



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTOLOGO**

TEMA

**“Manifestaciones Bucales más frecuentes en pacientes
que fuman Marihuana, en el centro de Rehabilitación
“Divino Cristo” en la ciudad de Machala en el año 2013”**

AUTORA

María Belén Bermeo Macanchí.

TUTOR:

Dr. Francisco Cedeño

Guayaquil, Julio del 2014

En calidad de tutor del trabajo de titulación:

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de titulación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontóloga

El trabajo de titulación se refiere a

“Manifestaciones Bucales más frecuentes en pacientes que fuman Marihuana, en el centro de Rehabilitación “Divino Cristo” en la ciudad de Machala en el año 2013”

Presentado por:

María Belén Bermeo Macanchí

C.I: 070322758-7

TUTORES:

Dr. Francisco Cedeño
TUTOR CIENTÍFICO

Dr. Marcelo Polit Macías.Sc
TUTOR METODOLÓGICO

Dr. Miguel Álvarez Avilés M.Sc
DECANO (e)

Guayaquil, julio del 2014

AUTORÍA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual de la autora.

María Belén Bermeo Macanchí

070322758-7

AGRADECIMIENTO

En la presente propuesta de Trabajo de Titulación, Agradezco a Dios y a mi Familia por haberme guiado y acompañado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje y experiencias.

A la Facultad Piloto de Odontología, a los catedráticos quienes con sus experiencias me han compartido sus conocimientos básicos y necesarios para ser parte del desarrollo de nuestra sociedad en el campo Odontológico.

Mi agradecimiento a mi Tutor el Dr. Francisco Cedeño, por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica y profesional en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo, así mismo mi agradecimiento a los Directivos del Centro de Rehabilitación “Divino Cristo” quienes colaboraron para llevar a cabo esta investigación.

DEDICATORIA

Principalmente a Dios por ser el motor fundamental en mi vida, a mis padres Sr. Byron Bermeo Vélez y Sra. Janinna Macanchí de Bermeo, a mis abuelitos Sgto. Benigno Bermeo, Sra. Vilma Vélez de Bermeo y Sra. Rosita Lalanguí; por ser incondicionales en cada momento de mi vida, convirtiéndose en la razón de mi esfuerzo para seguir adelante.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional dándome consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero dedicarles mi trabajo de titulación por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
Carátula	
Carta de aceptación de tutores	I
Autoría	II
Agradecimiento	III
Dedicatoria	IV
Indice general	V
Resumen	VI
Abstract	VII
introducción	1
CAPITULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1.Planteamiento del problema	3
1.2 Descripción del problema	3
1.3 Formulación del problema	3
1.4 Delimitación del problema	4
1.5 Preguntas relevantes de investigación	4
1.6 Formulación de objetivos	4
1.6.1 Objetivo general	4
1.6.2 Objetivos específicos	5
1.7 Justificación de la investigación	5
1.8 Valoración crítica de la investigación	5
CAPITULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1 ANtecedentes de la investigación	7
2.2 Bases teóricas	10
2.2.1 Definicion de drogas	10
2.2.2 Clasificación de las drogas	10
2.2.3 DRogas lícitas e ilícitas	14
2.2.4 Marihuana (cannabis sativa)	14
2.2.5 Usos terapéuticos de marihuana	15
2.2.6 Adicción al consumo de marihuana	16
	IV

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
2.2.7 Efectos por consumo de marihuana	16
2.2.7.1 Efectos fisiológicos	16
2.2.7.2 Efectos respiratorios	17
2.2.7.3 Efectos psicológicos	17
2.2.7.4 Efectos sobre la conducta alimenticia y la ingesta	18
2.2.8 Manifestaciones orales por consumo de marihuana	20
2.2.9 Manifestaciones clínicas en el tejido dentario asociadas al consumo de marihuana	22
2.2.9.1 Consumo de marihuana y caries	22
2.2.9.2 Xerostomía	22
2.2.9.3 Enfermedad periodontal	23
2.2.10 El consumo de cannabis y el periodonto	23
2.2.11 Marihuana y riesgo de cáncer	24
2.2.12 Manejo odontológico de pacientes consumidores de marihuana	24
2.3 Marco conceptual	25
2.4 Marco legal	26
2.5 Elaboración de hipótesis	28
2.6 Variables de la investigación	28
2.6.1 Variable Independiente:	28
2.6.2 Variable Dependiente:.	28
2.7 Operacionalización de las variables	29
CAPÍTULO III	30
MARCO METODOLÓGICO	30
3.1 Nivel de investigación	30
3.2 Diseño de la investigación	31
3.3 Instrumentos de recolección de información	31
3.3.1 Lugar de la investigación	32
3.3.2 Periodo de la investigación	32
3.3.3 Recursos empleados	32
3.3.3.2 Recursos materiales	32
3.3.3.4 Recursos tecnológicos	32
3.4 Población y muestra	32

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
3.4.1 Características de la población	32
3.4.2 Delimitación de la población	33
3.5 Fases metodológicas	33
4. Análisis de los resultados	35
5. Conclusiones	36
6. Recomendaciones	37
Bibliografía	38

ÍNDICE FOTO

Contenidos	Pág.
Foto1	40
Foto2	41
Foto3	42
Foto 4	43

RESUMEN

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

PALABRAS CLAVES: Marihuana, Enfermedad Periodontal, Placa Bacteriana, Higiene Oral.

ABSTRACT

Determine marijuana clinics and patients at the Rehabilitation Center "Divine Christ" features. Descriptive and transversal study. The sample consisted of 50 patients at the Rehabilitation Center "Divine Christ" whose ages ranged from 18 to 50 years. It was found that the highest frequency of marijuana use was more than 2 times a day, the time consumption between 1-5 years and the form of cigarette consumption was used. Most patients had no periodontal pocket or gingival bleeding but a level of mild and moderate adherence clinic also showed no furcation involvement; had no tooth mobility, gingival enlargement had not, if they had gingival recession, and 63.3% of patients a level of regular oral hygiene.

Periodontal disease as one of the oral manifestations in patients who smoke marijuana has been defined from the etiological point of view, as a multifactorial disease where plaque acts as principal agent and other factors predisposing risk or act contributing to increased individual probabilities of contracting disease. In our study we found that although the highest most used frequency of consumption (more than 2 times a day), time consuming (between 1-5 years) and the form of consumption (smoking) it was shown that most patients had mild level average, moderate, no periodontal pocket, gingival bleeding, tooth mobility and furcation involvement clinical attachment, plus the level of oral hygiene was fair. Therefore it can not ensure that marijuana directly causes damage to periodontal tissue, but there are other factors that contribute to the modification of the results which we will study later.

KEYWORDS: Marijuana, Disease Periodontal, Bacterial Plate, Oral Hygiene.

INTRODUCCIÓN

La adicción y las enfermedades asociadas impactan cada vez más en la salud y el bienestar de la población del mundo entero. Según estudios de la Organización Mundial de la Salud, las tendencias mundiales reflejan un aumento general en el uso de drogas ilícitas y adictivas con un inquietante incremento del consumo de sustancias psicoactivas entre los sectores más jóvenes de la población. En las últimas décadas, la relación hombre-Sustancias Psicoactivas, ha llevado a diferenciar el uso, el abuso y la dependencia a su consumo.

Se considera SPA, a toda sustancia cuyo uso/abuso pueden ocasionar consecuencias psico-neurobio-socio-tóxicas. La OMS la define como toda sustancia química (de síntesis o natural) que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona.

Uno de los sistemas afectados por el abuso y dependencia de SPA es el Sistema estomatognático. Las lesiones que en él se presentan podrían ser causadas específicamente por la SPA o por la asociación de la acción de las mismas con la negligencia en el cuidado de higiene bucal.

La experiencia clínica-odontológica evidencia en usuarios de SPA, la presencia de numerosas alteraciones, tales como: xerostomía, alteración del flujo salival, erosiones, abrasiones, caries atípicas y pérdida dentaria. También es frecuente observar variaciones del umbral del dolor y de la percepción del gusto, atrofia de las glándulas salivales, erosiones y úlceras en la mucosa bucal.

Se ha observado que consumidores de marihuana presentan un deterioro en la cavidad bucal mayor que los no consumidores, con un riesgo aumentado de caries y enfermedad periodontal. Fumar marihuana actúa también como carcinógeno y es asociado con cambios displásicos y lesiones pre-cancerizables en la mucosa bucal. Así mismo el uso prolongado de metanfetaminas ha sido asociado con severos efectos sobre la salud bucal, existiendo un patrón distintivo de caries inducida por anfetamina. La literatura científica presenta escasa producción en relación al impacto en el componente bucal de las adicciones a SPA, así mismo hemos buscado información en centro de rehabilitación “DIVINO NIÑO” de la ciudad de Machala la cual nos guiaremos para esta investigación.

CAPITULO I EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de conocimiento sobre los tipos de lesiones que pueden comprometer a pacientes que padecen de ciertas manifestaciones bucales por consecuencia de fumar marihuana son muchas por lo cual hay q especificarlas y establecer el protocolo de cada una de ellas así como las consecuencias que conllevan un mal tratamiento.

En la fundación “Divino Cristo” se encontraron profesionales con falta de conocimiento sobre cómo tratar un problema con personas adictas a sustancias psicoactivas como la Marihuana y sobre los cuidados ante estas lesiones bucales lo cual se planteara como frecuencia de cada una de ellas para así tener presente cual es la lesión de mayor importancia que hay que tratar.

Por tal motivo hay muchas consecuencias sobre este tipo de problemas que va desde la mala práctica hay compromisos permanentes en la fisiología bucal del paciente, por tal motivo la problemática se expresara en forma de pregunta cuál será la base para la elaboración de trabajo:

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El problema de esta investigación se basa en las diferentes manifestaciones bucales que pueden presentar los pacientes que fuman marihuana .Nuestro propósito es darle un adecuado plan de tratamiento a estos pacientes y darles a conocer el problema que causan ciertas sustancias psicoactivas como la marihuana.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Lo antes mencionado me permite formular las siguientes preguntas.

¿Cuál debe ser el criterio clínico de los odontólogos frente a pacientes que Fumen Marihuana que presenten diferentes lesiones bucales?

¿Cuáles son las características de las diferentes clases de sustancias psicoactivas?

¿Qué tipos de manifestaciones Odontoestomatológicas son más frecuentes en personas que fuman Marihuana?

¿Cuál es el cuidado a seguir con una persona que fuma marihuana en el área odontológica?

¿Cuáles serían las recomendaciones odontológicas para un paciente que consume sustancias psicoactivas como la marihuana?

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Tema: Manifestaciones bucales más frecuentes en pacientes que fuman marihuana, en el Centro de Rehabilitación “Divino Cristo” en la ciudad de Machala en el año 2013

Objeto de estudio: Marihuana Manifestaciones Bucles

Campo de acción: Pacientes que fuman marihuana.

Periodo: 2013-2014

Área: Centro de Rehabilitación “Divino Cristo” en la ciudad de Machala.

1.5 PREGUNTAS RELEVANTES DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las Manifestaciones Bucles existentes?

¿Cuál es la conducta a seguir en pacientes que fuman marihuana?

¿Cuáles son las patologías más frecuentes?

¿Cual es el tratamiento a seguir en pacientes que fuman marihuana?

1.6 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar, cuales son las diferentes patologías bucales que puede presentar un paciente que fuman marihuana.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar, las manifestaciones bucales de los pacientes adictos a la marihuana.

Determinar, el tiempo de consumo y su relación para la presencia de manifestaciones bucales en consumidores de la marihuana.

Sugerir hábitos de higiene en pacientes que fuman marihuana.

Establecer posibles tratamientos ante la presencia de diferentes patologías por el consumo de la marihuana.

1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación es importante ya que nos permitirá seleccionar el tratamiento adecuado que nos dará mejores resultados al emplearlo en la búsqueda de las diferentes patologías que puedan existir en la cavidad bucal de un paciente que fume marihuana.

El éxito de este tratamiento dependerá del conocimiento del cuadro clínico y patológico de las distintas manifestaciones bucales que se pueden emplear en la cavidad bucal ya que debido a su condición como pacientes consumidores de sustancias psicoactivas abandonan su higiene personal, como consecuencia la bucal, quedando expuesto a lesiones orales. Se observan diferentes patologías relacionadas con el consumo de la marihuana y del abandono de su salud oral .

1.8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitado: Es delimitado porque se obtiene en cada paciente una patología bucal a consecuencia del consumo de la marihuana

Evidente: Es evidente porque mediante la exploración clínica nos damos cuenta a simple vista las patologías bucales.

Contextual: Se detalla la patología dada por cada paciente

Concreto: Mediante los signos y síntomas del paciente nos daremos cuenta que patología bucal presenta.

Relevante: Es relevante para la ciencia odontológica ya que al identificar las patologías bucales dadas por pacientes que fuman marihuana, daremos uso a un buen plan de tratamiento

Factible: Es factible porque mediante el acceso a bibliografía, libros revistas e internet hemos podido encontrar mucha información valiosa para la realización de esta investigación.

Identifica los productos esperados: Contribuye con soluciones ya que además de investigar los daños que causa el consumo de Marihuana para los tejidos dentarios, se hace uso del mismo para conocer el tratamiento adecuado.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Hace catorce años fue iniciativa de la creación de este centro de rehabilitación por parte del Sr. Danilo Cabrera, quien era usuario adictivo de las drogas, empezó con cinco compañeros, de la cual sintió la necesidad espiritual de auto ayudarse y ayudar a sus compañeros, la cual cada vez tenía acogida y empezó a recluir personas con adicción a las drogas para lograr sus objetivos de ayudarlos sin fines de lucro, a pesar que hubo muchas contradicciones ya que en ese tiempo llovía la cual nos inundaba el cuerpo hasta el ombligo, pero aun así luchábamos por no desmayar y continuar con nuestros objetivos propuestos ya que llegamos a realizar terapias sobre las mesas, solo la perseverancia ha logrado que continuemos con nuestra labor (Arizmendi, 2009).

Se estima que a nivel mundial el número total de personas que consumieron marihuana por lo menos una vez en 2007 varía de 143 a 190 millones. Sin duda alguna, la marihuana es, después del tabaco y el alcohol, la droga cuyo uso está más extendido en México, en Norteamérica y en la mayoría de los países de Europa occidental. La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (Sustaeta, 2010).

Recientemente, la Universidad de Queensland, Australia, publicó un estudio realizado con 3800 personas consumidoras de marihuana nacidas entre 1981 y 1984, esto es, cuando los participantes contaban con 20.1 años de edad promedio. El 17.7 % había consumido cannabis durante dos o tres años, 16.2 % durante cuatro a cinco años y 14.3 % durante seis o más años. Los resultados obtenidos reportan que¹² “en comparación con aquellas personas que nunca habían consumido cannabis, los adultos jóvenes que tenían seis o más años consumiendo marihuana (es decir,

que comenzaron a utilizarla cuando tenían alrededor de 15 años o menos) (Sustaeta, 2010).

Peters en un estudio fortalecen la hipótesis de que el uso temprano de la marihuana es un factor de riesgo para la psicosis” diversas investigaciones demuestran que el consumo elevado de esta droga puede producir, tras su abandono, la aparición de síntomas de abstinencia, entre los que se encuentran irritabilidad, dificultades para dormir, disminución del apetito, pérdida de peso, trastornos intestinales, ansiedad, comportamiento agresivo (Sustaeta, 2010).

Darling y Arendof, como lo refiere Dávila, también describen una alteración similar a las anteriores, en pacientes adictos a la cocaína y la marihuana, a la que denominan, Estomatitis Cocaínica. Esta patología se manifiesta como una irritación y anestesia superficial del epitelio bucal, acompañado de xerostomía (Scavino, 2014).

Las reseñas históricas más antiguas del uso de los derivados del Cannabis se remontan al imperio chino (2727 a. De C.), en la India, las referencias más antiguas datan del 2000 a. de C. El cultivo de estas plantas se extendió probablemente desde Asia Central hacia Occidente. El consumo del cáñamo como sustancia psicoactiva fue muy común en algunas sectas islámicas. Al continente Americano llegó de manos de los españoles en la primera mitad del siglo XVII. Su uso se popularizó en el mundo occidental hacia los años sesenta, entre los jóvenes de esa época desde esa fecha, su consumo ha ido aumentando en casi todos los países (Aristizabal, 2003).

Según el Observatorio Peruano de Drogas en el año 2006, la población que más consume drogas en el Perú se encuentra entre los 12 y 18 años de edad. La droga más consumida es la marihuana, seguida de la cocaína (Nomberto, 2011).

Davis y Baer creen que la abstinencia de la droga crea disturbios psicológicos y estados de ansiedad, que podría precipitar la aparición de GUN en estos pacientes (Scavino, 2014)

Como apunta Peña la amplia distribución de receptores de los cannabinoides en nuestro organismo, principalmente en el SNC, sistema inmunitario y terminales nerviosos, explica la amplitud de posibles efectos terapéuticos. La investigación relacionada con los cannabinoides ha desvelado la importancia del sistema endocannábico, que no sólo controla a varios niveles la transmisión del estímulo doloroso, sino que controla el sistema opiáceo, también implicado en el control del dolor (Aristizabal, 2003).

Scheutz ha demostrado que drogadictos (parenterales) son más ansiosos que la población general y más temerosa al tratamiento dental. En ocasiones, pacientes adictivos pueden usar la droga de preferencia antes de una cita dental para aliviar su ansiedad. Si esto ocurre, el tratamiento dental deberá ser aplazado (Nomberto D. J., 2011) .

Laverde menciona que las lesiones pueden manifestarse por el uso de la droga en sí o también pueden ser consecuencia del estado anímico o sistémico del paciente. Adicionalmente, el efecto que produce la mala higiene bucal y el descuido en la salud general de estas personas, puede conllevar a la pérdida de dientes y presencia continua de focos sépticos (Scavino, 2014).

Thompson realizaron en Nueva Zelanda un estudio con 900 personas de 32 años consumidores de marihuana, resultando que los que consumían marihuana eran más propensos a padecer enfermedad periodontal, que aquellos que nunca habían usado marihuana e independiente del consumo de tabaco. Determinando que el fumar marihuana es un factor de riesgo para la enfermedad periodontal (Perez, 2009).

El estudio, realizado en Nueva Zelanda, siguió alrededor de 900 adultos entre 18 y 32 años de edad. Después de controlar el uso del tabaco y

otros factores de riesgo, lo investigadores encontraron que a la edad de 32, el uso intensivo de marihuana (41 o más veces en el año anterior) fué tres veces más propenso a padecer enfermedad periodontal, que aquellos que nunca habían usado marihuana (Martinez, 2005).

El centro de rehabilitación Divino Cristo fue legalmente registrado el 12 de mayo del 2000, en la ciudadela Buenos Aires en las calles el Cisne entre Pasaje y Gran Colombia de la Ciudad de Machala Provincia de El Oro, En esta comunidad Terapéutica durante estos catorce años que hemos trabajado con profesionales antes mencionados, siempre nuestro lema ha sido la recuperación espiritual, ya que es primordial a la construcción de las terapias, además aquí los usuarios reciben charlas audiovisuales, lúdicas, y terapia ocupacional, mejoramiento de su apariencia personal, actualmente existe reclusos 22 adictos, y 20 que están recibiendo charlas que asisten diariamente hasta lograr la meta propuesta. Contamos con un organigrama bien estructurado, hay habitaciones adecuada, además cancha deportiva, talleres ocupacionales, el cual ha dado éxitos en toda esta trayectoria, lo cual ha servido para que el usuario vuelva a ser una persona de bien, que sea parte de nuestra sociedad de forma positiva, al igual el de sus familiares que se sientan contentos al verlos recuperados.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 DEFINICION DE DROGAS

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

2.2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Existen diversas formas de clasificación de drogas, así puede ser de acuerdo a su historia, modo de obtención, vías de administración,

composición química, usos médicos, nombres comerciales, sus efectos y la duración de ellos; los efectos de la sobredosis, o los signos y síntomas del síndrome de abstinencia, el tratamiento médico farmacológico .

La siguiente clasificación fue determinada por el comité de expertos en Farmacodependencia de la OMS reunido en Ginebra en 1973:

De tipo alcohol-barbitúrico. Bebidas que contienen etanol, los barbitúricos y otros fármacos con efectos sedantes como el hidrato de cloral, benzodiazepínicos como el clordiazepóxido y el diazepam, el meprobamato y lametacualona.

Anfetamina: La anfetamina, metanfetamina, dexanfetamina, metilfenidato, fenmetracina, metilenedioxianfetamina (MDMA), "tacha" o éxtasis.

Cannabis: Todas las preparaciones de Cannabis Sativa como la marihuana y el hachís.

De tipo cocaína. Como la cocaína, hojas de coca y crack.

Alucinógeno: Como el LSD (dietilamida del ácido lisérgico), la mezcalina, psilocibina.

Opiáceo: Como la morfina, la codeína, la heroína, y los productos sintéticos que tienen efectos morfínicos como la metadona.

De tipo solventes volátiles: Como el tolueno, la acetona, y el tetracloruro de carbono entre otros.

Otra clasificación, también de la OMS, aunque anterior a 1970 se basa en la fiscalización necesaria y es la siguiente:

Fármacos cuya fiscalización se recomienda porque su consumo puede ser abusivo y significa un riesgo especialmente para la Salud Pública y cuyo valor terapéutico es muy limitado o nulo, por ejemplo, LSD, mezcalina, psilocibina y marihuana.

Fármacos cuya fiscalización se recomienda porque su consumo puede ser abusivo y significa un riesgo notable para la salud Pública y cuyo valor terapéutico es débil o moderada, por ejemplo la anfetamina, dexanfetamina, metilfenidato, fenmetracina .

Fármacos cuya fiscalización se recomienda porque su consumo puede ser abusivo y significa un riesgo notable para la Salud Pública y cuyo valor terapéutico es moderado o grande, por ejemplo el amobarbital, ciclobarbital, fenobarbital, fenobarbital, alobarbital.

Las drogas pueden clasificarse¹² según la OMS (Kramer y Cameron 1975 modificada) en:

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

Grupo2: Psicodpresores: Barbitúricos y análogos (benzodiazepinas, bromureído, meprobamatos.

Grupo 3: Alcohol

Grupo4: Psicoestimulantes mayores: Cocaína y derivados (hojas de coca) Anfetaminas y derivados, Katina o norseudoefedrina.

Grupo 5: Alucinógenos (LSD, mescalina, psilocibina, drogas de diseño)

Grupo 6: Cannabis sativa y derivados (marihuana, hachís)

Grupo 7: Sustancias Volátiles: Solventes: Tolueno, acetona, gasolinas, éter, óxido nitrosos.

Grupo 8: Psicoestimulantes menores: Tabaco, infusiones con cafeína, colas, etc.

Grupo9: Drogas de diseño.

Se sugiere que hay tres etapas para el uso de drogas.

El primero es el uso de drogas legales como el alcohol y el tabaco, que en la actualidad se integran al contexto de uso de drogas debido fundamentalmente al daño y a los costos sociales que implica su consumo.

El segundo implica el uso de marihuana. Generalmente se inicia el consumo al igual que otras drogas, como una conducta de experimentación de los efectos y por presión del grupo de amigos. Los estudios epidemiológicos más recientes señalan que en el grupo de personas que tienen un uso crónico de sustancias y que acuden a centros especializados para recibir tratamiento, la marihuana es la droga ilegal de inicio.

El tercero conlleva el uso crónico de drogas ilegales y parece depender de factores de tipo hereditario, estructuras cerebrales conocidas como "sistema de recompensa", antecedentes de trastorno por déficit de atención, abuso sexual, violencia intrafamiliar, modificación paulatina de la estructura de valores y cambios en la estructura social y familiar entre otros.

De acuerdo al tipo de usuario, las drogas pueden clasificarse en:

Experimentadores. Son usuarios que toman drogas por simple curiosidad, a instancia de sus compañeros y son el grupo mayoritario de acuerdo a las encuestas.

Usuarios Sociales. Consumen droga solamente cuando están en grupo. El consumo de drogas tiene como finalidad un deseo de pertenencia al grupo, de rebelión contra las normas sociales establecidas, para resolver conflictos pasajeros de la adolescencia o simplemente para seguir la moda.

Usuarios Funcionales. Son aquéllos que necesitan tomar drogas para poder desempeñar sus funciones sociales. Se trata de personas que han creado una dependencia tal a la droga que no pueden realizar ninguna

actividad si no la consumen; sin embargo, a pesar de su dependencia siguen funcionando en la sociedad y sólo presentan trastornos cuando no utilizan la droga o cuando consumen una mayor cantidad y se manifiestan efectos tóxicos.

Usuarios Disfuncionales. Son personas que han dejado de funcionar en la sociedad. Toda su vida gira en torno a las drogas y su actividad entera la dedican a conseguirla y consumirla, y a veces para traficar.

2.2.3 DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS

Las drogas lícitas son usadas en la actualidad por un alto porcentaje de la población. Lo que no se comunica públicamente es que en el mundo mueren más personas debido a las consecuencias del alcohol y el tabaco, que como resultado del abuso de todas las drogas ilegales juntas. Algunas de las drogas legales más usadas en nuestro país son: tabaco, alcohol, fármacos, químicos inhalables y anabólicos y esteroides.

Se llaman drogas ilegales a todas aquellas sustancias cuya producción y consumo se encuentran penalizados y no son socialmente permitidos, por lo que se asocian a redes subterráneas de comercialización que son objeto de persecuciones policiales.

Lícita: tabaco, alcohol, medicamentos, inhalantes, etc

Ilícitas: Marihuana, cocaína, LSD, drogas de diseño, etc.

2.2.4 MARIHUANA (CANNABIS SATIVA)

Origen: La marihuana se obtiene de flores y hojas jóvenes de la planta femenina de la especie *Cannabis sativa*, una hierba de la familia del cáñamo que se reproduce sin necesidad de cultivo especial. El primer dato sobre la marihuana se remonta al año 3,000 A.C. cuando el emperador chino Shen Nung la recomendaba como medicamento útil en la debilidad femenina. La marihuana llegó a México por esclavos africanos a fines del siglo XIX y de México se exportó a EE.UU.

Química: La marihuana contiene más de 400 componentes químicos, que se transforman en más de 2.000 al fumarla. Más de 60 de esas 400 sustancias químicas se llaman cannabinoides, y no se encuentran en ninguna otra planta.

Todos los cannabinoides probadas hasta la fecha son biológicamente activos. Eso significa que alteran alguna función normal de los organismos vivos. Esas alteraciones quizá sean imperceptibles ya que se producen en las células pero se pueden documentar en los laboratorios de investigación.

Uno de esos cannabinoides es el delta-9-tetrahidrocannabinol. Este es el que produce el conocido "high" o estado de intoxicación atribuido a la marihuana.

La abreviatura THC se refiere a las distintas sustancias químicas de la clase de los tetrahidrocannabinoides, que han sido objeto de numerosos estudios. La potencia de la marihuana depende de la concentración de THC. A mayor concentración, mayor potencia y sus efectos nocivos.

2.2.5 USOS TERAPÉUTICOS DE MARIHUANA

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.

Dronabinol (disponible en EE.UU) Y Nabilona (disponible en el Reino Unido), derivados sintéticos para administración oral, están indicados

como antieméticos en pacientes sometidos a quimioterapia, adicionalmente, el uso de dronabinol autorizado por la Food and Drug Administration (FDA) en los EE.UU también está autorizado como estimulante del apetito en pacientes con infección por VIH. El papel en terapéutica de estos cannabinoides no parece estar establecido dada la insuficiente experiencia clínica disponible, y la ausencia de ensayos clínicos comparativos con otras alternativas terapéuticas.

2.2.6 ADICCIÓN AL CONSUMO DE MARIHUANA

La adicción se refiere a la dependencia de tipo físico y aparece como fase subsiguiente a la habituación. Consiste en un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos moderados o intensos cuando falta la droga. En estas circunstancias, el organismo se ha acostumbrado a la presencia de la droga y la necesita para vivir.

El cannabis se ha convertido en una droga ilegal de consumo frecuente. La prevalencia de su consumo ha aumentado en los últimos años y la edad de inicio se ha adelantado. Las evidencias muestran que consumir cannabis tiene consecuencias negativas para la salud, tanto por sus efectos agudos como crónicos.

2.2.7 EFECTOS POR CONSUMO DE MARIHUANA

La adicción a partir del consumo frecuente de marihuana ocasiona efectos en el organismo que dependen del tipo de marihuana, formas de uso, rasgos de la personalidad, entre otros factores. Los efectos que producen son:

2.2.7.1 Efectos fisiológicos

Ritmo cardiaco y presión sanguínea. Produce aumento temporal del latido cardiaco relacionado con la dosis. El consumo de marihuana puede ser peligroso para aquellos que padecen hipertensión, enfermedades cerebro vasculares y arteriosclerosis coronaria.

Desempeño psicomotor: daña el buen pulso y produce tambaleo si el fumador se encuentra de pie. Dificulta el desempeño ante tareas complejas. El consumidor de marihuana tiene incapacidad de prestar atención constante e incapacidad de asimilar procesos de información complejos. Se dificulta el manejo de automóvil, el pilotaje de avión y la operación de otras máquinas. Las deficiencias en este desempeño pueden durar hasta 10 horas después de iniciarse el estado elevado.

Congestión de la conjuntiva: Con la ingestión e inhalación de la marihuana, se produce un enrojecimiento de los ojos debido a la dilatación de los vasos sanguíneos.

2.2.7.2 Efectos respiratorios

La marihuana contiene más alquitrán que el tabaco (un cigarrillo de marihuana tiene 5 mg. de alquitrán y un cigarrillo de tabaco tiene 1.2 mg.) Los fumadores de marihuana desarrollan una menor capacidad de difusión pulmonar y un flujo expiratorio forzado, puesto que inhalan muy profundamente, retienen el humo en sus pulmones por un período más largo de tiempo, fuman el cigarrillo completo y además el humo no es filtrado. El uso crónico de cannabis está relacionado con la ocurrencia de bronquitis, asma y sinusitis; hay evidencia de que el humo de la marihuana y los residuos del humo contienen sustancias carcinógenas relacionadas con cambios celulares malignos en el tejido pulmonar.

2.2.7.3 Efectos psicológicos

La marihuana actúa sobre la corteza cerebral, principalmente en las áreas que controlan la movilidad de los miembros, los órganos sensoriales y el comportamiento. Ocasiona lesiones estructurales en la membrana de las células cerebrales, por adhesión del THC a los tejidos grasos, con los que tiene gran afinidad, afectando de esta manera la velocidad de transmisión del impulso nervioso de una neurona a otra.

Varios tipos específicos de desempeño psicológico son afectados; éstos incluyen sustitución de dígitos-símbolos, unión de dígitos, sustracción serial, comprensión de lectura y aumento de la percepción del tiempo. Mientras más compleja, menos familiar y más difícil sea la tarea, peor será el desempeño. También se altera la percepción de la visión, el sonido y el tacto; afecta el estado de ánimo y la interacción social.

Estudios demuestran que el consumo crónico de la droga parece correlacionarse con una psicopatología manifiesta. Los que abusan de la marihuana son psicológicamente similares a los que abusan de otras drogas.

Según algunos estudios, los consumidores de marihuana en alto grado (20 a 30 veces al mes) eran a su vez, consumidores de múltiples drogas y exhibían cierto grado de dependencia psicológica, manifestada en ansiedad cuando el suministro era incierto y en una incapacidad auto percibida para relacionarse con el mundo en general cuando no se está drogado.

Los consumidores en alto grado expresaron desajustes en el trabajo y una incapacidad auto reconocida para enfrentar nuevos problemas. Además expresaron un desajuste heterosexual y se comprobó que eran más hostiles hacia la sociedad, más deprimidos y que tenían un grado mayor de ansiedad que los consumidores casuales.

2.2.7.4 Efectos sobre la conducta alimenticia y la ingesta

Uno de los comentarios más frecuentes es que los consumidores de cannabis presentan ansia por comer dulces. Aparte de ciertas explicaciones desde el punto de vista psicológico (involución de la personalidad infantil), realmente esto no ha podido ser comprobado científicamente; de hecho, los datos más repetidos en experimentos de laboratorio apuntan a una disminución de la ingesta de comida en roedores.

Por otra parte, el efecto antiemético pudiera contribuir en cierta medida al aumento de la ingestión de comida en algunos pacientes con cierto grado de anorexia. Los problemas asociados al estado nutricional o que afecten el estado nutricional son distintos dependiendo del tipo de droga de abuso. En lo que se refiere al consumo de cannabis, existen muchos ensayos clínicos con personas que indican que dosis únicas de cannabis, fumada o ingerida oralmente, producen un aumento del apetito.

Otros estudios indican que el incremento del peso y valor promedio de la ingesta calórica diaria a partir del consumo fumado de cannabis se manifiesta durante los períodos comprendidos entre las 3 y 7 semanas, 33 se han observado síntomas asociados a deficiencias nutricionales tales como debilidad muscular, fatiga, indigestión, pérdida del apetito, incluso bajas concentraciones plasmáticas de zinc, en adolescentes consumidores de cannabis.

Además las dietas de los consumidores de cannabis eran pobres en frutas, verduras y leche y tendían a alimentarse con comida rápida; por tanto, los problemas nutricionales se asocian al estilo de vida desordenado y pérdida de interés por la alimentación más que a problemas específicos por consumo de cannabis. Aunque el uso de cannabis incrementa el apetito y la ingesta de alimentos en el ser humano, hay un descenso de la calidad nutritiva de la dieta, lo que puede originar signos de deficiencia nutricional. Aunque tras el consumo de cannabis se ha observado una alteración en la curva de tolerancia a la glucosa que explica la relación entre el consumo de la droga y la sensación de apetito, dichos cambios en la glucemia se atribuyen a una absorción más adecuada de la glucosa por el intestino.

A pesar de estas implicaciones, se cree que el hábito de fumar cannabis no aumenta estadísticamente el riesgo de originar diabetes mellitas. El consumo de drogas de abuso supone no sólo un trastorno fisiológico y mental, sino también la adopción de una escala de valores que no favorecen una ingesta adecuada de alimentos. La droga se convierte en

el referente básico del consumidor dejando de lado aspectos fundamentales entre los que se incluyen la higiene y la nutrición.

2.2.8 MANIFESTACIONES ORALES POR CONSUMO DE MARIHUANA

Existen manifestaciones propias a la sustancia o droga activa y otros productos del perfil adictivo general que manifiestan este grupo de pacientes.

Dentro de éstos últimos están, la tendencia a desarrollo de lesiones cariosas, enfermedad periodontal, abscesos pulpoperiapicales y periodontales, gingivitis ulceronecrosante aguda (GUNA) y otras estomatitis infecciosas; las primeras por el elevado consumo de carbohidratos y, en general, por su actitud negligente ante las prioridades de prevención e higiene oral.

Las cicatrices por lesiones traumáticas en tejidos peribucales y dientes, no son extraños, incluso la ausencia de los mismos y fracturas maxilofaciales producto de enfrentamientos violentos que son típicos dentro de este grupo.

Igualmente observamos desgaste incisal/oclusal debido al bruxismo y compresión dental que producen dolor miofacial y articular; así como, hipertrofia bilateral de los músculos maseteros. En este tipo de pacientes es frecuente observar afecciones a nivel cervical de los dientes por cepillado compulsivo, xerostomía como efecto secundario en el caso de los pacientes que consumen cocaína, cannabis, anfetaminas y depresores del SNC. Se maneja poca información acerca de la relación entre xerostomía y enfermedad periodontal. no encontraron una relación consistente entre las condiciones periodontales y el promedio de flujo salival en individuos sanos.

Señala que la placa dental subgingival depende más del fluido saliva, por lo tanto la xerostomía no tendría impacto directo sobre la flora subgingival

y el efecto puede ser secundario a los cambios en la flora asociada a la corona de los dientes. Por el contrario, afirma que la enfermedad periodontal es un problema de los individuos con xerostomía debido a la acumulación de placa dental y restos de alimentos.

También se pueden presentar cambios en los tejidos periodontales, queilitis angular, candidiasis y glosodinia, así como, aquellos de índole reparativo e infeccioso, productos de la desnutrición permanente que usualmente las adicciones producen por la presencia de desordenes alimenticios como la anorexia.

Algunos estudios han puesto de manifiesto la posible aparición de cáncer de lengua en jóvenes que consumen marihuana y hachís por lo que se está estudiando su papel como posibles factores de riesgo, ya que a través de estudios in Vitro e in Vivo han mostrado las propiedades mutagénicas y carcinogénicas del tetrahidrocannabinol, que además es capaz de inhibir el sistema inmunitario.

Las adicciones producen en los pacientes generalmente comportamientos atípicos, manías que pueden producir manifestaciones orales como el ya mencionado cepillado compulsivo, mordeduras, succión, “lamerse” y protrusión lingual y labial que en conjunto pueden producir la retracción gingival, abfracciones, queilitis, ulceraciones, hiperqueratosis, pirosis y fatiga muscular perioral, depapilación lingual, entre otras.

Así como cambios en la agudeza gustativa y olfatoria, presentes por la hipersalivación secundaria y comunes en pacientes que utilizan la inhalación como vía de administración de la sustancia adictiva como la cocaína y solventes, produciendo anestesia, irritación, isquemia y necrosis de la mucosa nasal y daño acumulado al SNC por efectos propios de la droga.

2.2.9 MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN EL TEJIDO DENTARIO ASOCIADAS AL CONSUMO DE MARIHUANA

Diversos autores coinciden que los consumidores de marihuana, tienen alta incidencia de caries, casi en un 100%, así como abrasiones, erosiones dentarias y pérdida de dientes (Scavino, 2014).

2.2.9.1 Consumo de marihuana y caries

Al examen clínico y radiográfico los consumidores de marihuana presentaban mucho más caries con cavidades visibles que los no usuarios y en zonas lisas de los dientes donde es muy poco frecuente hacer caries especialmente en gente joven. Las lesiones de caries en superficies lisas señalan una alta concentración de bacterias, mucha actividad bacteriana, mucha concentración de ácido en boca y bajas defensas

La dieta cariogénica, la poca frecuencia de la higiene oral y poco control con dentista indican que el estilo de vida de los consumidores de marihuana -agregado a la disminución de la saliva- condiciona en forma importante la aparición de caries dentales (Arizmendi, 2009).

2.2.9.2 Xerostomía

La falta de saliva a corto plazo, el aumento del apetito que lleva al consumo de alimentos cariogénicos y bebidas dulces después de consumir marihuana parece ser responsable de la elevada incidencia de caries. El hecho que éste consumo se realice de preferencia de noche donde la saliva normalmente disminuye drásticamente agrava el problema. El 84% de los participantes experimentaron una sequedad en la boca después de fumar marihuana y el 91% dijo sentir sed.

El 81% de los participantes relataron que la sensación de boca seca les dura más de 1 hora y el 19% manifiesta que la boca seca persiste entre 2

y 6 horas. Un 88 % sintió hambre después de fumar marihuana (Figuroa, 2012)

2.2.9.3 Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal es una infección de los tejidos que dan soporte a los dientes el tejido gingival no está pegado a los dientes hasta donde parece. Las enfermedades periodontales atacan justo debajo de la línea de las encías en el surco, donde causan que la unión del diente y sus tejidos de soporte se rompa. Según se dañan los tejidos, el surco crece hasta ser una bolsa: por lo general, mientras más severa la enfermedad, mayor la profundidad de la bolsa (Perez, 2009).

2.2.10 El consumo de cannabis y el periodonto

Una dolorosa gingivitis asociada con manchas blancas se ha documentado sobre la encía de fumadores de cannabis. También se observó en los abusadores crónicos de cannabis una difusa hiperplasia gingival y concurrente pérdida del hueso alveolar. Sin embargo, para ambas condiciones. Otras etiologías no se consideran y, por tanto, se carece de pruebas en su apoyo.

Los conocimientos actuales sobre los efectos del cannabis sobre la salud periodontal son insuficientes. Estudios epidemiológicos controlados son difíciles de realizar como la frecuencia, cantidad, duración y modo de administración del cannabis difieren entre individuos. Factores de riesgo personales como la edad, la higiene oral, la salud general, el uso concurrente de tabaco y drogas hacen que sea difícil identificar la influencia específica del uso indebido de cannabis en la susceptibilidad a la periodontitis.

El tratamiento dental puede frecuentemente darse a los adictos narcóticos sin miedo a las complicaciones, pero pueden existir ligeras dificultades como analgesia, aparentar dolor, retiro de los síntomas, lesiones cardiacas, lesiones maxilofaciales, hepatitis o enfermedad crónica del

hígado, endocarditis infecciosa, trombos, tétanos e interacción con medicamentos. La simulación del dolor es un método común para obtener el narcótico. Las drogas dentales que pueden ser atractivas al adicto incluyen petidina, la codeína, el pentazocine y el dextropropoxfene; en adictos estables, puede suceder que el dolor dental se controle inefectivamente, de modo que tenga que ser administradas grandes dosis de Opiáceos.

2.2.11 MARIHUANA Y RIESGO DE CÁNCER

El humo de la marihuana no contiene nicotina pero tiene agentes cancerígenos similares a los de humo de tabaco y puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer (Rojas, 2005).

2.2.12 MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CONSUMIDORES DE MARIHUANA

Cabe resaltar que el manejo dental de este grupo de pacientes siempre se verá comprometido y mayormente complicado por la adicción de una o más drogas, que pudiera combinar el paciente, hecho que es muy frecuente; por ello el paciente farmacodependiente representa un reto importante para el odontólogo, quien debe tener una vasta gama de conocimientos, experiencia en propedéutica médica, así como, realizar una escrupulosa revisión del mismo.

Debido a los aspectos y criterios de atención a estos pacientes, debe contar con agudo sentido y análisis psicológicos del perfil de cada uno, ya que de lo contrario, es común pasar por alto la identificación de estos signos y síntomas, además hay que agregar que son expertos en el arte de la caracterización, omisión y encubrimiento de la realidad.

Es de gran relevancia mencionar que existen tres posibles situaciones donde podemos clasificar a estos pacientes, cada una con sus connotaciones individuales: Pacientes en periodos activos de consumo, pacientes en etapas de rehabilitación y pacientes rehabilitados. Cada uno

de ellos implica un manejo y conocimiento distinto por la complejidad del caso y el compromiso que implica su atención, ya que esto nos llevará a una buena concreción de planes de tratamiento, éxito o fracaso de los mismos, conducta errática.

También hay que tomar en cuenta el compromiso personal, interacciones farmacológicas y enfermedades infectocontagiosas agregadas; así como posibles afecciones de otros órganos como el hígado, SNC, por mencionar algunos, razón por la cual se debe estar alerta sobre el grado de responsabilidad que deriva la atención dental.

Se ha propuesto que el fumador de cannabis (Marihuana) tiene peor salud bucal, mayor riesgo de caries y enfermedad periodontal, más cambios displásicos y lesiones pre malignas en mucosa oral y una mayor susceptibilidad a infecciones orales. Por otro lado, en un modelo animal, el cannabidiol administrado por vía oral se ha mostrado eficaz para reducir edema e hiperalgesia en mucosa bucal.

Finalmente señalar que el uso de anestésicos locales con epinefrina, durante intervenciones dentales, en sujetos bajo los efectos agudos de cannabis, puede prolongar la taquicardia previamente inducida por esta sustancia.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Marihuana: Disminuye la saliva. Provoca sequedad en la boca, caries, relajación muscular, un aumento del apetito y el deterioro del sistema inmunológico. Su humo actúa como un agente cancerígeno y predispone a infecciones bucales. Su abuso fomenta la aparición de ulceraciones y progresivas infecciones.

Caries: es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana.

Erosión dental es la pérdida: se encuentra en la superficie de los dientes debido a procesos químicos, normalmente a un ataque ácido, sin involucrar a la placa bacteriana.

Bruxismo: Es cuando una persona aprieta los dientes (sujeta fuertemente los dientes superiores e inferiores) o los hace rechinar (deslizar o frotar los dientes de atrás hacia adelante uno sobre el otro).

2.4 MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, “para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados”.

Los **Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual.** La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude. Los resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional;

Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes;

Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;

Habilidad

Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas;

Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema;

Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema;

Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado;

Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

2.5 ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS

Los individuos que fuman marihuana presentan manifestaciones bucales de enfermedad.

2.6 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

2.6.1 Variable Independiente: Marihuana.

2.6.2 Variable Dependiente: Manifestaciones bucales en individuos que fuman marihuana.

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
<p>Variable Independiente</p> <p>Marihuana</p>	<p>es un tipo de droga que se logra del cáñamo índico conocido como Cannabis sativa, que se suele consumir a través de las vías respiratorias, es decir, fumándola</p>	<p>La adicción a partir del consumo frecuente de marihuana ocasiona efectos en el organismo que dependen del tipo de marihuana, formas de uso, rasgos de la personalidad</p>	<p>Efectos fisiológicos</p> <p>Efectos respiratorios</p> <p>Manifestaciones orales por consumo de marihuana</p>	<p>Presión arterial.</p> <p>Depresión.</p> <p>Cáncer en los pulmones.</p> <p>Enfermedades periodontales</p>
<p>Variable Dependiente</p> <p>Manifestaciones bucales en individuos que fuman marihuana</p>	<p>Son enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad bucal siguiendo los signos y síntomas</p>	<p>Las manifestaciones orales que se observan con mayor frecuencia en las personas con problemas de drogadicción, determinar el tipo de patología.</p>	<p>Además, el abuso de drogas puede provocar abrasión cervical y laceración gingival</p> <p>Caries</p> <p>Enfermedad periodontal</p> <p>Xerostomía</p> <p>Cáncer oral.</p> <p>Candidiasis</p>	<p>Prevención en la higiene oral.</p> <p>Flúor</p> <p>Enjuague bucales que no contengan alcohol</p>

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Investigación documental: Esta investigación se realizó con el propósito de ampliar y profundizar los conocimientos sobre las patologías que puede presentar un los pacientes del centro de rehabilitación “Divino Cristo” al consumir marihuana , con el apoyo de trabajos e investigaciones previas, revistas científicas y artículos indexados que contengan información específica sobre el tema.

Investigación Exploratoria: Este trabajo investigativo trata de estudiar más a fondo las diversas patologías y diversos tipos de sustancias psicoactivas como la marihuana, por lo que esta investigación desarrolla un estudio global de los pacientes en el centro de rehabilitación “Divino Cristo” en la Ciudad de Machala.

Investigación Descriptiva: A través de los estudios bibliográficos, y ficha clínica, se irá escribiendo específicamente los beneficios de un buen tratamiento para pacientes consumidores de marihuana.

SEGÚN SU CONTEXTO

Investigación de Campo

Porque se lo realizará en la institución donde se localizó el problema, donde se encontró la problemática de las variables del presente trabajo.

SEGÚN EL CONTROL DE LAS VARIABLES

Investigación experimental

Bibliográfica: Consultas en libros de operatoria dental y páginas web.

Descriptiva: Se realizó en caso clínico.

SEGÚN LA ORIENTACIÓN TEMPORAL

Investigación Transversal

Se lo realizará en un tiempo determinado, que abarca el periodo del año 2013-2014.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Es una investigación bibliográfica, en la que se desea ayudar a pacientes del centro de rehabilitación “Divino Cristo” que presenten lesiones manifestaciones bucales para poder darle solución con un tratamiento idóneo.

Se espera encontrar respuestas al problema planteado y se aspira a un 25 % de investigación, un 25 % de bibliografía y 50 % de la propuesta para lograr cumplir los objetivos propuestos.

Procedimiento:

Como primer paso se buscara la información bibliográfica existente acerca del tema.

Seleccionar los pacientes idóneos para la investigación.

Realizar la historia clínica y diagnostico a cada uno de los pacientes

3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se ha recurrido a la ayuda de componentes bibliográficos y consultas en páginas web documentos investigaciones de autores artículos de revistas bibliotecas on-line, biblioteca de la Universidad de Guayaquil Facultad de odontología de la computadora, internet, impresiones, fotocopias, anillado, empastado y cd.

3.3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Centro de Rehabilitación “Divino Cristo” en la ciudad de Machala

3.3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación corresponde al año lectivo 2013– 2014.

3.3.3 RECURSOS EMPLEADOS.

3.3.3.1 Talento humano.

Investigadora: (María Belén Bermeo Macanchí).

Tutor Académico (Dr. Francisco Cedeño)

Tutor Metodológico: (Dr. Marcelo Polit Macías M.Sc)

Pacientes atendidos 50

3.3.3.2 Recursos materiales

Dentro de los materiales que use en la clínica para el paciente fueron los siguientes: materiales de bioseguridad tales como: guantes, mascarilla, lentes de protección, gorro, babero, campo operatorio; Instrumental: espejo bucal, abreboca.

3.3.3.4 Recursos tecnológicos

Libros, Internet, Artículos científicos, Computadora, Revistas científicas, Materiales didácticos.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 Características de la población

La población está constituida por 50 pacientes que fuman Marihuana quienes son tratados por presentar diferentes manifestaciones bucales.

en el centro de Rehabilitación “Divino Cristo” en la ciudad de Machala ubicado en la provincia del Oro , cantón: Machala .

3.4.2 Delimitación de la población

La investigación se realiza a una población finita de 50 pacientes que padecen manifestaciones bucales por fumar marihuana atendidos entre julio ,septiembre 2013 a noviembre del 2013.

3.5 FASES METODOLÓGICAS

En el presente trabajo de investigación se aplicaron los siguientes métodos.

Fase I Descriptiva: Este tipo de investigación es descriptiva porque se ha requerido a la ayuda de componentes bibliográficos y consultas en páginas web y no es experimental porque no es una investigación clínicamente.

Fase II Bibliográfica: El método de investigación es bibliográfica esta información fue obtenida a base de documentos on-line específico, es el conjunto de técnicas y estrategias que se emplean para localizar, identificar y acceder a aquellos documentos que contienen la información pertinente para la investigación, de tipo cualitativa ya que se ha basado en la ayuda de textos e investigación precedentes, investigación descriptiva se ha analizado el tema y el criterio emitido por cada autor para obtener resultados generalizados y no experimentales .

No se poseen datos estadísticos porque no se ocuparon datos personales ni de terceros que grafiquen numéricamente la incidencia de casos.

Fase III Metodológica porque relacionaremos datos obtenidos anteriormente respecto al trabajo que se realiza en la investigación, y lo pondremos a comparar con los métodos actuales que hay para minimizar el trabajo y maximizar el estudio de viabilidad.

FASE EMPÍRICA DE LA INVESTIGACIÓN

Recogida de datos: En esta etapa recogeremos los datos de forma sistemática utilizando las herramientas que hemos diseñado previamente. La basaremos específicamente en un enfoque global de los pacientes revisados en el Centro de Rehabilitación “Divino Cristo”

Análisis de los datos: Los datos se analizan en función de la finalidad del estudio, según se pretenda explorar o describir los fenómenos o verificar relaciones entre variables.

Se realiza interpretación escrita de los resultados que obtendremos mediante un control global de 50 pacientes que asisten al centro de rehabilitación.

Interpretación del resultado: Un análisis meramente descriptivo de los datos obtenidos puede resultar poco interesante, tanto para el investigador, como para los interesados en conocer los resultados de un determinado estudio. Poner en relación los datos obtenidos con el contexto en el que tienen lugar y analizarlo a la luz de trabajos anteriores enriquece, sin duda, el estudio llevado a cabo.

Se busca definir una tendencia en el comportamiento de especialistas en Patología Bucal, docentes y alumnos de la Universidad de Guayaquil en la utilización de un plan de tratamiento para pacientes que fumen marihuana.

Difusión del resultado: Una investigación que no llega al resto de la comunidad de personas y profesionales implicados en el objeto de la misma tiene escasa utilidad, aparte de la satisfacción personal de haberla llevado cabo. Si pensamos que la investigación mejora la práctica clínica comunicar los resultados de la investigación resulta un deber ineludible para cualquier investigador.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a la biografía, consultadas en páginas web, libros y con la ayuda de ciertos profesionales en el área de patología he obtenido fundamentos básicos en los cuales

Thomson en sus investigaciones proponen que el fumar marihuana a largo plazo es perjudicial para los tejidos periodontales, por lo tanto es considerada como un factor de riesgo para la enfermedad periodontal.

En el centro de Rehabilitación “Divino Cristo” en la ciudad de Machala en el año 2013 se diagnosticó 50 pacientes que fumaban marihuana enfermedades bucales que 20 presentaban candidiasis ,10 periodontitis leve ,y 20 periodontitis severa .

5. CONCLUSIONES

Hemos llegado a la conclusión de acuerdo a la revisión bibliográfica hemos podido adquirir conocimientos sobre manifestaciones bucales más frecuentes en pacientes que fuman marihuana:

Las manifestaciones orales que se observan con mayor frecuencia en las personas con problemas de drogadicción son: xerostomía, caries dental, enfermedad periodontal, ulceración de las mucosas, queilitis angular.

La falta de saliva a corto plazo, el aumento del apetito que lleva al consumo de alimentos cariogénicos y bebidas dulces después de consumir marihuana parece ser responsable de la elevada incidencia de caries.

La dieta cariogénica, la poca frecuencia de la higiene oral y poco control con dentista indican que el estilo de vida de los consumidores de marihuana -agregado a la disminución de la saliva- condiciona en forma importante la aparición de caries dentales.

Un dato sorprendente encontrado en éste estudio suizo fue que “el 97% de los consumidores de marihuana respondió que no cambiaría su hábito a pesar del riesgo de cáncer pero un 79% indicaron que si cambiarían su rutina de consumo de marihuana si afectara a sus dientes”.

6. RECOMENDACIONES

En pacientes consumidores de drogas, el tratamiento odontológico no debe ser dado hasta 6 horas después de la última dosis administrada y es recomendable evitar la epinefrina en la anestesia local debido, que provocaría hipertensión, arritmia cardíaca, infarto del miocardio, accidentes cerebro vasculares

Si las drogas son necesarias para aliviar el dolor, debe ser primero evaluado con el equipo médico del paciente.

El tratamiento de lesiones cariosas puede incluir el empleo de barniz de flúor para prevenir la futura desmineralización y mineralizar lesiones tempranas. Se puede restaurar con un material temporal o ionómero de vidrio ya que libera flúor, mientras el paciente está bajo tratamiento para la adicción; esto proporcionará el alivio del dolor.

Asimismo, se recomienda el consumo de de enjuague oral sin alcohol se debe ser prescritos sólo en mínimas cantidades.

El cuidado periodontal debería proporcionar instrucción de higiene bucal.

El cuidado paliativo de ulceraciones e irritaciones orales puede incluir el empleo de geles tópicos, pastas y colutorios.

Realizar estudios bioquímicos para determinar la concentración de marihuana en saliva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aristizabal, J. (2003). El Cannabis en la práctica clínica. Revista de la Facultad de Medicina , 6.
2. Arizmendi, B. G. (2009). Hallazgos clinicos orales caracteristicas en consumidores de basuco ,cocaina o marihuana . 6.
3. Figueroa, D. L. (2012). Estado bucodental de un grupo de pacientes psiquitrico . México .
4. Martinez, Z. (2005). Epidemiología de drogas en la poblacion urbana peruana. 14.
5. Nomberto, D. J. (2011). Implicaciones en la cavidad oral por el uso de las drogas . Revista Peruana , 6.
6. Nomberto, D. J. (2011). Implicancias odontológicas en el uso de drogas en adolescentes. Revista Científica , 25.
7. Perez, R. G. (2009). Consumo de marihuana y características clínicas en el tejido periodontal en paciente de un centro de rehabilitacion . pág. 15.
8. Rojas, G. (2005). Efectos de Cannabis en consumidores jovenes . Artículo de Revision , 14-15.
9. Scavino. (2014). Efecto de la cocaína sobre los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal . 20.
10. Sustaeta, P. B. (2010). Consumo de mariguana y sus efectos en la salud mental. Revista Médica , 41.

ANEXOS



Foto1

Fuente: Director del centro de Rehabilitación "Divino Cristo" en la ciudad de Machala

Autora: María Belén Bermeo Macanchí.

Año Lectivo 2013-2014



Foto2
Charla individual

Fuente: Director del centro de Rehabilitación "Divino Cristo" en la ciudad de Machala

Autora: María Belén Bermeo Macanchí.

Año Lectivo 2013-2014



Foto3

Material didáctico odontológico de prevención oral

Fuente: Director del centro de Rehabilitación "Divino Cristo" en la ciudad de Machala

Autora: María Belén Bermeo Macanchí.

Año Lectivo 2013-2014



Foto 4

Internos con autorización del centro de rehabilitación por consumo de drogas especialmente la marihuana

Fuente: Director del centro de Rehabilitación "Divino Cristo" en la ciudad de Machala

Autora: María Belén Bermeo Macanchí.

Año Lectivo 2013-2014