



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LESIONES EN CAVIDAD ORAL EN
FARMACODEPENDIENTES DE DOS HOSPITALES DE
ESPECIALIDADES TOXICOLÓGICAS DE LA SSA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

LISBETH YLIANA SALDAÑA MARTÍNEZ

TUTORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN

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.



A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este momento, por darme salud para que yo pudiera lograr mis objetivos, además de su infinito amor y bondad.

A mi Mami.

Por todos los ejemplos de superación, constancia y dedicación, por desvelarte conmigo, tus consejos, el valor mostrado para salir adelante y sobre todo por tu Amor.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en mi educación, tanto académica, como de la vida, por su apoyo incondicional.

Todo este trabajo es de ustedes. Gracias Dios por darme a los mejores papitos del mundo. Los Amo muchísimo.

A mi Papi.

Por haberme apoyado en todo momento, por tu comprensión, por siempre extenderme la mano y no dejarme caer, por las ganas de luchar por la vida y por tu Amor infinito hacia mí.

A mis Sis.

Zule: Por estar siempre presente y por enseñarme lo que es ser fuerte ante la adversidad, te admiro y Te Amo.

Samo: Por tu apoyo y aunque eres una beba para mí, por enseñarme a nunca darme por vencida y luchar por mis objetivos.

Porque ambas llenan de alegría mi vida y dan esa luz que necesito.

Espero se sientan orgullosos de mi y confié en que Dios siempre estará con nosotros en los momentos difíciles de la vida, pero siempre juntos.



A mis Abuelitos Jorge y Luisa.

Por darme al mejor padre, por sus bendiciones, por guiar mis pasos, por su amor y todas sus enseñanzas. Los amo.

A mi Abuelita Carmen.

Por darme al mejor ejemplo de vida, a mi madre, por guiar mis pasos desde bebé y por nunca dejarme sola estando lejos de mí.
Te amo y Te extraño.

A mi Tío Poli.

Aunque ya no estés con nosotros, tú sabes perfecto lo que hiciste, Gracias por ser partícipe de esto y va por ti, Te quiero y sabes que te extraño, siempre estarás en mis pensamientos y en mi corazón.

A mi Tía Elvia.

Por ser como nuestra segunda abuela materna, por siempre ver por tu Princesa, por tu cariño, tus consejos y amor. Te quiero.

A Rosy.

Por confiar en mí, por ayudarme en todos momentos y por tu apoyo incondicional.

A mis Tíos.

Por estar conmigo siempre, por su apoyo, enseñanzas y confiar en mí, siendo mis pacientes.

A mis Primos.

Por estar en las buenas y malas, Por confiar en mí y verme como un ejemplo a seguir, por siempre cuidarme, respetarme y quererme.



A Juyo.

Por ser mi complemento, mi cómplice, por tener mi otra mitad de cerebro y corazón, y principalmente por dejar que mis manos encajen en las tuyas. Te Amo y gracias por tu apoyo incondicional.

Siempre caminaremos para la misma dirección si Dios nos lo permite.

I Lava You.

A mi Tutora.

Dra. Conchita

Por ser ese pilar fundamental para que yo no me rindiera, por ser excelente doctora, ser humano y amiga, por siempre estar en la mejor disposición de enseñar.

Por haberme guiado en la elaboración de este trabajo, por su tiempo y apoyo.

A la Dra. Arcelia

Por ayudarnos a cumplir esta meta, por su tiempo aún en momentos difíciles, por ser un excelente ser humano y amiga, por habernos guiado en la elaboración de este trabajo.

A mis Amigos.

Por sus palabras de aliento, por su apoyo, por sus como te fue en el examen, por las risas y lágrimas, y por la hermandad que fuimos construyendo día a día. Mientras no me olviden no me voy.

A mis Docentes.

Por ellos llegue hasta aquí, Gracias y que Dios los bendiga, para que sigan impartiendo una de las mejores carreras. Mi reconocimiento a esa enorme capacidad intelectual que tienen para dar a sus semejantes.

A mi Amada Universidad Nacional Autónoma de México y sin dejar de mencionar a mi hermosa Facultad de Odontología quien me dio un lugar en su corazón y me permitió ser parte de una generación de triunfadores y de gente exitosa.

Lisbeth Yliana Saldaña Martínez.



ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN.	7
2. ANTECEDENTES.	8
2.1 Antecedentes Históricos.	8
2.2 Antecedentes Históricos en México.	13
2.3 Definición de Droga.	19
2.3.1 Clasificación.	20
2.3.2 Drogas legales e ilegales.	20
2.3.3 Clasificación de las drogas de acuerdo con la OMS.	21
2.4 Drogadicción.	21
2.5 Factores predisponentes o determinantes para el consumo de drogas.	22
2.6 La Comisión Nacional contra las Adicciones <<CONADIC>>	24
2.6.1 Drogas de mayor uso en la población mexicana.	24
2.7 Efectos de las drogas a nivel bucal.	26
2.8 Alcohol<< <i>alcohol</i> >>	28
2.8.1 Tipos de consumo de Alcohol.	29
2.8.2 Efectos en cavidad oral.	30
2.9 Tabaco<< <i>Tobacco</i> >>	31
2.9.1 Efectos en cavidad oral.	32
2.10 Anfetaminas<< <i>amphetamine, amphetamine</i> >>	33
2.10.1 Efectos en cavidad oral.	34
2.11 Benzodiacepinas<< <i>Benzodiazepine</i> >>	35
2.11.1 Efectos en cavidad oral.	37
2.12 Marihuana<< <i>marijuana, cannabis</i> >>	38
2.12.1 Efectos en cavidad oral.	39
2.13 Cocaína<< <i>cocaine, crack</i> >>	41
2.13.1 Efectos en cavidad oral.	43
2.14 Opiáceos<< <i>Opiate</i> >>	44
2.14.1 Componentes.	44



2.14.2 Efectos en cavidad oral.	45
2.15 Sustancias Inhalables.	46
2.15.1 Categorías.	47
2.15.2 Efectos en cavidad oral.	48
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	49
4. JUSTIFICACIÓN.	50
5. OBJETIVOS.	51
5.1 General.	
5.2 Específicos.	
6. METODOLOGÍA.	52
6.1 Material y método.	52
6.2 Tipo de estudio.	53
6.3 Población de estudio.	53
6.4 Muestra.	53
6.5 Criterios de inclusión.	53
6.6 Variables de estudio.	53
6.7 Variable independiente y variable dependiente.	54
7. RESULTADOS.	55
8. CONCLUSIONES.	61
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	62
Anexos	
Anexo 1.	66
Anexo 2.	68
Anexo 3.	69



1. INTRODUCCIÓN

Los tejidos bucales representan una de las principales barreras físicas para evitar el ingreso de agentes nocivos al cuerpo humano, el epitelio de la mucosa y las secreciones neutralizan la acción de sustancias y microorganismos patógenos, para lo cual, la saliva ha alcanzado altos grados de especialización que garantizan el equilibrio de la microflora bucal y el adecuado recambio celular de los epitelios en boca. La saliva es un fluido biológico conformado por la secreción de diversas glándulas (parótidas, submandibulares, sublinguales y glándulas salivales menores), cada una de ellas le aporta propiedades específicas, algunas sustancias pueden alterar la composición o cantidad de secreción de la saliva, como es el caso de las drogas ilegales, las cuales tienen la capacidad de pasar a la saliva por difusión pasiva desde la sangre. De igual forma, los residuos de estas sustancias pueden permanecer adheridos a la superficie mucosa en la boca debido a las exposiciones crónicas derivadas de fumar, esnifar o ingerir por vía oral principalmente por medio de fricción o absorción sublingual de estas sustancias lo que genera alteraciones tisulares diversas.

Estas alteraciones de la saliva en cantidad, composición y pH, han sido señaladas como condiciones que favorecen el desarrollo de enfermedades de la mucosa bucal, tanto traumáticas, inflamatorias e infecciosas, incremento en los índices de caries, enfermedad periodontal y por consecuencia deterioro sistémico y físico.

Es importante determinar la prevalencia de lesiones generadas por cambios físicos y biológicos en cavidad oral causados por el abuso del consumo de drogas en pacientes farmacodependientes registrados por edad y sexo. Así como identificar la zona afectada de mayor frecuencia, mediante las Clínicas de Especialidades Toxicológicas. Para que se pueda prevenir, tratar y orientar el control de las adicciones.



2. ANTECEDENTES

2.1 Antecedentes Históricos

Existen pruebas evidentes del consumo de sustancias embriagantes durante el Paleolítico, pero se desconocen los hábitos de consumo y la frecuencia y finalidades de la intoxicación. Es de suponer que los objetivos eran prácticos, tanto mágico-religiosos como militares, festivos o sanitarios.

En el Neolítico, nace la primera toxicomanía relacionada con un producto alcohólico similar a la cerveza, obtenido de la fermentación de la cebada.

Los griegos introdujeron el cultivo de la vid, pero fue el Imperio Romano el que extendió su cultivo, el vino se reservaba casi exclusivamente a los colonos de origen y ciudadanía romana. La mayor parte de la producción se dirigía por vía marítima a Roma, donde se encuentra una de las primeras manifestaciones de toxicomanía de masas, basada en el uso del vino por sus efectos lúdicos. Con los visigodos decae el cultivo del viñedo y vuelve el consumo de la cerveza.

Los árabes apenas encontraron viñedos y los pocos que se encontraron fueron eliminados en su totalidad. También desaparece la cerveza. Durante toda la Edad Media, la península Ibérica era un área extraordinariamente abstemia. Por otra parte, la población musulmana establecida en la península tampoco adoptó el *cannabis*.

Comas sugiere que esta falta de competencia puede ser la que permitió que se desarrollara y se difundiera por y desde la península una de las más importantes toxicomanías: el tabaquismo.



Desde el primer viaje de Colón, se entró en contacto con el tabaco, que era utilizado por los aborígenes como un potente alucinógeno, para acceder a estados místicos con fines mágico-religiosos y mágico-curativos. Al llegar al siglo XIX, el consumo de cigarrillos estaba totalmente generalizado por toda la península.

Es significativa la distinta evolución cultural durante la misma época de otros dos productos, el chocolate y la coca. El chocolate posee propiedades farmacológicas para ser usado como una droga excitante y así era usado por los aztecas, pero derivó, por su composición formal, en un producto alimenticio. La coca era usada por los incas por sus efectos psicotrópicos, aunque con estrictas limitaciones de clase social.

El opio constituye un caso distinto, pues desde la época grecorromana se han conocido sus efectos, sin que dejaran de serlo ni el Medioevo, ni en el Renacimiento y la Edad Moderna. La fórmula del láudano es atribuible a Paracelso y alcanzó el cenit en el siglo XVIII.

El uso masivo como medicamento fue decreciendo en el siglo XIX y desapareció prácticamente en el primer tercio del siglo XX, adquiriendo, a partir de ese momento, la imagen de droga ajena a nuestra realidad cultural.

Respecto al alcohol, durante los siglos XVI, XVII y gran parte del XVIII la superficie vitivinícola sigue siendo bastante reducida y se usa como complemento alimenticio. A partir de la segunda mitad del siglo XVIII se empieza a modificar la situación y a emplearse como bebida embriagante. En Europa el consumo de alcohol era bastante más elevado.



A lo largo del siglo XIX, la industria farmacéutica alemana sintetizó una serie de drogas nuevas, la mayoría derivada de productos naturales: la morfina en 1830, la heroína en 1874, la cocaína en 1858, y otras sintéticas, como el ácido barbitúrico en 1864. El uso de tales drogas se generalizó progresivamente adquiriendo una gran popularidad. Se daba por supuesto que su uso se basaba en criterios médicos, pero se fomentó su utilización sin ninguna dificultad ni control. La guerra civil americana (1861-1865) y la franco-prusiana (1869-1871) sirvieron para difundir masivamente la morfina como calmante de heridas y mutilaciones. La cocaína conoce su fase de expansión a partir de 1880.



Fuente:[http://4.bp.blogspot.com/-INTLEhezpXg/UtUyxUfC4aI/AAAAAAAAAvvs/zeh6gpNo4Eo/s1600/11-1c742c889a+\(1\).jpg](http://4.bp.blogspot.com/-INTLEhezpXg/UtUyxUfC4aI/AAAAAAAAAvvs/zeh6gpNo4Eo/s1600/11-1c742c889a+(1).jpg)

En el siglo XIX se produce también como consecuencia de la expansión colonial y del movimiento romántico el contacto de los europeos con drogas exóticas, como el hachís y las plantas alucinógenas americanas. Además del atraso científico e intelectual, en la segunda mitad del siglo XIX sobresale la institucionalización del alcoholismo, compitiendo con el tabaquismo como toxicomanía étnica o social.

A principios del siglo XIX se importaron grandes cantidades de té desde China, productor monopolista, a Europa. China sólo admitía el pago en plata española.



Hacia 1820, la casi totalidad de la plata española circulante estaba ya en poder del gobierno imperial chino, lo que imposibilitaba la continuidad del comercio del té. Los chinos, por su parte, apenas conocían el opio, pero hacia 1790 las clases altas chinas se habían aficionado al mismo. Los ingleses controlaban desde 1773 las plantaciones de opio de Bengala.



Fuente: <http://www.directoalamesa.com/wp-content/uploads/2012/09/Te-chino.jpg>

El opio se convirtió en el producto ideal para intercambiar por el té chino. El opio era introducido en China de contrabando y cobrado en plata, que luego servía para pagar el té.

En EUA una serie de medidas tendentes a penalizar el consumo de diversas drogas, primero el opio (1914), luego el alcohol (1919) y más tarde el cannabis (1937), cuyas consecuencias eran la aparición de un sistema mafioso de mercado negro y la criminalización de amplios sectores de la población.

En la posguerra y durante el bloqueo del comercio internacional cobró importancia el consumo de anfetaminas. Droga moderna (la efedrina se sintetizó en 1923), fue introducida en España durante la guerra para ser utilizada con fines militares. Durante la Segunda Guerra Mundial fue utilizada masivamente por los contendientes, tanto para incrementar la eficacia militar, como para mantener la moral de la población.

Entre 1959 y 1981 se duplicó la cantidad de alcohol puro consumido por habitante, así como la del número de cigarrillos. En ambos casos, la incorporación de la mujer al alcoholismo y al tabaquismo es responsable de la parte más importante de estos incrementos.



El tabaquismo y el alcoholismo se hallaban limitados por prescripciones culturales, de edad, sexo y ubicación social. Las anfetaminas que se empezaron a utilizar a medida en que se precisaba aumentar la productividad, se presentan en los años 60 como inhibidores del apetito, es decir como adelgazantes, como producto milagroso que permitirá mantener una figura acorde con las normas estéticas de la sociedad.

En el período de 1962 a 1973 supone la transformación de la sociedad en una sociedad de consumo intoxicada por tabaco, alcohol y fármacos.

La introducción de la heroína fue un fenómeno complejo que tiene que ver con la guerra del Vietnam y el tráfico originado por la misma, así como con la existencia de organizaciones mafiosas internacionales y los beneficios que reporta la tolerancia pública ante la distribución de heroína en ciertos medios.

En 1970, a las toxicomanías tradicionales se les añade un nuevo complejo cultural que respondía al estereotipo social del drogadicto. El psicodelismo sólo había alcanzado a grupos muy reducidos. Sin embargo, entre 1968 y 1973 se vivió un auténtico estado de alarma social causado por las noticias sobre las drogas y sus efectos aparecían constantemente en los medios de comunicación.

Entre 1968 y 1973, las drogas consumidas son *cannabis*, presentado como hachís, y la dietilamida de ácido lisérgico (LSD).

En 1973 se inició el consumo masivo de hachís, aparecen las primeras publicaciones contraculturales y se realizaban conciertos masivos de rock en los que se difunde el hachís y el LSD. Apareció la primera distribución sistemática de heroína hacia la mitad de 1975.¹



2.2 Antecedentes Históricos en México

En nuestro país el uso de drogas fue surgiendo de manera similar al observado en otros países. Es decir tenían tanto fines místicos como terapéuticos.

En cuanto a los primeros existen evidencias que en los pueblos y tribus indígenas de la época de la conquista española se descubrió que utilizaban hongos embriagantes durante sus celebraciones y festejos con el fin de dar placer a su espíritu.

Durante esa época a los indígenas se les trato de imponer el hecho de venerar a un solo Dios. Sin embargo, era difícil para los indígenas aceptar ese mandato, ya que tenían la creencia no de un Dios único, sino de la existencia de varios según fueran sus rituales.

Los indígenas tuvieron que someterse a las imposiciones de los españoles aunque fuera solamente ante sus ojos ya que clandestinamente en sus hogares, veneraban a un Dios que simbolizaba la adoración de la planta llamada Ololiuqui, que era escondida en canastos para que ningún extraño la descubriera y de esa manera poder continuar con sus rituales.



Fuente: <http://theplayatimes.com/wp-content/uploads/2015/01/ololiuquiplant.jpg>

El Ololiuqui, además de sus fines místicos, era utilizado para curar ciertas enfermedades.

Los hongos fueron motivo de estudio en esa época. En 1651 Francisco Hernández, médico de la Corona Española, mencionó que existían tres clases de hongos:

- a) Los que causaban la locura a través de la risa.
- b) Los que causaban visiones demoníacas.
- c) Los que eran reservados para fiestas.

Por otra parte, Fray Bernardino de Sahagún mencionó que los hongos no solamente se utilizaban en las fiestas, sino que tenían fines adivinatorios, fortalecían el alma y transportaban al individuo hacia pasajes alucinatorios, algunas veces agradables y otras desagradables.

Otra de las sustancias utilizadas por los pueblos indígenas fue el Pulque, el cual dentro de la cultura Náhuatl tenían ciertas limitaciones en cuanto a la forma de beber. Se permitía beber en las fiestas; pero cuando estas no se efectuaban, estaba prohibido beber cualquier tipo



de bebida embriagante. En la sociedad mexicana el pulque era considerado algo sagrado y formaba parte de sus rituales.

El peyote ha sido y es utilizado actualmente por los huicholes. Esta tribu se encuentra situada en la Sierra Madre Occidental, en los estados de Nayarit, Jalisco y Zacatecas. En su territorio no crece el peyote, por lo cual llevan a cabo una peregrinación hacia los desiertos de San Luis Potosí, específicamente en una región llamada Wirikuta en donde crece el peyote.

En relación con los fines terapéuticos o curativos de los pueblos indígenas en cuanto al uso de sustancias, se tenía la creencia de relacionar la forma que tenía una sustancia con una parte del cuerpo humano que fuera semejante a esta o al menos se le pareciera.

Entre los aztecas, se utilizaba el peyote para curar el reumatismo y la mandrágora, cuya raíz se asemejaba a la de una figura humana era considerada como inductor a la fertilidad.



Fuente: <http://i.imgur.com/f2pk8.jpg>

Otra sustancia utilizada con los mismos fines es la marihuana. Su uso se hizo presente en algunos grupos como los otomíes, tepecanos y tepehuas.

Probablemente esta hierba vino a sustituir hasta cierto punto al Ololiuqui y al peyote que era prohibido por la Santa Inquisición. Estos grupos utilizaban la marihuana llamada Yerba de Santa Rosa, a fin de que les diera un consejo ante la presencia de una enfermedad a través de un ritual para su fin terapéutico.²



En la actualidad el consumo de sustancias legales e ilegales es un problema que afecta principalmente a los adolescentes, los índices del uso y abuso de drogas en estas etapas son altos. Los principales factores de riesgo que aumentan las posibilidades que el individuo sea susceptible son: psicológicos, escolares, familiares, socioculturales y ambientales. Elementos que se deben considerar para comprender la problemática y que de cierta manera ha obligado al sector salud a crear Centros de Atención de Adicciones.

Los Centros de Atención de Adicciones, son unidades en las que se realizan acciones de prevención, tratamiento y formación para el control de las adicciones, estas unidades brindan la oportunidad a la población de recibir atención especializada en la prevención, detección, orientación y tratamiento de personas que están en riesgo de iniciar un consumo o que ya son consumidoras de drogas legales e ilegales, pero que aún no cumplen los criterios para ser considerados como dependientes o adictos a una sustancia, así como también brindan atención a las familias de los mismos.

El Distrito Federal cuenta con dos Unidades de Atención Toxicológica que dependen de la Secretaría de Salud del DF.

- La Unidad de Atención Toxicológica <<Xochimilco>> SSDF (Alcoholismo y Drogadicción) fue inaugurada en el año de 1989 y cuenta con especialidades y servicios de: Medicina Especializada en Adicciones, Medicina Legal, Psiquiatría, Urgencias Adultos y Psicología.
- La Unidad de Atención Toxicológica <<Venustiano Carranza>> SSDF (Alcoholismo y Drogadicción) fue inaugurada en el año de 1990 contando con especialidades y servicios de: Medicina Especializada en Adicciones, Psiquiatría, Urgencias Adultos, Nutrición y Psicología.



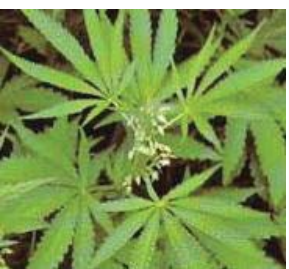




Por Delegación se incluyen los siguientes Centros:

- 31 Unidades de Especialidad Médica - Centro de Atención Primaria en Adicciones <<UNEME-CAPA>> otorgan tratamiento ambulatorio, son públicas, gratuitas, dependen de la Secretaría de Salud del DF y operan con un modelo profesional.
- 18 Centros de Integración Juvenil <<CIJ-AC>> otorgan servicios de tratamiento ambulatorio y operan bajo un modelo profesional. Cobran cuotas de recuperación módicas.
- Los Centros de Atención Integral de las Adicciones <<CAIA>> existentes en las delegaciones Álvaro Obregón, Coyoacán, Iztacalco y Milpa Alta, son públicos y ofrecen servicio gratuito ambulatorio bajo un modelo profesional.
- Los Centros de Atención de Adicciones que cuentan con el Registro otorgado por el IAPA; los que además han obtenido el Reconocimiento federal y los que están en proceso de obtenerlo. Son públicos, sociales o privados, ofrecen servicio residencial o ambulatorio.



Las drogas a través de la historia.

	<p>10.000 a. C</p> <p>Alucinógena</p>	<p>Se sabe que tanto en Asia como en el continente americano se empleaban drogas o alucinógenas que se extraían de determinadas especies de hongos y su uso se extendió posteriormente entre los mayas y los aztecas, quienes las dieron a conocer a los conquistadores españoles.</p>
	<p>6.000 a. C</p> <p>Amapola del Opio</p> <p>Depresora</p>	<p>La amapola del opio (<i>Papaversomniferum</i>) es una angiosperma de la familia de las papaveráceas de la que se extraen importantes drogas alucinógenas como el opio y la morfina. Ya era empleada como medicamento por los sumerios, una de las civilizaciones más antiguas.</p>
	<p>5.000 a. C</p> <p>Cáñamo</p> <p>Alucinógena</p>	<p>El cáñamo (<i>Cannabis sativa</i>) es una angiosperma de la familia de las canabináceas (la misma a la que pertenece el lúpulo con el que se prepara la cerveza). De sus inflorescencias se extraen el hachís y la marihuana, que ya eran utilizadas como narcóticos por los antiguos pueblos chinos, árabes, griegos y, especialmente, los medos y persas. El principio activo de estas drogas es el tetrahidrocanabinol.</p>
	<p>4.000 a. C</p> <p>Coca</p> <p>Estimulante</p>	<p>La coca (<i>Eiytkroxylon coca</i>) es un angiosperma de la familia de las eritroxiláceas, de la que se extrae la cocaína; era utilizada por los pueblos preincaicos del Perú para combatir el soroche, o mal de las alturas.</p>
	<p>2.300 a. C</p> <p>Cebada</p> <p>Depresora</p>	<p>En el Antiguo Egipto se aplicaba el proceso de fermentación del azúcar para la obtención de alcohol (alcohol etílico o etanol). Las plantas utilizadas eran la cebada (<i>Sécale cereale</i>) junto con el lúpulo para obtener cerveza, y la vid (<i>Vitis vinífera</i>), un angiosperma de la familia de las vitáceas, para obtener el vino.</p>



	<p>2.000 a. C Tabaco Estimulante</p>	<p>El tabaco (<i>Nicotiana glauca</i>) es una planta angiosperma de la familia de las solanáceas. Era conocida en Centroamérica y Perú antes de la llegada de los españoles. El principio activo del tabaco es la nicotina.</p>
	<p>Siglo XIX LSD Alucinógena</p>	<p>El LSD es un derivado del ácido lisérgico, sustancia natural obtenida a partir del hongo parásito denominado conezuelo de centeno. El principio activo de esta droga se descubrió recientemente, aunque es probable que principios similares ya se usaran en Asia menor hace 500 años.</p>
	<p>Siglo XX Heroína Depresora</p>	<p>La heroína, o dietilmorfina, fue aislada a comienzos del siglo XX en Alemania y pronto se descubrió que sus efectos eran más letales que la cocaína, aunque químicamente no difería demasiado de la morfina.</p>

Historia de las drogas origen primeros uso de drogas en la historia.³⁶

2.3 Definición de Droga

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud <<OMS>>, en 1969. *Droga* es toda “sustancia <<psicoactiva o psicotrópica>> que causa farmacodependencia o drogadicción” es “toda sustancia química que es introducida voluntariamente al organismo, con propiedades para modificar las condiciones físicas y/o químicas del organismo”; en 1982 con el propósito de determinar aquellas que producen dependencia define como droga de abuso “aquella sustancia de uso no médico, que tiene efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en el estado de ánimo, percepción, comportamiento y conciencia) siendo susceptible de ser autoadministrada.³



2.3.1 Clasificación.

Existen diversas formas de clasificación de las drogas, estas obedecen a parámetros legales, sociales, químicos, fisiológicos y patológicos, de tal forma que se pueden dividir de acuerdo a su historia, modo de obtención, vías de administración, composición, usos médicos, nombres comerciales, efectos, etc.

2.3.2 Drogas legales e ilegales.

- Drogas legales o sociales: Son aquellas cuyo consumo está disponible mediante prescripción médica o en algunas ocasiones sin ella, permitidas por las legislaciones de la mayor parte de los países; aunque muchos de ellos hayan establecido restricciones de edad o circunstancias para su libre comercialización y empleo. Son ejemplos, el alcohol y el tabaco.
- Drogas ilegales: Son aquellas sustancias cuya producción, venta o consumo se encuentra penalizado y no es socialmente permitido. En sentido estricto, la droga en sí, no es ilegal, lo son su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción.^{4,5}

La Ley General de Salud, que por decreto de fecha 25 de febrero de 1985 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 del mismo mes y año, en el Artículo 184 Bis se crea el Consejo Nacional Contra las Adicciones, que tiene por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las Adicciones.

De acuerdo a la Ley General de Salud 2012 en el Artículo 479.- Se entiende que el narcótico está destinado para su estricto e inmediato consumo personal, cuando la cantidad del mismo, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones no exceda de las previstas en el listado siguiente⁶:



Narcótico	Dosis máxima de consumo personal e inmediato
Opio	2gr
Diacetilmorfina o Heroína	50mg
Cannabis Sativa, Indica o Marihuana	5gr
Cocaína	500mg
Lisergida (LSD)	0.015mg
MDA, Metilendioxi-anfetamina	Polvo, Granulado o cristal Tabletas o capsulas 40mg Una unidad con peso no mayor a 200g.
MDMA, dl-34-metilendioxi-n-dimetilfeniletamina	40mg Una unidad con peso no mayor a 200g.
Metanfetamina	40mg Una unidad con peso no mayor a 200g.

Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato.⁶

2.3.3 Clasificación de las drogas de acuerdo con la OMS.

La OMS ha clasificado las drogas agrupándolas según los efectos que causan en: Estimulantes del Sistema Nervioso Central, Depresores del Sistema Nervioso Central y en Alucinógenos o Despersonalizantes.^{3, 7}

Existe otra clasificación que fue determinada por el comité de expertos en farmacodependencia de la OMS reunido en Ginebra en 1973 y las divide en diferentes tipos: Alcohol-barbitúrico, Anfetamina, Cannabis, Cocaína, Alucinógeno, Opiáceo, Solventes Volátiles.^{8, 9}

Otra de ellas y la cual fue modificada por Kramer y Cameron¹⁰ en 1975 dividieron a las drogas en 9 grupos de acuerdo al tipo de sustancia:

Grupo 1: Opio y derivados naturales, semisintéticos o sintéticos.

Grupo 2: Psicodepresores.

Grupo 3: Alcohol.

Grupo 4: Psicoestimulantes mayores.

Grupo 5: Alucinógenos.

Grupo 6: Cannabis sativa y derivados.

Grupo 7: Sustancias volátiles.

Grupo 8: Psicoestimulantes menores.

Grupo 9: Drogas de diseño.



2.4 Drogadicción.

Es el término empleado para el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.

La drogadicción se presenta como resultado de la combinación de ciertos factores que incluyen: un individuo con características biológicas y patrones de comportamiento concretos; un estado motivacional determinado; unas condiciones contextuales generales y específicas determinadas; y las consecuencias fisiológicas y/o sociales derivadas de la auto-administración de la sustancia.¹¹

2.5 Factores predisponentes o determinantes para el consumo de drogas.

En las conductas de riesgo se agrupan aquellas acciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia y adolescencia, con repercusiones para la vida actual o futura. Las conductas de riesgo se establecen durante la adolescencia, se extienden a la edad adulta y siguen la trayectoria del desarrollo del adolescente (el consumo de tabaco y alcohol aumenta con la edad), y en cierta manera, son prevenibles a través de la promoción y educación para la salud.

Los adolescentes tienen una mayor tendencia a involucrarse en conductas de riesgo, como el uso inapropiado y abuso de drogas, dependiendo de la presencia en ellos, en sus familiares, o en su entorno de una serie de factores de riesgo.



El consumo de drogas es un fenómeno complejo y multifactorial, es la combinación de varios factores lo que hace a los sujetos más vulnerables a la experimentación y al abuso. En la (tabla 1) se muestran los factores de riesgo que se dividen en: Individuales y de relaciones interpersonales.¹²

Tabla .1 Factores de Riesgo, de acuerdo con el consumo de drogas.

Factores Biológicos	
Sexo	Sexo Masculino se asocia a un mayor riesgo de abuso de drogas.
Efectos Hormonales	Los adolescentes con altos niveles de andrógenos pueden ser más agresivos y comprometerse en conductas de riesgo.
Edad	El inicio del uso de drogas antes de los 15 años aumenta el riesgo de abuso para el futuro.
Factores psicológicos y cognitivos	
Inteligencia	Un nivel bajo de inteligencia puede influir en no percibir los riesgos asociados al uso de drogas.
Problemas psiquiátricos	Como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la depresión, personalidad antisocial y trastornos de la conducta.
Factores Familiares	
Educación de los padres	Los padres permisivos que no aportan límites claros o aquellos con estilo autoritario, que no ofrecen espacio para el desarrollo del adolescente.
Conflictos Familiares	Una mala relación padres-hijos.
Factores Escolares	
Problemas Escolares	El fracaso escolar, una mala adaptación y el déficit de atención influyen en el consumo de drogas.
Factores relacionados con el grupo de amigos	
Presiones del grupo	Esto es lo que desvía a un adolescente de una conducta positiva a otra negativa.
Factores socioculturales y ambientales	
Disponibilidad y presencia de drogas	A mayor disponibilidad, mayor consumo.
Medios de comunicación	Existe una exposición continua a la TV, videos, películas, revistas con referencias continuas al tabaco, alcohol y drogas, sin hacer ninguna mención de los efectos secundarios.

M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero (Consumo de Drogas)¹²



En la actualidad la drogadicción se considera un fenómeno mundial de tipo multicausal, con un desarrollo complejo y difícil solución, lo cual representa un motivo de preocupación no solamente para las autoridades de salud, sino para todos aquellos sectores de la población en los que repercuten sus efectos.^{11,12}

2.6 La Comisión Nacional contra las Adicciones <<CONADIC>>

La Comisión Nacional contra las Adicciones <<CONADIC>> tiene como propósito promover y proteger la salud de los mexicanos, mediante la definición y conducción de la política nacional, en materias de investigación, prevención, tratamiento, formación y desarrollo de recursos humanos para el control de las adicciones, y el consumo de los mismos.

2.6.1 Drogas de mayor uso en la población mexicana.

La Encuesta Nacional de Adicciones <<ENA>> en conjunto con la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática <<INEGI>> y el Perfil Epidemiológico de Salud en México 2010 con el propósito de estimar las prevalencias y generar información epidemiológica del uso y abuso del tabaco, alcohol y drogas, tanto medicas como no médicas, así como las necesidades de atención, factores relacionados y el uso de servicios relacionados con el abuso de las mismas. Ya que permiten conocer la magnitud del problema que afecta a nuestro país y evaluar las tendencias de su consumo, en la población adolescente de entre 12 y 17 años de edad y en la población adulta de entre 18 y 65 años. (Tablas 2, 3, 4)



En México, la Encuesta Nacional de Adicciones reportó^{13, 14, 15}

Tabla 2. Consumo de Alcohol

ENA 2011			
	17 años o menos	18 a 25 años	26 a 65 años
Sexo	%	%	%
Hombres	64.9	33.0	2.1
Mujeres	43.3	46.1	10.6
Total	55.2	38.9	5.

Tomado de: Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol.¹³

Tabla 3. Consumo de Tabaco

ENA 2011			
	Hombres	Mujeres	Total
Grupos de Edad (años)			
Adolescentes 13-17			
Total	8.1 (4.4-14.4)	3.8 (0.9-15.3)	7.1 (4-12.3)
Adultos 18- 65			
Total	12.9 (10.9-15.3)	8.9 (6.5-12)	11.8 (10.1-13.6)

Tomado de: Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco.¹⁴

Tabla 4. Consumo de Drogas

Población total de 12 a 65 años	ENA 2011
Total	%
Mariguana	1.2
Cocaína	0.5
Crack	0.1
Alucinógenos	0.1
Inhalables	0.1
Estimulantes tipo anfetamínico	0.2
Cualquier droga ilegal	1.5
Cualquier droga	1.8

Tomado de: Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas.¹⁵



2.7 Efectos de las drogas a nivel bucal

En realidad, los efectos de las drogas en tejidos bucales han sido escasamente estudiados y reportados, existen alrededor de 7 estudios a nivel internacional y 2 a nivel nacional, dando a conocer hallazgos clínicos característicos en los farmacodependientes, estos enlistados en la (tabla 6).

De acuerdo con diferentes autores que han abordado esta temática, las manifestaciones bucales que se observan con mayor frecuencia (tabla 5) en las personas con problemas de drogadicción son:

Tabla 5. **Manifestaciones bucales por el consumo de Drogas**

Tejidos blandos	Tejidos duros
Úlceras	Caries dental
Queilitis angular	*Pérdida del esmalte dentario (abrasión o erosión) a nivel cervical
Candidiasis	Abfracción (sobrecargas biomecánicas por fuerzas oclusales deffectivas)
Laceración gingival	Fracturas coronales (Bruxismo)
Xerostomía	Enfermedad Periodontal
Lesiones Blancas	Perforación en el paladar

**Producto esto, de la acción química de sustancias desmineralizantes por el consumo de las drogas.¹¹*

Los pacientes adictos a las drogas pueden experimentar un grado excesivo de la ansiedad sobre el tratamiento dental, miedo a las agujas, y una baja tolerancia al dolor. Lo cual puede estar relacionado con los rasgos de personalidad general de los adictos, que a menudo son egocéntricos, inseguros, inmaduros, etc.¹⁶



Tabla 6. Estudios Publicados acerca de los efectos en boca sobre el consumo de drogas.

Autor	Año	País/Ciudad	n=	Rangos de edad	Índices Utilizados	Droga más Utilizada	Lesión más frecuente
Cathia Sandoval	1992	Lima, Perú	77 farmacodependientes	25 ±4 a	*No aporta datos	Marihuana	Lengua saburral
José Manuel Gándara Rey	2002	España	4 Individuos	21 a 38 a.	*No aporta datos	Cocaína	Lesión necrótica de la mucosa alveolar
Rocío G. Fernández López	2003	México DF	10 Individuos	12 a 59 a.	*No aporta datos	Diesel	Lesiones leucoplásicas
Lilly Esquivel-Pedraza	2007	México DF	54 Sujetos	16 a 60 a.	*No aporta datos	Cocaína	Manchas Melánicas labiales y de Lengua Velloso
M. Di Cosola,	2007	España	6 Pacientes	29 a 46 a.	*No aporta datos	Cocaína	Perforación del septo nasal
Michelle C. Ravenel	2012	South Carolina USA	28 Consumidores	18 a 40 a.	*No aporta datos	Metanfetamina	Lesiones cariosas
Gigena	2012	Córdoba, Argentina	61 Individuos	15 a 30 a.	IPC Índice de O'leary	SPA	Mancha Blanca
Basovksenia	2012	Valencia, Venezuela	628 pacientes	18 a 45 a.	*No aporta datos	Cocaína	Lesiones cariosas cervicales
Héctor Ruíz Candina	2013	Habana, Cuba	43 pacientes	13 a 19 a 20 a 29 a	IHB	Tabaco	Gingivitis

Fuente Directa.



2.8 Alcohol <<alcohol>>

En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C_2H_5OH , alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas.

El etanol se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. Puede obtenerse a través de dos procesos de elaboración: la fermentación, o descomposición de los azúcares contenidos en distintas frutas, y la destilación, consistente en la depuración de las bebidas fermentadas tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%.^{4, 17}

Es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, y la podemos clasificar como "droga socialmente aceptada", psicoactiva y legal en cualquier sociedad.

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar, en Estados Unidos y Canadá, una bebida estándar contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol.

La Organización Mundial de la Salud <<OMS>> describe el alcoholismo a partir de un consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones.¹⁸



2.8.1 Tipos de Consumo de Alcohol

- Consumo de Riesgo.

El *consumo de riesgo* se define como un nivel o patrón de consumo que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para la salud, si el hábito persiste (Babor et al. 1994).

- Consumo Perjudicial.

El *consumo perjudicial* se refiere a un patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud física, como en su salud mental (Organización Mundial de la Salud, 1992). Basada en datos epidemiológicos en lo que respecta a los daños causados por el alcohol.

- Intoxicación.

Puede ser definida como un estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo (OMS, 1992), aún con un nivel bajo de consumo.

- Consumo excesivo ocasional.

Una sesión de beber en la que se consume al menos 60g de alcohol puede definirse como *consumo excesivo episódico u ocasional* (“*binge drinking*”, en inglés) (OMS, 1992).

- Dependencia del Alcohol.

El CIE-10, el Manual de la OMS para la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, define a la *dependencia del alcohol* como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo¹⁸



Tabla 7. Efectos Secundarios al uso de Alcohol

Droga	Efecto que se busca o produce	Efectos secundarios	Síndrome de abstinencia	Signos de sospecha para el clínico
Alcohol Droga más usada.	Euforia. Desinhibición. Relajación. Disminuye el dolor y la ansiedad. Altera la atención y el rendimiento intelectual. Alteración de la visión y de la percepción. Lenguaje confuso Trastornos de la coordinación. Torpeza psicomotriz. Confusión mental y desorientación.	Aparato digestivo: inflamaciones, úlceras, degeneraciones. Aparato circulatorio: infartos, arteriosclerosis. Sistema nervioso: demencia, delirios, cefalea, pérdida de memoria. Durante el embarazo puede presentar el síndrome alcohólico-fetal. Efectos carcinogénicos a nivel de esófago boca, garganta y laringe, zona colorrectal, hígado y mama.	La dependencia física es la causante de que, ante la interrupción del consumo de bebidas alcohólicas, se produzca la aparición del síndrome de abstinencia, generalmente conocido como delirium tremens. Nerviosismo y temblores.	Fetor etílico, inyección conjuntival, disartria, ataxia. Los relacionados con los efectos secundarios.

M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero (Consumo de Drogas).¹²

2.8.2. Efectos en cavidad oral.

El consumo de alcohol se asocia a incremento en el riesgo de padecer algunos cánceres de cabeza y cuello, en especial de los cánceres de la cavidad oral (sin incluir los labios), de faringe (garganta) y de laringe.

Las personas que consumen 50 gramos de alcohol o más al día tienen al menos un riesgo dos o tres veces mayor de padecer estos cánceres de quienes no beben.¹⁹

El efecto más importante es la irritación local; el consumo de alcohol se asocia a cáncer en los sitios donde hay contacto durante la ingestión y deglución (piso de boca, bordes linguales, región



glosoamigdalina, valléculas (límite *Fuente Directa* entre la lengua y la laringe), hipofaringe región supraglótica y esófago, queilitis.²⁰



2.9 Tabaco <<*Tobacco*>>

Es una planta originaria de América, cuyo uso ha perdido la finalidad curativa y ceremonial para lo que antiguamente era utilizada. Su principio activo es la nicotina, sustancia responsable de la adicción al tabaco. Además de la nicotina, el humo del tabaco contiene más de 4,000 compuestos químicos, entre los que se encuentran el alquitrán y el monóxido de carbono, estas sustancias son las responsables de causar tantos daños al organismo. El tabaco se encuentra en los cigarrillos, cigarros, tabaco de pipa y tabaco de mascar.

Entre los principales componentes del tabaco se encuentran: N-nitrosamina, N-nitrososonornicotina y 4(Metilnitrosamina)-1-(3-Piridil)-1-butanona. Dichos componentes son los elementos más importantes en la génesis de procesos premalignos y malignos en la cavidad oral. La concentración de estos ingredientes depende del curado, añejamiento y principalmente de la fermentación del tabaco. Hay otros productos que se utilizan para adicionar sabor y olor del cigarrillo que al quemarse generan Benzopirenos (alrededor de 4000) y todos son cancerígenos.

Ésta es la famosa brea del cigarrillo. Además, el papel del cigarrillo está compuesto de celulosa y disulfito de potasio, los cuales también son cancerígenos. El consumo sostenido de cigarrillo produce cáncer por el monóxido de carbono que tiene este producto, y el monóxido aumenta la metoxihemoglobina, disminuyendo la capacidad celular de regeneración.

Estos fenómenos pueden concluir con un proceso neoplásico. El tabaco es una sustancia que podemos clasificar como "droga socialmente aceptada", psicoactiva y legal en cualquier sociedad.^{14, 21, 22.}



Tabla 8. Efectos Secundarios al uso de Tabaco

Droga	Efecto que se busca o produce	Efectos secundarios	Síndrome de abstinencia	Signos de sospecha para el clínico
Tabaco Sustancia altamente adictiva. La adicción aparece a los 2 años reiniciado el hábito tabáquico. Causa más prevenible de enfermedad y muerte en el mundo.	Placer, relajación. Reducción de la ansiedad y del estrés. Disminución del hambre.	Aumento de las infecciones respiratorias. Aumenta el riesgo de cáncer pulmonar, laringe, órganos digestivos y aparato urinario. El calor producido por la combustión del cigarrillo tiene efectos nocivos sobre la mucosa oral. Fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de tener un hijo de bajo peso, un parto prematuro o una muerte perinatal. Ser hijos de padres fumadores eleva la posibilidad de sufrir patología respiratoria y sus complicaciones. Si se masca puede originar cáncer oral.	Nerviosismo. Irritabilidad. Somnolencia. Ansiedad. Insomnio. Cansancio. Dificultad de concentración. Aumento de apetito. Vértigos. Impaciencia. Confusión. Disminución de la capacidad de concentración. Al dejar de fumar se gana peso. Posibilidad de padecer cefaleas.	Los relacionados con los efectos secundarios.

M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero (Consumo de Drogas) ¹²

2.9.1 Efectos en cavidad oral.

Entre los efectos que el uso del tabaco ocasiona en los tejidos orales, podemos ver desde un aumento en la susceptibilidad para la enfermedad periodontal, un retraso en la cicatrización, pigmentación de la mucosa, formación de cálculo y pérdida de hueso alveolar, halitosis, hasta la aparición de procesos premalignos y malignos en la cavidad oral.



Fuente Directa



También se puede presentar otra característica llamada eritroplasia; ésta aparece más frecuentemente en el piso de boca, superficie ventral y lateral de la lengua, paladar blando y mucosa del carrillo. Se observa como una lesión de color rojo y asintomático, que puede tener zonas de color blanco en su superficie (eritroplasia moteada).

A esta lesión se le debe prestar especial atención debido a que puede tratarse de una displasia epitelial leve, de un carcinoma *in situ* o de un carcinoma epidermoide.²¹

2.10 Anfetaminas <<*amfetamine, amphetamine*>>

Las anfetaminas pertenecen a un grupo de drogas sintéticas que estimulan el Sistema Nervioso Central, la podemos clasificar desde la óptica social como droga intermedia. Mediante síntesis de laboratorio las anfetaminas son sustancias de fórmula química estructural derivada de la planta <<*Ephedra vulgares*>>, las anfetaminas son aminas (simpatomiméticas o adrenérgicas) semejante a la adrenalina.

La anfetamina fue sintetizada por primera vez en 1887 por L. Edelano. En 1920, Gordon Alles descubrió que el compuesto original, el sulfato de anfetamina y su dextroisómero, aún más activo, el sulfato dextroanfetamínico, poseían la capacidad de estimular el Sistema Nervioso Central (SNC).

En 1931 comenzaron a estudiarla en laboratorios farmacéuticos de los Estados Unidos y cinco años después, durante la ley seca, Smith Kline & French, la empresa farmacéutica que adquirió las patentes de Alles, la introdujo en la práctica médica bajo el nombre comercial de Benzedrina.



Entre los preparados psicoestimulantes anfetamínicos más utilizados destacan la anfetamina, fentermina, clorfentermina y metanfetamina, este último de gran importancia, pues es la base del grupo de 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA) ó éxtasis.

Las anfetaminas son drogas adictivas, neurotóxicas, capaces de generar dependencia. Las vías de administración son oral, fumada e inyectada.^{4, 23} El consumo de este tipo de drogas sintéticas es considerado como droga ilegal.

Tabla 9. **Efectos Secundarios al uso de anfetaminas**

Droga	Efecto que se busca o produce	Efectos secundarios	Síndrome de abstinencia	Signos de sospecha para el clínico
Anfetaminas Derivado químico y estimulante del SNC. Gran poder de adicción y alta dependencia.	Euforia. Mayor capacidad de concentración y aumento del rendimiento mental. Disminuye el apetito. Provoca un estado de bienestar subjetivo con retraso de la aparición de la fatiga. En dosis excesivas aparece inquietud, insomnio, irritabilidad.	En intoxicación parcial: temblor irritabilidad, agresividad, insomnio, hiperreflexia, impaciencia, sudoración, midriasis o rubor. El consumo crónico se acompaña de pérdida de peso, agitación y paranoia, delirios, alucinaciones y crisis de pánico, falta de atención y concentración, insomnio, cambios de humor, depresiones, desconfianza y delirios.	Somnolencia y fatiga. Depresión, Apatía. Nerviosismo. Intranquilidad. Deseo insaciable de droga. Crisis afectivas. Riesgo de suicidio.	Midriasis. Hiperreflexia. Depresión. Pérdida de Peso.

M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero (Consumo de Drogas)¹²

2.10.1 Efectos en cavidad oral.

El Abuso de metanfetamina puede causar xerostomía debido la activación de los receptores adrenérgicos alfa en la vasculatura de las glándulas salivales causando vasoconstricción y la reducción en el flujo salivar.



La xerostomía aumenta significativamente el riesgo de caries dentales, erosión del esmalte y la enfermedad periodontal.

Los pacientes con xerostomía inducida por metanfetamina se les deben aconsejar beber de 8-10 vasos de agua al día y evitar la cafeína, el tabaco y el alcohol.

Otro enfoque potencial para el tratamiento de la xerostomía es la estimulación farmacológica de las glándulas salivales.^{24, 25}



Fuente Directa

2.11 Benzodiazepinas <<Benzodiazepine>>

Medicamento perteneciente a un grupo de fármacos relacionados estructuralmente que se emplean sobre todo como sedantes/hipnóticos, relajante muscular y antiepilépticos antiguamente se designaban con el término <<tranquilizantes menores>>, actualmente en desuso. Se considera que estos fármacos producen sus efectos terapéuticos al potenciar la acción del ácido gamma-aminobutírico (GABA), un importante inhibidor de la neurotransmisión.

Incluso cuando se toman en dosis terapéuticas, la interrupción brusca de las benzodiazepinas induce un síndrome de abstinencia en el 50% de las personas tratadas durante 6 meses o más. Las sobredosis mortales son raras con las benzodiazepinas, salvo que se tomen junto con alcohol u otros depresores del sistema nervioso central. Las Benzodiazepinas son consideradas como una droga ilegal.



Las benzodiacepinas poseen un índice terapéutico muy alto y son mucho menos peligrosas en sobredosis que los barbitúricos (dosis letal de diazepam 3-10g). Las más peligrosas en sobredosis son el temazepam y el flurazepam, y el de menor toxicidad es el oxazepam.²⁶

Tabla 10. **Efectos Secundarios al uso de Benzodiacepinas**

Droga	Efecto que se busca o produce	Efectos secundarios	Síndrome de abstinencia	Signos de sospecha para el clínico
Fármacos Barbitúricos , tranquilizantes, hipnóticos.	Tranquilizan, calman la excitación nerviosa y dan sueño. Depresión del SNC. Produce desde sedación hasta anestesia general.	Alteraciones neurológicas: temblores, vértigo. Alteraciones mentales: irritabilidad, depresión, deterioro psicológico general. Somnolencia, alteraciones del habla, disminución del período de atención, así como labilidad emocional, nistagmus y ataxia. En el recién nacido de madre adicta se presenta el síndrome de abstinencia, habiéndose descrito anomalidades fetales.	Excitación nerviosa, náuseas, vómitos, convulsiones y manifestaciones de terror. Insomnio, hiperreflexia, hipertermia o síndrome confusional.	Marcha inestable. Disartria. Nistagmus. Depresión respiratoria. Falla hemodinámica. Trastornos cutáneos. (livideces, escarificación eritemas en zonas de apoyo) Hipotermia. Coma/ estupor. Hay que intentar saber la dosificación del tóxico en sangre. (barbitemia) y orina. (barbituria)

M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero (Consumo de Drogas)¹².



2.11.1 Efectos en cavidad oral.

Los síntomas de intoxicación leve son sequedad de boca, caries, algunos efectos secundarios en el recién nacido por el uso de benzodiacepinas durante la gestación son labio leporino, paladar hendido.²⁶



Fuente Directa



2.12 Marihuana <<*marijuana, cannabis*>>

La marihuana es una droga ilegal, su producción y comercialización está prohibida en la mayoría de los países del mundo.

Término genérico empleado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana (cáñamo), *Cannabis sativa*. Estos preparados son: hojas de marihuana o hachís (derivado de la resina de los ápices florales de la planta) y aceite de hachís.

La principal sustancia activa en la marihuana es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), que causa muchos de los efectos conocidos de la droga.

Los receptores de cannabinoides son parte de una vasta red de comunicación conocida como el sistema endocannabinoide, que juega un papel crítico en el desarrollo y las funciones normales del cerebro.

La utilización del *Cannabis* o Marihuana con fines terapéuticos es muy antigua. Ya se utilizaba en la medicina china hace unos 5.000 años como remedio frente a la malaria, el estreñimiento, y como analgésico; existiendo numerosos antecedentes sobre su utilización médica desde hace siglos en Asia, Oriente Medio, África y Sudamérica.

El *Cannabis* se utilizó en Europa bajo prescripción médica durante el siglo XIX y principios del XX.

En diversos países, ciertos sectores médicos vienen solicitando la legalización del cannabis con fines terapéuticos, basándose principalmente en la utilización que se ha venido haciendo durante cientos de años con fines terapéuticos.²⁷



Tabla 11. Efectos Secundarios al uso de Marihuana

Droga	Efecto que se busca o produce	Efectos secundarios	Síndrome de abstinencia	Signos de sospecha para el clínico
<p>Cannabis</p> <p>Derivadas de la planta del cáñamo, Cannabis sativa. La marihuana es la preparación que tienen hojas y unidades florales no privadas de resina. La resina del cannabis es conocida como hachís.</p> <p>Nombre: porro, petardo, costo, canuto, chocolate, china, ful.</p> <p>THC (tetrahidrocanabizol) es la substancia que induce alteraciones psíquicas. Actualmente la concentración es mayor que la de los años 70.</p>	<p>Euforia suave. Bienestar. Relajación. Sensación de flotación. Agudización. percetual (auditiva y visual). Efecto desinhibitorio. Alteración de la dimensión del tiempo y espacio. Enrojecimiento de ojos. Gran productividad de fantasías. Disminución de la coordinación corporal. Pierde interés hasta por el arreglo personal. Pánico, agresividad Inhibe el deseo y la potencia sexual.</p>	<p>Disminución de los tiempos de reacción a estímulos visuales o auditivos. Dilatación de las pupilas. Sequedad de la boca. Aumento del apetito. Somnolencia (al final de la ingestión) Disminución de la memoria inmediata, de la capacidad de concentración y atención, con disminución en el rendimiento del trabajo y/o el estudio. El humo puede provocar bronquitis, asma, sinusitis y cáncer pulmonar. En los hombres disminuye la producción de espermatozoides y en las mujeres disminuye el número de menstruaciones y provoca fallos de ovulación.</p>	<p>Irritabilidad. Nerviosismo. Ansiedad. Insomnio. Deseo insaciable de droga. Síndrome de supresión, lo cual desanima y no tiene ganas de hacer nada.</p>	<p>Taquicardia. Dilatación pupilar. Inyección conjuntival Apatía Ataques de pánico.</p>

M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero (Consumo de Drogas) ¹².

2.12.1 Efectos en cavidad oral.

Los principales efectos en boca son disminución de la saliva y xerostomía, los consumidores de marihuana aparentemente tienen peor salud bucal que los no consumidores, con un mayor riesgo de caries dental, enfermedad periodontal y el de mayor relevancia es el Cáncer en boca.



Fuente Directa



Fuente Directa



Fuente Directa



2.13 Cocaína <<*cocaine, crack*>>

La cocaína es un alcaloide que fue utilizado por los indígenas sudamericanos como un estimulante. Fue introducido a la medicina por Koller en la década de 1880 como un anestésico local.²⁸El hidrocloruro de cocaína se utilizaba a menudo como anestésico local en odontología por su potente actividad vasoconstrictora, que ayuda a reducir la hemorragia local.⁴

Se obtiene de las hojas del arbusto de la coca <<*Erythroxylon coca*>>, planta originaria de los Andes que se cultiva en América del Sur, Indonesia y en algunos estados africanos.

En un principio, las hojas de coca fueron utilizadas de forma cotidiana por los incas. La usaban como estimulante, para aliviar la fatiga y como atenuante del hambre y la sed.

La cocaína es un potente inhibidor de la recaptación tipo I de noradrenalina, dopamina y serotonina, lo que facilita la acumulación de esos neurotransmisores en la hendidura sináptica. Esta acumulación de neurotransmisores provoca una euforia transitoria, alucinaciones, aumento de la autoestima, aumento de energía y mejora la claridad de ideas. La duración de los efectos de la cocaína depende de la forma de consumo y puede variar de 5 a 60 minutos.

Las acciones farmacológicas se caracterizan por manifestaciones de actividad noradrenérgica y dopaminérgica fundamentalmente, que afecta a los distintos sistemas (aumento de presión arterial, dilatación pupilar, sudoración, temblor, etc.) La intoxicación aguda se manifiesta por una hiperactividad de estos sistemas.



Tabla 12. Efectos Secundarios al uso de Cocaína

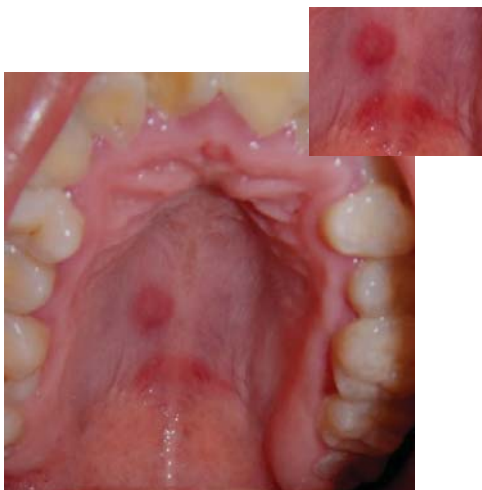
Droga	Efecto que se busca o produce	Efectos secundarios	Síndrome de abstinencia	Signos de sospecha para el clínico
<p>Cocaína</p> <p>Extraído de las hojas del arbusto de la coca.</p> <p>(Erythroxyton coca), que posee más de 1 alcaloides, y el principal es la cocaína.</p> <p>Es una de las drogas más adictivas.</p> <p>Clorhidrato: esnifada o inyectable; nieve, harina, perico.</p> <p>Sulfato: basuko o bazooka; se fuma o inhala.</p> <p>Cocaína base o crack; al calentarla se inhala o se fuma.</p>	<p>Estimulante del SNC.</p> <p>Puede provocar excitación, agitación, impulsividad y agresividad.</p> <p>Disminuye la fatiga, sueño y apetito.</p> <p>A altas dosis provoca una excitación eufórica (de solo unos minutos y experiencias alucinatorias. Se siente una enorme energía y no se cansa; puede mantenerse despierto o trabajar durante largo tiempo.</p> <p>Tomada por vía oral, dura un par de horas.</p> <p>Absorbida por la nariz en forma de polvo, el efecto dura de 20 a 40 minutos. Inyectada en vena, dura de 10-15 min, experimentándose un efecto muy intenso.</p> <p>Tras ese éxtasis artificial, se cae en una depresión instantánea, que dura hasta 40 min, por la privación de la droga.</p> <p>Los efectos inmediatos (15 a 30 min) buscados son: euforia, falta de apetito, reducción de cansancio, claridad mental, desinhibición.</p>	<p>En los consumidores habituales se pueden dar cambios en el carácter, irritabilidad, impaciencia, depresión, alteración de memoria y en el sueño, pérdida de interés en el estudio.</p> <p>Entre otras alteraciones se pueden encontrar infartos, hipertensión, hemorragias cerebrales, delirios, agitación, insomnio, irritabilidad, depresión de rebote.</p> <p>El Uso durante el embarazo se ha asociado a un aumento en el riesgo de aborto y el síndrome de abstinencia en los recién nacidos.</p> <p>En la función de la vía de administración se puede encontrar: por vía intranasal, rinorrea, dolor a nivel de senos nasales, irritación, congestión, dolor o lesión en tabique nasal o hemorragia nasal. Los fumadores experimentan sibilancias y odinofagia.</p>	<p>Depresión, apatía, somnolencia, nerviosismo y el deseo insaciable de droga, dolores musculares, intranquilidad y crisis afectivas.</p>	<p>Dilatación de las pupilas, elevación del pulso y de la temperatura.</p> <p>Latidos irregulares del corazón deficiencia cardiaca y ataque cardiaco</p> <p>Pérdida del olfato, irritación y sangrado nasal, náusea y dolor de cabeza.</p> <p>En el bebé de madres consumidoras: bajo peso al nacer, deterioro visual, problemas de retraso mental y malformaciones.</p>

M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero (Consumo de Drogas) ¹²



2.13.1 Efectos en cavidad oral.

La inhalación de cocaína afecta principalmente a las glándulas salivales menores y el paladar duro es el sitio más afectado, epistaxis, rinitis crónica, perforación del septo nasal y destrucción de las paredes laterales nasales que pueden conducir a la deformidad de la nariz, reducción del sentido del olfato, ulceración nasofaríngea y disfonía. Todos estos son signos y síntomas clínicos que ocurren en otras enfermedades necrosantes de la línea media, como granulomatosis de Wegener y linfoma de células T/NK, y algunas de origen infeccioso como rinoscleroma, lo cual hace difícil su diferenciación, particularmente cuando el paciente niega el abuso en el consumo de cocaína.^{28,29,30,31}



Fuente Directa

Cuando el adicto a cocaína combina su hábito con el consumo de alcohol, se presenta xerostomía; con el tiempo es alta la incidencia de enfermedad periodontal, atrición generalizada, hipertrofia bilateral maseterina y caries múltiples. Más adelante, la desnutrición, que es ineludible, conlleva casos de candidiasis y otras infecciones oportunistas en cavidad oral.³²



2.14 Opiáceo <<Opiate>>

Pertenece al grupo de alcaloides derivados de la adormidera del opio <<*Papaver somniferum*>>, es una planta que recibe el nombre de amapola una adormidera que tiene la capacidad de inducir analgesia, euforia y en dosis elevadas, estupor, coma y depresión respiratoria.

Los alcaloides del opio y sus derivados semisintéticos son la morfina, la diacetilmorfina (diamorfina, heroína), la hidromorfina, la codeína y la oxicodeona. Los opioides sintéticos son el levorfanol, el propoxifeno, el fentanilo, la metadona, la petidina (meperidina) y la pentazocina, un agonista-antagonista. Los compuestos endógenos con acciones opioides son las endorfinas y las encefalinas.

No todos los opiáceos son de origen natural. Muchos de ellos son productos químicos sintéticos (Metadona, Buprenorfina, Fentanilo, Codeína y otros) que se utilizan en la medicina.

2.14.1 Componentes

Morfina

La morfina es un alcaloide fenantreno del opio, siendo preparado el sulfato por neutralización con ácido sulfúrico. Es una sustancia controlada, opioide agonista utilizada en premedicación, anestesia, analgesia, tratamiento del dolor asociado a la isquemia miocárdica y para la disnea asociada al fracaso ventricular izquierdo agudo y edema pulmonar. Es un polvo blanco, cristalino, inodoro y soluble en agua.

Heroína

La heroína es un derivado de la morfina, una droga semisintética, originada a partir de la adormidera, de la que se extrae el opio. El componente activo responsable de los efectos de esta droga es la diacetilmorfina (3,6 - diacetil).



En la actualidad, la mayoría de los individuos adictos a los opioides consumen heroína, la cual está relacionada con un efecto narcótico pronunciado, se caracteriza por producir dependencia psicológica y física intensa a un ritmo muy acelerado siendo considerada actualmente una de las drogas más adictivas.³³

Tabla 13. Efectos Secundarios al uso de Opiáceos

Droga	Efecto que se busca o produce	Efectos secundarios	Síndrome de abstinencia	Signos de sospecha para el clínico
<p>Opiáceos La heroína, la morfina y la codeína son semisintéticos. La metadona y la meperidina son sintéticos. Son alcaloides del opio (jugó extraído por incisión de las cápsulas inmaduras del <i>Papaver somniferum</i>) y diferentes sustancias sintéticas y semisintéticas caracterizados por sus efectos analgésicos.</p>	<p>Es depresor del Sistema Nervioso Central (SNC) y es relajante. En un principio produce una sensación de intenso placer y euforia, seguido de apatía y somnolencia.</p> <p>Elimina dolor, hambre y ansiedad. Induce el sueño, disminuyendo el estado de alerta y el funcionamiento mental.</p> <p>Tras un periodo de consumo, la sensación es de estar en un sueño alejado de todo.</p>	<p>Infección por VIH (SIDA), hepatitis, alteraciones de la nutrición obstétricas y ginecológicas.</p> <p>Trastornos de memoria y atención, insomnio, pérdida de motivación.</p> <p>Disminución del deseo sexual, estados confusos, inseguridad, apatía, depresión, deterioro de la personalidad, desadaptación social, sobredosis e intentos de suicidio.</p> <p>Falta de apetito y estreñimiento, hipotensión; entecimiento de la respiración y pérdida de sensibilidad al dolor.</p>	<p>Trastorno de abstinencia muy grave.</p> <p>Deseo de usar la droga, agitación, dolores a nivel muscular y óseo, insomnio, diarrea y vómitos, escalofríos, movimientos en forma de patadas.</p> <p>Alcanzan su punto máximo de 48-72 horas después de la última dosis y se calman después de una semana más o menos.</p>	<p>Buscar zonas de punción.</p> <p>Pupilas dilatadas, lagrimeo, sudoración, escalofríos, diarrea, convulsiones e insomnio.</p>

*M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero (Consumo de Drogas)*¹²

2.14.2 Efectos en cavidad oral.

Puesto que estas drogas son utilizadas por vía intravenosa, no se encuentran manifestaciones en cavidad oral por su consumo.



2.15 Sustancias inhalables

Los inhalantes son sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. Si bien hay otras sustancias de abuso que se pueden inhalar, el término “inhalantes” se utiliza para describir una variedad de sustancias cuya característica principal es que rara vez, o nunca, son usadas por otra vía que no sea la de la inhalación. Esta definición abarca una amplia gama de sustancias químicas que pueden tener diversos efectos farmacológicos y que se encuentran en cientos de productos diferentes.

Como resultado, es difícil lograr una clasificación precisa de los inhalantes.

Uno de los sistemas de clasificación establece cuatro categorías generales de inhalantes basándose en las formas más comunes en que estos se encuentran en los productos domésticos, industriales y médicos.

Estas cuatro categorías son: disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos. Los inhalantes pueden ser aspirados por la nariz o por la boca de varias maneras, tales como:

- Aspirando (“*sniffing*”) o inhalando (“*snorting*”) los vapores de los envases. Rociando los aerosoles directamente en la nariz o la boca.
- Aspirando o inhalando los vapores de sustancias que han sido rociadas o depositadas dentro de una bolsa de plástico o de papel (“*bagging*”).
- Colocando en la boca un trapo que ha sido impregnado con un inhalante (“*huffing*”).
- Inhalando de globos llenos de óxido nitroso.³⁴



2.15.1 Categorías

Disolventes Volátiles	Aerosoles	Gases	Nitritos
<p>Son líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente. Se encuentran en una variedad de productos económicos que se pueden obtener fácilmente y que son de uso común doméstico e industrial. Este es el Tolueno y el Tricloruro de etileno y se encuentra en los líquidos correctores, los diluyentes y removedores de pinturas, líquidos para lavado en seco, quitagrasas, gasolinas, pegamentos, correctores líquidos y marcadores con punta de fieltro.</p>	<p>Son rociadores que contienen propulsores y disolventes. Estos incluyen Benceno y se encuentran en la gasolina, las pinturas pulverizadas, atomizadores para desodorantes y fijadores de pelo, rociadores de aceite vegetal para cocinar y rociadores para proteger telas o tejidos.</p>	<p>Incluyen las anestésias de uso médico así como aquellos gases que se utilizan en productos domésticos o comerciales. Los gases anestésicos de uso médico incluyen el éter, el cloroformo, el halotano y el óxido nitroso, comúnmente conocido como "gas hilarante". Entre estos, el óxido nitroso es el gas más abusado y se puede encontrar en los dispensadores de crema batida y los productos que incrementan los octanajes en los carros de carrera. Otros productos caseros y comerciales que contienen gases son los encendedores de butano, los tanques de gas propano y los refrigerantes.</p>	<p>A menudo se consideran una clase especial de inhalantes. A diferencia de la mayoría de los demás inhalantes que actúan directamente sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), los nitritos principalmente dilatan los vasos sanguíneos y relajan los músculos. Asimismo, mientras que los demás inhalantes se utilizan para alterar el estado de ánimo, los nitritos se usan principalmente para intensificar el placer sexual. Los nitritos, que incluyen el nitrito ciclohexílico, el nitrito isoamilico (amilo) y el nitrito isobutilico (butilo), comúnmente se conocen como "poppers" ("reventadores") o "snappers" ("crujidos").</p>

*Abuso de inhalantes; National Institute on Drug Abuse*³⁴



Tabla 14. Efectos Secundarios al uso de Inhalantes.

Droga	Efecto que se busca o produce	Efectos secundarios	Síndrome de abstinencia	Signos de sospecha para el clínico
Inhalantes Llamada droga de los pobres, de fácil adquisición (pegamentos, disolventes, gasolinas, spray, lacas de uñas, etc.)	Euforia, regocijo, delirio y alucinaciones. Va seguido de somnolencia, desinhibición, aturdimiento y agitación. Si se inhalase suficiente cantidad, casi todos los disolventes y gases producen anestesia, una pérdida de sensación y pueden conducir a un estado inconsciente.	Náuseas, vómitos. Ilusiones, alucinaciones o apatía, juicio deteriorado, mareo, somnolencia, diplopía, balbuceo, letargo, reflejos deprimidos, debilidad muscular general y estupor. Embriagues, aislamiento de la realidad, despreocupación y alegría. A dosis mayores se observan conductas de desinhibición, pérdida de control, alucinaciones y delirios. Tener en cuenta que según su composición los efectos colaterales pueden variar.	Los síndromes de abstinencia son raros. La retirada ocasiona desde irritabilidad, agitación y aumento en la frecuencia cardíaca, hasta cuadros de temblores, alucinaciones, dolores de cabeza, dolores abdominales y delirium tremens. El abuso prolongado de inhalantes puede causar el uso compulsivo y llevar a un leve síndrome de abstinencia.	El abuso de inhalantes durante largo tiempo puede traer consigo pérdida de peso, debilidad muscular, desorientación, falta de atención y coordinación, irritabilidad y depresión.

M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero (Consumo de Drogas) ¹²

2.15.2 Efectos en cavidad oral.

Entre los efectos que el uso de Inhalantes ocasiona en los tejidos bucales, se encuentra: caries, enfermedad periodontal, amígdalas hipertróficas, petequias en carrillos y paladar blando, ulceración de mucosa en carrillos y como hallazgo menos frecuente fue el de xerostomía.³⁵



Fuente Directa



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México las adicciones ocupan un lugar importante dentro de los problemas de salud pública, sin embargo, las patologías a nivel bucal ocasionadas por el consumo excesivo de drogas sigue siendo un problema de segunda mano para el sistema de salud, puesto que las afecciones sistémicas atraen la atención completa no sólo de los pacientes sino también del personal de salud de las instituciones públicas y privadas, delegando a un terreno de desatención casi absoluta los padecimientos bucales que una adicción o farmacodependencia ocasiona. Se ha demostrado que las sustancias contenidas en las drogas tanto legales como ilegales tienen un efecto directo sobre el funcionamiento e integridad de los tejidos bucales, por tal motivo la pregunta de investigación sería ¿cuál es la prevalencia de enfermedades bucodentales en un grupo de personas que padecen adicción a alguna sustancia?



4. JUSTIFICACIÓN

Realizar un trabajo encaminado a Identificar las lesiones en cavidad oral en personas que consumen algún tipo de droga, permitirá elaborar un Manual para que se puedan atender en tiempo y forma ya que estas personas sin tener una discapacidad, tienen una forma peculiar de vivir.

El Sistema Nacional de Salud no los maneja de manera prioritaria, cuentan con programas de Psicología y Rehabilitación, pero en lo que a salud oral respecta, no existe un área específica para tratar estos padecimientos.



5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia de lesiones en cavidad oral en Farmacodependientes.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar la prevalencia de lesiones en cavidad oral en pacientes farmacodependientes por edad.

Identificar la prevalencia de lesiones en cavidad oral en pacientes farmacodependientes por sexo.



6. METODOLOGÍA

6.1 **MATERIAL Y MÉTODO**

Recursos Materiales.

Materiales:

- Lápices
- Plumas
- Hojas
- Guantes Desechables
- 1x4 Desechable
- Lentes de Protección
- Encuestas
- Cámara Fotográfica digital

Método.

Se realizó comunicación formal con el Director de Área de las Unidades de Atención Toxicológica para obtener el permiso de revisar y encuestar a los pacientes.

Infraestructura:

Dos unidades de Atención Toxicológica

- Xochimilco
- Venustiano Carranza

Un cubículo para la realizar la observación y el llenado de las encuestas.

Recursos Humanos

Tutora

Tesista

Recursos Financieros

Los gastos fueron solventados por la Tesista.



6.2 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo transversal

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes que acuden a las Unidades de Atención Toxicológica.

6.4 MUESTRA

20 pacientes de cada Unidad de Atención Toxicológica que acudieron a consulta.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes que han consumido Drogas.

Que acuden a estas Unidades.

Pacientes que deseen participar.

6.7 VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala	Indicador
Sexo	Cualitativa	Característica definitoria entre el hombre y la mujer.	Respuesta plasmada en la historia clínica de acuerdo a lo expresado por el participante.	Nominal	<ul style="list-style-type: none">Femenino.Masculino.
Edad	Cuantitativa		Respuesta plasmada en la historia clínica de acuerdo a lo expresado por el participante.	Continua	
Lesiones	Cualitativa	Clasificación de las lesiones en tejidos blandos/duros.	Resultado obtenido por el análisis visual	Nominal	Sano Lesionado



6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE

Variable Independiente:

- Consumo
- Edad
- Sexo

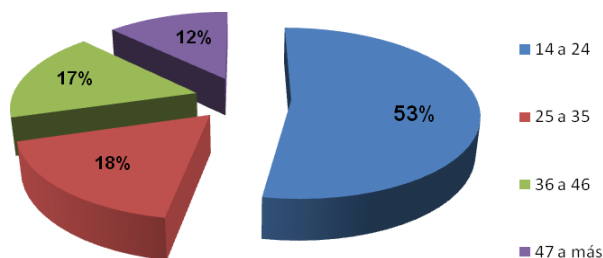
Variable Dependiente:

- Lesiones



7. RESULTADOS

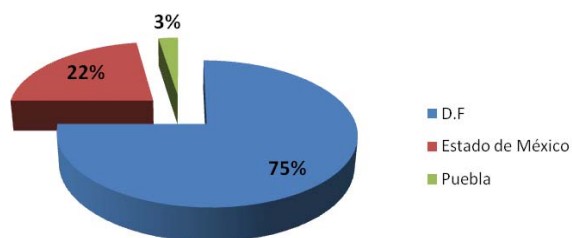
Gráfica 1.
Distribución porcentual por edad (años).



Fuente Directa.

Con respecto a la variable edad los pacientes oscilaron entre 14 y 47 años y el promedio de edad fue 29.1 años. Cabe destacar que un 53% pertenece al rango de edades de 14 a 24 años, por lo tanto los Jóvenes son individuos con mayor susceptibilidad al consumo de este tipo de sustancias.

Gráfico 2.
Distribución por el Lugar de Nacimiento.

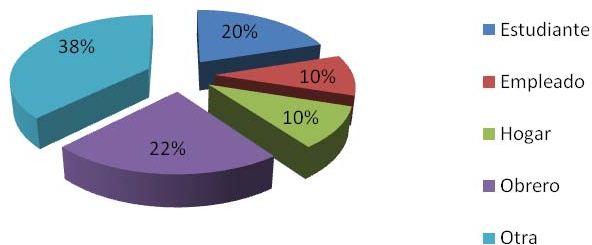


Fuente Directa.

El 75% de los pacientes proviene del D.F, solamente 2 del Estado de México y uno de Puebla.



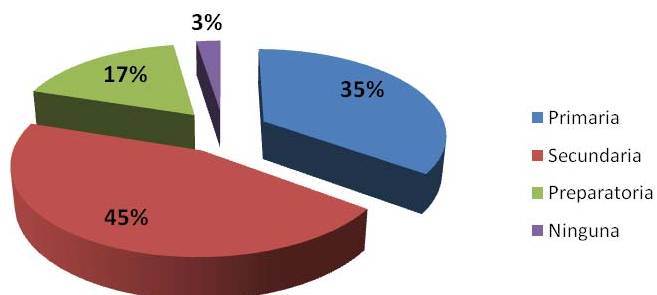
Gráfico 3.
Distribución de la Variable Ocupación



Fuente Directa

El 38% de la población no tienen un empleo formal y su ocupación va desde limpiaparabrisas hasta pepenadores, sin embargo a las clínicas de rehabilitación acudieron también estudiantes.

Gráfico 4.
Distribución por escolaridad

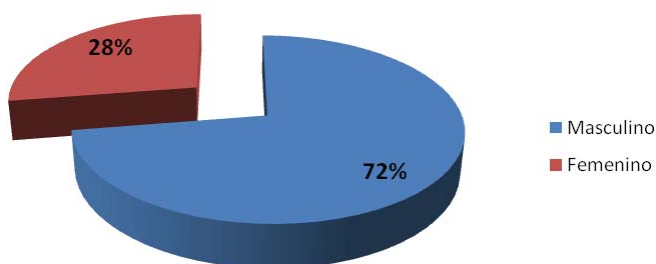


Fuente Directa.

En la actualidad ha disminuido la edad en la que los jóvenes presentan problemas de farmacodependencia, ya que empiezan a consumir desde la primaria, esto se ve reflejado en la interrupción de los estudios y trunca su crecimiento personal y académico.



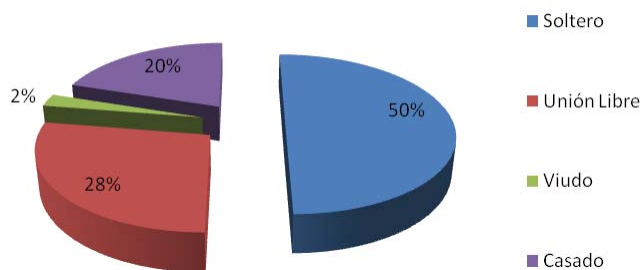
Gráfico 5.
Distribución por Género



Fuente Directa

La distribución de género siempre ha estado cargada hacia el lado masculino, sin embargo el porcentaje de mujeres que presentan una adicción ha ido en aumento en los últimos años.

Gráfico 6.
Distribución por Estado Civil

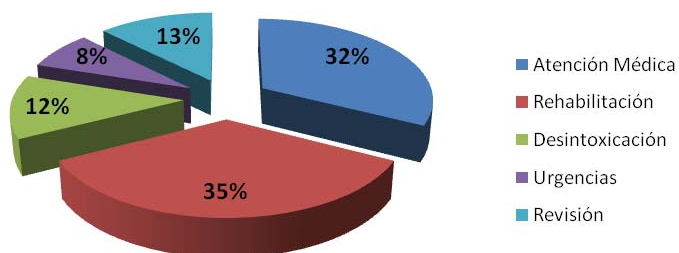


Fuente Directa

La falta de relaciones humanas puede ser un factor de riesgo y al mismo tiempo una consecuencia para el consumo de drogas. La mitad de la población encuestada presenta dificultad para establecer una relación de pareja.



Gráfico 7.
Distribución por Motivo de Consulta



Fuente Directa

La Atención Médica y la Rehabilitación son acciones generalmente solicitadas por los familiares (que en muchos casos son también los tutores) en estas Unidades de Atención Toxicológica, y las revisiones y desintoxicaciones se presentan en menor número puesto que dependen de la iniciativa y el consentimiento del enfermo.

Tabla 15. **Manifestaciones bucales por el consumo de Drogas**

Tejidos Blandos	Tejidos Duros
Lengua Saburral (6)	Enfermedad Periodontal (34)
Pigmentación de Mucosas (4)	Caries Dental (23)
Lengua Fisurada (3)	Pérdida del esmalte dentario(abrasión, atrición, erosión) (6)
Hiperplasia Gingival (2)	Pérdida de Órganos Dentarios (4)
Lengua Pigmentada (1)	Restos Radiculares (4)
Queilitis angular (1)	Movilidad Dental (2)
Leucoplasia (1)	Perforación palatina (1)
Adormecimiento de la lengua (1)	
Laceración Gingival (1)	
Recesión Gingival (2)	
Paladar con lesión eritematosa (1)	

Fuente Directa

Las principales lesiones que se encontraron en tejidos blandos fueron lengua saburral, pigmentación de mucosas, y en tejidos duros se encontró enfermedad periodontal como principal causa, seguida de caries dental y la pérdida del esmalte dental con abrasiones, atriciones y erosiones.

Tabla 16. **Hallazgos clínicos por Unidad**

Xochimilco	Venustiano Carraza
1. Enfermedad Periodontal (16)	1. Enfermedad Periodontal (18)
2. Caries (10)	2. Caries (13)
3. Lengua Saburral (3)	3. Lengua Saburral (4)
4. Pérdida de Órganos dentarios(2)	4. Pérdida de Órganos Dentarios(2)
5. Pérdida del esmalte dentario(abrasión, atrición y erosión) (2)	5. Pérdida del esmalte dentario(abrasión, atrición y erosión) (4)
6. Paladar con lesiones eritematosas (1)	6. Epistaxis(1)
7. Perforación palatina (1)	7. Queilitis angular (1)

Fuente Directa



Tabla 17. **Drogas de mayor consumo en la población en ambas clínicas.**

Marihuana (14)
Alcohol (14)
Sustancias Inhalables (10)
Tabaco (8)
Cocaína (6)
Anfetaminas (4)
LSD (2)
Benzodiacepinas (2)
Gasolina (1)
Heroína (1)
Combinadas (16)

Fuente Directa

Las drogas de mayor consumo en la población de ambas clínicas fue la marihuana, el alcohol y las sustancias inhalables (activo), y en la mayoría de la muestra la combinación de dos o más sustancias.

Tabla 18. **Drogas de mayor consumo por la población de las diferentes Unidades.**

Unidad- VENUSTIANO CARRANZA	Unidad- XOCHIMILCO
<i>Marihuana</i>	<i>Marihuana</i>
<i>Activo</i>	<i>Alcohol</i>
<i>Alcohol</i>	<i>Activo</i>
<i>Tabaco</i>	<i>Tabaco</i>
<i>Tachas(anfetaminas)</i>	<i>Cocaína</i>
<i>Cocaína</i>	<i>Gasolina</i>
<i>Diazepam</i>	<i>LSD</i>

Fuente Directa



8. CONCLUSIONES

El Sector Salud cuenta con centros de Atención de Adicciones, dichas clínicas son unidades que brindan a la población acciones de prevención, tratamiento y control de adicciones, sin embargo estas clínicas no cuentan con un Servicio Dental que diagnostique oportunamente las lesiones que por el consumo de estas se presentan.

Por lo tanto los pacientes llegan y se les brinda atención médica, psicológica, nutricional entre otras y sería de suma importancia que se implementara el Servicio de Estomatología para el Diagnóstico y tratamiento de lesiones orales ya que con esto se podría prevenir cáncer y otras lesiones en la cavidad oral.

Cabe resaltar que el consumo de drogas tiene inicio a edades muy tempranas aproximadamente a los 14 años y son comunes en estudiantes de secundaria y preparatoria un blanco fácil en el consumo de estas sustancias.

Las principales drogas que utiliza esta población son: Marihuana y Activo porque son de acceso fácil y económicamente baratos sin embargo una gran cantidad de personas combinan dos o más sustancias propiciado mayor daño a la cavidad oral y a su salud en general.

Las principales lesiones que se presentaron a estas clínicas son: Enfermedad Periodontal, Caries, Pigmentación de Mucosas, Pérdida de Órganos Dentarios y Lesiones Precancerosas entre otras.

Dado que los familiares tienen influencia relevante en cuanto a la rehabilitación de estas personas sería vital la creación de un Programa de educación para la salud dirigido tanto a familiares como a los mismo pacientes, para que entendieran que el consumo de sustancias es dañino para la salud en todos los aspectos y con mayor relevancia en la salud oral, ya que no podría hablarse de salud integral si se dejara fuera la salud bucal, para que así se pudiera hablar de una rehabilitación total.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gabantxo, Kontxi. Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo. *Osasunaz*. 2001;(4):139-158.
2. Enciclopedia internacional de las ciencias sociales. Vol 4(1979:18). Disponible en: URL: cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080071319/1080071319_02.pdf
3. Rivera- Flores J y col. Manejo Anestésico del paciente consumidor de drogas. 2005; 28(4): 217-232.
4. World Health Organization. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid. Ministerio de sanidad y consumo; 1994.
5. Asián Nomberto DJ. Implicancias odontológicas en el uso de drogas en adolescentes. *Odontología Pediátrica*. 2011; 10(2): 122-130.
6. Ley general de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones. Última reforma. DOF 02-04-2014. Artículo 184 Bis. Pág. 63.
7. Marcela Hourmilougé. Temática de las drogas- adicciones [monografía en internet]. República de Argentina. 1997 [accesado 20 junio 2014]. Disponible en: <http://tematicadelasdrogas.blogspot.mx/2008/03/resumen-currilar.html> [Internet]
8. Organización Mundial de la Salud, Serie de informes técnicos N^o 516. La Juventud y las Drogas. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra; 1973.
9. Organización Mundial de la Salud, Serie de informes técnicos N^o 551. Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia. 20^a informe. Ginebra; 1974.
10. Elmer Castaño Ramírez, María Elena Bernal Vera. Cultura y Droga [monografía en internet]. Colombia; 2006. No13, págs. 325-337.
11. Basov K, Sanabria Z, Aguilera MC. Prevalencia de manifestaciones bucales en individuos narcodependientes. *Odous Científica*. 2012; 13(1): 7-12.



12. M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero; IX. Consumo de Drogas en la Adolescencia. 2005; (2):137-155.
13. Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Reporte de Alcohol. Primer edición, 2012, México.
14. Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Reporte de Tabaco. Primer edición, 2012, México.
15. Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Reporte de Drogas. Primer edición, 2012, México.
16. Rees T. Oral Effects of Drug Abuse. Critical Reviews in Oral Biology and Medicine 1992; 3(3):163-184.
17. E. Figuero Ruíz, M.A. Carretero Peláez. Efectos del consumo de alcohol etílico en la cavidad oral: Relación con el cáncer oral. Medicina y Patología Oral 2004; (9): 14-23.
18. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Alcohol y atención primaria de la salud, Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS-OMS. 2008.
19. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/alcohol-cancer>
20. J.F. Gallegos Hernández. Factores de riesgo en cáncer de cavidad oral (lengua). Cir Ciruj 2006; 74: 92-99.
21. Nachón. G-MG, García. R-ME, Nachón-FJ, Hernández. P- TG, Hernández-G. Tabaquismo y cáncer bucal: una revisión teórica. Rev Med UV. 2010: 31-37.
22. ISSSTE [homepage on the Internet]. México D.F: ISSSTE; [consultado 13 diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.prevenissste.gob.mx/abuso-sustancias/que-es-el-tabaco-consecuencias-de-fumar-cigarro#ancla>



- 23.P. Robledo. Las Anfetaminas. Trastornos Adictivos. 2008; 10(3): 166-74.
- 24.DT Hamamoto, NL Rhodus. Methamphetamine abuse and dentistry. Oral Diseases. 2009; 15: 27-37.
- 25.M.C. Ravenel, C.F. Salinas. Methamphetamine abuse and oral health: A pilot study of meth mouth. Quintessence International. 2012;(3): 229-237
- 26.M. Salazar, C. Peralta, F.J. Pastor. Tratado de Psicofarmacología Bases y Aplicación Clínica.2ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2009.
- 27.Nora P. Volkow, M.D. Abuso De la Marihuana. NIH.2013. 13-3859(S). National Institute on Drug Abuse [homepage on the Internet]. Estados Unidos: NIH; c2005 [actualizada en mayo 2011 y en diciembre2013; consultado 07 Octubre 2015]. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov>.
- 28.N.M Goodger, J. Wang, M.A. Pogrel. Palatal and nasal necrosis resulting from cocaine misuse. British Dental Journal.2005; 198(6): 33-334
- 29.Fava. M, Cherubini. K, Yurgel. L, Salum. F, Figueiredo M.A. Necrotizing sialometaplasia of the palate in a cocaine-using patient. Minerva Stomatologica. 2008; 57:199-202
- 30.Bonner OCB, Castillo LIY. Lesión destructiva de la línea media inducida por cocaína: comunicación de un caso. An Orl Mex 2009; 54(1):32-35. La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx
- 31.Arocena J., Alcazar J., Arnau G., Violant D., Santos A. Lesiones orales y gingivales asociadas al consumo de cocaína. Revisión de la literatura y presentación de un caso clínico. 2009; 19(1): 27-34.
- 32.de Arizmendi. B, Ariztizábal P. JF; Ballesteros T. RE, Benítez S. Ma S. Hallazgos clínicos orales característicos en consumidores de basuco, cocaína y/o marihuana. Rev. Estomat. 1991; 1(1):44-59



33. Comisión Nacional contra las Adicciones. Análisis del consumo de Sustancias en México. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdf//informe_opiaceos.pdf.
34. National Institute on Drug Abuse [homepage on the Internet]. Estados Unidos: NIH; c2001 [diciembre 2004, julio del 2005 y febrero 2011; consultado 07 Octubre 2015]. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov>.
35. Francisco Rubén Echeverría Jordan. Lesiones que presentan en la cavidad bucal los niños de la calle del hogar casa alianza, Guatemala. 1997.
36. Arturo Cuevas, Neyla Rodríguez, Almir Peraza, Raúl Pérez, Alberto Valdivieso. Historia de las drogas origen primeros uso de drogas en la historia [Internet]. México; 2014 [accesado 24 de agosto 2015]. Disponible en: http://historiaybiografias.com/drogas_historia/
37. F. Rodríguez Lozano. Consumo de tabaco y patología odontoestomatológica: 155-163.



Anexo 1:

<input type="checkbox"/>	
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO	
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	
Fecha: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<small> Dia Mes Año</small>	
DATOS GENERALES	
Edad: <input type="checkbox"/>	
Lugar de Nacimiento: _____	
Ocupación: 1.Obrero <input type="checkbox"/> 2.Empleado <input type="checkbox"/> 3.Hogar <input type="checkbox"/> 4.Profesionista <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Estudiante <input type="checkbox"/> 6. Otra(especificar): _____	<input type="checkbox"/>
Escolaridad: 1.Primaria <input type="checkbox"/> 2.Secundaria <input type="checkbox"/> 3. Preparatoria <input type="checkbox"/> 4. Licenciatura <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ninguna <input type="checkbox"/>	
Género: 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado civil: 1. Soltero <input type="checkbox"/> 2. Casado <input type="checkbox"/> 3. Divorciado <input type="checkbox"/> 4. Viudo <input type="checkbox"/> 5. Unión Libre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivo de Consulta: _____	
CONSUME ALGUN TIPO DE SUSTANCIA	
1.SI <input type="checkbox"/> 2.NO <input type="checkbox"/> CUAL: _____	<input type="checkbox"/>



Marque con rojo la zona donde se presentan lesiones

Presenta alguna alteración o desviación del movimiento mandibular: SI NO

EXAMEN CLINICO INTRABUCAL

Carrillos: _____

Mucosa: _____

Encía: _____

Lengua: _____

Paladar: _____

OBSERVACIONES: _____

Nombre y Firma del Paciente o Tutor



Anexo 2:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D. F.,

a	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>

A quien corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio de " _____ ", que se realiza en esta institución y cuyos objetivos consisten en: _____.

Estoy consciente de que los procedimientos, pruebas y tratamientos para lograr los objetivos mencionados consisten en que:

- 1.

También se que entre los posibles riesgos y efectos para mi persona pueden estar:

- 1.

Entiendo que del presente estudio se derivarán los siguientes beneficios.

- 1.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de esta investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio.

Entiendo que mi información personal será manejada con las reservas que establece la normatividad vigente en materia de protección de datos personales.

Así mismo, cualquier trastorno temporalmente relacionado con esta investigación podré consultarlo con _____ quien comunicará el evento a la Dirección de Educación e Investigación de la SSDF, en donde se decidirá la necesidad de convocar al investigador principal y al Cuerpo Colegiado competente para su resolución. Cuando el trastorno se identifique como efecto de la intervención, la instancia responsable deberá atender médicamente al paciente hasta la recuperación de su salud o la estabilización y control de las secuelas y si existen gastos adicionales, serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

Nombre.	Firma:	
(En caso necesario, datos del padre, tutor o representante legal)		
Domicilio.	Teléfono	

Nombre y firma del testigo.	Firma:	
Domicilio.	Teléfono	

c. c. p. Paciente o familiar
c. c. p. Investigador (conservar en el expediente de la investigación).



Lisbeth Yliana Saldaña Martínez



Anexo 3:



**JEFATURA DE ODONTOLÓGIA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA**
Oficio: 03/08/2015
Asunto: Solicitud de apoyo

Dr. Enrique León García
Director, De Atención Médica de los Servicios de Salud Pública del DF
Calle Xocongo 65, 7° Piso, Col. Tránsito, Del. Cuahutémoc, CP 06820
Presente

070073

Por este conducto me dirijo a ud. para solicitar su apoyo a fin de que los alumnos Saldaña Martínez Lisbeth Yliana y Lemus Sánchez Julio Adrian quienes están inscritos en el Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública de la Facultad puedan desarrollar su tesis de grado en las Clínicas Hospital de Especialidades Toxicológicas Xochimilco y Venustiano Carranza.

Para tal efecto, los citados pasantes requieren recabar la información epidemiológica sobre lesiones orales y de esta se derivará el diseño de un Programa de Educación para la Salud sobre el Autocuidado de la Salud Oral en pacientes farmacodependientes y aprovecho para hacer de su conocimiento que el levantamiento no representa daño alguno para los pacientes y en todo momento se guardaría la confidencialidad de la información.

Sin otro particular, agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, DF a 24 de agosto del 2015.

Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura



Jefatura de Odontología
Preventiva y
Salud Pública



C. Manuel Ventura Velázquez



Cop. Lisbeth Yliana Saldaña Martínez. yllism.17@hotmail.com