Ciudad de México*.. México, Gobierno del Distrito Federal, 1998.
18. Prado GA, Vélez BA: *Modelo Terapéutico Residencial para pacientes con problemas de consumo de psicotrópicos en grandes urbes latinoamericanas*. México, Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones (FINCA).1999.
19. Miller NS. *Psychiatr Clin Nort Am*, USA, 1998.
20. Crown S. *Individual long-term psychoterapy*. En Blonch S. Oxford University, 1979
21. Sanguinetti VR. *Comorbid substance abuse and recovery from acute psychiatric relapse*, 1998.



## ANEXO 1

Un cepillado fuerte e intenso es más efectivo para remover los restos de alimentos

De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
------------	-----------------------------	---------------

El consumo de tabaco y alcohol no daña el soporte de los dientes

De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
------------	-----------------------------	---------------

Inhalar sustancias por la nariz no afecta la boca

De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
------------	-----------------------------	---------------

El calor que genera un cigarro en boca mata a los microorganismos que producen la caries

De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
------------	-----------------------------	---------------

Usar hilo dental disminuye considerablemente la probabilidad de tener caries o gingivitis

De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
------------	-----------------------------	---------------

Usar enjuague bucal no sustituye el cepillado dental

De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
------------	-----------------------------	---------------

Una lengua seca, blanca o agrietada puede ser síntoma de una enfermedad grave

De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
------------	-----------------------------	---------------

El color normal de la encía debe ser rojizo

De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
------------	-----------------------------	---------------

El uso de cigarro, consumo de alcohol e inhalación de sustancias produce lesiones en cavidad oral.

De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
------------	-----------------------------	---------------