



Carrera Odontología.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontólogo.

Tema:

Manifestaciones bucales en pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo en el período marzo 2014 – agosto 2014.

Autor:

Fabio Guillermo Cevallos Castro.

Directora de tesis:

Dra. Nelly San Andrés Plúa. Mg. Gs.

Ciudad Portoviejo – Provincia de Manabí – República del Ecuador.

2014

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Nelly San Andrés Plúa, certifica que la tesis de investigación titulada: Manifestaciones bucales en pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo en el periodo marzo 2014 – agosto 2014. Es trabajo original del estudiante Fabio Guillermo Cevallos Castro, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....
Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg. Gs.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Manifestaciones bucales en pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo en el período marzo 2014 – agosto 2014. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana. Mg. Gs.

Directora de la carrera.

Dra. Nelly San Andrés Plúa. Mg. Gs.

Directora de tesis.

Dra. Patricia Bravo Cevallos.

Miembro del tribunal.

Odo. Celia Ponce Faula.

Miembro del tribunal.

DECLARACION DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo: Manifestaciones bucales en pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo en el periodo marzo 2014 – agosto 2014, pertenece exclusivamente al autor. Además, cedo mis derechos de autor de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Fabio Guillermo Cevallos Castro.

Autor.

AGRADECIMIENTO.

Quiero agradecer a mi padre celestial Dios por permitirme tener padres como el Ing. Guillermo José Rubén Cevallos Álvarez y la Lcda. Santa Fabiola Castro Briones que han estado de manera incondicional brindándome su apoyo para poder conseguir este título. También agradezco a mis hermanos Christopher Cevallos Castro, Susana Castro Castro y Josselyn Cevallos Castro y otros familiares que fueron piezas claves para poder llegar a este objetivo.

Agradezco a mis amigos Diana Rodríguez R, Diego Rodríguez S, Víctor Avendaño R, que de una u otra forma estuvieron pendientes en el proceso como persona y estudiante; amigos en las buenas, en las malas, en el llanto y en las risas. Asimismo a un gran amigo, hermano y ángel celestial Dayan José Flores Bonilla, que siempre me apoyó en la etapa de estudiante estando de manera incondicional a mi lado. De manera muy específica agradezco a mi madre la Lcda. Santa Fabiola Castro Briones, que ha sido siempre mi mayor inspiración para poder conseguir todo lo que me propongo, agradezco a ella por ser un ejemplo a seguir como persona y por brindarme su cariño, amor y su comprensión, por estar siempre a mi lado y por ser siempre indispensable.

Fabio Guillermo Cevallos Castro.

DEDICATORIA.

Hay que reconocer que fue difícil llegar hasta este punto que es conseguir un título como profesional, pero siempre hay que recordar que todo esfuerzo al final siempre vale la pena porque se llega a una de las metas trazadas para la vida profesional. Por tal motivo dedico este logro a las personas que de una u otra manera permanecieron a mi lado durante los años sacrificados de estudio; brindándome su apoyo, su comprensión, sus conocimientos y experiencias para afrontar la vida, de manera responsable y comprometida con la salud, ellos son mis padres el Ing. Guillermo José Rubén Cevallos Álvarez y la Lcda. Santa Fabiola Castro Briones pilares fundamentales para mi formación como persona.

Fabio Guillermo Cevallos Castro

RESUMEN.

Según los entendidos en la materia los hábitos tóxicos son sustancias que afectan la salud y causan alguna dependencia física alterando la percepción del individuo, aun conociendo los efectos el ser humano las consume sin medir consecuencias. Dentro de estas sustancias podemos mencionar al alcohol, tabaco y drogas o sustancias psicoactivas que alteran al sistema nervioso central. La cavidad bucal en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas puede presentar alteraciones como xerostomía, alteración del flujo salival, reducción de la capacidad de buffer, erosiones, abrasiones caires atípicas y pérdida dentaria.

Los pacientes consumidores de tabaco pueden ser huéspedes idóneos para alteraciones bucales como caries dental, incremento de placa dentobacteriana, candidiasis bucal, estomatitis, alteración en la producción de saliva. La cual se ve aumentada y favorece la mineralización de la placa bacteriana y tártaro favoreciendo a presentar índices elevados de placa bacteriana y sarro. Los individuos que consumen grandes cantidades de alcohol también pueden ser consumidores de tabaco y otras sustancias tóxicas para la cavidad bucal, por tal motivo existen alteraciones como xerostomía, caries, pérdida dentaria, enfermedad periodontal, gingivitis entre otras.

Palabras claves: alcoholismo, tabaquismo, drogas, caries dental, pérdida dental, gingivitis, enfermedad periodontal, xerostomía,

ABSTRACT.

Toxic substances are habits that affect health and cause a physical dependence by altering the perception of the individual, even knowing the effects humans consume without considering the consequences, within these substances can mention the alcohol, snuff and drugs or psychoactive substances that alter the central nervous system. The oral cavity in patients consumers of psychoactive substances may present alterations as xerostomia, altered salivary flow, reduced ability to buffer, erosions, abrasions and atypical caries tooth loss. Other disorders that may be evident in these patients can be variations in taste perception, salivary gland atrophy erosions and ulcers of the oral mucosa.

Consumers snuff patients may be suitable hosts for oral alterations as dental caries, plaque increased, oral candidiasis, stomatitis, altered production of saliva, which is augmented and promotes mineralization of plaque and tartar favoring present high levels of plaque and tartar. Individuals who consume large amounts of alcohol can also be consumers of snuff and other toxic substances to the mouth, for that reason there are alterations as xerostomia, caries, tooth loss, periodontal disease, including gingivitis.

Key words: alcoholism, smoking, drugs, dental caries, lost dental, gingivitis, periodontal disease, xerostomia.

ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Indice.....	IX
Introducción.....	1
Capítulo I.....	2
1. Problematización.....	2
1.1. Tema de la investigación.....	2
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Planteamiento del problema.....	2
1.3.1. Pregunta de la investigación.....	4
1.4. Delimitación de la investigación.....	4
1.5. Justificación.....	5
1.6. Objetivos.....	6
1.6.1. Objetivo general.....	6
1.6.2. Objetivos específicos.....	6
Capítulo II.....	8
2. Marco teórico referencial y conceptual.....	8
2.1. Hábitos tóxicos.....	9

2.1.1. Alcoholismo.....	10
2.1.2. Tabaquismo.....	16
2.1.3. Drogas.	18
2.1.4. Xerostomía.	24
2.1.5. Tipos de enfermedad periodontal.....	28
2.1.6. Caries dental.....	37
2.1.7. Pérdida dentaria.....	40
2.2. Unidades de observación y análisis.	43
2.3. Variables.....	43
2.3.1. Dependientes.....	43
2.3.2. Independientes.....	43
2.4. Matriz de operacionalizacion de variables.	44
Capítulo III.....	45
3. Marco metodológico.....	45
3.1. Modalidad de la investigación.	45
3.2. Nivel o tipo de investigación.....	45
3.3. Métodos.....	45
3.4. Técnicas.	45
3.5. Instrumentos.	46
3.6. Población.	46
3.7. Recolección de la información.	46
3.8. Procesamiento de la información.	46
3.9. Éticas.....	47
Capítulo IV.....	48

4. Análisis e interpretación de los resultados.....	48
4.1 Resultados de la encuesta.....	48
4.2. Resultados de la ficha de observación clínica.....	83
Capítulo V.....	108
5. Conclusiones y recomendaciones.....	108
5.1. Conclusiones.....	108
5.2. Recomendaciones.....	109
Capítulo VI.....	110
6. Propuesta.....	110
Bibliografía.	116
Anexos.....	122

INTRODUCCIÓN.

Esta investigación se enfoca en caracterizar las manifestaciones bucales con mayor frecuencia en pacientes con hábitos tóxicos como el tabaquismo, alcoholismo y drogodependencia. Para la cual se realizó un estudio de campo que ayudo a determinar el estado de salud bucal de los pacientes consumidores de estas sustancias. Para esto se utilizaron varios métodos que ayudaron a recolectar la información para obtener las conclusiones y resultados en esta investigación que se encuentran detallados con sus respectivos análisis e interpretaciones.

La ubicación de esta investigación fue realizada en varios centros de rehabilitación que acogen a pacientes con problemas de adicciones en la ciudad de Portoviejo – Provincia de Manabí – República del Ecuador. De tal modo que se visitó estos establecimientos con el objetivo de inspeccionar la cavidad bucal de todos los pacientes que se encuentran en proceso de desintoxicación y encontrar las manifestaciones bucales relacionadas al consumo de alcohol, tabaco y drogas. Continuamente se realizó un diagnostico odontológico a cada uno de los pacientes que intervinieron en la investigación. Para culminar y mejorar la educación en salud bucal se dictaron charlas educativas acerca del efecto perjudicial que puede causar el consumo de estas sustancias toxicas a la salud general y a su cavidad bucal.

CAPITULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema de la Investigación.

Manifestaciones bucales en pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo en el periodo marzo 2014 – agosto 2014.

1.2. Formulación del problema.

Se desconoce cuáles son las alteraciones bucales y como se caracterizan las mismas en los pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

1.3. Planteamiento del problema.

Analizando la información disponible en el sitio web Tirado et. al.¹ (2013) puedo citar que:

El consumo de drogas se incrementa en todo el mundo, alcanzando en el 2011 una cifra cercana a los 230 millones de consumidores (estimación que va de 153 a 300 millones), lo que representa alrededor del 5% (entre 3,4 y 6,6%) de la población mundial de 15 a 64 años de edad; en Colombia, la prevalencia de consumo de drogas al menos una vez en la vida para el año 2009 fue del 14,4%.

La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo y quienes la usan representan entre el 75 y el 80% de los consumidores de drogas a nivel mundial, de los cuales el 24% son de la Región de la Américas; en Colombia la prevalencia de consumo al menos una vez en la vida de marihuana es del 8%. La cocaína ocupa el segundo lugar de consumo a nivel mundial con cifras entre el 0,3 y el 0,4%, mientras que

¹Tirado, A., Velásquez, J., Vargas, A., Toro, H. (2013). *Consumo y dependencia a nicotina, alcohol y otras drogas, en docentes de una Universidad de Medellín, Colombia*. [En línea]. Consultado: [8, abril, 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2390/239028092010.pdf>

en el continente americano la prevalencia de consumo al menos una vez en la vida es del 1,2% y del 2,5% para Colombia.

El alcohol es el tercer factor de riesgo para diferentes enfermedades y discapacidad a nivel mundial y el primero en las Américas. Las prevalencias de consumo en esta región están entre el 40 y el 50% en países como Argentina, Brasil, Bolivia y Uruguay; mientras que en Colombia el consumo al menos una vez en la vida llega al 86%, con una prevalencia de consumo en el último mes del 35%.

La OMS informa que en el mundo hay cerca de 1200 millones de fumadores, de los cuales el 12,1% viven en el continente americano, región que tiene una prevalencia de consumo del 22%. Alrededor del 45% de la población colombiana declara haber consumido tabaco alguna vez en la vida. (p. 850).

Examinando la información disponible en el sitio web del Consejo Nacional de control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP)² (2012) se puede conocer que:

Para el caso de Ecuador, aproximadamente 6 de cada 10 estudiantes universitarios aseguran haber usado alcohol durante el último año, esto ubica a nuestro país en el tercer lugar de uso respecto de los demás países. Esta misma tendencia se observa para el uso del cigarrillo (30.98%). El porcentaje de estudiantes que en nuestro país aseguran haber usado alcohol y cigarrillos durante el último mes es 37.82% y 21.47%, respectivamente.

En cuanto al uso de marihuana, el Ecuador es el segundo país con mayor porcentaje (4.65%), aun así, este porcentaje es menos de la mitad del registrado en Colombia (11.48%). Esta misma tendencia se observa para el caso de la cocaína donde el porcentaje de usuarios universitarios durante el último año en nuestro país no supera el 1 por ciento. El porcentaje de estudiantes que aseguran haber usado marihuana durante el último año es de 1.78% y cocaína es de 0.28%.

En relación al uso de inhalantes, nuestro país presenta el más bajo porcentaje de uso en esta población (menos del 1 por ciento), al contrario del de pasta base, para el cual nuestro país presenta el porcentaje de mayor uso, aun cuando este es apenas del 0.27%. El porcentaje de estudiantes que asegura haber usado inhalantes durante el último mes es de 0.61%.

El promedio de la edad de inicio en el consumo de drogas respecto de la población universitaria oscila entre los 15.5 años (inhalantes) y los 19.6 años (cocaína) (p. 12).

²Consejo Nacional de control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas CONSEP. (2012). *La prevención del uso y consumo de drogas desde una visión integral*. [En línea]. Consultado: [8, abril, 2014] Disponible en: http://www.consep.gob.ec/descargas/referente_teorico_de_preencion.pdf

Estudiando la información disponible del sitio web Gigena et. al.³ (2012) se pudo conocer que:

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, reducción de la capacidad buffer, 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. (párr. 4 - 6).

En las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo, se evidencia un alto índice de manifestaciones bucales relacionadas al consumo de drogas, alcohol y el tabaco. Siendo principales factores de riesgo para la presencia de alteraciones que desequilibran la salud bucal.

1.3.1. Pregunta de la investigación.

¿Cuáles serán las manifestaciones bucales que presentan los pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo?

1.4. Delimitación de la investigación.

-Campo: Ciencias de la salud.

-Área: Odontología.

-Aspectos: Salud bucal.

³Gigena, P., Bella, M., Cornejo, L. (2012). *Salud bucal y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación*. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2014] Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392012000200006&script=sci_arttext&tlng=pt#21

1.4.1. Delimitación Espacial:

La presente investigación se desarrolló en 5 clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo. Provincia Manabí en la República del Ecuador.

1.4.2. Delimitación Temporal:

El período de estudio corresponde desde marzo 2014 – agosto 2014.

1.5. Justificación.

Como hemos aprendido en nuestros años de estudio la salud bucal es primordial mantenerla en un buen estado sin descuidarla ya que representa parte importante de la salud general. Al mencionar salud bucal se considerara sana cuando un individuo presente todos los componentes que integran el aparato estomatognático en un buen estado y no amenazado por alguna enfermedad y hábito tóxico o factores de riesgos de los cuales causaran repercusiones en la salud bucal siendo este un problema de salud pública.

La cavidad bucal en las personas con hábitos tóxicos se encuentra expuesta a agresiones como el tabaco, el alcohol, las drogas ilegales. Las cuales pueden cambiar la susceptibilidad del medio bucal y ayudan a la aparición de alteraciones como halitosis, abrasión de superficies dentales, caries dental, manchas en las piezas dentarias, gingivitis, aftas bucales, xerostomía entre otras. A nivel de salud general, el alcohol y el tabaco provocan efectos adversos en la cicatrización y la respuesta al tratamiento básico y quirúrgico.

La importancia del estudio en las personas con hábitos tóxicos ayudó a determinar cuáles son las principales manifestaciones en los pacientes con dependencia toxica como el tabaco, alcohol, droga entre otros y de igual manera obtener beneficios como la obtención del título de odontólogo. Además se brindó a los pacientes que intervinieron en este estudio e investigación científica la oportunidad de conocer de los problemas bucales que ocasionan los hábitos tóxicos.

Esta investigación fue factible porque se pudo contar con el apoyo de las autoridades que dirigen las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo y porque los pacientes internos se encontraban en un proceso de desintoxicación obligatoria para recuperar su salud con relación a las adicciones. Asimismo en estos lugares se encontró pacientes con las características que se deseaba investigar.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo General.

-Caracterizar las manifestaciones bucales en los pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

1.6.2. Objetivos Específicos.

-Inspeccionar el estado de salud de los tejidos gingivales para determinar la presencia de enfermedad periodontal.

-Identificar la incidencia de CPO.

-Reconocer la presencia de xerostomía en los pacientes de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

-Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema investigado.

CAPITULO II.

2. Marco teórico referencial y conceptual.

Prevención en salud bucal.

Analizando la obra de Barrancos⁴ (2006) se puede referenciar que:

La prevención de las enfermedades puede realizarse en diferentes etapas de su desarrollo. La prevención primaria es la que se dirige a las personas sanas para promover acciones saludables o para decidir sobre la adopción de medidas que contribuyan a prevenir determinadas enfermedades. La prevención secundaria es la que se actúa durante las etapas iniciales e incluye el diagnóstico y el tratamiento temprano. La prevención terciaria es la que trata de reducir los daños que causa la enfermedad y controla sus consecuencias. (pp. 373 y 374).

Estudiando la obra de Bordoni et. al.⁵ (2010) puedo citar que:

Cuando existe un equilibrio entre las bacterias localizadas en la cavidad bucal y el huésped se habla de salud. La presencia de las comunidades bacterianas en la boca del ser humano depende de condiciones ambientales provenientes del huésped, del medio externo y de factores encontrados dentro de la biopelícula. (Loesche, 1969; Eskow y col., 1971). Del impacto de estos factores depende el que los tejidos de la boca se mantengan intactos (sanos), o sucumban ante el potencial patógeno que algunos de esos microorganismos exhiben. (p. 143 y 144).

Considerando la obra de Barrancos⁶ (2006) se pudo referenciar que:

El cepillado de los dientes es el método de higiene bucal más ampliamente difundido y cuenta con un alto grado de aceptabilidad social. En los países industrializados entre el 80 y el 90% de la población se cepilla los dientes una o dos veces por día. Sin embargo, los procedimientos habituales de higiene bucal practicados por la mayoría de estas personas no logran el propósito de controlar la placa dental. De los diferentes métodos con los que se puede realizar este control

⁴Barrancos, M. (2006). *Operatoria dental*. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

⁵Bordoni, N., Escobar Rojas, A., y Castillo Mercado, R. (2010). *Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

⁶Barrancos, M. (2006). *Operatoria dental*. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

el más efectivo en la actualidad es la remoción por medio del cepillo dental, el hilo y algunos otros elementos, como cepillos especiales. La eficacia del cepillado dentario depende de varios factores, que incluyen el diseño de los cepillos, el dentífrico utilizado y el método y la frecuencia del cepillado. (p. 375).

2.1. Hábitos Tóxicos.

Definición.

Observando la información disponible en el sitio web González⁷ (1995) se pudo conocer que:

Llamamos hábitos tóxicos al consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y que resulta a veces difícil de superar, a pesar de tener conocimientos del peligro que su utilización ocasiona, En los casos que nos ocupan (café, tabaco y alcohol), *los tóxicos* son sustancias naturales y no médicas, aunque sí legales, que cuando son consumidas producen algún efecto sobre el sistema nervioso del hombre y determinan, además, tolerancia y dependencia, así como diferentes acciones perjudiciales que pueden afectar la salud en sus aspectos físico, mental y social. (párr. 9).

Investigando la información disponible en el sitio web López et. al.⁸ (2008) se pudo referenciar que:

Droga en el concepto que más interesa se refiere a: "Toda sustancia natural o sintética, médica o no médica, legal o ilegal, de efecto psicoactivo y cuyo consumo excesivo y prolongado determina tolerancia y dependencia, así como diversas afectaciones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales."

Se trata no sólo de sustancias legales e ilegales, también, desde otro punto de vista, a las que afectan de forma notable la conciencia y a las que no. Entre las legales está el café, el tabaco y también el alcohol, pero esta última se encuentra además dentro de la clasificación de aquellas sustancias que afectan considerablemente la conciencia junto con algunos medicamentos usados con fines no médicos, y las sustancias ilegales como la marihuana, cocaína, heroína, hongos, éxtasis y otras drogas de síntesis. (párr. 7 y 8).

⁷González, R. (1995). *Como liberarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, el tabaco y el alcohol*. [En línea]. Consultado: [8, abril, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251995000300007&script=sci_arttext&tlng=pt

⁸López, M., Pérez, G., García, I. (2008). *Previniendo el alcohol*. [En línea]. Consultado: [9, abril, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300011

Indagando la información disponible en el sitio web Tirado et. al.⁹ (2013) se pudo conocer que:

El consumo de drogas se incrementa en todo el mundo, alcanzando en el 2011 una cifra cercana a los 230 millones de consumidores (estimación que va de 153 a 300 millones), lo que representa alrededor del 5% (entre 3,4 y 6,6%) de la población mundial de 15 a 64 años de edad; en Colombia, la prevalencia de consumo de drogas al menos una vez en la vida para el año 2009 fue del 14,4%.

La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo y quienes la usan representan entre el 75 y el 80% de los consumidores de drogas a nivel mundial, de los cuales el 24% son de la Región de la Américas; en Colombia la prevalencia de consumo al menos una vez en la vida de marihuana es del 8%. La cocaína ocupa el segundo lugar de consumo a nivel mundial con cifras entre el 0,3 y el 0,4%, mientras que en el continente americano la prevalencia de consumo al menos una vez en la vida es del 1,2% y del 2,5% para Colombia.

El alcohol es el tercer factor de riesgo para diferentes enfermedades y discapacidad a nivel mundial y el primero en las Américas. Las prevalencias de consumo en esta región están entre el 40 y el 50% en países como Argentina, Brasil, Bolivia y Uruguay; mientras que en Colombia el consumo al menos una vez en la vida llega al 86%, con una prevalencia de consumo en el último mes del 35%.

La OMS informa que en el mundo hay cerca de 1200 millones de fumadores, de los cuales el 12,1% viven el continente americano, región que tiene una prevalencia de consumo del 22%. Alrededor del 45% de la población colombiana declara haber consumido tabaco alguna vez en la vida. (p. 850).

2.1.1. Alcoholismo.

Analizando la información publicada del sitio web de García et. al.¹⁰ (2004) se pudo citar que:

El alcoholismo se encuentra entre las primeras causas de muerte en varios países como en España, en donde ocupa el tercer lugar. En los Estados Unidos ocupa el primer lugar de los fallecidos entre los 15 y 45 años de edad. El alcohol, en sus diversas presentaciones, ya sea de forma accidental o intencional, ocasiona una de las más importantes intoxicaciones actualmente, tanto por sus efectos como por el

⁹Tirado, A., Velásquez, J., Vargas, A., Toro, H. (2013). *Consumo y dependencia a nicotina, alcohol y otras drogas, en docentes de una Universidad de Medellín, Colombia.* [En línea]. Consultado: [8, abril, 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2390/239028092010.pdf>

¹⁰García, E., Lima, G., Aldana, L., Casanova, P., Feliciano, V. (2004). *Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales.* [En línea]. Consultado: [06, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300007#cargo

gran número de individuos afectados, ya sea en suicidios, consumidores esporádicos, alcohólicos crónicos o niños. (párr. 14).

Considerando la información disponible en el sitio web Astoviza¹¹ (2000) acerca del alcoholismo se puede referenciar que:

Es una enfermedad que causa dependencia, y que se puede adquirir por varias vías, y la adolescencia es una etapa difícil del desarrollo, donde se pueden favorecer las conductas de consumo de alcohol, ya sea por la reafirmación de la independencia, la virilidad, la libertad en la toma de decisiones, o la imitación a los adultos. (párr. 2).

Examinando la información disponible en el sitio web García et. al.¹² (2004) se puede conocer que:

El alcoholismo es aceptado universalmente como uno de los principales problemas de la salud pública en todo el mundo y representa una grave amenaza al bienestar y a la vida de la humanidad. Por esta razón, en la actualidad, muchos países dedican cuantiosos recursos financieros a su investigación. (párr. 4).

Estudiando la información disponible en el sitio web Motilva y Vizcay¹³ (2003) se puede citar que:

El alcohol, del árabe al-kuhl (esencia o espíritu) es el producto de la fermentación de las sustancias vegetales. Su uso como brebaje data de los propios albores de la humanidad, e inicialmente estas bebidas alcohólicas tenían una finalidad religiosa que dio paso después a su consumo colectivo con fines festivos. (párr. 2).

¹¹Astoviza, B. (2000). *La prevención del alcoholismo en los adolescentes*. [En línea]. Consultado: [29, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-2125200000400019&script=sci_arttext&tlng=en

¹²García, E., Lima, G., Aldana, L., Casanova, P., Feliciano, V. (2004). *Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales*. [En línea]. Consultado: [06, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300007#cargo

¹³Motilva, C., Vizcay, V. (2003). *Caracterización del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de un consultorio médico*. [En línea]. Consultado: [06, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000300004&script=sci_arttext

Definición.

Considerando la información disponible en el sitio web López et. al.¹⁴ (2008) se pudo referenciar que:

La Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) tiene catalogada a la enfermedad alcohólica en el epígrafe 303 del glosario de enfermedades, y la ubica entre las no transmisibles. Esta ha sustituido el término de "Alcoholismo por el de Síndrome de Dependencia del Alcohol", en la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y lo define como:

Un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas, una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que pueden sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos, y sanciones penales. Este informe también se refiere a un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una importancia fundamental del alcohol en que el planteamiento de las ocasiones de beber puede tener preferencia sobre el resto de sus actividades. Además de estos cambios, se observa un estado de alteración psicobiológica, con signos y síntomas de privación del alcohol, ingestión de bebidas alcohólicas para lograr su alivio y aumento de la tolerancia.

Como se aprecia en la definición de la (O. M. S.), no todas las personas que consumen alcohol, son adictos a este. En los alcohólicos se encuentran característica, tales como:

- El deseo insaciable: el deseo o necesidad fuerte o compulsiva de beber alcohol.
- Pérdida de control: la inhabilidad frecuente de parar de beber alcohol una vez la persona ha comenzado.
- Dependencia física: la ocurrencia de síntomas de abstinencia tales como vómitos, sudor, temblores y ansiedad cuando se deja de beber después de un período de consumo de alcohol en grandes cantidades. Estos síntomas son usualmente aliviados cuando se vuelve a beber alcohol o se toma alguna otra droga sedante.
- Tolerancia: la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida para sentirse drogado o intoxicado. (párr. 13 – 15).

¹⁴López, M., Pérez, G., García, I. (2008). *Previniendo el alcohol*. [En línea]. Consultado: [9, abril, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300011

Observando la información disponible en un sitio web acerca de un estudio realizado sobre patrones de consumo de bebidas alcohólicas en Costa Rica realizada por la USES - UCR¹⁵ Educalcohol Costa Rica (2013) se pudo conocer que:

Entre las personas que han consumido alcohol en los últimos doce meses, en relación con la frecuencia de consumo se concluye que:

-En general, las frecuencias de consumo de alcohol más mencionadas son: “menos de una vez al mes” (39,8%), seguida por “2 a 3 veces al mes” (20,7%) “una vez al mes” (20,4%).

-18% de las personas consumen con una frecuencia semanal, siendo mayoritariamente hombres.

-Las personas que consumen con mayor frecuencia (3 o más veces por semana) se encuentran entre los 45 y 54 años y las que consumen con menor frecuencia (menos de una vez al mes) son las personas de 65 años o más.

-En cuanto a cantidad de bebidas consumidas en cada ocasión, la mayoría de los consumidores (70%), acostumbra tomar de una a tres bebidas en todos los estratos. Los hombres entre 2 y 3 bebidas, y las mujeres entre 1 y 2.

En relación con los tipos de bebidas alcohólicas que acostumbran consumir las personas, se tiene que:

-79% consume cerveza.

-53% consume vino.

-47% consume destilados.

-14% consume otras bebidas alcohólicas.

-La proporción de personas que consume cerveza es similar en todos los estratos, aunque se aprecia una leve tendencia, a menor edad más personas la consumen.

-La proporción de consumidores de vino es menor entre las personas de 18 a 24 años y mayor entre las personas mayores de 65 años.

-En general, la proporción de las mujeres mayores de 24 años que consume vino es mayor que la de los hombres.

-La proporción de personas que consume destilados (el guaro, whisky, vodka y ron) es mayor entre los hombres que entre las mujeres, tendencia que se acentúa entre las personas mayores de 54 años. (pp. 2 y 3).

¹⁵Unidad de Servicios Estadísticos de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica para Educalcohol Costa Rica 2012. USES – UCR. (2013). [En línea]. Consultado: [9, abril, 2014] Disponible en: http://www.educalcoholcr.org/files/Descargas/files/87_educalcoholucrestudiopatronesdeconsumodealcoholcr2013.pdf

Investigando la información disponible en el sitio web Astoviza¹⁶ (2000) se pudo conocer que:

El alcohólico es un enfermo que a través del consumo del alcohol comienza a sufrir daños (mentales, corporales y sociales). Dentro de los daños mentales se encuentra la paranoia de celos, alucinosis alcohólica y *delirium tremens*, hemorragias cerebrales e incluso ataques epilépticos.

Los daños corporales son muchos: en el sistema digestivo pueden presentarse gastritis, trastornos biliares, hepatitis alcohólica y cirrosis hepática. También se pueden producir neuritis, calambres y parálisis. En el sistema genitourinario se produce una depresión funcional, impotencia con atrofia testicular. Además se ha relacionado la ingestión de bebidas alcohólicas con el cáncer de algunos subsistemas, como el respiratorio (vías respiratorias), o el digestivo (laringe, esófago, estómago, colon, recto, hígado, entre otros). Esto es debido a que el alcohol en su degradación en el hígado se descompone en acetaldehído que es una sustancia con propiedades carcinogénicas. (párr. 4 y 5).

Alcoholismo y sus manifestaciones en la cavidad bucal.

Indagando la información disponible en el sitio web Pino et. al.¹⁷ (2008) se puede referenciar que:

La cavidad bucal refleja el estado de la salud general más frecuentemente que cualquier otra parte del organismo por lo cual la desnutrición característica de los pacientes alcohólicos provocada por la falta de preocupación del individuo por tener una alimentación sana y equilibrada, por alteración del metabolismo y elevada tendencia al vomito implica deficiencias nutricionales que agravan la nutrición del sistema inmune y magnifican la respuesta tisular iniciada por factores irritativos e influyen en la resistencia del huésped y en la capacidad de restauración de los tejidos periodontales, por lo que el alcohol se asocia con el origen, severidad y evolución de las enfermedades gingivales y periodontales, con una probabilidad mucho mayor de padecerla que los individuos no alcohólicos.

Otro factor de riesgo para las periodontopatías en los pacientes alcohólicos es la deficiente higiene bucal debido al descuido del aseo personal y por disminución del flujo salival o xerostomía como consecuencia de la alteración morfológica de las glándulas por efecto del etanol.

¹⁶Astoviza, B. (2000). *La prevención del alcoholismo en los adolescentes*. [En línea]. Consultado: [29, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000400019&script=sci_arttext&tlng=en

¹⁷Pino, B., Rosales, M., Cruz, J., Ochoa, H. (2008). *Periodontopatías en pacientes alcohólicos*. [En línea]. Consultado: [02, abril, 2014] Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no122/pdf/n122ori4.pdf>

El alcohol produce atrofia de la mucosa bucal, aumenta la permeabilidad de la mucosa e incrementa la solubilidad de las sustancias tóxicas como las derivadas del tabaquismo.

Los individuos que beben grandes cantidades de alcohol suelen ser grandes fumadores; el uso del tabaco y el alcohol están siendo independientemente asociados con una variedad de condiciones patológicas orales en el adulto, esto entrañaría un potencial sinérgico para las enfermedades bucales. (p. 2).

Analizando la información disponible en el sitio web Candina et. al.¹⁸ (2012) se pudo conocer que:

Otros autores han explicado la producción de periodontopatías en el paciente alcohólico, basados en plausibles criterios biológicos, planteando que los efectos del alcohol sobre los tejidos se explican mediante diferentes mecanismos como son: 1. Los pacientes alcohólicos muestran un incremento de la sensibilidad para desarrollar infecciones severas debido a una respuesta inmune alterada. 2. El alcohol tiene un efecto tóxico sobre el hígado provocando alteraciones en los mecanismos de la coagulación. 3. Las personas clasificadas como grandes bebedores frecuentemente presentan desórdenes nutricionales resultantes de deficiencias proteicas y vitamínicas. 4. Adicionalmente, el etanol altera el metabolismo óseo, como ha sido demostrado en estudios experimentales en ratas. Como consecuencia de los efectos tóxicos sobre el hígado, el hueso, el sistema inmune y la nutrición, el alcohol puede interferir en los mecanismos de respuesta inflamatoria en la enfermedad periodontal.

Dentro de los principales factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal se han identificado: el hábito de fumar, el consumo de alimentos calientes y la ingestión de bebidas alcohólicas. Por otra parte, el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, han sido considerados como factores de riesgo en el desarrollo de cáncer oral, lesiones de la mucosa bucal y enfermedad periodontal.

Según otros autores, el consumo de bebidas alcohólicas constituye un fuerte factor de riesgo para el cáncer de cavidad oral y faringe, puesto que el producto de la degradación del etanol por la aldehidodeshidrogena produce acetaldehído, el cual es un fuerte cancerígeno. (párr. 24 – 26).

¹⁸Candina, H., Herrera, C., Puldón, G. (2012). *Enfermedades médicas y estomatológicas provocadas por el alcoholismo en adultos y adolescentes. Modelos animales*. [En línea]. Consultado: [03, 04, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002012000100003

2.1.2. Tabaquismo.

Considerando la información disponible del sitio web Traviesas et. al.¹⁹ (2011) se pudo conocer que:

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) atribuye 4,9 millones de defunciones anuales a este hábito y se prevé que esta cifra aumente a más de 10 millones para el 2030. El pasado 31 de mayo de 2010, Día mundial sin fumar, la OMS expresó: "*el tabaco mata en cualquiera de sus formas*". Un cigarro contiene cerca de 4000 químicos, muchos de ellos venenosos en altas dosis. Algunos de los peores son: la nicotina, el arsénico, el metanol, el amonio, el cadmio, el monóxido de carbono, el formaldehído, el butano y el cianuro de hidrógeno. Cada vez que se inhala humo de un cigarro, pequeñas cantidades de estos químicos van hacia la sangre a través de los pulmones, viajan por todas las partes del cuerpo y deterioran la salud del individuo y de quienes lo rodean. (párr. 7).

Examinando la información del sitio web Fonseca²⁰ (2012) se pudo referenciar que:

La dependencia al tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM- IV). El fumado es una de las principales causas de muerte, más que cualquiera otra sustancia psicoactiva, se le relaciona con más de 25 enfermedades, entre ellas, el 30% de todos los cánceres (se estima que en un 85% de los casos de cáncer de pulmón es provocado por el tabaquismo), enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica, enfisema y asma, cáncer de labios, cáncer de la cavidad oral (boca, lengua y garganta), tráquea y es un importante factor de riesgo que contribuye a las enfermedades cardiovasculares. (p. 4).

Estudiando la información disponible del sitio web Bello²¹ (2011) se pudo citar que:

¹⁹Traviesas, E., Márquez, D., Rodríguez, R., Rodríguez, J., Barrios, D. (2011). *Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones*. [En línea]. Consultado. [04, octubre, 2013] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072011000300009&script=sci_arttext

²⁰Fonseca, S. (2012). *Consumo de tabaco*. [En línea]. Consultado: [04, septiembre, 2014] Disponible en: <http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/Fasciculo%201.%20Consumo%20de%20Tabaco%20Final.pdf>

²¹Bello, S. (2011). *Tratamiento del tabaquismo*. [En línea]. Consultado. [04, septiembre, 2013] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-85602011000300007&script=sci_arttext

Si bien el tabaco contiene miles de sustancias, es la nicotina la que más frecuentemente se asocia con la dependencia. La nicotina es una droga psicoactiva generadora de dependencia, con conductas y alteraciones físicas específicas, produciendo en el fumador la búsqueda y uso compulsivo de la droga, a pesar de las consecuencias negativas para la salud.

Estructuralmente, la nicotina es una amina terciaria. Su absorción es principalmente a nivel alveolar, siendo ésta muy rápida, por la gran superficie de contacto de los alvéolos y la disolución de la nicotina en fluidos con pH fisiológico. En forma minoritaria se absorbe en la mucosa bucal, donde es dependiente del pH, ya que el humo de los cigarrillos es ácido (pH 5,5) y por lo tanto la nicotina se encuentra ionizada, dificultando su absorción. (párr. 7 – 8).

Considerando la información disponible del sitio web M. S. P. Perú²² (2010) se pudo conocer que:

El incremento de la mortalidad en fumadores es directamente proporcional a la cantidad de cigarrillos fumados, duración del hábito, profundidad de inhalación y contenido de nicotina y alquitrán del tabaco consumido. Se calcula que cada cigarro que una persona aspira le quita siete minutos de vida. (párr. 2).

Tabaquismo y sus manifestaciones en la cavidad bucal.

Observando la información disponible del sitio web Traviesas et. al.²³ (2011) se pudo referenciar que:

El hábito de fumar está asociado también con una variedad de cambios perjudiciales en la cavidad bucal, afecta absolutamente a todos sus elementos, altera el microambiente de esta y a su vez lo predispone, para que se presenten afecciones como: lesiones premalignas, cáncer bucal, estomatitis nicotínica, melanoma del fumador, cicatrización retardada de las heridas, lengua vellosa, halitosis y periodontopatias.

Varios autores muestran en sus estudios evidencias de que los fumadores sufren frecuentemente caries dental, incremento de la placa dentobacteriana y candidiasis bucal. También pueden producirse múltiples micronódulos blanquecinos

²²Ministerio de Salud Pública. M. S. P. Perú. (2010). *El humo del tabaco afecta la salud de todos, 31 de Mayo: Día mundial sin tabaco*. [En línea]. Consultado: [04, septiembre, 2013] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/tabaco/default.asp>

²³Traviesas, E., Márquez, D., Rodríguez, R., Rodríguez, J., Barrios, D. (2011). *Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones*. [En línea]. Consultado. [04, octubre, 2013] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072011000300009&script=sci_arttext

localizados difusamente por el paladar, como consecuencia del efecto irritativo del humo sobre los tejidos, que dan lugar a la estomatitis del fumador. El tabaquismo posee una acción sobre la producción de saliva, la cual se ve aumentada y favorece la mineralización de la placa bacteriana y por tanto, la formación de tártaro en el diente, por lo que los pacientes fumadores presentan mayores índices de placa y sarro.

Estudios en grandes grupos poblacionales indican que los fumadores tienen una clara tendencia a la enfermedad periodontal, por el efecto local de los productos derivados de la combustión del tabaco y el efecto general que se desencadena por los productos tóxicos sobre el organismo. La enfermedad periodontal es considerada como un desbalance entre el hospedero y las bacterias. La nicotina que contiene el tabaco es un poderoso vasoconstrictor, el cual reduce el flujo de sangre en la microcirculación gingival y causa este temido desbalance.

Científicamente se ha comprobado que el fumador tiene de 5 a 6 veces más posibilidad de desarrollar enfermedad periodontal y como consecuencia, la destrucción ósea, por lo que la retracción gingival es más significativa.

En pacientes fumadores se encuentra aumentada la temperatura subgingival, lo cual es un indicador de enfermedad periodontal. El uso del tabaco afecta la habilidad para controlar la infección y disminuye la respuesta inmune del hospedero al responder de manera desfavorable a las terapias periodontales de los que no poseen el hábito de fumar. (párr. 11 - 15).

2.1.3. Drogas.

Investigando la información disponible en el sitio web de la Oficina de las Naciones

Unidas de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito²⁴ (2002) se conoció que:

A principios de 2002 se evaluó de nuevo la amplitud del uso indebido de drogas a nivel mundial para el presente informe, basándose en los últimos datos disponibles que cubrían principalmente el periodo que va de 1998 a 2000. Las estimaciones mostraban que las sustancias más consumidas a nivel mundial son la cannabis (unos 147 millones de personas), seguido seguidos por los estimulantes de tipo anfetaminico (33 millones de personas consumen anfetaminas, especialmente metanfetaminas y anfetamina, y 7 millones consumen éxtasis), la cocaína (13 millones de personas) y los opiáceos (aproximadamente 13 millones de personas, de las cuales unos 9 millones consumen heroína). Se calculó que el número total de consumidores de drogas era de unos 185 millones de personas, equivalente al 3.1% de la población mundial o al 4,35 de la población de 15 años o más. (p. 217).

²⁴Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito (2002). *Tendencias mundiales de las drogas ilícitas 2002*. New York. [En línea]. Consultado: [7, abril, 2014] Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/report_2002-06-26_1_es.pdf

Indagando la información disponible en el sitio web de un estudio realizado por el Observatorio Chileno de Drogas Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)²⁵ (2013) se pudo referenciar que:

Las prevalencias de consumo, es decir, la proporción de individuos que ha consumido una determinada sustancia en un período de tiempo, son indicadores útiles para conocer la magnitud de la población de usa una droga, sin embargo, no permite conocer información respecto al patrón de consumo ni de otros factores asociados a su uso. En este sentido, para medir la intensidad de uso, se emplea el número de días en que se ha consumido droga en los últimos 30 días calculado sobre aquellos individuos que reportaron consumo de último mes.

Los resultados indican que aquellos que han consumido marihuana en los últimos 30 días, en promedio, lo han hecho 10,9 días y aquellos que han consumido cocaína en los últimos 30 días, la han consumido, en promedio 6,3 días. No se observaron variaciones estadísticamente significativa entre 2010 y 2012 para este indicador. (pp. 23 -24).

Analizando la información disponible en el sitio web CONSEP²⁶ (2012) se pudo exponer que:

Para el caso de Ecuador, aproximadamente 6 de cada 10 estudiantes universitarios aseguran haber usado alcohol durante el último año, esto ubica a nuestro país en el tercer lugar de uso respecto de los demás países. Esta misma tendencia se observa para el uso del cigarrillo (30.98%). El porcentaje de estudiantes que en nuestro país aseguran haber usado alcohol y cigarrillos durante el último mes es 37.82% y 21.47%, respectivamente.

En cuanto al uso de marihuana, el Ecuador es el segundo país con mayor porcentaje (4.65%), aun así, este porcentaje es menos de la mitad del registrado en Colombia (11.48%). Esta misma tendencia se observa para el caso de la cocaína donde el porcentaje de usuarios universitarios durante el último año en nuestro país no supera el 1 por ciento. El porcentaje de estudiantes que aseguran haber usado marihuana durante el último año es de 1.78% y cocaína es de 0.28%.

En relación al uso de inhalantes, nuestro país presenta el más bajo porcentaje de uso en esta población (menos del 1 por ciento), al contrario del de pasta base, para el cual nuestro país presenta el porcentaje de mayor uso, aun cuando este es apenas

²⁵ Observatorio Chileno de Drogas Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2013). [En línea]. Consultado: [9, abril, 2014] Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2013/10/InformeEjecutivoENPG2012.pdf>

²⁶ Consejo nacional de control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas. CONSEP. *La prevención del uso y consumo de drogas desde una visión integral*. [En línea]. Consultado: [8, abril, 2014] Disponible en: http://www.consep.gob.ec/descargas/referente_teorico_de_preencion.pdf

del 0.27%. El porcentaje de estudiantes que asegura haber usado inhalantes durante el último mes es de 0.61%.

El promedio de la edad de inicio en el consumo de drogas respecto de la población universitaria oscila entre los 15.5 años (inhalantes) y los 19.6 años (cocaína). (p. 12).

Clasificación de las drogas.

Consultando la información disponible del sitio web Fernández²⁷ (2006) se pudo citar que:

Los psicoestimulantes son sustancias capaces de reducir los umbrales de alerta o de vigilia, de modo que el individuo responde con más facilidad prontitud a los estímulos exógenos y endógenos. Los efectos subjetivos de todos los psicoestimulantes dependen de la personalidad del individuo, el medio en el cual se administran, la dosis y la vía de administración.

Hay diversos tipos de psicoestimulantes que se clasifican en tres grandes familias: anfetaminicos, alcaloides naturales, y metilxantinas. Tanto las anfetaminas como la cocaína producen efectos similares sobre el estado de ánimo, provocan toxicidad crónica y poseen un alto potencial de abuso y dependencia. Las metilxantinas son sustancias energizantes con menor riesgo y potencial de abuso. (p. 147).

Anfetaminas.

Examinando la información disponible del sitio web Fernández²⁸ (2006) se pudo conocer que:

La anfetamina fenilisopropilamina cuyo isómero más potente a nivel centrales el dextro, sintetizada a finales de 1920 e inducida en clínica en 1930. Se absorbe muy bien en el tracto gastrointestinal y por vía oral sus efectos euforizantes aparecen a los 30 – 60 min y duran de 8 a 24 h. Se hidroliza y desmetila en el hígado, y se elimina por la orina como p-hidroxiefedrina y norefedrina, y en parte sin metabolizar. La excreción aumenta notablemente al acidificar la orina. Su vida media es de 10 h. Se administra también por vía intravenosa, por inhalación o fumada. (p.147).

²⁷Fernández, E. (2006). *Neurobiología de la adicción a psicoestimulantes*. [En línea]. Consultado: [03, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4303/w030147.pdf>

²⁸Fernández, E. (2006). *Neurobiología de la adicción a psicoestimulantes*. [En línea]. Consultado: [03, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4303/w030147.pdf>

Cocaína.

Estudiando la información disponible del sitio web Fernández²⁹ (2006) se pudo referenciar que:

La cocaína, metilester de benzoilecgonina, es un alcaloide que se extrae de las hojas de dos arbustos de coca (*Erythroxylum coca* Lam y *Erythroxylum novogranatense*), cultivado en las regiones tropicales de los andes y consumidos por las civilizaciones preincaicas. La cocaína suele consumirse en forma de clorhidrato, inhalada por vía intranasal o inyectada por vía intravenosa. Otra forma de consumo consiste en fumar la cocaína base. Los efectos de la cocaína intranasal se comienzan a percibir al cabo de 3 a 5 min y alcanzan su máximo a los 10 – 20 min. Fumado o por vía intravenosa se producen a los 8 -10 s y desaparecen en pocos minutos. La cocaína se hidroliza en el plasma y metaboliza en el hígado. Su vida media de eliminación es alrededor de 1h, aunque la duración de sus efectos se relaciona con su vida media de distribución, que es mucho más corta. (p. 147 – 148).

Cafeína y metilxantinas.

Considerando la información disponible del sitio web Fernández³⁰ (2006) se pudo citar que:

Los alcaloides metilxantínicos se encuentran en diversas plantas conocidas desde la antigüedad por su efecto de mejorar el ánimo y quitar el sueño y la fatiga, como el café, el guaraná, el cacao, la cola, y el mate. Entre estos alcaloides destacan la teobromina, la teofilina, la cafeína y la teína. Las dos primeras son metilxantinas, y las dos últimas, derivados trimetílicos. La cafeína es la principal metilxantina y el ingrediente psicoactivo del café, el chocolate y las bebidas de la cola. Se absorbe bien por vía oral. La concentración máxima se alcanza a los 30 – 40 min de la ingestión. Su vida media es de unas 3 h y se metaboliza en un 90%. (p. 148).

Sustancias psicoactivas.

Observando la información disponible del sitio web Gantiva et. al.³¹ (2007) se pudo citar que:

²⁹Fernández, E. (2006). *Neurobiología de la adicción a psicoestimulantes*. [En línea]. Consultado: [03, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4303/w030147.pdf>

³⁰Fernández, E. (2006). *Neurobiología de la adicción a psicoestimulantes*. [En línea]. Consultado: [03, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4303/w030147.pdf>

Las sustancias psicoactivas (S.P.A.) se define como cualquier sustancia natural o sintética que altere de alguna forma el sistema nervioso central (S. N. C.) y más específicamente la producción de neuro – transmisores. Las drogas de abuso son sustancias que al ser ingeridas por cualquier vía de administración alteran el humos, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral. (p. 66).

Tranquilizantes.

En cuanto a los tranquilizantes Gantiva et. al.³² (2007) se pudo citar que “En este grupo se encuentran sustancias como: alcohol, fármaco sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; estas se encuentran entre las que tienen más probabilidades de generar síntomas de dependencia, tolerancia y abstinencia física”. (p. 67).

Estimulantes.

Con respecto a los estimulantes Gantiva et al³³ (2007) pudo concluir que: “En este grupo se hallan la cafeína, la nicotina, las anfetaminas y la cocaína. En comparación con los tranquilizantes, los estimulantes ponen a la persona en estado de alerta y con la sensación de tener mucha energía. (p. 67).

Los alucinógenos.

³¹Gantiva, C., Trujillo, A., Gómez, W., Martínez, A. (2007). *Actitudes hacia el Consumo de Cocaína y Marihuana en Estudiantes Universitarios*. {En línea}. Consultado: [23, enero, 2014] Disponible en: http://www.academia.edu/7040439/Actitudes_hacia_el_consumo_de_cocaina_y_marihuana_en_estudiantes_universitarios

³²Gantiva, C., Trujillo, A., Gómez, W., Martínez, A. (2007). *Actitudes hacia el Consumo de Cocaína y Marihuana en Estudiantes Universitarios*. {En línea}. Consultado: [23, enero, 2014] Disponible en: http://www.academia.edu/7040439/Actitudes_hacia_el_consumo_de_cocaina_y_marihuana_en_estudiantes_universitarios

³³Gantiva, C., Trujillo, A., Gómez, W., Martínez, A. (2007). *Actitudes hacia el Consumo de Cocaína y Marihuana en Estudiantes Universitarios*. {En línea}. Consultado: [23, enero, 2014] Disponible en: http://www.academia.edu/7040439/Actitudes_hacia_el_consumo_de_cocaina_y_marihuana_en_estudiantes_universitarios

De acuerdo a Gantiva et al³⁴ (2007) determinó que los alucinógenos “Son sustancias que modifican la forma en el que el consumidor percibe el mundo a través de los sentidos. La marihuana y el LSD son ejemplos de sustancias alucinógenas. (p. 67).

La marihuana.

Considerando la información disponible del sitio web Gantiva et. al.³⁵ (2007) se pudo conocer que:

A nivel botánico la marihuana hace parte de la familia Canabaceae, del género *Canabbis*, en la cual se identifican tres especies: *Canabbis sativa*, *canabbis* y *canabbis ruderalis*. Los síntomas que generalmente produce la marihuana tras su consumo son: sensación de bienestar, relajación, euforia, adormecimiento y elevación de la actividad sexual; posterior a ellos siguen efectos como: letargo, anhedonia y problemas en procesos como la atención y la memoria. (p. 68).

Consultando la información disponible del sitio web Beatriz et. al.³⁶ (1991) se pudo citar que: “El cannabis es una planta de la que se obtiene la marihuana; anteriormente era considerada por los indúes de la era precristiana como planta sagrada” (p. 44).

Drogas y sus manifestaciones en la cavidad bucal.

Examinando la información disponible del sitio web Gigena et. al.³⁷ (2012) se pudo conocer que:

³⁴Gantiva, C., Trujillo, A., Gómez, W., Martínez, A. (2007). *Actitudes hacia el Consumo de Cocaína y Marihuana en Estudiantes Universitarios*. [En línea]. Consultado: [23, enero, 2014] Disponible en: http://www.academia.edu/7040439/Actitudes_hacia_el_consumo_de_cocaina_y_marihuana_en_estudiantes_universitarios

³⁵Gantiva, C., Trujillo, A., Gómez, W., Martínez, A. (2007). *Actitudes hacia el Consumo de Cocaína y Marihuana en Estudiantes Universitarios*. [En línea]. Consultado: [23, enero, 2014] Disponible en: http://www.academia.edu/7040439/Actitudes_hacia_el_consumo_de_cocaina_y_marihuana_en_estudiantes_universitarios

³⁶Beatriz, G., Aristizábal, J., Ballesteros, R., Benitez, M. (1991). *Hallazgos Clínicos orales característicos en consumidores de basuco, cocaína y/o marihuana*. [En línea]. Consultado: [15, 05, 2014] Disponible en: <http://revistaestomatologiaysalud.com/estomatologia/index.php/estomatol/article/viewFile/23/22>

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, reducción de la capacidad buffer, 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. (párr. 4 – 6).

2.1.4. Xerostomía.

Estudiando la información disponible del sitio web Bascones et. al.³⁸ (2007) se pudo citar que:

Xerostomía o hiposialia término clínico que traduce una hipo o asialia. La saliva es un fluido primordial, porque es un mecanismo defensivo que sirve para triturar los alimentos, evitar la caries y las enfermedades periodontales.

La xerostomía o síndrome de boca seca se define como la disminución del flujo salival en condiciones en reposo.

La federación dental internacional define a la xerostomía como “la enfermedad del hombre moderno” debido a su carácter casi epidémico.

El síndrome de la boca seca o xerostomía afecta a una de cada cuatro personas, índice que crece a partir de los cincuenta o sesenta años.

La xerostomía es un problema muy ligado a trastornos, como estrés, ansiedad y depresión, y a factores locales, como tabaquismo, alcoholismo, y cafeína.

³⁷Gigena, P., Bella, M., Cornejo, L. (2012). *Salud bucal y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación*. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2014] Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392012000200006&script=sci_arttext&tlng=pt#21

³⁸Bascones, A., Tenovuo, J., Ship, J., Turner, M., Mac-Veigh, I., López-Ibor, JM., Albi, M., Lanzós, E., Aliaga, A. (2007). *Conclusiones del Simposium 2007 de la Sociedad Española de Medicina Oral sobre “Xerostomía. Síndrome de Boca Seca. Boca Ardiente”*. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v23n3/original1.pdf>

La xerostomía está asociada a problemas bucodentales graves tales como gingivitis, destrucción dental, dolor en los tejidos blandos y en la lengua, halitosis e incluso trastornos alimenticios.

Algunos de los síntomas más frecuentes son la sensación de ardor y dolor en la lengua, boca reseca, aparición de fisuras en las comisuras de los labios, sed constante, predominio de aftas bucales, acumulación de placa dental bacteriana, halitosis, esmalte desgastado y dificultad en el uso de la prótesis (en caso de pacientes edéntulos)

La caries constituye uno de los principales signos de las xerostomías, ya que son unas caries muy características, primordialmente ubicadas en las raíces de los dientes.

Esta caries se produce en apenas unas semanas debido a la incapacidad por parte de la boca para mantenerse limpia, al igual que otras enfermedades periodontales, como la gingivitis. También existe un incremento exacerbado de la placa dental porque el flujo salival no arrastra las bacterias, y existe una menor concentración de proteínas antibacteriana (pp. 119 – 122).

Mediciones cuantitativas del flujo salivar.

Considerando la información disponible del sitio web González et. al.³⁹ (2009) se pudo referenciar que:

Dentro de este apartado encontramos como procedimiento estrella la realización de la sialometría, la cual constituye un proceso metódico objetivo en la determinación del flujo salivar y se correlaciona con el grado de xerostomía.

Drenaje y expectoración salivar: La saliva producida se deposita en un recipiente graduado para su posterior cuantificación por unidad de tiempo. En el caso de la expectoración se invita al paciente para que escupa en el interior de un recipiente graduado para su cuantificación. (párr. 16 – 18).

Medición de la saliva estimulada.

Observando la información disponible del sitio web González et. al.⁴⁰ (2009) se pudo conocer que:

³⁹González, E., Aguilar, M^a José., Guisado, R., Tristán, T., García, P., Álvarez, J. (2009). *Xerostomía: Diagnóstico y Manejo Clínico*. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2009000100009&script=sci_arttext

⁴⁰González, E., Aguilar, M^a José., Guisado, R., Tristán, T., García, P., Álvarez, J. (2009). *Xerostomía: Diagnóstico y Manejo Clínico*. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2009000100009&script=sci_arttext

Mediante esta técnica obtendremos información relativa a la capacidad secretora de las glándulas salivares. El mecanismo más utilizado para estimular la glándula parótida es el empleo de ácido cítrico o por medio de la masticación de parafina. De este modo, el resultado de un flujo parotídeo inferior a 0,5 mililitros/minuto es un dato patognomónico de hipofunción glandular. (párr. 23).

Placa.

Investigando la obra de Langlais et. al.⁴¹ (2013) se pudo citar que:

La placa es una biopelícula de bacterias que se adhiere con firmeza a las superficies del diente, restauraciones y aparatos protésicos. La placa es blanda, de color translucido a blanco y contiene una matriz extracelular pegajosa llamada glucano. Desde el punto de vista clínico, la placa se clasifica, por su ubicación, en placa supragingival, adherida a la estructura del diente, sobre la encía, y la placa subgingival, debajo de la encía. La placa microbiana de larga duración, persistente, está compuesta en especial por anaerobios gramnegativos, y puede conducir a la formación de manchas, caries, cálculos, recesión gingival, y periodontitis. La estética, halitosis e infección bacteriana, pueden ser problemas acompañantes. (p.82).

Formación de cálculo.

Indagando la obra de Bascones⁴² (2009), se pudo referenciar que:

El mecanismo de formación de la placa es de tipo específico, y así el crecimiento en la placa de streptococcus mutans depende de la sacarosa y este sintetiza dextratos, mutanos y levanos a partir de la misma. El estreptococcus sanguis, que predomina en los dientes y el salivarius, que predomina en el dorso de la lengua y el mitins se agregan a la placa. La saliva aumenta la receptibilidad de la superficie del esmalte a la colonización bacteriana y los microorganismos se agregan e presencia de la saliva. (p. 93).

Cálculos.

Analizando la obra de Langlais et. al.⁴³ (2013) se pudo conocer que:

⁴¹Langlais, R., Miller, C., Niel – Gehrig, J. (2012). *Atlas a color de enfermedades bucales*. (1 ed.). Republica de México: Editorial el Manual Moderno, S.A.

⁴²Bascones, A. (2009). *Periodoncia clínica e Implantología oral*. Ciudad de Barcelona: Ediciones avances Médico-Dentales, S.L.

Los cálculos consisten en especial en bacterias muertas mineralizadas, con una pequeña cantidad de proteínas salivales mineralizadas. El cálculo es duro, mineralizado y se adhiere con firmeza al diente. Por encima del margen gingival el cálculo se llama cálculo supragingival: aparece de color amarillo o pardo, y suelen estar colocado cerca de las grandes fuentes de saliva, en pacientes que no remueven mecánicamente la placa en forma regular. El cálculo supragingival se acumula, de manera referencial, a lo largo del lado lingual de los incisivos inferiores, juntos a los conductos de las glándulas sublinguales y submaxilares, y a lo largo del carrillo de la glándula parótida. El cálculo subgingival se forma debajo del cuello gingival, y no suele ser visible, a menos que haya ocurrido una recesión gingival. (p. 82).

Composición.

Considerando la obra de Bascones⁴⁴ (2009), se pudo referenciar que:

Contenido inorgánico del 70 a 80 por 100 en base principalmente al contenido de fosfato cálcico, carbonato cálcico, y fosfato de magnesio. El contenido orgánico consiste en una mezcla de complejos proteíno polisacáridos, células epiteliales descamadas, leucocitos y microorganismos. Los carbohidratos que se presentan son galactosa, glucosa, ramnosa, manosa, ácido glucoronico, galactosamina, arabinosa. También se encuentran lípidos en una proporción de 0,2 por 100 (pp. 97 – 98).

Materia alba.

Examinando la obra de Bascones⁴⁵ (2009), se pudo referenciar que:

Es una capa bacteriana adquirida consistente en un depósito amarillo, o blanco grisáceo, blando y pegajoso, con una capacidad menor de adhesión que la placa dental. se ve claramente sin utilización de sustancias reveladoras depositándose sobre las superficies dental, obturaciones, cálculos y margen gingival, en especial sobre el tercio gingival de los dientes y sobre los dientes en mal posición. se forma a las pocas horas sobre los dientes previamente limpios y en periodos en los cuales no se ingieren alimentos. (p. 98).

⁴³Langlais, R., Miller, C., Niel – Gehrig, J. (2012). *Atlas a color de enfermedades bucales*. (1 ed.). Republica de México: Editorial el Manual Moderno, S.A.

⁴⁴Bascones, A. (2009). *Periodoncia clínica e Implantología oral*. Ciudad de Barcelona: Ediciones avances Médico-Dentales, S.L.

⁴⁵Bascones, A. (2009). *Periodoncia clínica e Implantología oral*. Ciudad de Barcelona: Ediciones avances Médico-Dentales, S.L.

Recesión gingival.

Considerando la obra de Langlais et. al.⁴⁶ (2013), se pudo conocer que:

La recesión gingival es una indicación de la migración apical del epitelio de la unión, en presencia de enfermedad o traumatismo, o ambas cosas. Por definición, la recesión produce una pérdida de fijación y exposición del cemento. Este trastorno suele presentarse en personas mayores de 30 años de edad en la cara facial de los dientes. La recesión puede ser localizada o generalizada, y con frecuencia progresa durante periodos de inflamación, que pueden combinarse con cepillados inapropiados de los dientes. (p. 82).

Pigmentaciones dentales.

Observando la obra de Bascones⁴⁷ (2009), se pudo citar que:

Constituyen básicamente problemas estéticos y no etiológico dentro de la enfermedad gingivoperiodontal. Las pigmentaciones aparecen por la tinción de los dientes, margen gingival y obturaciones. Pueden ser de distintos colores. La pigmentación parda se presenta en personas que no se cepillan suficientemente, y aparece en la superficie vestibular de molares superiores y en la superficie lingual de incisivos inferiores. La pigmentación tabáquica, debida a la utilización de del tabaco, origina coloraciones pardas o negras debido a la utilización del tabaco, aunque no está en relación proporcional al consumo del mismo. (p. 99).

2.1.5. Tipos de Enfermedad Periodontal.

Investigando la obra de Colgate et. al.⁴⁸ (2011), se pudo referenciar que:

Las enfermedades periodontales incluyen dos categorías generales basadas en si hay pérdida ósea o pérdida de inserción: gingivitis y periodontitis. La gingivitis es considerada una forma reversible de la enfermedad, y generalmente involucra inflamación de los tejidos gingivales sin pérdida de inserción de tejido conectivo. La periodontitis se ha definido como la presencia de inflamación gingival en sitios donde ha habido una desinserción patológica de las fibras colágenas del cemento, el epitelio de unión ha migrado apicalmente, y la pérdida ósea puede ser detectada

⁴⁶Langlais, R., Miller, C., Niel – Gehrig, J. (2012). *Atlas a color de enfermedades bucales*. (1 ed.). Republica de México: Editorial el Manual Moderno, S.A.

⁴⁷Bascones, A. (2009). *Periodoncia clínica e Implantología oral*. Ciudad de Barcelona: Ediciones avances Médico-Dentales, S.L.

⁴⁸Colgate., Genco, R., Williams, R. (2011). *Enfermedad Periodontal y salud general: Una guía para el Clínico*. República de Colombia: Colgate Producción gráfica Editores S.A.

radiográficamente. La clasificación de las enfermedades periodontales actualmente incluye ocho tipos generales:

- Gingivitis.
- Periodontitis.
- Periodontitis agresiva.
- Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas.
- Enfermedades periodontales necrosantes.
- Abscesos del periodonto.
- Periodontitis asociadas con lesiones endodónticas.
- Deformidades y condiciones del desarrollo o adquiridas. (p. 5).

Enfermedades Gingivales.

Indagando la obra de Bottino⁴⁹ (2008) se pudo citar que:

El término gingivitis básicamente puede definirse como una inflamación gingival. No obstante, esta definición extremadamente simplista no revela la complejidad de la infección combinada a los tejidos de protección dental tampoco señala la participación de diferentes factores en su etiología. Por eso, en 1999, se propuso la denominación de enfermedades gingivales. Este término, por ser más amplio, parece ilustrar mejor la diversidad, de las entidades que tienen en común la no afección de los tejidos de sustentación, los signos clínicos de inflamación y la reversibilidad. En todo el mundo se constata la formación, acumulación y maduración de la biopelícula/ placa dental fuertemente asociada a la inflamación gingival independientemente de edad, género y etnia. (pp. 27 y 28).

Gingivitis.

Analizando la obra de García⁵⁰ (2006) se puede conocer que la gingivitis “Es la inflamación que ocasiona molestias en la boca y sangrado, espontáneo o tras el cepillado de dientes. Generalmente está producida por un acumulo de sarro, alrededor o dentro de la encía, que ocasiona la inflamación de la misma” (p. 32).

⁴⁹Bottino, M. (2008). *Nuevas tendencias 4: Periodoncia*. Ciudad de Sao Paulo: Editorial Artes Médicas Ltda.

⁵⁰García, C. (2006). *Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental*. Ciudad de Madrid: Editorial Ripano, S.A.

Considerando la obra de Colgate et. al.⁵¹ (2011) se conoció que:

Enfermedades gingivales inducidas por biopelícula: La gingivitis es la inflamación gingival asociada con la acumulación de biopelícula y cálculos. Es la forma más común de enfermedad periodontal.

Lesiones gingivales no inducidas por biopelícula: Estos tipos de lesiones son raras y se deben principalmente a condiciones sistémicas. Las bacterias, los virus, o los hongos pueden causar estos tipos de lesiones. Las enfermedades de transmisión sexual tales como la gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*) y sífilis (*Treponema pallidum*) pueden causar lesiones en los tejidos periodontales. (pp. 6 y 7).

Examinando la obra de Carranza⁵² (2010) describe la siguiente característica clínica normal de la encía y pudo citar que:

Color: Generalmente el color de la encía insertada y marginal suele describirse como rosal coral y es producido por el suministro vascular, el grosor y grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contiene pigmentos. El color varía según las diferentes personas y se encuentra relacionada con la pigmentación cutánea. Es más clara en individuos de tez blanca que en individuos trigueños con cabello oscuro. La encía insertada está delimitada desde la mucosa alveolar adyacente en la región vestibular por medio de una línea mucogingival claramente definida. La mucosa alveolar es roja, uniforme y brillante, en lugar de rosa granulada. Una comparación entre la estructura microscópica de la encía insertada y de la mucosa alveolar explica la diferencia en el aspecto. El epitelio de la mucosa alveolar es más delgado, no está queratinizado y no contiene proyecciones epiteliales e interpapilares. El tejido conectivo de la mucosa alveolar es laxo y los vasos sanguíneos son más numerosos. (p. 61).

Estudiando la obra de Carranza⁵³ (2010) donde describe la característica del tamaño de la encía y referencia que: “El tamaño de las encías es el correspondiente a la suma del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización. La alteración del tamaño es una característica común en la enfermedad gingival” (p. 61).

⁵¹Colgate., Genco, R., Williams, R. (2011). *Enfermedad Periodontal y salud general: Una guía para el Clínico*. República de Colombia: Colgate Producción gráfica Editores S.A.

⁵²Carranza, F. C. (2010). *Periodontología clínica*. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

⁵³Carranza, F. C. (2010). *Periodontología clínica*. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

Considerando la obra de Carranza⁵⁴ (2010) describe la siguiente característica clínica normal de la encía y se pudo conocer que:

Forma: La forma de la encía interdental se determina con el contorno de la superficie dentales proximales y la ubicación y forma de los espacios interproximales de las coronas está relativamente planas en sentido vestibulo lingual, las raíces se encuentran más juntas, el hueso interdental es delgado y los espacios interproximales gingivales y la encía interdental son estrechos en sentido mesiodistal. Por el contrario, en superficies proximales que mesiodistal. Por el contrario, en superficies proximales que divergen desde el área de contacto, el diámetro mesiodistal de la encía interdental es amplio. La altura de la encía interdental varía de acuerdo con la ubicación del contacto proximal. Por tanto en la región anterior de la dentadura, la papila interdental tiene forma piramidal, mientras la papila está más aplanada en una dirección bucolingual en la región molar. (pp. 61y 62).

Observando la obra de Carranza⁵⁵ (2010) describe la siguiente característica clínica normal de la encía y se pudo referenciar que:

Consistencia: La encía es firme y elástica, excepto en el margen libre móvil, está fuertemente unida al hueso subyacente. La naturaleza colágena de la lámina propia y su continuidad mucoperiostio del hueso alveolar, determina la consistencia firme de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza de este margen gingival. (pp. 61 – 62).

Investigando la obra de Eley et. al.⁵⁶ (2012) describe la siguiente característica clínica normal de la encía y se pudo citar que:

Sangrado Gingival: El sangrado gingival probablemente sea el síntoma más referido por los pacientes. Por desgracia, el sangrado gingival es tan frecuente que las personas no suelen atribuirle importancia e incluso lo consideran normal; sin embargo, a menos que el sangrado siga claramente a un episodio de traumatismo agudo, siempre representa un signo de patología, es más frecuente al cepillarse los dientes. El sangrado puede estar causado por consumir alimentos duros, manzanas, tostadas, etc., así como por el sondaje del surco gingival o bolsa durante la

⁵⁴Carranza, F. C. (2010). *Periodontología clínica*. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

⁵⁵Carranza, F. C. (2010). *Periodontología clínica*. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

⁵⁶Eley, B., Sorry, M., Manson, J. (2012). *Periodoncia*. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

exploración periodontal. El sangrado en el sondaje, como se ha utilizado como signo de la actividad de la enfermedad, pero como se ha dicho no es un indicador fiable de la actividad de la patología, y puede constituir el resultado de un examen no juicioso. Cuando las encías son extremadamente finas y blandas, el sangrado puede aparecer de modo espontáneo. El paciente percibe el sabor de la sangre, que también se puede notar en el olor del aliento. Si la respuesta del tejido es de sobrecrecimiento fibroso, no existe sangrado ni incluso con un cepillado de dientes fuerte. (pp. 163 y 165).

Indagando la obra de Echeverría et. al.⁵⁷ (2007), se pudo conocer que:

El progresivo cambio en la masa y composición de la placa tiene lugar en pocos días, pero afecta muy significativamente a los componentes del comportamiento coronal. El conectivo de la encía se destruye progresivamente, y en su lugar es ocupado por un infiltrado inflamatorio. El epitelio de inserción sufre también cambios morfológicos importantes, pero se mantiene unido a la superficie del esmalte. Las fibras supracrestales están parcialmente destruidas, pero su límite apical se conserva aún íntegro. Todos estos cambios caracterizan a la Gingivitis. (p. 19).

Etapas de la gingivitis.

Investigando la obra de Eley et. al.⁵⁸ (2012) se pudo concluir que:

La inflamación gingival tiende a empezar en la papila interdental y desde allí se extiende alrededor del cuello del diente, porque la acumulación de la placa bacteriana es máxima en la región interdental. La histopatología de la gingivitis crónica ha sido descrita cronológicamente por Page y Schroeder (1976) en una serie de etapas: la lesión inicial a los 2 – 4 días, seguida de una gingivitis temprana que a las 2 – 3 semanas se transformara en una gingivitis establecida. Estos cambios se describieron al examinar biopsias de lesiones de gingivitis experimentales en diferentes periodos. (p. 131).

Lesión inicial.

Analizando la obra de Eley et. al.⁵⁹ (2012) se pudo referenciar que:

⁵⁷Echeverría García, J y Echeverría Manau, A. (2007). *Manual de Periodoncia*. Reino de España: Editorial Ergon.

⁵⁸Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). *Periodoncia*. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

El primer cambio observado ocurre alrededor de los vasos sanguíneos gingivales de pequeño calibre gingivales al epitelio de unión. Estos vasos comienzan a dilatarse y el colágeno perivascular es sustituido por unas pocas células inflamatorias, células plasmáticas, linfocitos, sobre todo de tipo T, líquido histico y proteínas séricas. Aumenta la migración de los leucocitos a través del epitelio de unión y el exudado de líquido hístico desde el surco gingival. (p. 131).

Gingivitis temprana.

Consultando la obra de Eley et. al.⁶⁰ (2012) se pudo citar que:

Los cambios inflamatorios iniciales continúan si persiste el acúmulo de placa, con un incremento de flujo del líquido gingival y la migración de PMN. Los cambios tienen lugar tanto en el epitelio de unión como en el crevículo (surco gingival), donde hay signos de separación celular y cierta proliferación de células basales. (pp. 131 - 132).

Gingivitis establecida.

Examinando la obra de Eley et. al.⁶¹ (2012) se pudo observar que:

Si no se restablece una higiene oral satisfactoria, comienza a manifestarse una gingivitis clínicamente visible en un intervalo de 7 a 14 días. Aparecen signos clínicos de inflamación y las papilas interdentes se vuelven edematosas y sangran al sondaje. El tamaño de la lesión aumenta y ocupa un volumen mayor en el interior del tejido conjuntivo gingival. Al aumentar la destrucción de colágeno y la hinchazón, el margen gingival puede separarse fácilmente de la superficie del diente dando origen a una bolsa (gingival) o (seudobolsas) (pp. 131 – 132).

Periodontitis.

Estudiando la obra de Bottino⁶² (2008) se pudo conocer que:

⁵⁹Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). *Periodoncia*. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

⁶⁰Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). *Periodoncia*. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

⁶¹Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). *Periodoncia*. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

⁶²Bottino, M. (2008). *Nuevas tendencias 4: Periodoncia*. Ciudad de Sao Paulo: Editorial Artes Médicas Ltda.

La periodontitis puede definirse como la inflamación de los tejidos periodontales de soporte. A pesar de las diferencias metodológicas y, de acuerdo con datos epidemiológicos mundiales, la relación entre la biopelícula/placa dental y la periodontitis grave en seres humanos es menos evidente que la observada en la gingivitis, pues este tipo de patología parece afectar pequeños grupos poblacionales. Las diversas manifestaciones se originan en un grupo heterogéneo de enfermedades infecciosas. Bajo la influencia directa de diferentes factores, la historia natural de la enfermedad también es ampliamente variable. La periodontitis puede clasificarse, por ejemplo, de acuerdo con la extensión (localizada o generalizada), con la gravedad (leve, moderada o avanzada), con el tipo de individuo afectado (niños, individuos con deterioro inmunológico) y por el agente causal (infección bacteriana, fúngica o viral) (p. 30).

Periodontitis Crónica.

Considerando la obra de Eley et. al.⁶³ (2012) se pudo citar que:

Es la forma más común de enfermedad periodontal y cuyo predominio y gravedad aumentan con la edad. El inicio y la permanencia del proceso inflamatorio que acomete a los tejidos de soporte se deben a la presencia de una microbiota bastante compleja, aunque los mecanismos de defensa del hospedador desempeñen un rol fundamental en la patogénesis de la enfermedad. La periodontitis se clasifica de acuerdo con la extensión y la gravedad. El valor de referencia que delimita la forma localizada y la forma generalizada se refiere al acometimiento de la infección en el 30% de los sitios periodontales. O sea hasta un 30% se considera como forma localizada, mientras que la forma generalizada afecta más del 30% de los sitios periodontales. Por otro lado la sub división de acuerdo con la gravedad se orienta por los valores de pérdida de inserción clínica (PIC) que dan origen a tres categorías: PIC = 1 a 2mm (leve), PIC = 3 a 4mm (moderada), PIC = \geq 5mm (avanzada) (pp. 30 y 31).

Observando la obra de Langlais et. al.⁶⁴ (2013) se puede referenciar que:

Periodontitis leve: Esta etapa se define como pérdida de 1 a 2 mm de fijación clínica, profundidad de sonda de bolsa periodontal de 4 a 5 mm, implicación de la furcación (de la horquilla) clase I, y pérdida de hueso alveolar crestal de 2 mm o menor. (p. 86).

⁶³Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). *Periodoncia*. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

⁶⁴Langlais, R., Miller, C., Niel – Gehrig, J. (2012). *Atlas a color de enfermedades bucales*. (1 ed.). Estados Unidos de México: Editorial el Manual Moderno, S.A.

Investigando la obra de Langlais et. al.⁶⁵ (2013) se pudo citar que:

Periodontitis moderada: El trastorno se define como pérdida de 3 a 4 mm de fijación clínica, profundidades de bolsa periodontal de 4 a 6 mm, pérdida de hueso alveolar de 3 a 4 mm, exudado y sangrado gingival. La furcación de clase II es un defecto de 2 a 4 mm del hueso cortical y alveolar situado superiormente, entre las raíces. (p. 86).

Indagando la obra de Langlais et. al.⁶⁶ (2013) se puede referenciar que:

Periodontitis Avanzada: La periodontitis avanzada se define por cuanto menos de 5 mm de pérdida de fijación clínica. De manera típica, las profundidades de la bolsa periodontal exceden 6 mm; la pérdida de hueso alveolar es de más de 4 mm, y se ven recesión gingival, movilidad significativa de dientes, e implicación de la furcación clase III (un defecto óseo completo) (p. 86).

Periodontitis Agresiva.

Analizando la obra de Bottino⁶⁷ (2008) se pudo conocer que:

Esta denominación se estableció en 1999 porque depende de menos del factor edad que las designaciones anteriormente adoptadas, como periodontitis de inicio temprano o periodontitis juvenil. La periodontitis de progresión rápida, la periodontitis juvenil localizada y la periodontitis juvenil generalizada se categorizan como periodontitis agresiva. La periodontitis agresiva presenta características clínicas y de laboratorio fácilmente identificables y suficientes para separarlas de las otras patologías periodontales excepto por la infección periodontal, los individuos son sanos y la enfermedad tiene un carácter de agresión familiar. (p. 32).

Consultando la obra de Colgate et. al.⁶⁸ (2011) se pudo citar que:

⁶⁵Langlais, R., Miller, C., Niel – Gehrig, J. (2012). *Atlas a color de enfermedades bucales*. (1 ed.). Estados Unidos de México: Editorial el Manual Moderno, S.A.

⁶⁶Langlais, R., Miller, C., Niel – Gehrig, J. (2012). *Atlas a color de enfermedades bucales*. (1 ed.). Republica de México: Editorial el Manual Moderno, S.A.

⁶⁷Bottino, M. (2008). *Nuevas tendencias 4: Periodoncia*. Ciudad de Sao Paulo, República Federativa del Brasil: Editorial Artes Médicas Ltda.

⁶⁸Colgate., Genco, R., Williams, R. (2011). *Enfermedad Periodontal y salud general: Una guía para el Clínico*. República de Colombia: Colgate Producción gráfica Editores S.A.

Sus características típicas incluyen pérdida de inserción y destrucción ósea rápida en ausencia de acumulaciones significativas de biopelícula y cálculos. Esta forma de periodontitis usualmente afecta a individuos jóvenes, a menudo durante la pubertad, de los 1 a los 30 años, con predisposición genética. Las bacterias asociadas más frecuentemente con la periodontitis agresiva son *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* (anteriormente *actinobacillus actinomycetemcomitans*). La periodontitis agresiva también puede clasificarse como localizada y generalizada. La forma localizada afecta usualmente sitios de incisivos y primeros molares. La forma generalizada usualmente involucra al menos tres dientes diferentes de los primeros molares y los incisivos. (p. 8).

Periodontitis como manifestaciones de enfermedades sistémicas.

Examinando la obra de Colgate et. al.⁶⁹ (2011) acerca de la periodontitis como manifestaciones de enfermedades sistémicas cita que “Muchos desordenes hematológicos y genéticos tales como neutropenias adquiridas, familiares y cíclicas, leucemias, Síndrome de Down, Síndrome de Páilon – Lefevre, Síndrome de Cohen, e hipofosfatasa también se han asociado con el desarrollo de periodontitis” (pp. 8 – 9).

Enfermedades Periodontales necrosantes.

Considerando la obra de Colgate et. al.⁷⁰ (2011) se pudo conocer que:

Las enfermedades periodontales necrosantes se presentan en dos formas. Gingivitis ulcerativa necrosante (GUN) y periodontitis ulcerativa necrosante (PUN). Estas dos enfermedades tienen la misma etiología y los mismos signos clínicos, excepto que la PUN involucra pérdida de inserción clínica y de hueso alveolar. (pp. 8 y 9).

Abscesos Periodontales.

Observado la obra de Colgate et. al.⁷¹ (2011) se pudo referenciar que:

⁶⁹Colgate., Genco, R., Williams, R. (2011). *Enfermedad Periodontal y salud general: Una guía para el Clínico*. República de Colombia: Colgate Producción gráfica Editores S.A.

⁷⁰Colgate., Genco, R., Williams, R. (2011). *Enfermedad Periodontal y salud general: Una guía para el Clínico*. República de Colombia: Colgate Producción gráfica Editores S.A.

Los abscesos periodontales usualmente se desarrollan en pacientes con periodontitis que tiene empaquetamiento de restos alimenticios en una bolsa, o depósitos de cálculos profundos que bloquean el drenaje de la bolsa. Un absceso pericoronar es una infección de la encía alrededor de un diente parcialmente erupcionado que conlleva a pericoronitis. A los pacientes usualmente se les dificulta mucho mantener limpias estas áreas, y desarrollan inflamación e infección. Adicionalmente, el trauma ocasionado por el contacto del tejido gingival con el diente antagonista puede ocasionar un absceso pericoronar. Las áreas más comúnmente afectadas están asociadas con los terceros molares inferiores. (pp. 8 – 9).

2.1.6. Caries Dental.

Investigando la obra de Barceló⁷² (2010) se pudo exponer que:

Científicamente la caries es una enfermedad infectocontagiosa multifactorial, caracterizada por la destrucción de la estructura del diente. La caries se instala dependiendo de varios factores como: la dieta, higiene, bacterias, y la resistencia inmunológica y dentaria de cada persona. Y la presencia y el equilibrio de estos factores que van a determinar la presencia o no de caries. Para la formación de los ácidos las bacterias utilizan los residuos alimenticios de la dieta que son carbohidratos y alimentos azucarados principalmente, estos se fijan gradualmente a la superficie del diente y forman la placa dentobacteriana. Las bacterias se van adhiriendo a la placa y alimentándose de ella, durante ese proceso, las bacterias producen ácido que destruyen el esmalte iniciando la caries. Cuanto más ácida sea la placa bacteriana, mejor será el ambiente para la proliferación bacteriana. (pp. 101-103).

Analizando la obra de Castillo et. al.⁷³ (2011) sostiene en su publicación que “La OMS define la lesión cariosa como: un proceso patológico externo y localizado, que se presenta tras la erupción del diente y que supone un reblandecimiento de los tejidos duros, con la consiguiente formación de cavidad” (p. 30).

⁷¹Colgate., Genco, R., Williams, R. (2011). *Enfermedad Periodontal y salud general: Una guía para el Clínico*. República de Colombia: Colgate Producción gráfica Editores S.A.

⁷²Barceló Canto, E. B. (2010). *Odontología para bebés*. México D. F., Estados Unidos Mexicanos: Trillas editorial.

⁷³Castillo Mercado, R., y otros. (2011). *Estomatología pediátrica*. Madrid, Reino de España: Ripano.

Investigando la obra de Nochii⁷⁴ (2008) se pudo conocer que:

Desde hace muchos años observamos que, a pesar de los esfuerzos de los programas de prevención odontológicos, la caries dental todavía es la principal responsable de la pérdida de los dientes. Por lo tanto, es necesario que el profesional entienda en primer lugar el concepto de caries y luego los mecanismos involucrados en su evolución, con el objetivo de evitar su instalación, interferir en su progresión o reparar sus secuelas cuando sea necesario. (p. 16).

Indagando la literatura de García⁷⁵ (2006) se pudo conocer que “La caries es una enfermedad de mayor prevalencia en el género humano. Es decir, es la enfermedad que padecen mayor número de personas. Afecta a todos los seres humanos, independientemente de su edad sexo o raza” (p. 29).

Consultando en la obra de García⁷⁶ (2006) acerca del origen de la caries se pudo citar que:

“hace falta que coincidan cuatro factores para que pueda desarrollarse la caries”

-El huésped o factores propios de cada persona.

-Los microorganismos.

-La dieta o alimentación.

-El tiempo. (p. 29).

El huésped o factores propios de cada persona.

Estudiando la obra de García⁷⁷ (2006) se pudo referenciar que:

⁷⁴Nochii, E. (2008). *Odontología restauradora: Salud y estética*. (2 ed.). Ciudad de Buenos Aires, República de la Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

⁷⁵García, C. (2006). *Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental*. Ciudad de Madrid, Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

⁷⁶García, C. (2006). *Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental*. Ciudad de Madrid, Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

⁷⁷García, C. (2006). *Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental*. Ciudad de Madrid, Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

Algunas personas tienen mayor predisposición a padecer caries por factores hereditarios, endocrinos o inmunológicos, cuando sus defensas están más mermadas. Influyen de forma importante la mayor o menor mineralización del esmalte, las alteraciones en la saliva si hay poca o es muy espesa las caries son más frecuentes o la descolocación de los dientes, pues al ser más difíciles de limpiar se acumula mayor cantidad de placa y existe mayor riesgo de padecer caries. (pp. 29 – 30).

Los microorganismos. La placa bacteriana.

Considerando la obra de García⁷⁸ (2006) se pudo exponer que:

La placa bacteriana es una película de consistencia blanda y coloración blanquecina que se desarrolla sobre la superficie de los dientes en zonas de difícil limpieza (surcos, fosas o caras interdentes) y que está formada, entre otros elementos, por una gran cantidad de gérmenes. Además de estos gérmenes se compone de algunas proteínas procedentes de la saliva entre todos los gérmenes existen algunos, como el denominado estreptococo mutans que es el responsable de ocasionar la caries. Si a esta película le añadimos los hidratos de carbono conseguiremos el “alimento” adecuado para que crezcan de forma imparable. Estos gérmenes alimentados con los azúcares mencionados (hidratos de carbono) producen una acidez capaz de desmineralizar el esmalte y dañarlo, ocasionando una cavitación progresiva en los tejidos dentales. Es decir, que dañan y agujerean el esmalte. Si esta mineralización la detectamos a tiempo podremos hacer reversible el proceso con un tratamiento a base de flúor, se conseguirá remineralizar el esmalte y, por tanto, reforzarlo. Para ello debemos mantener bien limpios los dientes. (pp. 30 - 31).

La dieta o alimentación.

Investigando la obra de García⁷⁹ (2006) se pudo conocer que:

Los alimentos que más influyen en la etiología de la caries son, como ya se ha mencionado, los hidratos de carbono (H de C) o azúcares que tomamos en las comidas, de los cuales el más cariogénico es la sacarosa. Esto es debido a que los H de C monosacáridos y disacáridos tienen un menor peso molecular, son más fácilmente solubles y se difunden mejor, por lo que son perfectamente asimilados por las bacterias de la placa bacteriana. (pp. 30 - 31).

⁷⁸García, C. (2006). *Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental*. Ciudad de Madrid, Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

⁷⁹García, C. (2006). *Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental*. Ciudad de Madrid, Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

El tiempo.

Indagando la obra de García⁸⁰ (2006) se puede referenciar que:

Es el cuarto factor. La caries, además de que se den todos los factores anteriores necesita tiempo para desarrollarse. Es decir, si tenemos los anteriores factores pero realizamos una eficaz limpieza de la placa bacteriana no daremos tiempo a que se desarrolle dicha caries. En los jóvenes las caries son mucho más agresivas y veloces que en los adultos. (p. 31).

Clasificación de Caries dental.

Analizando la obra de Massioli⁸¹ (2013) se pudo citar que:

En su publicación la clasificación topográfica de caries, la más conocida y utilizada es la de Black. Que divide la caries coronal de la caries radicular.

-La clase I: depresiones anatómicas de, surcos y fosas de los dientes posteriores.
Surcos y agujeros

-La clase II: cavidades proximales de molares y premolares.

-La clase III: cavidades proximales de incisivos y caninos sin afección del ángulo incisivo.

-La clase IV: cavidades proximales de incisivos y caninos con afección de un ángulo incisivo.

-La clase V: cavidades que afectan al tercio gingival vestibular o lingual de todos los dientes.

-La clase VI: que contempla las cavidades en la parte más alta de las cúspides de los dientes posteriores y en el margen incisivo de los dientes anteriores. (pp. 66-69).

2.1.7. Pérdida Dentaria.

Consultando la información disponible en el sitio web Minaya et. al.⁸² (2010) se pudo conocer que:

⁸⁰García, C. (2006). *Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental*. Ciudad de Madrid, Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

⁸¹Massioli, M. A. (2013). *Odontología restauradora de a la A a la Z*. Rio de Janeiro, República Federativa del Brasil: Ponto Editora.

⁸²Minaya-Sánchez, M., Medina-Solís, E., Casanova-Rosado, A., Casanova-Rosado J., Márquez-Corona, Ma. De Lourdes., Islas-Granillo, H., Islas-Márquez, A. (2010). *Pérdida de dientes y variables del estado periodontal asociadas en hombres policías adultos* [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm104c.pdf>

Uno de los retos de la odontología ha sido lograr la retención de los dientes naturales en la boca durante el mayor tiempo posible, debido a las consecuencias que puede tener su pérdida sobre las funciones biológicas y fisiológicas, y en los aspectos sociales y estéticos. De acuerdo con diversos autores, las principales causas de pérdida dental son la caries dental y la enfermedad periodontal, que constituyen problemas de salud pública debido a su prevalencia e incidencia, la enfermedad periodontal presenta la principal causa entre los adultos. De acuerdo con el tipo de diente, los molares son extraídos principalmente por caries y los dientes anteriores por enfermedad periodontal. (pp, 264 - 265).

Examinando la información disponible en el sitio web Hernández et. al.⁸³ (2013) se pudo citar que:

La alta prevalencia de caries dental que se presenta en el mundo la sitúa como la principal causa de pérdida de dientes y la convierte en un problema de salud pública a nivel comunitario Las metas trazadas por la Organización Mundial de la Salud (O. M. S), no se han materializado en su totalidad; debido a ello, constituye un reto de la odontología moderna el proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud oral y ejercer un mayor control sobre las mismas. (párr. 2).

Indagando la información disponible en el sitio web Rangel et. al.⁸⁴ (2009) se pudo exponer que:

La enfermedad periodontal es la de más frecuencia en los adultos, y es la causa más importante de pérdida dental después de los 35 años. Se observa entre el 7 y 15 % de la población y se inicia en la juventud. Las consecuencias de la pérdida dental son graves, pues limita la gama de alimentos a ser consumidos, así como el impacto sobre la autoestima y la comunicación (esto último nos lleva a la pérdida de la fonación) (párr. 5).

Analizando la obra de la AIC⁸⁵ (2010) se pudo citar que:

⁸³Hernández, C., González, B., Yero, I., Rivadeneira, A. (2013). *Caries dental y la higiene bucal en adolescentes de 12 a 15 años*. Área Norte Sancti Spíritus. (2010). [En línea]. Consultado: [02, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000100002

⁸⁴Rangel, J., García, G., Quintana, M., Gutiérrez, M., Gutiérrez, N. (2009). *Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [02, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100004&script=sci_arttext

El índice CAO-D expresa el número medio de dientes cariados, perdidos u obturados como consecuencia de caries. Se trata del método más eficaz de estudio de la prevalencia de la caries. La sigla cao-d se refiere a los dientes temporales, mientras que la sigla CAO-D corresponde a la dentadura permanente. (pp. 679 – 680).

Considerando la información disponible del sitio web Aguilar et. al.⁸⁶ (2009) pudo referenciar que:

También la OMS ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental. Así mismo, establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores: CPOD= 0-1.1 Muy Bajo, 1.2-2.6 Bajo, 2.7-4.4 Moderado, 4.5 - 6.5 Alto, 6.6 y + Muy Alto

El índice CPOD fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Índice CPOD, significa el promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. Se utiliza para obtener una visión global de cuánto ha sido afectada la dentición por enfermedades dentales. Se calcula con base en 28 dientes permanentes, excluyendo los terceros molares.

Dicho índice se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un promedio. Se consideran sólo 28 dientes. (p. 28).

⁸⁵ Academia italiana di conservativa. (2010). *Odontología Restauradora*. Barcelona, Reino de España: Elsevier Masson.

⁸⁶ Aguilar, N., Navarrete, K., Robles, D., Aguilar, SH., Rojas, A. (2009). *Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit*. [En línea]. Consultado: [02, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V01N2p27.pdf>

2.2. Unidades de observación y análisis.

Fueron 5 clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo:

-Camino a la Paz.

-Nuevos Surcos.

-Puerta Algahani mayores de 18 años de edad y menores de edad.

-Desafío.

-El amanecer de la Esperanza.

2.3. Variables.

2.3.1. Dependientes.

-Edad.

-Gingivitis.

-Enfermedad periodontal.

-Xerostomía.

-Caries.

-Dientes perdidos.

-Dientes obturados.

2.3.2. Independientes.

-Alcoholismo.

-Tabaquismo.

-Drogadicción.

2.4. Matriz de operacionalizacion de variables.

Véase operacionalizacion. Ver Anexo 2, pp. 124 – 125

CAPITULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la Investigación.

Estudio de Campo.

3.2. Nivel o Tipo de investigación.

Estudio descriptivo de corte transversal.

3.3. Métodos.

Se realizó una encuesta aplicada a la población de estudio, con la que se indagaron los hábitos tóxicos al encuestar a los pacientes. A cada unidad de estudio se le realizó un examen clínico odontológico para identificar el índice de CPO, también se consideró el sondaje periodontal y observación de aspecto, color, forma, consistencia, y sangrado de la encía para determinar el estado de los tejidos gingivales, además se realizó prueba de sialometría con la técnica específica para diagnosticar xerostomía.

3.4. Técnicas.

Encuesta: Se aplicó al universo de trabajo. Ver anexo 4, pp. 127 – 131

Observación: Para el diagnóstico de las manifestaciones bucales se realizó un examen clínico odontológico realizado con historias clínicas. Ver anexo 5, pp. 131 - 135

3.5. Instrumentos.

Dentro de los instrumentos constan una encuesta, la historia clínica, ficha de recolección salival, matriz de hallazgos clínicos de la encía. Ver anexos 4 y 5, pp. 127 – 135. En el cuestionario se expusieron variables sociodemográficas y aquellas que caracterizan las manifestaciones bucales en pacientes con hábitos tóxicos; fue validado en forma y contenido por un grupo de 6 expertos. La historia clínica se empleó en todos los pacientes de las clínicas con la finalidad de identificar las manifestaciones bucales que presentaban.

3.6. Población.

Población: Estuvo constituida por 70 pacientes distribuidos en las 5 clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

3.7. Recolección de la información.

Se recolectó la información de la encuesta (cuestionarios) y examen clínico (historia clínica) Odontológico.

3.8. Procesamiento de la información.

Esto se realizó en la aplicación de Microsoft office Excel 2010, este programa permitió procesar la información obtenida en las encuestas, y mediante estos crear una base de datos, que dio la información estadística, la cual se representó mediante tablas y gráficos estadísticos. Se utilizaron las funciones de: frecuencia y tablas.

3.9. Éticas.

A todos los pacientes incluidos en la investigación, se les ofreció información precisa sobre los objetivos de la misma, se consto con el consentimiento oral y escrito de los que resultaron seleccionados, para lo cual se confeccionó una planilla. Ver anexo 3, p. 127

CAPITULO IV.

4. Análisis e interpretación de los resultados.

4.1. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas.

Cuadro 1

Distribución de pacientes por rango de edades.

Edades:	Frecuencia.	Porcentaje.
10-19 años.	20	29%
20-29 años.	29	41%
30-39 años.	11	16%
40-49 años.	5	7%
50-59 años.	4	6%
60 años.	1	1%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 - 132

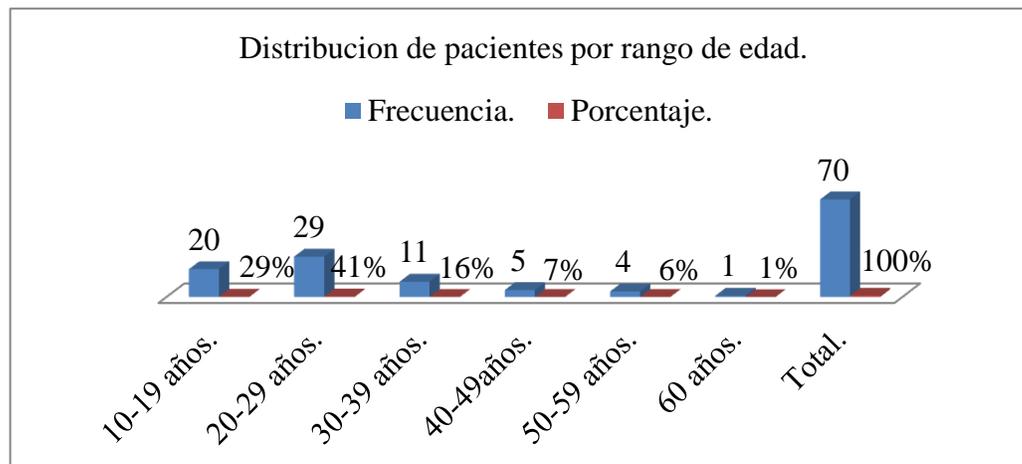


Gráfico No. 1. Distribución de pacientes por rango de edades.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 48

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico N° 1 se pudo observar una cantidad de 70 pacientes distribuidos en rangos de edades establecidas de 10 a 19 años. Encontramos 20 pacientes que corresponden al 29% de la población investigada; de 20 a 29 años encontramos 29 pacientes que corresponden al 41%, seguido de 30 a 39 años con una cantidad de 11 pacientes determinando el 16%. De 40 a 49 fueron 5 pacientes que corresponde al 7%, de 50 a 59 años encontramos 4 pacientes que determinan el 6%, y por último pacientes de 60 años se encontró 1 que determino el 1% y completo la lista de pacientes investigados.

Cuadro 2

Distribución de pacientes por género.

Sexo:	Frecuencia.	Porcentaje.
Masculino.	70	100%
Femenino.	0	0%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

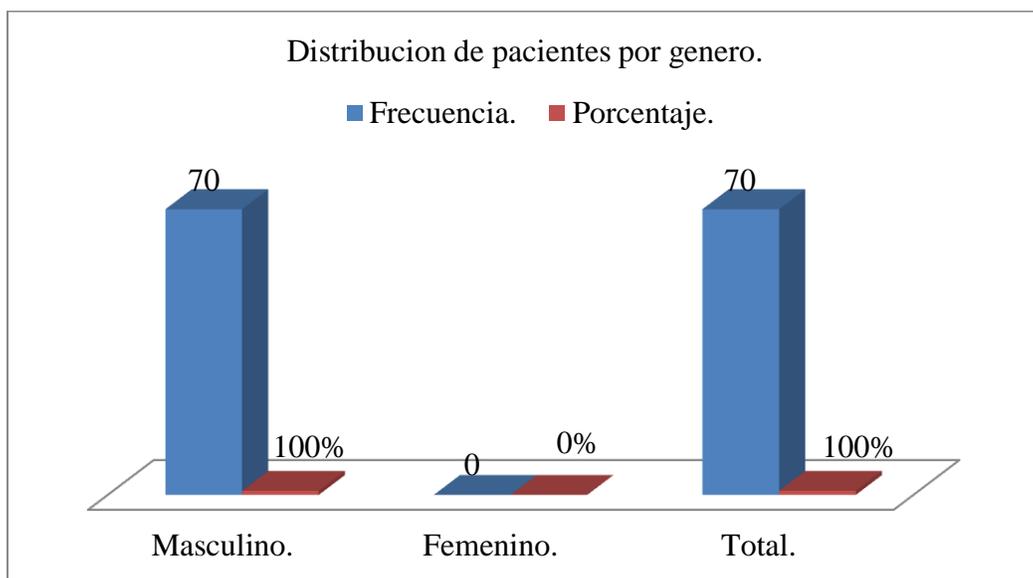


Gráfico No. 2. Distribución de pacientes por género. Fuente: Encuesta. Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 50

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico N° 2 se pudo observar que la población investigada que son 70 pacientes correspondientes al 100% fue de sexo masculino, mientras que pacientes de sexo femenino no se pudo encontrar en esta investigación.

Cuadro 3

Consumo de tabaco.

¿Con respecto al consumo de tabaco usted fumaba?

Alternativas:	Frecuencia.	Porcentaje.
No fumaba.	25	36%
Fumaba ocasionalmente.	12	17%
Fumaba diariamente.	33	47%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

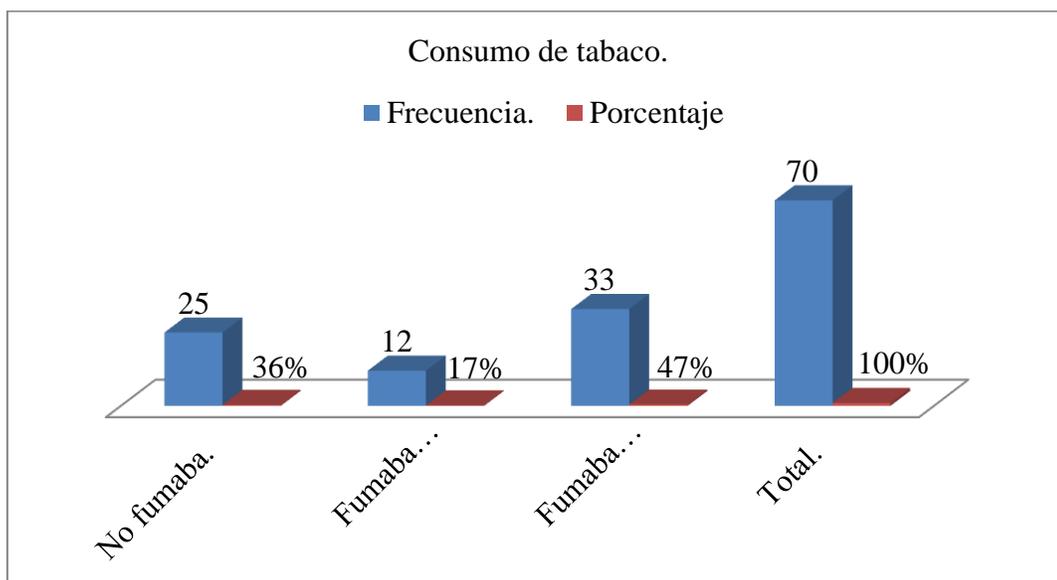


Gráfico No. 3. Consumo de tabaco.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 52

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 3 muestra que de los 70 pacientes investigados se determinó que 12 pacientes que corresponden al 17% consumieron tabaco ocasionalmente, 33 que corresponden a un 47.5% consumieron diariamente tabaco; mientras que 25 pacientes que corresponden a 36% no consumieron tabaco.

Examinando la información del sitio web Fonseca⁸⁷ (2012) se pudo referenciar que:

La dependencia al tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM- IV) (p. 16).

⁸⁷Fonseca, S. (2012). *Consumo de tabaco*. [En línea]. Consultado: [04, septiembre, 2014] Disponible en:<http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/Fasciculo%201.%20Consumo%20de%20Tabaco%20Final.pdf>

Cuadro 4

Cantidad de consumo de cigarrillos.

Si fuma o lo hizo alguna vez, ¿Cuántos cigarrillos fuma o fumaba al día?

Numero de cigarrillos:	Frecuencia.	Porcentaje.
0 Cigarrillo.	25	36%
1 a 5	19	27%
6 a 9	7	10%
Más de 10	19	27%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

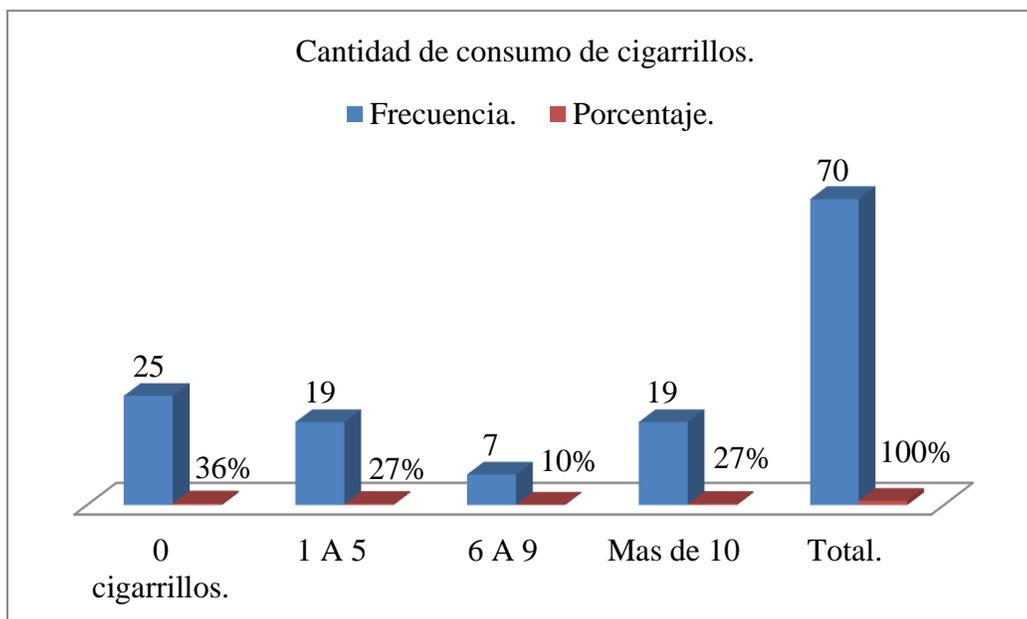


Gráfico No. 4. Cantidad de consumo de cigarrillo.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 54

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 4 muestra que de los 70 pacientes investigados se determinó y se clasificó rangos de consumo por la cantidad de cigarrillos en la cual determino que 25 pacientes que corresponden al 36% no consumieron cigarrillo, 19 pacientes que corresponde al 27% consumían de 1 a 5 unidades al día. 7 pacientes que corresponden a 10% consumían de 6 a 9 cigarrillos diarios, mientras que 19 pacientes que corresponden a 27% consumían más de 10 cigarrillos al día.

Considerando la información disponible del sitio web M. S. P. Perú⁸⁸ (2010) se pudo conocer que:

El incremento de la mortalidad en fumadores es directamente proporcional a la cantidad de cigarrillos fumados, duración del hábito, profundidad de inhalación y contenido de nicotina y alquitrán del tabaco consumido. Se calcula que cada cigarro que una persona aspira le quita siete minutos de vida. (p. 17).

⁸⁸Ministerio de Salud Pública. M. S. P. Perú. (2010). *El humo del tabaco afecta la salud de todos, 31 de Mayo: Día mundial sin tabaco*. [En línea]. Consultado: [04, septiembre, 2013] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/tabaco/default.asp>

Cuadro 5

Tiempo de consumo.

¿Durante qué tiempo fumo o ha fumado?

Tiempo de consumo:	Frecuencia.	Porcentaje.
No consume.	25	36%
3 a 6 meses.	4	6%
6 meses a 1 año.	4	6%
1 año o más.	37	53%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

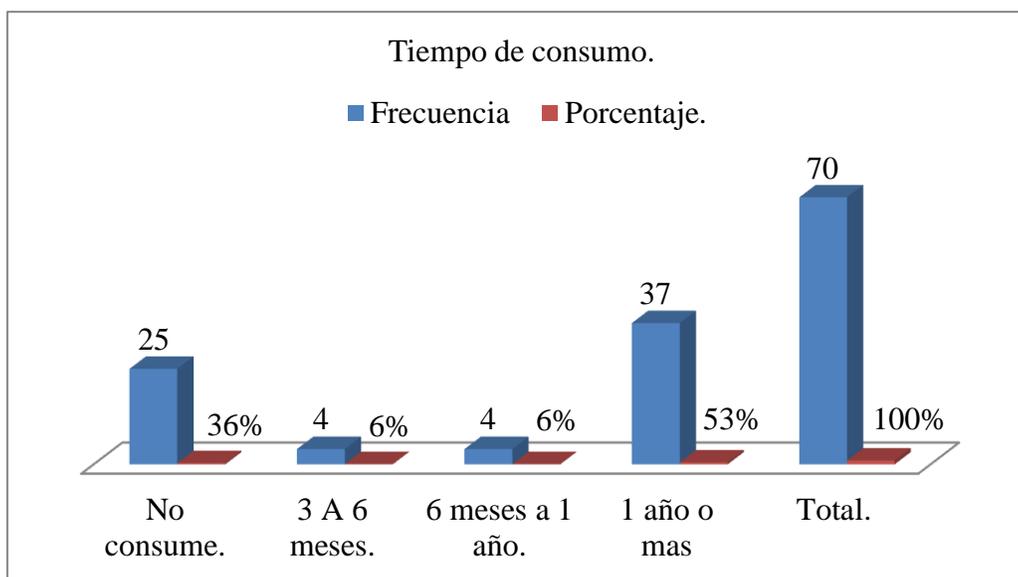


Gráfico No. 5. Tiempo de consumo.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 56

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 5 se pudo determinar que de los 70 pacientes investigados 25 que son el 36% no consumían cigarrillo, 4 pacientes que corresponde al 6% tuvieron un tiempo de consumo de 3 a 6 meses. Otro 6 % obtuvo un tiempo de consumo de 6 meses a 1 año, y por ultimo 37 pacientes que corresponden al 53% consumieron en un tiempo de 1 año o más.

Considerando la información disponible del sitio web M. S. P. Perú⁸⁹ (2010) se pudo conocer que:

El incremento de la mortalidad en fumadores es directamente proporcional a la cantidad de cigarrillos fumados, duración del hábito, profundidad de inhalación y contenido de nicotina y alquitrán del tabaco consumido. Se calcula que cada cigarro que una persona aspira le quita siete minutos de vida. (p. 17).

⁸⁹Ministerio de Salud Pública. M. S. P. Perú. (2010). *El humo del tabaco afecta la salud de todos, 31 de Mayo: Día mundial sin tabaco*. [En línea]. Consultado: [04, septiembre, 2013] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/tabaco/default.asp>

Cuadro 6

Consumo de alcohol.

¿Usted consumía alcohol?

Alternativas:	Frecuencia.	Porcentaje.
Sí.	64	91%
No.	6	9%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

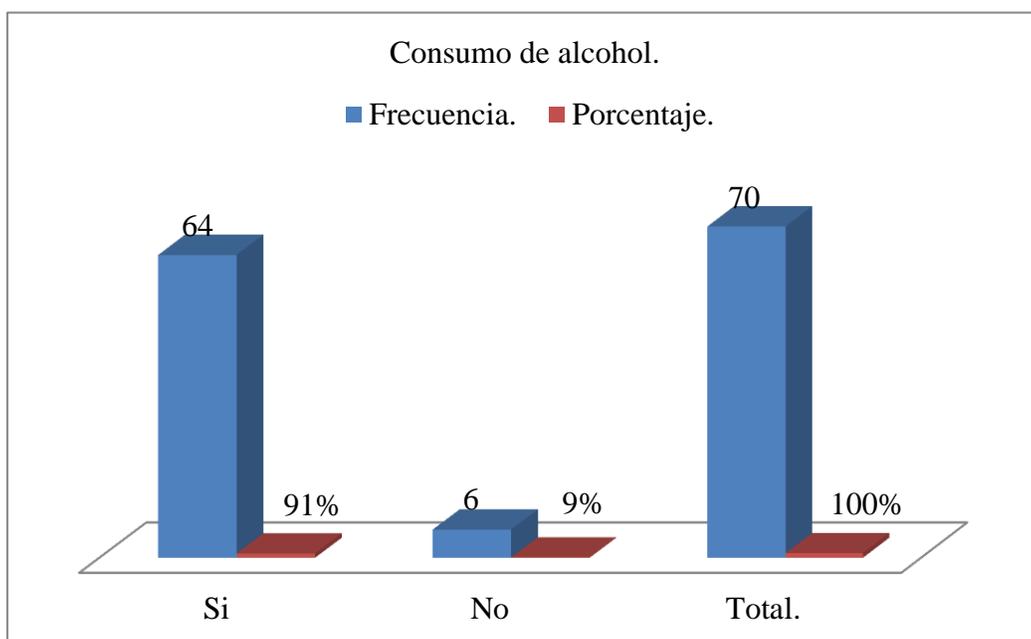


Gráfico No. 6. Consumo de alcohol.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 58

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 6 determina que 64 pacientes que corresponden el 91% consumen alcohol, mientras que 6 pacientes que corresponden al 9% no consumen alcohol.

Considerando la información disponible en el sitio web Astoviza⁹⁰ (2000) acerca del alcoholismo se puede referenciar que:

Es una enfermedad que causa dependencia, y que se puede adquirir por varias vías, y la adolescencia es una etapa difícil del desarrollo, donde se pueden favorecer las conductas de consumo de alcohol, ya sea por la reafirmación de la independencia, la virilidad, la libertad en la toma de decisiones, o la imitación a los adultos. (p. 11).

⁹⁰Astoviza, B. (2000). *La prevención del alcoholismo en los adolescentes*. [En línea]. Consultado: [29, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000400019&script=sci_arttext&tlng=en

Cuadro 7

Frecuencia de consumo.

¿Con que frecuencia consumía bebidas alcohólicas?

Alternativas:	Frecuencia.	Porcentaje.
No consume.	6	9%
Una vez a la semana.	13	19%
Solo fin de semana.	29	41%
Todos los días.	13	19%
Ocasiones especiales.	9	13%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

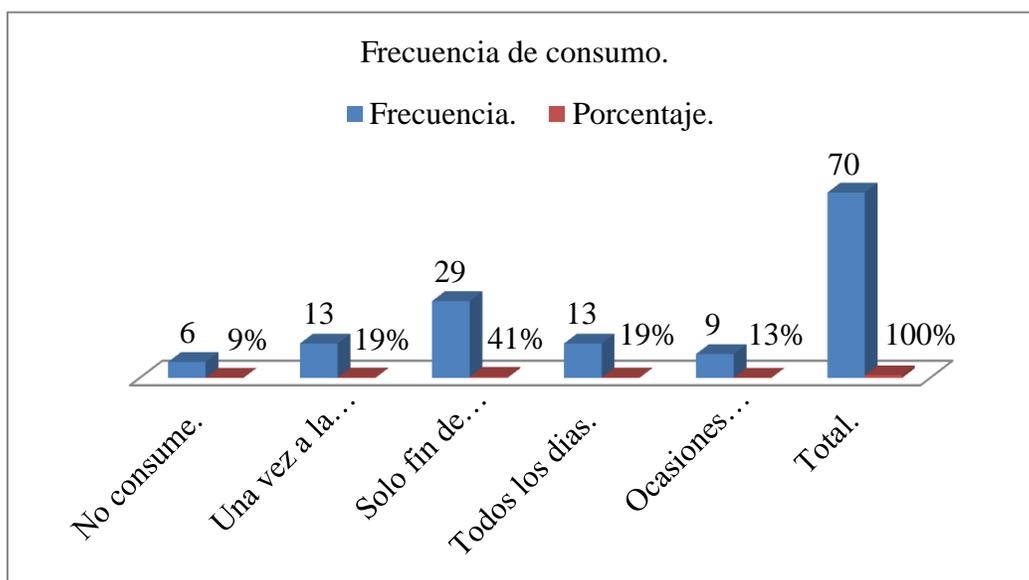


Gráfico No. 7. Frecuencia de consumo.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 60

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 7 muestra que de los 70 pacientes investigados 6 que corresponden al 9% no consumen alcohol, 13 pacientes que corresponden al 19% consumían alcohol con frecuencia una vez a la semana, 29 pacientes que corresponden al 41% consumieron solo fin de semana alcohol, 13 pacientes que corresponden al 19% consumían todos los días y 9 pacientes que corresponden a 13% consumían en ocasiones especiales.

Observando la información disponible en el sitio web acerca de un estudio realizado sobre patrones de consumo de bebidas alcohólicas en Costa Rica realizada por la USES - UCR⁹¹ Educalcohol Costa Rica (2013) se pudo conocer que:

Entre las personas que han consumido alcohol en los últimos doce meses, en relación con la frecuencia de consumo se concluye que:

- En general, las frecuencias de consumo de alcohol más mencionadas son: “menos de una vez al mes” (39,8%), seguida por “2 a 3 veces al mes” (20,7%) “una vez al mes” (20,4%).
- 18% de las personas consumen con una frecuencia semanal, siendo mayoritariamente hombres.
- Las personas que consumen con mayor frecuencia (3 o más veces por semana) se encuentran entre los 45 y 54 años y las que consumen con menor frecuencia (menos de una vez al mes) son las personas de 65 años o más. (p. 13).

⁹¹Unidad de Servicios Estadísticos de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica para Educalcohol Costa Rica 2012. USES - UCR. (2013). [En línea]. Consultado: [9, abril, 2014] Disponible en: http://www.educalcoholcr.org/files/Descargas/files/87_educalcoholucrestudiopatronesdeconsumodealcoholcr2013.pdf

Cuadro 8

Inicio de consumo.

¿Recuerda a qué edad comenzó a beber con cierta regularidad?

Edades:	Frecuencia.	Porcentaje.
No consumía.	6	9%
10 a 15 años.	39	56%
16 a 20 años.	12	17%
Más de 20 años.	13	19%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

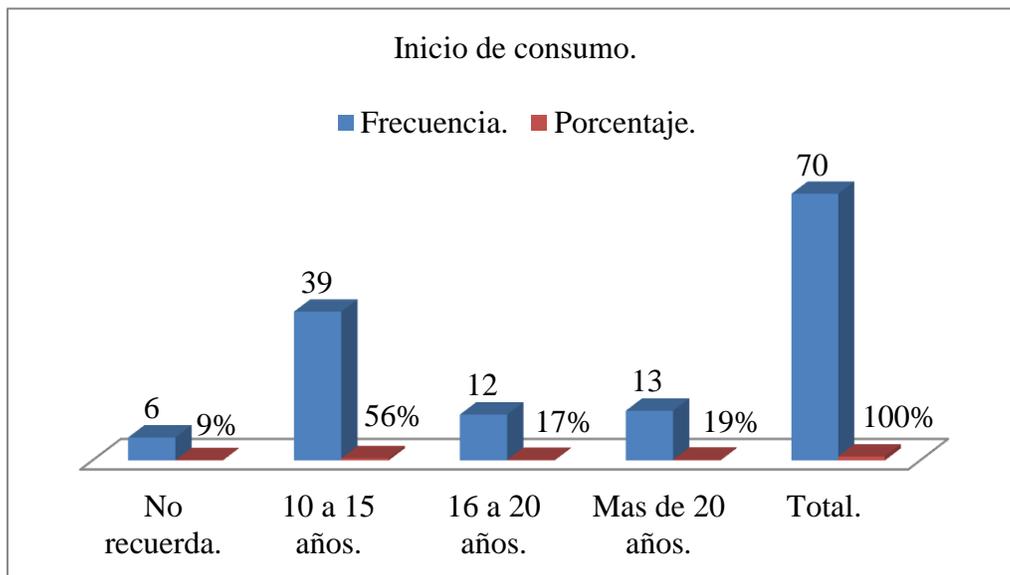


Gráfico No. 8. Inicio de consumo.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 62

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico N° 8 se pudo determinar que de los 70 investigados 6 pacientes que corresponden al 9% no consumían alcohol. Mientras que 39 pacientes que corresponde al 56 % iniciaron su consumo de 10 a 15 años, 12 pacientes que corresponde al 17% iniciaron a de 16 a 20 años, por ultimo 13 pacientes que correspondieron al 19% iniciaron con una edad mayor a 20 años.

Considerando la información disponible en el sitio web Astoviza⁹² (2000) acerca del alcoholismo se puede referenciar que:

Es una enfermedad que causa dependencia, y que se puede adquirir por varias vías, y la adolescencia es una etapa difícil del desarrollo, donde se pueden favorecer las conductas de consumo de alcohol, ya sea por la reafirmación de la independencia, la virilidad, la libertad en la toma de decisiones, o la imitación a los adultos. (p. 11).

⁹²Astoviza, B. (2000). *La prevención del alcoholismo en los adolescentes*. [En línea]. Consultado: [29, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000400019&script=sci_arttext&tlng=en

Cuadro 9

Bebida de consumo.

¿Cuándo bebía que tipo de bebida alcohólica prefería?

Bebida consumida:	Frecuencia.	Porcentaje.
Ron.	4	6%
Aguardiente.	27	39%
Whiskey.	11	16%
Cerveza.	19	27%
Vino.	3	4%
No consumía.	6	9%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

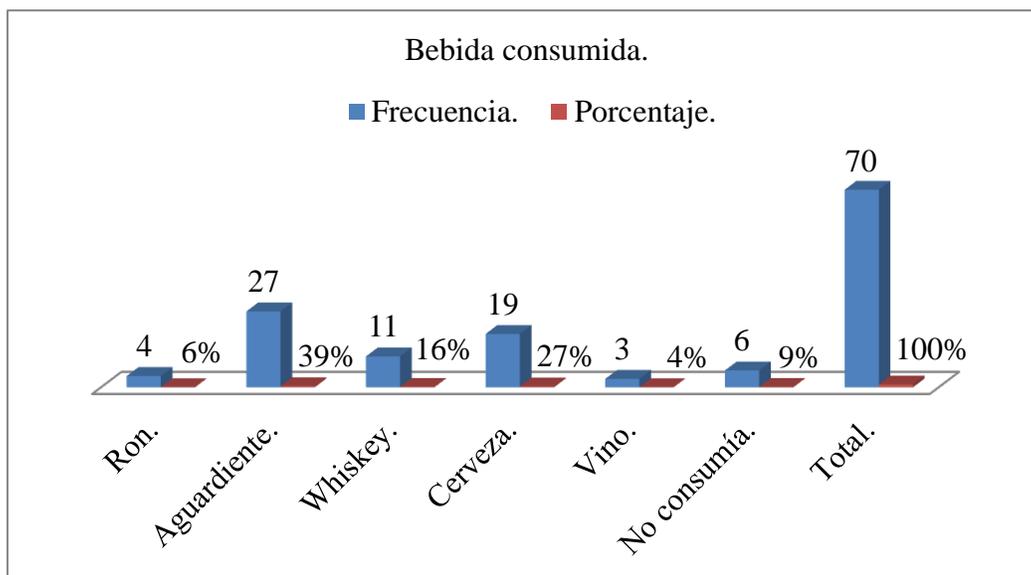


Gráfico No. 9. Bebida consumida.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 64

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 9 determina que de los 70 pacientes investigados 4 pacientes que corresponden al 6% consumieron ron, 27 pacientes que corresponde al 39% consumieron aguardiente, 11 pacientes que corresponde al 16% consumieron whiskey, 19 pacientes que corresponde al 39% consumieron cerveza, 3 pacientes que corresponden al 4% consumieron vino; por ultimo 6 pacientes no consumieron ninguna bebida alcohólica.

Observando la información disponible en el sitio web acerca de un estudio realizado sobre patrones de consumo de bebidas alcohólicas en Costa Rica realizada por la USES - UCR⁹³ Educalcohol Costa Rica (2013) se pudo conocer que:

En relación con los tipos de bebidas alcohólicas que acostumbran consumir las personas, se tiene que:

-79% consume cerveza.

-53% consume vino.

-47% consume destilados.

-14% consume otras bebidas alcohólicas.

-La proporción de personas que consume cerveza es similar en todos los estratos, aunque se aprecia una leve tendencia, a menor edad más personas la consumen.

-La proporción de consumidores de vino es menor entre las personas de 18 a 24 años y mayor entre las personas mayores de 65 años.

-En general, la proporción de las mujeres mayores de 24 años que consume vino es mayor que la de los hombres.

-La proporción de personas que consume destilados (el guaro, whisky, vodka y ron) es mayor entre los hombres que entre las mujeres, tendencia que se acentúa entre las personas mayores de 54 años. (p. 13).

⁹³Unidad de Servicios Estadísticos de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica para Educalcohol Costa Rica 2012. USES - UCR. (2013). [En línea]. Consultado: [9, abril, 2014] Disponible en: http://www.educalcoholcr.org/files/Descargas/files/87_educalcoholucrestudiopatronesdeconsumodealcoholr2013.pdf

Cuadro 10

Cantidad de alcohol consumido.

¿Qué cantidad bebía Usted?

Cantidad:	Frecuencia.	Porcentaje.
No bebía.	6	9%
2 a 5 botellas pequeñas.	6	9%
5 o más botellas pequeñas.	6	9%
2 a 5 botellas grandes.	4	6%
5 o más botellas grandes.	48	69%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

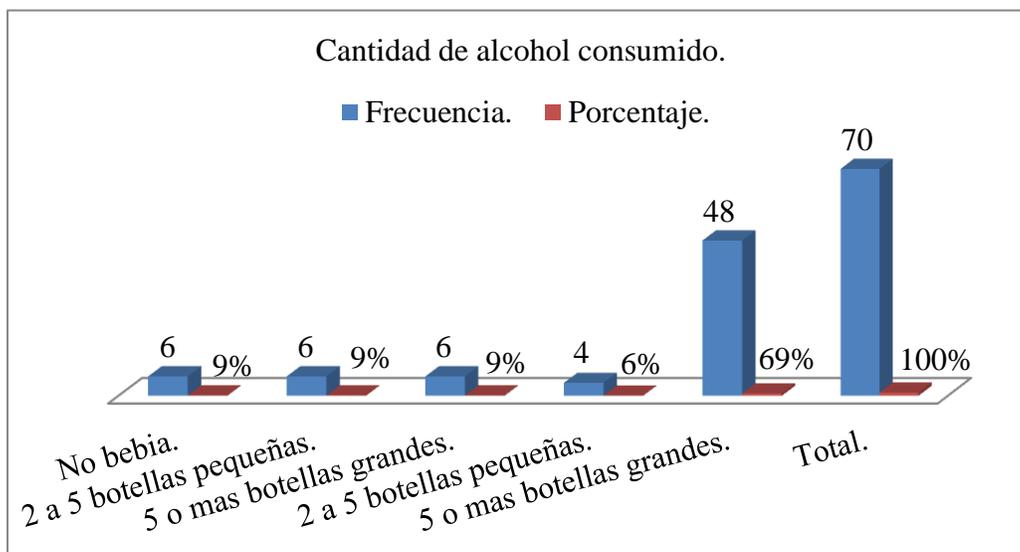


Gráfico No. 10. Cantidad de alcohol consumido.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 66

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N°10 determina que de los 70 pacientes investigados 6 que corresponde a el 9% no consumieron alcohol e indica la cantidad de alcohol consumido determinando que 6 pacientes que corresponden al 9% consumieron una cantidad de 2 a 5 botellas pequeñas. 6 pacientes que corresponden a otro 9% consumieron de 5 o más botellas pequeñas, 4 pacientes que corresponden al 6% consumieron 2 a 5 botellas grandes, y por último 48 pacientes que corresponden al 69% consumieron 5 o más botellas grandes.

Observando la información disponible en el sitio web acerca de un estudio realizado sobre patrones de consumo de bebidas alcohólicas en Costa Rica realizada por la USES - UCR⁹⁴ Educalcohol Costa Rica (2013) se pudo conocer que:

En cuanto a cantidad de bebidas consumidas en cada ocasión, la mayoría de los consumidores (70%), acostumbra tomar de una a tres bebidas en todos los estratos. Los hombres entre 2 y 3 bebidas, y las mujeres entre 1 y 2 (p. 13).

⁹⁴Unidad de Servicios Estadísticos de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica para Educalcohol Costa Rica 2012. USES - UCR. (2013). [En línea]. Consultado: [9, abril, 2014] Disponible en: http://www.educalcoholcr.org/files/Descargas/files/87_educalcoholucrestudiopatronesdeconsumodealcoholcr2013.pdf

Cuadro 11

Tiempo de consumo de alcohol.

¿Cuánto tiempo ha bebido o bebió?

Tiempo de consumo:	Frecuencia.	Porcentaje.
No bebía	6	9%
3 a 6 meses.	2	3%
6 meses a 1 año.	2	3%
1 año o más.	60	86%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

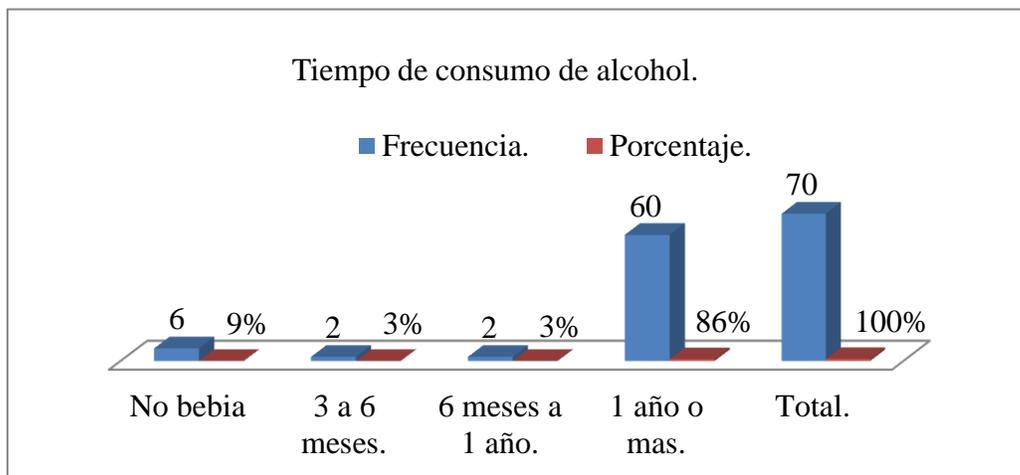


Gráfico No. 11. Tiempo de consumo de alcohol.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 68

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 11 se pudo determinar que de los 70 pacientes investigados 6 que corresponde al 9% no bebían alcohol. Siendo así 64 internos consumidores de alcohol; 2 de los pacientes que corresponden al 3% de la población consumieron durante 3 a 6 meses. Otros 2 pacientes consumieron durante 6 meses a 1 año, por ultimo 60 pacientes que corresponde al 86% de la población con consumo de alcohol lo hicieron durante 1 año o más.

Observando la información disponible en el sitio web acerca de un estudio realizado sobre patrones de consumo de bebidas alcohólicas en Costa Rica realizada por la USES - UCR⁹⁵ Educalcohol Costa Rica (2013) se pudo conocer que:

Entre las personas que han consumido alcohol en los últimos doce meses, en relación con la frecuencia de consumo se concluye que:

-En general, las frecuencias de consumo de alcohol más mencionadas son: “menos de una vez al mes” (39,8%), seguida por “2 a 3 veces al mes” (20,7%) “una vez al mes” (20,4%).

-18% de las personas consumen con una frecuencia semanal, siendo mayoritariamente hombres.

-Las personas que consumen con mayor frecuencia (3 o más veces por semana) se encuentran entre los 45 y 54 años y las que consumen con menor frecuencia (menos de una vez al mes) son las personas de 65 años o más. (p. 13).

⁹⁵Unidad de Servicios Estadísticos de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica para Educalcohol Costa Rica 2012. USES - UCR. (2013). [En línea]. Consultado: [9, abril, 2014] Disponible en: http://www.educalcoholcr.org/files/Descargas/files/87_educalcoholucrestudiopatronesdeconsumodealcoholr2013.pdf

Cuadro 12

Tipo de droga.

¿Cuál de estas drogas probó y volvió a probarla más veces?

Droga consumida:	Frecuencia.	Porcentaje.
Marihuana.	22	31%
Cocaína.	21	30%
Heroína.	14	20%
Drogas sintéticas.	3	4%
Speed.	2	3%
Inhalantes.	2	3%
No consume.	6	9%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

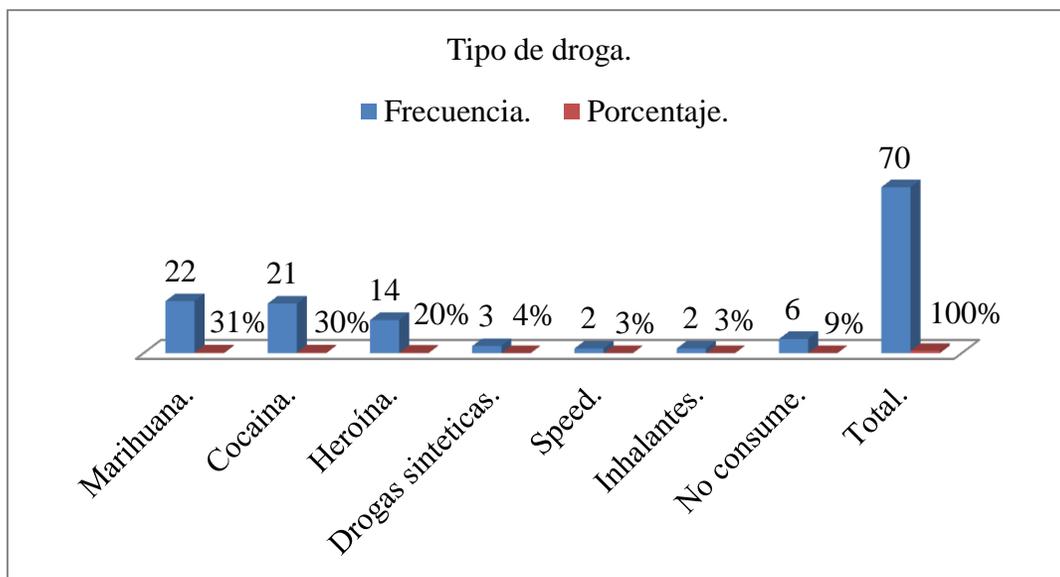


Gráfico No. 12. Tipo de droga.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 70

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 12 muestra que de los 70 investigados 22 pacientes que corresponden al 31% consumieron marihuana, 21 pacientes que corresponden a 30% consumieron cocaína. 14 pacientes que corresponden al 20% consumieron heroína, 3 pacientes que corresponden al 4% consumieron drogas sintéticas, 2 pacientes que corresponden al 3% consumieron speed, 2 pacientes que corresponden al 3% consumieron inhalantes, por ultimo 6 pacientes no consumieron ningún tipo de droga.

Indagando la información disponible en el sitio web Tirado et. al.⁹⁶ (2013) se pudo conocer que:

El consumo de drogas se incrementa en todo el mundo, alcanzando en el 2011 una cifra cercana a los 230 millones de consumidores (estimación que va de 153 a 300 millones), lo que representa alrededor del 5% (entre 3,4 y 6,6%) de la población mundial de 15 a 64 años de edad; en Colombia, la prevalencia de consumo de drogas al menos una vez en la vida para el año 2009 fue del 14,4%

La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo y quienes la usan representan entre el 75 y el 80% de los consumidores de drogas a nivel mundial, de los cuales el 24% son de la Región de la Américas; en Colombia la prevalencia de consumo al menos una vez en la vida de marihuana es del 8%. La cocaína ocupa el segundo lugar de consumo a nivel mundial con cifras entre el 0,3 y el 0,4%, mientras que en el continente americano la prevalencia de consumo al menos una vez en la vida es del 1,2% y del 2,5% para Colombia. (p. 10).

⁹⁶Tirado, A., Velásquez, J., Vargas, A., Toro, H. (2013). *Consumo y dependencia a nicotina, alcohol y otras drogas, en docentes de una universidad de Medellín, Colombia*. [En línea]. Consultado: [8, abril, 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2390/239028092010.pdf>

Cuadro 13

Edad del primer consumo.

¿Qué edad tenía la primera vez que probó una de estas drogas?

Edades:	Frecuencia.	Porcentaje.
No consumió.	6	9%
10 a 15 años.	39	56%
16 a 20 años.	16	23%
Más de 20 años.	9	13%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

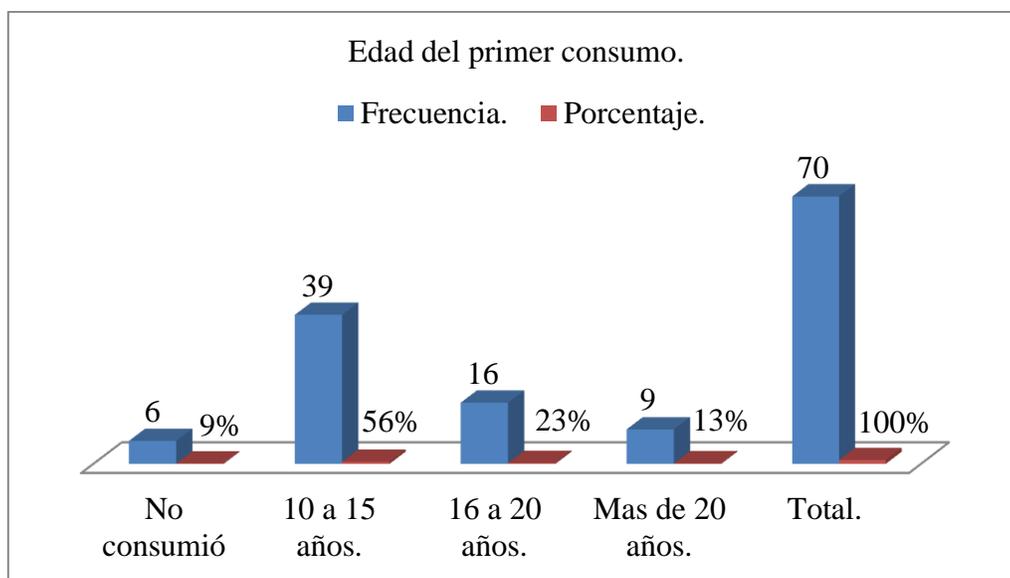


Gráfico No. 13. Edad del primer consumo.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 72

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 13 se determinó que de los 70 pacientes investigados 6 no consumieron drogas. 64 aceptaron consumir drogas de los cuales 39 pacientes que corresponden al 56% iniciaron el consumo de las mismas en un rango de edad de 10 a 15 años, 16 pacientes que corresponden al 23% iniciaron el consumo entre los 16 a 20 años de edad, además 9 pacientes iniciaron el consumo a partir de los 20 años de edad o más.

Analizando la información disponible en el sitio web CONSEP⁹⁷ (2012) se pudo exponer que “El promedio de la edad de inicio en el consumo de drogas respecto de la población universitaria oscila entre los 15.5 años (inhalantes) y los 19.6 años (cocaína)” (p. 19).

⁹⁷Consejo Nacional de control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas CONSEP. (2012). *La prevención del uso y consumo de drogas desde una visión integral*. [En línea]. Consultado: [8, abril, 2014] Disponible en: http://www.consep.gob.ec/descargas/referente_teorico_de_preencion.pdf

Cuadro 14

Frecuencia de consumo.

¿Con que frecuencia consumía estas drogas?

Alternativas:	Frecuencia.	Porcentaje.
No consumió.	6	9%
De vez en cuando.	6	9%
Una vez a la semana.	0	0%
Casi todos los días.	0	0%
A diario.	58	82%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

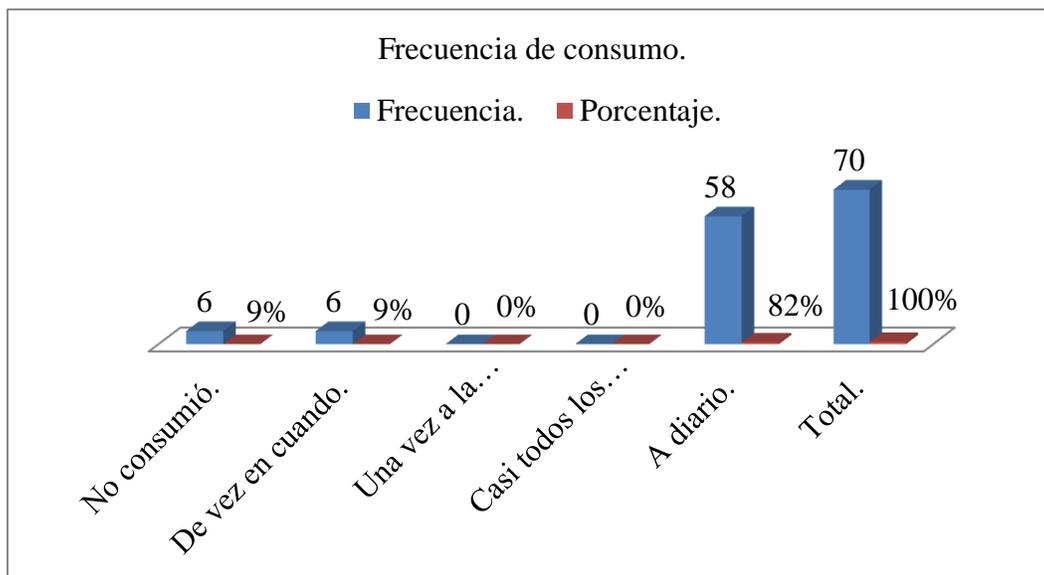


Gráfico No. 14. Frecuencia de consumo.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 74

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 14 indica la frecuencia de consumo de drogas determina que 6 pacientes que corresponden al 9% no consumieron droga. Otros 6 pacientes que corresponden al 9% consumieron de vez en cuando, 58 pacientes que corresponden al 82% consumieron drogas todos a diario, asimismo dio resultado 0% en las otras opciones como una vez a la semana o casi todos los días.

Indagando la información disponible en el sitio web de un estudio realizado por el Observatorio Chileno de Drogas Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)⁹⁸ se pudo referenciar que:

Las prevalencias de consumo, es decir, la proporción de individuos que ha consumido una determinada sustancia en un período de tiempo, son indicadores útiles para conocer la magnitud de la población de usa una droga, sin embargo, no permite conocer información respecto al patrón de consumo ni de otros factores asociados a su uso. En este sentido, para medir la intensidad de uso, se emplea el número de días en que se ha consumido droga en los últimos 30 días calculado sobre aquellos individuos que reportaron consumo de último mes. Los resultados indican que aquellos que han consumido marihuana en los últimos 30 días, en promedio, lo han hecho 10,9 días y aquellos que han consumido cocaína en los últimos 30 días, la han consumido, en promedio 6,3 días. No se observaron variaciones estadísticamente significativa entre 2010 y 2012 para este indicador. (p. 19).

⁹⁸Observatorio Chileno de Drogas Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2013). [En línea]. Consultado: [9, abril, 2014] Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2013/10/InformeEjecutivoENPG2012.pdf>

Cuadro 15

Vía de consumo.

¿Cuál era la forma en que consumía la droga?

Vía de consumo:	Frecuencia.	Porcentaje.
Fumada.	36	51%
Inhalada.	14	20%
Inyectada.	8	11%
Mezclada con alguna bebida.	6	9%
No consumió.	6	9%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

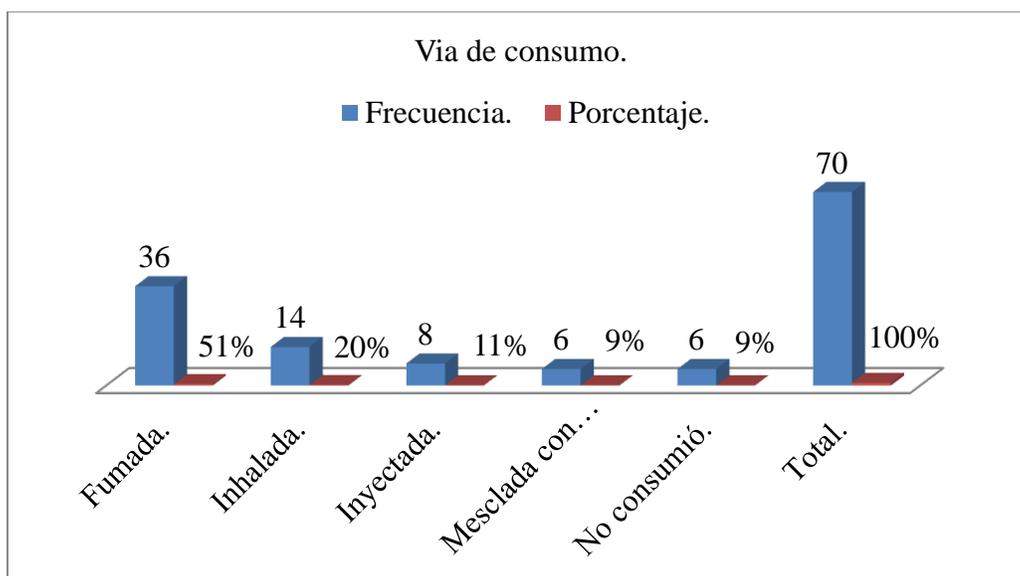


Gráfico No. 15. Vía de consumo.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 76

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 15 se pudo determinar que de los 70 pacientes investigados 36 pacientes que corresponden al 51% consumieron droga por vía fumada. 14 pacientes que corresponden al 20% consumieron por vía inhalada por la nariz, 8 pacientes que corresponden a 14% consumieron por vía inyectada, otros 6 pacientes que corresponden al 9% consumieron la droga mezclada con una bebida; por ultimo 6 pacientes no consumieron droga por ninguna vía.

Observando la información disponible del sitio web Gantiva et. al.⁹⁹ (2007) se pudo citar que:

Las sustancias psicoactivas (S.P.A.) se define como cualquier sustancia natural o sintética que altere de alguna forma el sistema nervioso central (S. N. C.) y más específicamente la producción de neuro – transmisores. Las drogas de abuso son sustancias que al ser ingeridas por cualquier vía de administración alteran el humos, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral. (pp. 21 - 22).

⁹⁹Gantiva, C., Trujillo, A., Gómez, W., Martínez, A. (2007). *Actitudes hacia el Consumo de Cocaína y Marihuana en Estudiantes Universitarios*. {En línea}. Consultado: [23, enero, 2014] Disponible en: <file:///C:/Users/pcc/Downloads/72e7e51a780ceab4ff.pdf>

Cuadro 16

Dosis de consumo.

¿Cuánto consumía cada vez?

Dosis:	Frecuencia.	Porcentaje.
No consumió.	6	9%
1 a 2 dosis.	3	4%
3 a 5 dosis.	7	10%
6 dosis en adelante.	54	77%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

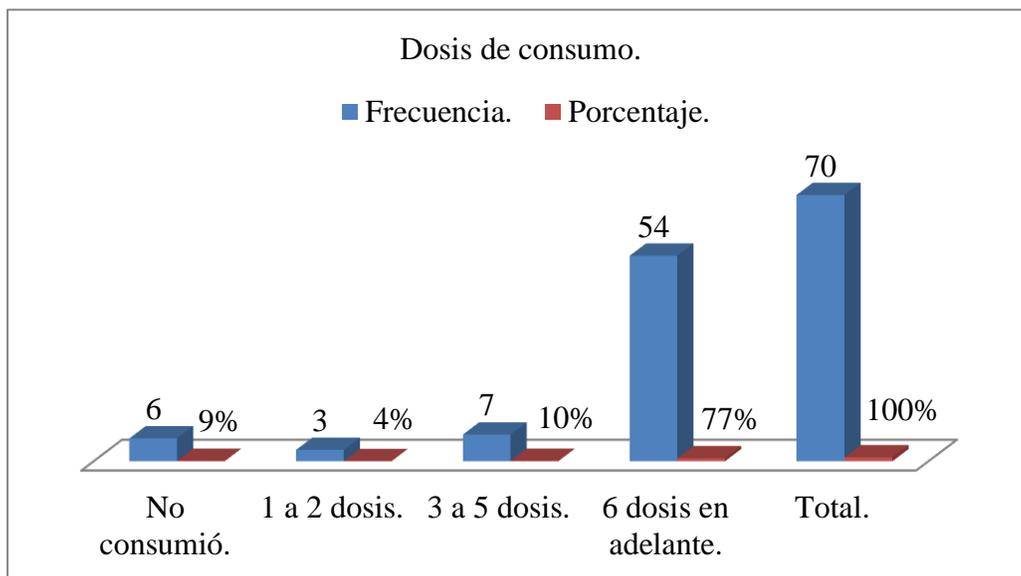


Gráfico No. 16. Dosis de consumo.

Realizado por autor de esta tesis. . Fuente: Cap. IV, p. 78

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 16 se determinó que de los 70 investigados 6 que corresponde al 9% no consumieron drogas. 3 pacientes que corresponden al 4% de los investigados consumieron dosis de 1 a 2, mientras 7 pacientes que corresponden al 10% consumieron droga en dosis de 3 a 5, por ultimo 54 pacientes que corresponden al 77% consumieron cantidades o dosis mayores a 6.

Observando la información disponible del sitio web Fernández¹⁰⁰ (2006) se pudo citar que:

Los psicoestimulantes son sustancias capaces de reducir los umbrales de alerta o de vigilia, de modo que el individuo responde con más facilidad prontitud a los estímulos exógenos y endógenos. Los efectos subjetivos de todos los psicoestimulantes dependen de la personalidad del individuo, el medio en el cual se administran, la dosis y la vía de administración. (pp. 21 - 22).

¹⁰⁰Fernández, E. (2006). *Neurobiología de la adicción a psicoestimulantes*. [En línea]. Consultado: [03, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4303/w030147.pdf>

Cuadro 17

Visita al odontólogo.

¿Cuándo visita al odontólogo?

Visita al odontólogo:	Frecuencia.	Porcentaje.
Cada 3 meses.	7	10%
Cada año.	13	19%
Cuando duele algo.	22	31%
Cuando quiere verse bien.	2	3%
Nunca.	26	37%
Total:	70	100%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

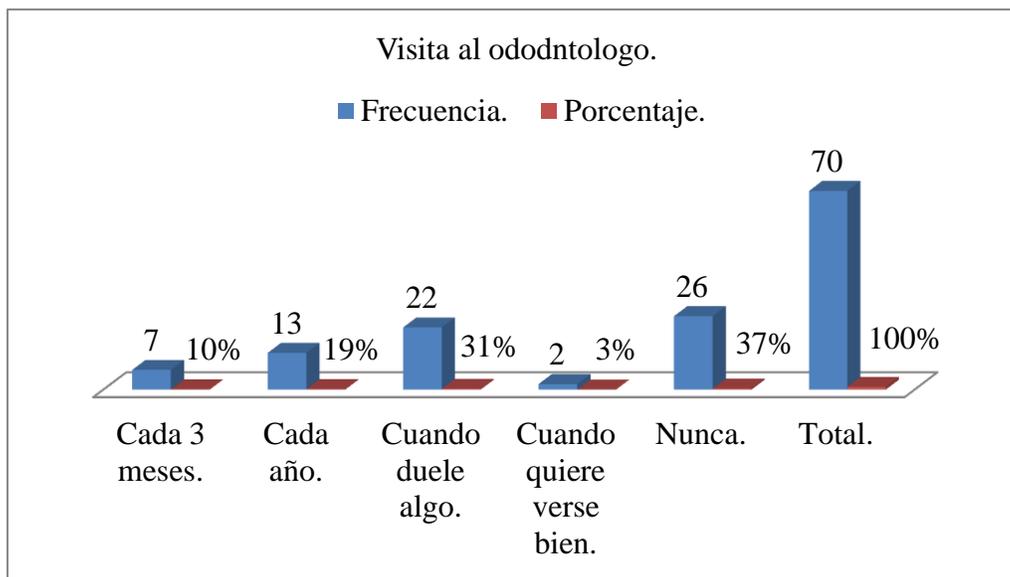


Gráfico No. 17. Visita al odontólogo

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 80

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 17 muestra que de la población investigada que son 70 pacientes solo 7 pacientes que corresponden al 10% visitan al odontólogo cada 3 meses, 13 pacientes que corresponden al 19% visitan al odontólogo cada año. 22 pacientes que corresponden al 31% visitan al odontólogo cuando le duele algo en la boca, 2 pacientes que corresponden al 3% visitan al odontólogo cuando quiere verse bien y 26 pacientes que corresponden al 37% nunca visita al odontólogo.

Analizando la obra de Barrancos¹⁰¹ (2006) se pudo referenciar que:

La prevención secundaria es la que se actúa durante las etapas iniciales e incluye el diagnóstico y el tratamiento temprano. La prevención terciaria es la que trata de reducir los daños que causa la enfermedad y controla sus consecuencias. (p. 8).

¹⁰¹Barrancos, M. (2006). *Operatoria dental*. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

Cuadro 18

Para limpiar sus dientes que utiliza.

Para mantener limpios sus dientes ¿Qué utiliza?

Que utiliza:	Cepillo dental.	Hilo dental.	Enjuague bucal.
Sí.	70	5	32
No.	0	65	38
Frecuencia:	70	70	70
Porcentaje:	100%	7%	46%

Nota: Encuesta aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 128 – 129 – 130 – 131 – 132

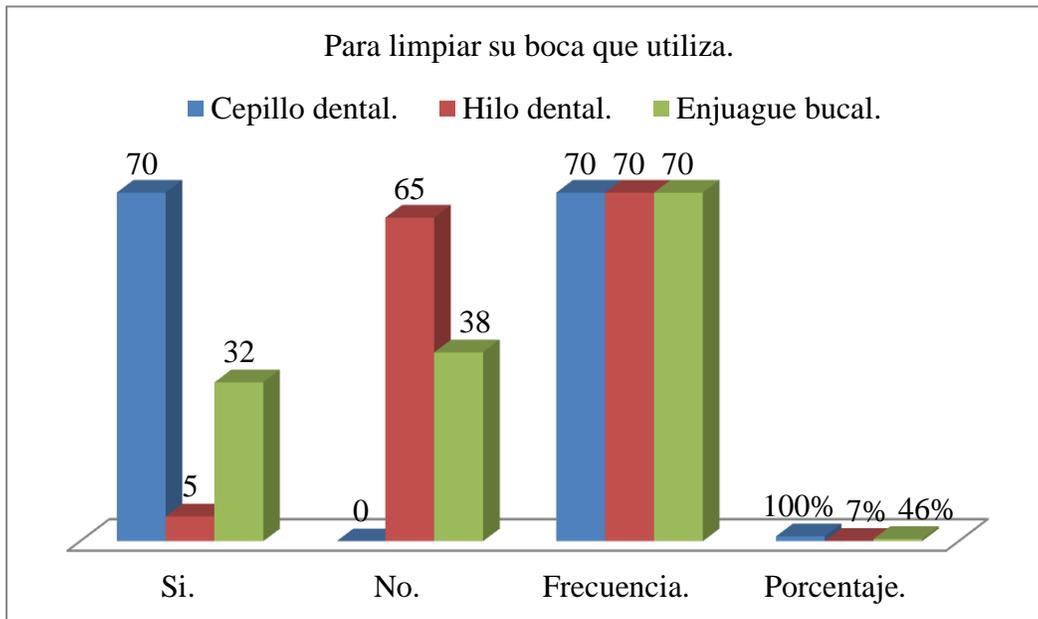


Gráfico No. 18. Para limpiar sus dientes que utiliza.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 82

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y grafico N° 18 muestra que los 70 pacientes investigados los 70 usaron cepillo dental, 5 pacientes usaron hilo dental y 32 usaron enjuague bucal para su limpieza bucal.

Considerando la obra de Barrancos¹⁰² (2006) se pudo referenciar que:

De los diferentes métodos con los que se puede realizar este control el más efectivo en la actualidad es la remoción por medio del cepillo dental, el hilo y algunos otros elementos, como cepillos especiales. La eficacia del cepillado dentario depende de varios factores, que incluyen el diseño de los cepillos, el dentífrico utilizado y el método y la frecuencia del cepillado. (pp. 8 - 9).

¹⁰²Barrancos, M. (2006). *Operatoria dental*. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

4.2. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la ficha de observación clínica.

Cuadro 19

Hallazgos clínicos de la encía: Color.

Color:	Frecuencia.	Porcentaje.
Rosa coral.	30	43%
Rojizo.	15	21%
Rojo vinoso.	25	36%
Total:	70	100%

Nota: Ficha de observación aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 133 – 134 – 135 – 136

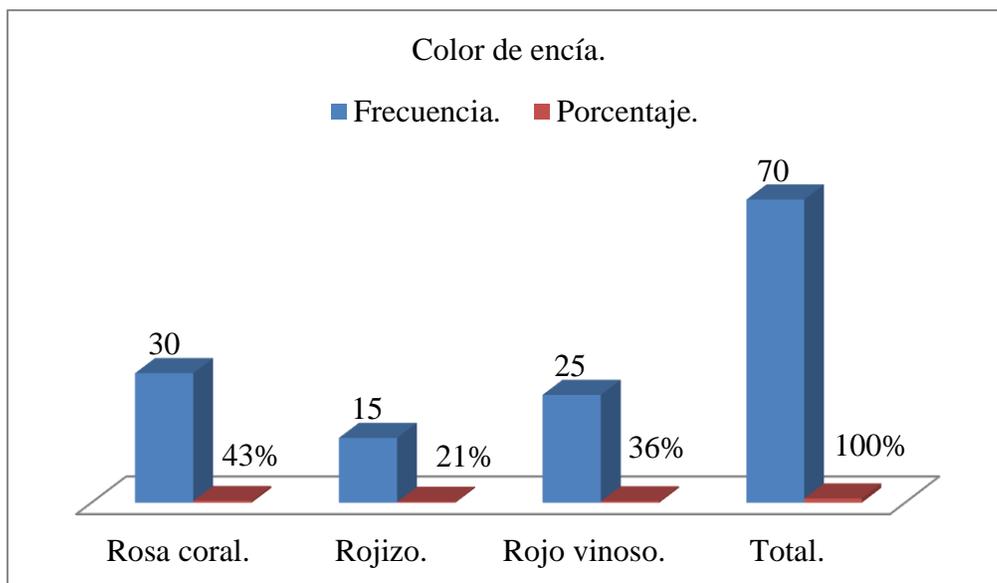


Gráfico No. 19. Color de encía.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 84

Análisis e interpretación.

Como se puede observar en el cuadro y el gráfico N° 19, según los hallazgos clínicos de la encía respecto al color, se empleó tres alternativas, en los cuales se pudo determinar que 30 pacientes que corresponden al 43% un color rosa coral. 15 pacientes que corresponden al 21% presentan un color rojizo y 25 pacientes que corresponden al 36% presentan un color de la encía rojo vinoso.

Examinando la obra de Carranza¹⁰³ (2010) describe la siguiente característica clínica normal de la encía y pudo citar que:

Color. Generalmente el color de la encía insertada y marginal suele describirse como rosal coral y es producido por el suministro vascular, el grosor y grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contiene pigmentos. El color varía según las diferentes personas y se encuentra relacionada con la pigmentación cutánea. Es más clara en individuos de tez blanca que en individuos trigueños con cabello oscuro. (p. 30).

¹⁰³Carranza, F. C. (2010). *Periodontología clínica*. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

Cuadro 20

Hallazgos clínicos de la encía: Tamaño.

Tamaño:	Frecuencia.	Porcentaje.
Normal.	34	49%
Edema.	15	21%
Hiperplasia.	21	30%
Total:	70	100%

Nota: Ficha de observación aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 133 – 134 – 135 – 136

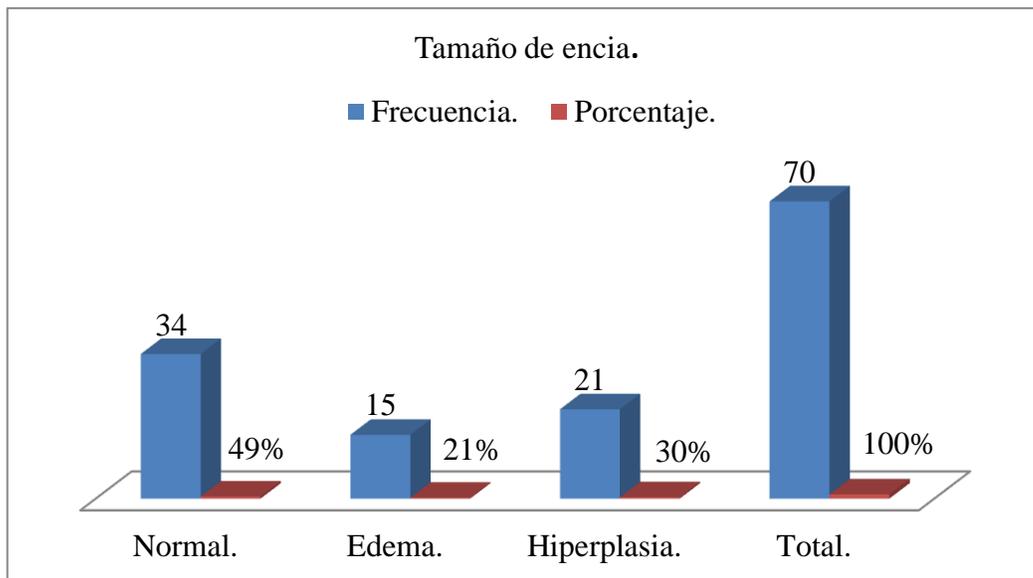


Gráfico No. 20. Tamaño de encía.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 86

Análisis e interpretación.

Como se puede observar en el cuadro y el gráfico N° 20, según los hallazgos clínicos de la encía respecto al tamaño, se empleó tres alternativas, en los cuales se pudo determinar que 34 pacientes que corresponden al 49% presentan un tamaño normal. 15 pacientes que corresponden al 21% presenta edema y 21 pacientes que corresponden al 30% presentan hiperplasia.

Estudiando la obra de Carranza¹⁰⁴ (2010) describe la característica del tamaño de la encía y referencia que: “El tamaño de las encías es el correspondiente a la suma del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización. La alteración del tamaño es una característica común en la enfermedad gingival” (p. 30).

¹⁰⁴Carranza, F. C. (2010). *Periodontología clínica*. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

Cuadro 21

Hallazgos clínicos de la encía: Forma.

Forma:	Frecuencia.	Porcentaje.
Festoneada.	24	34%
Recesión.	28	40%
Edematizada.	18	26%
Total:	70	100%

Nota: Ficha de observación aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 133 – 134 – 135 – 136

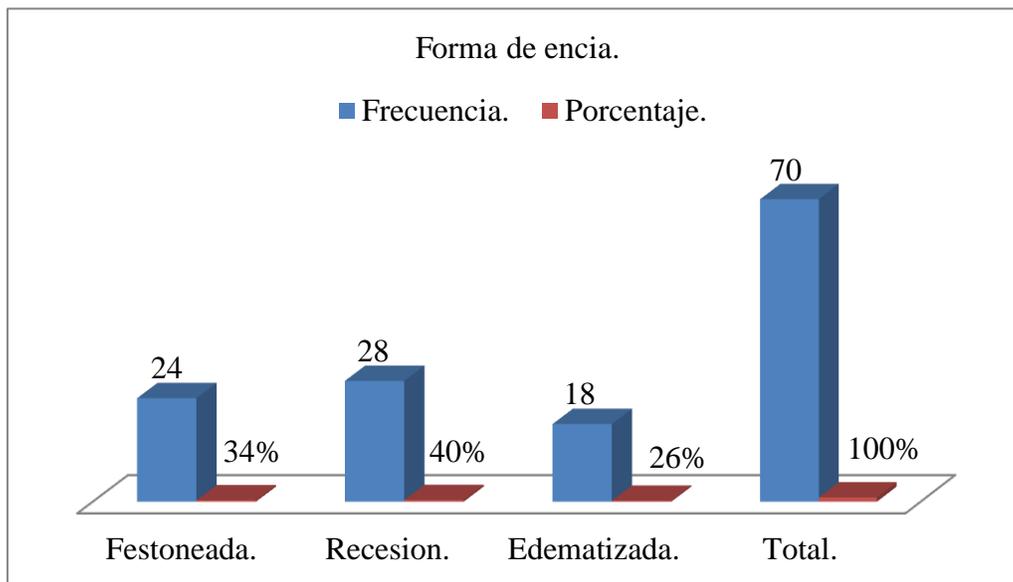


Gráfico No. 21. Forma de encía.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 88

Análisis e interpretación.

Como se puede observar en el cuadro y el gráfico N° 21, según los hallazgos clínicos de la encía respecto a la forma, se empleó tres alternativas y se pudo determinar que 24 pacientes que corresponden al 34% presentan una forma festoneada. 28 pacientes que corresponden al 40% presentan recesión y 18 pacientes que corresponden al 26% presentan la encía con una forma Edematizada.

Considerando la obra de Carranza¹⁰⁵ (2010) describe la siguiente característica clínica normal de la encía y se pudo conocer que:

Forma. La forma de la encía interdental se determina con el contorno de la superficie dentales proximales y la ubicación y forma de los espacios interproximales de las coronas está relativamente planas en sentido vestíbulo lingual, las raíces se encuentran más juntas, el hueso interdental es delgado y los espacios interproximales gingivales y la encía interdental son estrechos en sentido mesiodistal. Por el contrario, en superficies proximales que mesiodistal. Por el contrario, en superficies proximales que divergen desde el área de contacto, el diámetro mesiodistal de la encía interdental es amplio. La altura de la encía interdental varía de acuerdo con la ubicación del contacto proximal. Por tanto en la región anterior de la dentadura, la papila interdental tiene forma piramidal, mientras la papila está más aplanada en una dirección bucolingual en la región molar. (p. 31).

¹⁰⁵Carranza, F. C. (2010). *Periodontología clínica*. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

Cuadro 22

Hallazgos clínicos de la encía: Consistencia.

Consistencia:	Frecuencia.	Porcentaje.
Dura.	27	39%
Firme.	19	27%
Blanda.	24	34%
Total:	70	100%

Nota: Ficha de observación aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 133 – 134 – 135 – 136

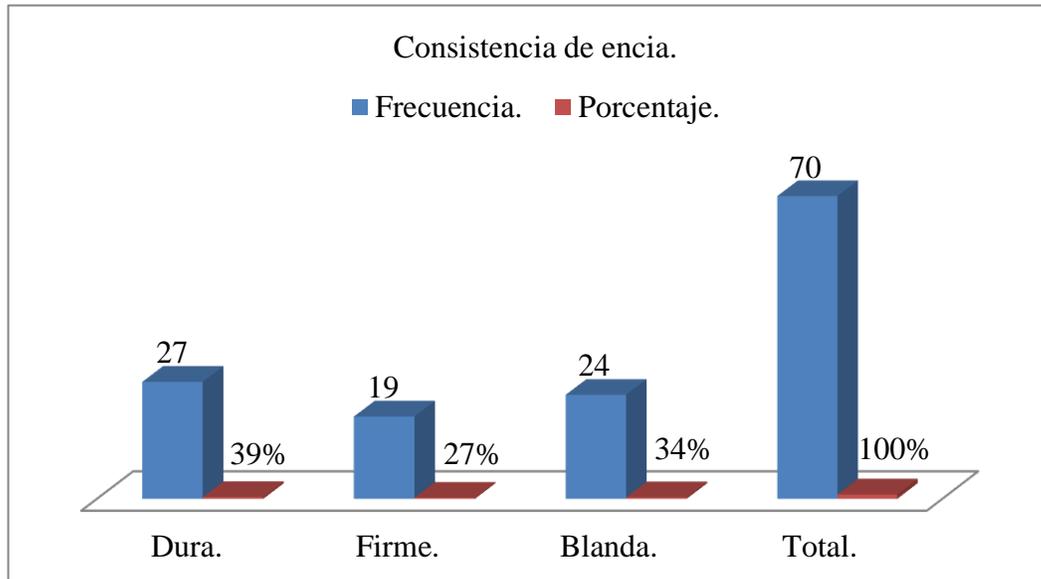


Gráfico No. 22. Consistencia de encía.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 90

Análisis e interpretación.

Como se puede observar en el cuadro y el gráfico N° 22, según los hallazgos clínicos de la encía respecto a la consistencia, se empleó tres alternativas, en los cuales se pudo determinar que 27 pacientes que corresponden al 39% presentan una consistencia dura. 19 pacientes que corresponden al 27% presentan una consistencia firme y 24 pacientes que corresponden al 34% presentan la encía con aspecto blanda.

Observando la obra de Carranza¹⁰⁶ (2010) describe la siguiente característica clínica normal de la encía y referencia que:

Consistencia. La encía es firme y elástica, excepto en el margen libre móvil, está fuertemente unida al hueso subyacente. La naturaleza colágena de la lámina propia y su continuidad mucoperiostio del hueso alveolar, determina la consistencia firme de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza de este margen gingival. (p. 31).

¹⁰⁶Carranza, F. C. (2010). *Periodontología clínica*. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

Cuadro 23

Hallazgos clínicos de la encía: Sangrado.

Sangrado:	Frecuencia.	Porcentaje.
No sangra.	27	39%
Sangra al sondaje.	28	40%
Hemorragia.	15	21%
Total:	70	100%

Nota: Ficha de observación aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 133 – 134 – 135 – 136

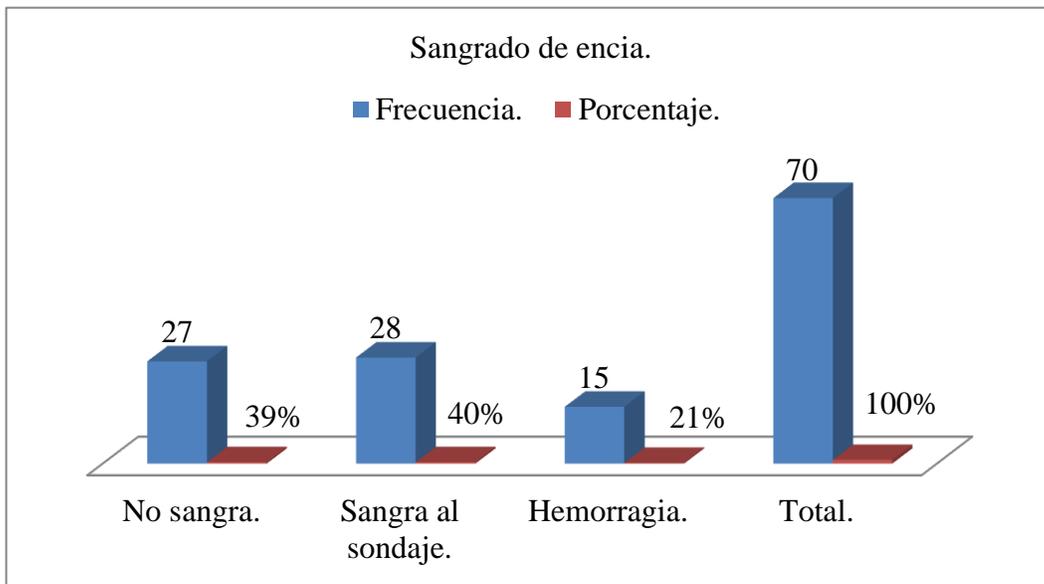


Gráfico No. 23. Sangrado de encía.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 92

Análisis e interpretación.

Como se puede observar en el cuadro y el gráfico N° 23, según los hallazgos clínicos de la encía respecto al sangrado, se empleó tres alternativas, en los cuales se pudo determinar que 27 pacientes que corresponden al 39% no presentan sangrado. 28 pacientes que corresponden al 40% sangran al sondaje mientras que 15 pacientes que corresponden al 21% presentan hemorragia.

Investigando la obra de Eley et. al.¹⁰⁷ (2012) se pudo citar que:

Sangrado Gingival. El sangrado gingival probablemente sea el síntoma más referido por los pacientes. Por desgracia, el sangrado gingival es tan frecuente que las personas no suelen atribuirle importancia e incluso lo consideran normal; sin embargo, a menos que el sangrado siga claramente a un episodio de traumatismo agudo, siempre representa un signo de patología, es más frecuente al cepillarse los dientes. El sangrado puede estar causado por consumir alimentos duros, manzanas, tostadas, etc., así como por el sondaje del surco gingival o bolsa durante la exploración periodontal. El sangrado en el sondaje, como se ha utilizado como signo de la actividad de la enfermedad, pero como se ha dicho no es un indicador fiable de la actividad de la patología, y puede constituir el resultado de un examen no juicioso. (pp. 31 - 32).

¹⁰⁷Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). *Periodoncia*. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

Cuadro 24

Gingivitis - Hábitos tóxicos.

Hábitos tóxicos:	Gingivitis:			
	Leve.	Moderada.	Severa.	Porcentaje.
Alcoholismo.	11	4	7	31%
Tabaquismo.	16	2	11	41%
Drogodependencia.	6	5	8	28%
Total:	33	11	26	100%

Nota: Ficha de observación aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis. Anexos. pp. 133 – 134 – 135 – 136

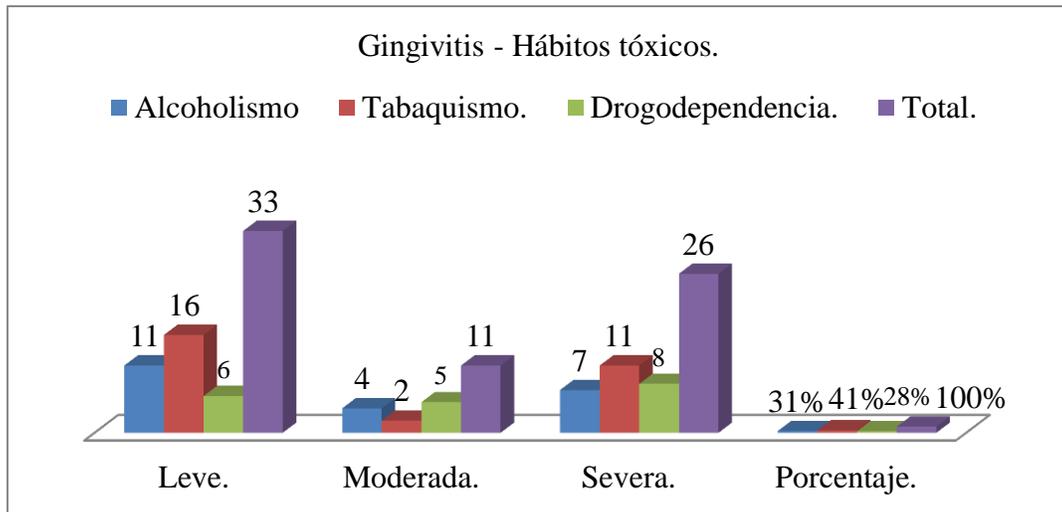


Gráfico No. 24. Gingivitis – Hábitos tóxicos.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 94

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico N° 24 de gingivitis se determinó 33 casos de gingivitis leve, siendo 11 casos para el alcoholismo, 16 para el tabaquismo y 6 para la drogodependencia. Gingivitis moderada se encontraron 11 casos distribuidos en 4 para alcoholismo, 2 para tabaquismo y 5 para drogodependencia; gingivitis severa fueron 26 casos distribuidos en 7 para el alcoholismo, 11 para el tabaquismo y 8 para la drogodependencia.

Analizando la obra de García¹⁰⁸ (2006) se puede conocer que la gingivitis “Es la inflamación que ocasiona molestias en la boca y sangrado, espontaneo o tras el cepillado de dientes. Generalmente está producida por un acumulo de sarro, alrededor o dentro de la encía, que ocasiona la inflamación de la misma” (p. 29).

¹⁰⁸García, C. (2006). *Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental*. Ciudad de Madrid, Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

Cuadro 25

Periodontitis.

Periodontitis:	Frecuencia.	Porcentaje.
Sí.	35	50%
No.	35	50%
Total:	70	100%

Nota: Ficha de observación aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 133 – 134 – 135 – 136

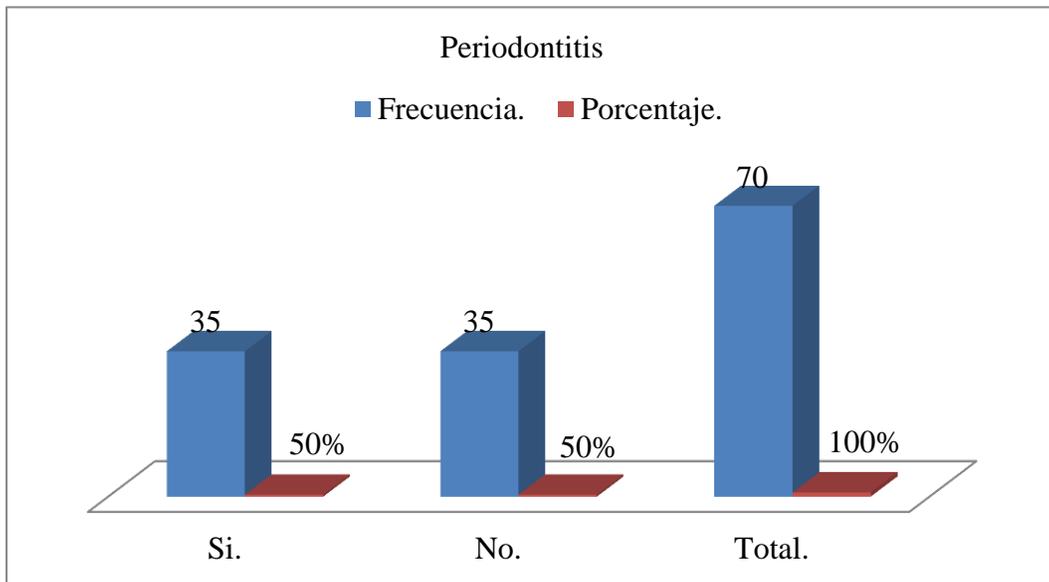


Gráfico No. 25. Periodontitis.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 96

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico N° 25 de enfermedad periodontal se determinó que de los 70 pacientes investigados 35 pacientes que corresponden al 50% presentaron enfermedad periodontal, mientras que los otros 35 pacientes que corresponden al otro 50% presentaron ausencia de enfermedad periodontal.

Estudiando la obra de Bottino¹⁰⁹ (2008) se pudo conocer que:

La periodontitis puede definirse como la inflamación de los tejidos periodontales de soporte. A pesar de las diferencias metodológicas y, de acuerdo con datos epidemiológicos mundiales, la relación entre la biopelícula/placa dental y la periodontitis grave en seres humanos es menos evidente que la observada en la gingivitis, pues este tipo de patología parece afectar pequeños grupos poblacionales. Las diversas manifestaciones se originan en un grupo heterogéneo de enfermedades infecciosas. Bajo la influencia directa de diferentes factores, la historia natural de la enfermedad también es ampliamente variable. La periodontitis puede clasificarse, por ejemplo, de acuerdo con la extensión (localizada o generalizada), con la gravedad (leve, moderada o avanzada), con el tipo de individuo afectado (niños, individuos con deterioro inmunológico) y por el agente causal (infección bacteriana, fúngica o viral) (pp. 33 - 34).

¹⁰⁹Bottino, M. (2008). *Nuevas tendencias 4: Periodoncia*. Ciudad de Sao Paulo, República Federativa del Brasil: Editorial Artes Médicas Ltda.

Cuadro 26

Periodontitis - hábitos tóxicos.

Hábitos tóxicos:	Periodontitis.	Porcentaje.
Alcoholismo.	16	46%
Tabaquismo.	11	31%
Drogodependencia.	8	23%
Total:	35	100%

Nota: Ficha de observación aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 133 – 134 – 135 – 136

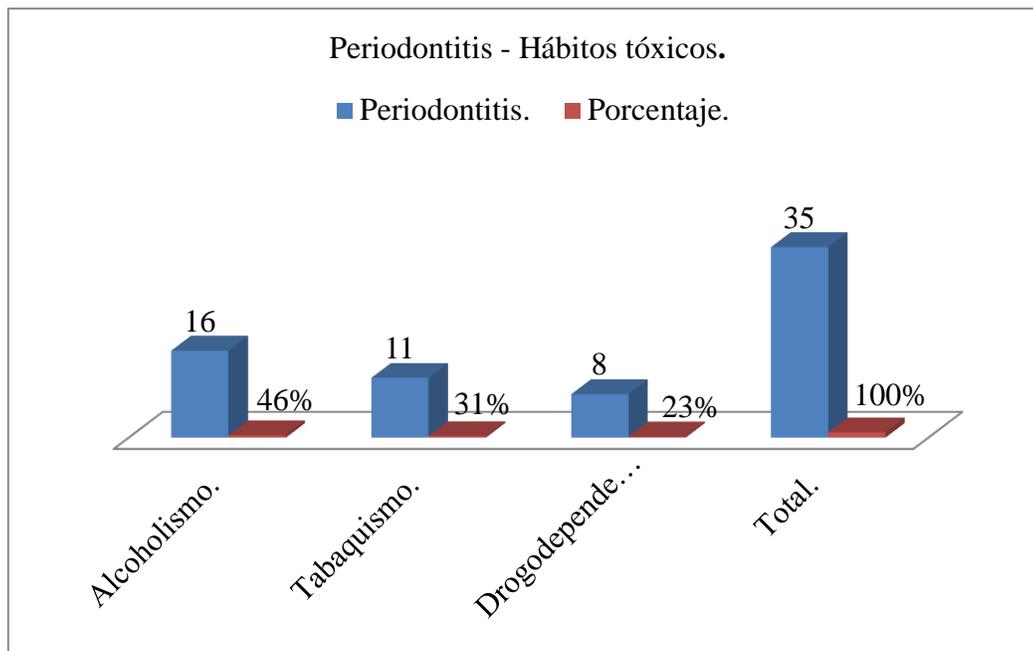


Gráfico No. 26. Periodontitis – Hábitos tóxicos.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 98

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 26 se determinó 35 casos de periodontitis en toda la población investigada, de tal manera que se la relacionó a los hábitos tóxicos pudiendo comprobar que en los alcohólicos se determinó 16 casos que corresponden al 46% de los pacientes con periodontitis. En los pacientes con tabaquismo fueron 11 casos que corresponden al 31% de pacientes con periodontitis, por último en los drogodependientes se determinó 8 casos que corresponden al 23% de la población con periodontitis.

Analizando la información disponible en el sitio web Candina et. al.¹¹⁰ (2012) se pudo conocer que: “Por otra parte, el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, han sido considerados como factores de riesgo en el desarrollo de cáncer oral, lesiones de la mucosa bucal y enfermedad periodontal” (p. 15).

¹¹⁰Candina, H., Herrera, C., Puldón, G. (2012). *Enfermedades médicas y estomatológicas provocadas por el alcoholismo en adultos y adolescentes. Modelos animales*. {En línea}. Consultado: [03, 04, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002012000100003

Cuadro 27

Xerostomía.

Volumen minuto:	Nivel.	Frecuencia.	Porcentaje.
Mayores a 0.5 ml/min.	Normal.	24	34%
Menores a 0.5ml/min.	Patológico.	46	66%

Nota: Ficha de observación aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 133 – 134 – 135 – 136

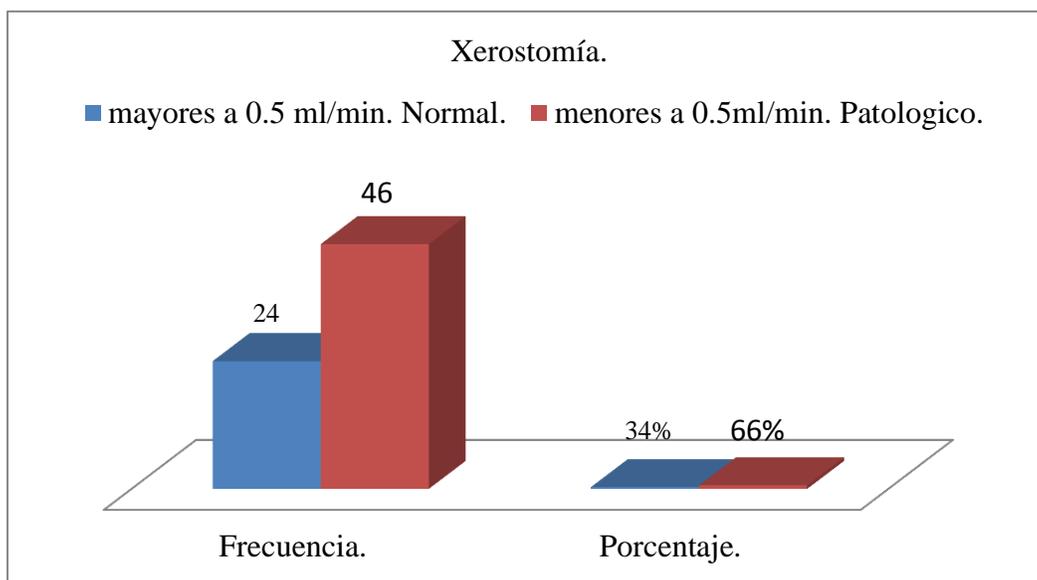


Gráfico No. 27. Xerostomía.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 100

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico N° 27 de xerostomía se pudo determinar que 46 pacientes que corresponden al 66% presentaron valores menores a 0.5 ml/minuto considerándose pacientes xerostómicos y en 24 pacientes que corresponden al 34% se encontró niveles mayores o normales a 0.5 ml/minuto descartando la presencia de xerostomía.

Estudiando la información disponible del sitio web Bascones et. al.¹¹¹ se pudo citar que:

Xerostomía o hiposialia término clínico que traduce una hipo o asialia. La saliva es un fluido primordial, porque es un mecanismo defensivo que sirve para triturar los alimentos, evitar la caries y las enfermedades periodontales.

La xerostomía o síndrome de boca seca se define como la disminución del flujo salival en condiciones en reposo. (pp. 24 - 25).

¹¹¹Bascones, A., Tenovuo, J., Ship, J., Turner, M., Mac-Veigh, I., López-Ibor, JM., Albi, M., Lanzós, E., Aliaga, A. (2007). *Conclusiones del Simposium 2007 de la Sociedad Española de Medicina Oral sobre "Xerostomía. Síndrome de Boca Seca. Boca Ardiente"*. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v23n3/original1.pdf>

Cuadro 28

Xerostomía - hábitos tóxicos.

Hábitos tóxicos:	Xerostomía:		
	Normal.	Patológico.	Porcentaje.
Alcoholismo.	4	25	54%
Tabaquismo.	15	13	28%
Drogodependencia.	5	8	17%
Total:	24	46	100%

Nota: Ficha de observación aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 133 – 134 – 135 – 136

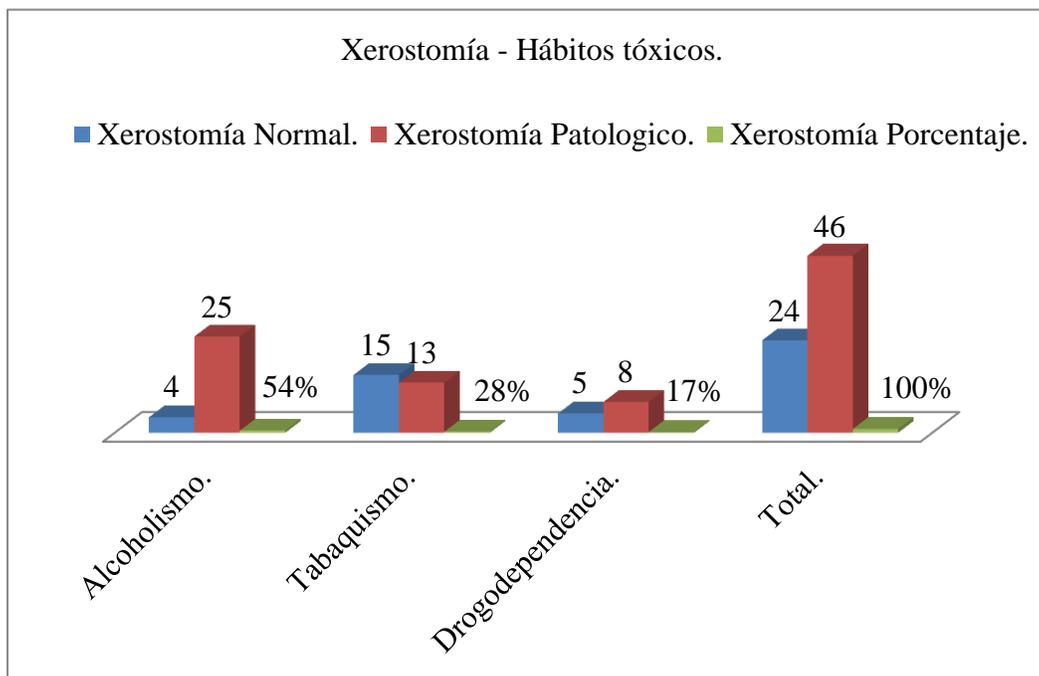


Gráfico No. 28. Xerostomía - Hábitos tóxicos.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 102

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 28 se pudo determinar que en toda la población investigada se encontró 25 casos con niveles normales de saliva y 46 casos de xerostomías de las cuales los pacientes alcohólicos tuvieron 25 casos que corresponden al 54% de la población con xerostomía. Seguido por el tabaquismo con 13 casos que corresponden al 28% de la población con xerostomía, por último los drogodependientes con 8 casos que corresponden al 17% de la población con xerostomía.

Estudiando la información disponible del sitio web Bascones et. al.¹¹² se pudo citar que:

“La xerostomía es un problema muy ligado a trastornos, como estrés, ansiedad y depresión, y a factores locales, como tabaquismo, alcoholismo, y cafeína” (pp. 24 - 25).

¹¹²Bascones, A., Tenovuo, J., Ship, J., Turner, M., Mac-Veigh, I., López-Ibor, JM., Albi, M., Lanzós, E., Aliaga, A. (2007). *Conclusiones del Simposium 2007 de la Sociedad Española de Medicina Oral sobre “Xerostomía. Síndrome de Boca Seca. Boca Ardiente”*. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v23n3/original1.pdf>

Cuadro n°29

Índice de CPO.

C.	P.	O.	CPOD.
156	226	63	442

Nota: Ficha de observación aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 133 – 134 – 135 – 136

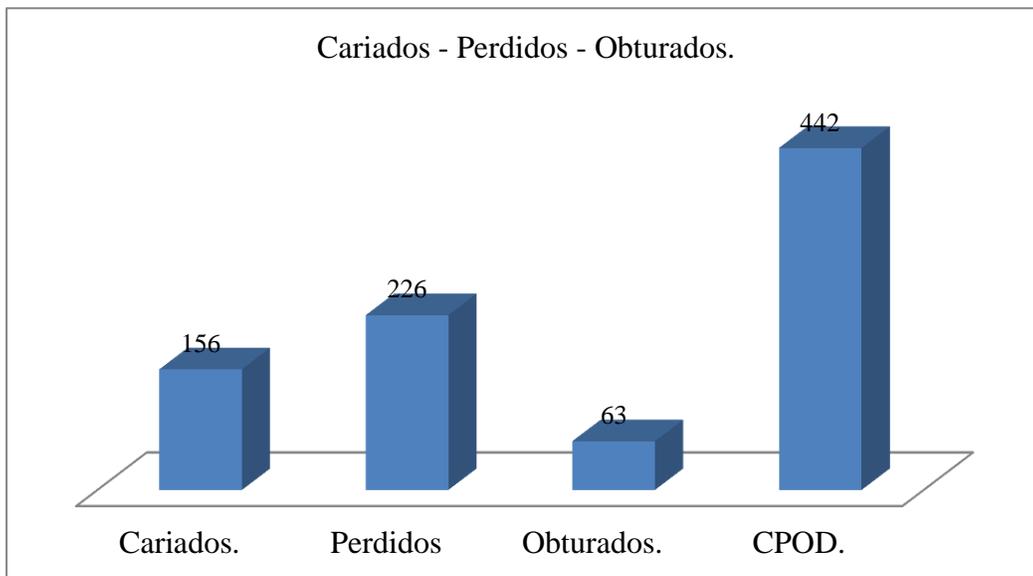


Gráfico No. 29. Cariados – Perdidos – Obturados. CPOD= Expresa el valor total de dientes cariados, perdidos u obturados.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 104

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y grafico N° 29 que indica el índice de CPO determina que 156 piezas dentales se encontraron con caries dental, 226 piezas dentales fueron perdidas y 63 obturadas dando un total de CPOD (6,3) que en el índice de caries nos lleva a mencionar un alto predominio de caries dental en la población investigada.

Analizando la obra de la AIC¹¹³ (2010) se pudo citar que:

El índice CAO-D expresa el número medio de dientes cariados, perdidos u obturados como consecuencia de caries. Se trata del método más eficaz de estudio de la prevalencia de la caries. La sigla cao-d se refiere a los dientes temporales, mientras que la sigla CAO-D corresponde a la dentadura permanente. (pp. 41 - 42).

Considerando la información disponible del sitio web Aguilar et. al.¹¹⁴ (2009) se pudo referenciar que:

También la OMS ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental. Así mismo, establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores: CPOD= 0-1.1 Muy Bajo, 1.2-2.6 Bajo, 2.7-4.4 Moderado, 4.5 - 6.5 Alto, 6.6 y + Muy Alto. (p. 42).

¹¹³Academia italiana di conservativa. (2010). *Odontología Restauradora*. Barcelona, Reino de España: Elsevier Masson.

¹¹⁴Aguilar, N., Navarrete, K., Robles, D., Aguilar, SH., Rojas, A. (2009). *Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit*. [En línea]. Consultado: [02, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V01N2p27.pdf>

Cuadro n° 30

Hábitos tóxicos – CPO.

Hábitos tóxicos:	Cariados.	Perdidos.	Obturados.	Porcentaje.
Alcoholismo.	76	84	22	41%
Tabaquismo.	48	53	24	28%
Drogodependencia.	32	89	17	31%
Total:	156	226	63	100%

Nota: Ficha de observación aplicada a pacientes con hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis. Anexos, pp. 133 – 134 – 135 – 136

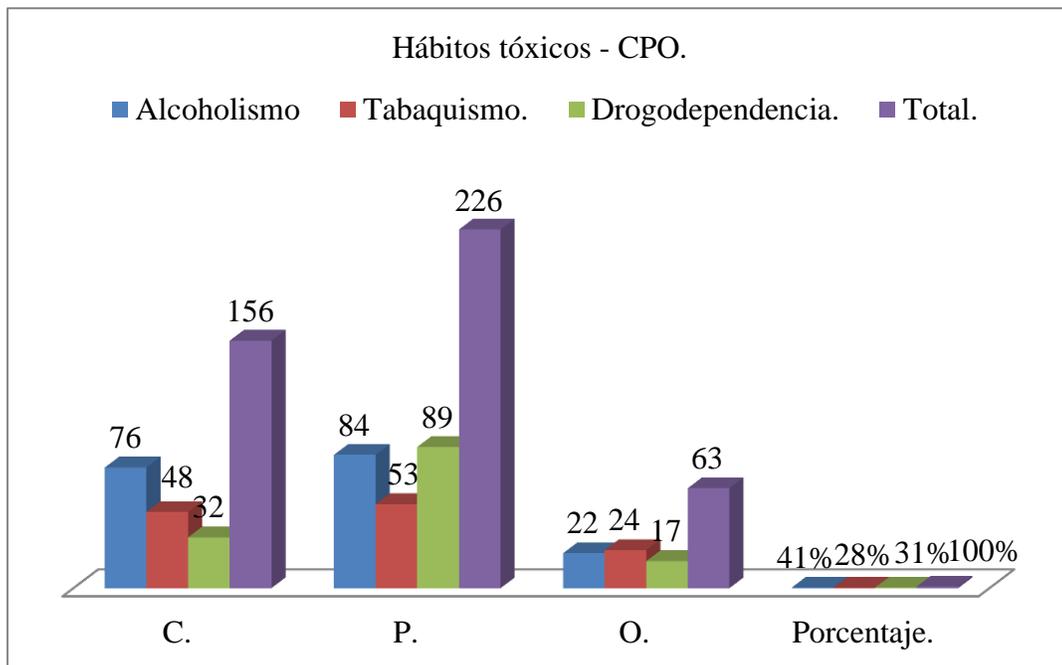


Gráfico No. 30. Hábitos tóxicos - CPO. C= Cariados. P= Perdidos. O= Obturados.

Realizado por autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 106

Análisis e interpretación.

De acuerdo al cuadro y gráfico N° 30 que relaciona los hábitos tóxicos con el índice de CPO determina que los pacientes alcohólicos obtuvieron 76 caries, 84 piezas perdidas y 22 obturadas determinando un 41% del total de piezas en toda la población investigada. Los pacientes con tabaquismo obtuvieron 48 caries, 53 piezas perdidas y 24 obturadas determinando un 28% del total de piezas, los pacientes drogodependientes obtuvieron 32 caries, 89 piezas perdidas y 17 obturadas determinando un 31% del total de piezas o CPOD que fue 442.

Considerando la información disponible del sitio web Aguilar et. al.¹¹⁵ (2009) se pudo referenciar que:

También la OMS ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental. Así mismo, establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores: CPOD= 0-1.1 Muy Bajo, 1.2-2.6 Bajo, 2.7-4.4 Moderado, 4.5 - 6.5 Alto, 6.6 y + Muy Alto. (pp. 42 - 43).

¹¹⁵Aguilar, N., Navarrete, K., Robles, D., Aguilar, SH., Rojas, A. (2009). *Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit.* [En línea]. Consultado: [02, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V01N2p27.pdf>

CAPITULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

En base a la investigación realizada y al inspeccionar el estado de los tejidos gingivales se pudo determinar que hubo 33 casos de gingivitis leves repartidas en 11 casos para alcoholismo, 16 para tabaquismo y 6 para drogodependencia. También se obtuvieron 11 casos de gingivitis moderada distribuidos en 4 para alcoholismo, 2 para tabaquismo y 5 para drogodependencia; gingivitis severa se determinó 26 casos distribuidos en 7 para alcoholismo, 11 para tabaquismo y 8 para la drogodependencia.

Asimismo se evidenciaron 35 casos de periodontitis. Dando un porcentaje del 50% de la población afectada por periodontitis, determinando los más afectados con 16 casos para el alcoholismo, seguido con 11 casos para el tabaquismo, por ultimo 8 casos para los drogodependientes.

De acuerdo al índice de CPO con los hábitos tóxicos se determinó que hubo 156 piezas cariadas. Distribuidas en 76 para alcohólicos, 48 para tabaquismo, y 32 para drogodependientes; 226 perdidas distribuidas en 84 para alcohólicos, 53 para tabaquismo, 89 para drogodependientes; 63 obturadas distribuidas en 22 para alcoholismo, 24 para tabaquismo y 17 para drogodependientes.

Se pudo evidenciar que los pacientes investigados tuvieron mayor prevalencia de xerostomía siendo 46 casos los diagnosticados distribuidos en 25 para alcoholismo, 13 para tabaquismo y 8 para drogodependientes.

5.2. Recomendaciones.

Se aconseja que los internos tengan un mejor manejo de la higiene bucal para poder recuperar la salud, asimismo visitar al odontólogo periódicamente para realizarse los tratamientos preventivos.

Se recomienda a la población investigada que el alcohol, tabaco y drogas son factores que causan enfermedades generales y bucales, por tal motivo deben dejar de consumirlas definitivamente por su salud.

Se recomienda que dentro de los establecimientos se ofrezcan charlas educativas sobre salud bucal para motivar al paciente una vez recuperado de su adicción, pueda tener la oportunidad para realizarse tratamientos preventivos.

Se recomienda que los directores de las clínicas de rehabilitación le brinden a todos los internos un kit de higiene bucal que contenga elementos básicos como: cepillo dental, enjuague bucal e hilo dental para poder mejorar su higiene bucal y poder contrarrestar alteraciones bucales.

CAPITULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Datos informativos.

6.1.1. Título de la propuesta.

Mejoramiento de la salud bucal en los pacientes de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

6.1.2. Periodo de ejecución.

La ejecución de la propuesta se realizara en el mes de junio del 2014.

6.1.3. Descripción de los beneficiarios.

Beneficiarios Directos.- Los pacientes de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo los cuales tendrán mejores conocimientos en salud bucal y el efecto que causa el consumo de alcohol, tabaco y drogas en la cavidad bucal.

Beneficiarios Indirectos.- Lo conforman el personal de trabajo de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación, ya que ellos también recibirán información acerca del manejo de las alteraciones bucales causadas por el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

6.1.4. Ubicación sectorial y física.

La propuesta será ejecutada en las clínicas de rehabilitación y desintoxicación ubicadas en toda la extensión territorial de la ciudad de Portoviejo. Provincia Manabí, Republica del Ecuador.

6.2. Introducción.

Se realizó una propuesta en los centros de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo con el objetivo de incentivar y fomentar valores en la salud bucal, de manera que se realizó charlas educativas en los respectivos centros de rehabilitación acerca de las manifestaciones que se pueden presentar en la cavidad bucal cuando se consume sustancias toxicas como el alcohol, tabaco y drogas de cualquier tipo. De la misma manera se dialogó con los internos y ellos hacían saber sus interrogantes a base de preguntas que durante la charla fueron discutidas y los pacientes salieron de cualquier duda que tenían en ese momento.

6.3. Justificación.

Según la investigación que se realizó en los internos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo se puede mencionar que hay poco conocimiento acerca de lo que puede provocar el consumo de tabaco, alcohol y drogas en la cavidad bucal. Por lo que se pudo observar un alto índice de pacientes con alteraciones bucodentales que necesitan tratamiento para poder mantener su cavidad bucal sana y sin desbalances en todos los tejidos bucales.

Asimismo se puede mencionar que los pacientes presentan este estado bucodental alterado por consumir alcohol, tabaco, drogas y la falta de educación en salud general y bucal. Combinado con el descuido por completo en el cepillado dental y las visitas

periódicas al odontólogo que pueden ayudar a diagnosticar alteraciones que causen problemas bucodentales.

Se considera importante que los pacientes de estas clínicas de rehabilitación obtengan un mayor conocimiento sobre higiene bucal y además sobre las afecciones bucodentales que pueden sufrir por el consumo continuo de alcohol, tabaco y drogas.

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo general.

Mejorar la salud bucal de los pacientes de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.

6.4.2. Objetivos específicos.

-Brindar a los internos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo la oportunidad de informarse y educarse sobre las manifestaciones que pueden encontrarse en la cavidad bucal.

-Fomentar en los internos buenos hábitos de salud bucal, como cepillado regular y la visita al Odontólogo para realizarse los respectivos tratamientos.

6.5. Fundamentación teórica.

Consiste en desarrollar charlas educativas dirigidas a los pacientes de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo con el propósito de brindar conocimientos sobre las manifestaciones bucales que se pueden presentar en los pacientes con hábitos de tabaquismo, alcoholismo y drogas. De este modo motivar a la población

analizada a que asistan a la consulta odontológica de manera permanente para mejorar su estado de salud bucal.

Para lograr la ejecución de esta propuesta se necesitó de varios recursos como la confección y entrega de trípticos educativos los cuales contenían puntos relacionados con el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción y sus consecuencias en el estado de salud bucal. Los cuales sirvieron como vía didáctica para los involucrados en la charla educativa.

6.6. Actividades.

Cuadro 31

Actividades para realizar la propuesta.

Actividades:	Junio.			
	9	10	11	12
Socialización con los directores de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo.	X			
Elaboración de un cronograma de trabajo.		X		

Charlas educativas a los pacientes sobre alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y sus consecuencias en la salud bucal, entrega de trípticos.			X	X
---	--	--	---	---

Nota: Actividades para realizar la propuesta.
Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

6.7. Recursos.

6.7.1. Humanos.

Autor de tesis.

Autoridades de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación.

6.7.2. Técnicos.

-Computadora.

-Impresora.

-Pen drive.

6.7.3. Materiales.

Trípticos.

6.7.4. Financieros.

La propuesta fue financiada en su totalidad por el autor de la investigación.

6.8. Presupuesto.

Cuadro 32

Presupuesto de la propuesta.

Rubros.	Cantidad.	Valor unitario.	Costo total.	Fuente financiera.
Trípticos.	70	\$ 0.30	\$ 21.00	Autor.
Total.	\$ 21.00	Autor.

Nota: Presupuesto de la propuesta.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

Bibliografía.

- 1-Academia italiana di conservativa. (2010). *Odontología Restauradora*. Barcelona, Reino de España: Elsevier Masson.
- 2-Barceló Canto, E. B. (2010). *Odontología para bebés*. México D. F., Estados Unidos Mexicanos: Trillas editorial.
- 3-Bordoni, N., Escobar Rojas, A., y Castillo Mercado, R. (2010). *Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.
- 4-Barrancos, M. (2006). *Operatoria dental*. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.
- 5-Bascones, A. (2009). *Periodoncia clínica e Implantología oral*. Ciudad de Barcelona: Ediciones avances Médico-Dentales, S.L.
- 6-Bottino, M. (2008). *Nuevas tendencias 4: Periodoncia*. Ciudad de Sao Paulo: Editorial Artes Médicas Ltda.
- 7-Carranza, F. C. (2010). *Periodontología clínica*. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.
- 8-Castillo Mercado, R., y otros. (2011). *Estomatología pediátrica*. Madrid, Reino de España: Ripano.
- 9-Colgate., Genco, R., Williams, R. (2011). *Enfermedad Periodontal y salud general: Una guía para el Clínico*. República de Colombia: Colgate Producción gráfica Editores S.A.
- 10-Eley, B., Sorry, M., Manson, J. (2012). *Periodoncia*. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

11-Echeverría García, J y Echeverría Manau, A. (2007). *Manual de Periodoncia*. Reino de España: Editorial Ergon.

12-García, C. (2006). *Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco dental*. Ciudad de Madrid: Editorial Ripano, S.A.

13-Massioli, M. A. (2013). *Odontología restauradora de a la A a la Z*. Rio de Janeiro, República Federativa del Brasil: Ponto Editora.

14-Nochii, E. (2008). *Odontología restauradora: Salud y estética*. (2 ed.). Ciudad de Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, S.A.

15-Langlais, R., Miller, C., Niel – Gehrig, J (2012). *Atlas a color de enfermedades bucales*. (1 ed.). Republica de México: Editorial el Manual Moderno, S.A.

Sitios web consultados:

17-Astoviza, B. (2000). *La prevención del alcoholismo en los adolescentes*. [En línea]. Consultado: [29, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000400019&script=sci_arttext&tlng=en

18-Aguilar, N., Navarrete, K., Robles, D., Aguilar, SH., Rojas, A. (2009). *Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit*. [En línea]. Consultado: [02, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V01N2p27.pdf>

19-Bascones, A., Tenovuo, J., Ship, J., Turner, M., Mac-Veigh, I., López-Ibor, JM., Albi, M., Lanzós, E., Aliaga, A. (2007). *Conclusiones del Simposium 2007 de la Sociedad Española de Medicina Oral sobre “Xerostomía. Síndrome de Boca Seca. Boca Ardiente”*. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v23n3/original1.pdf>

- 20-Beatriz, G., Aristizábal, J., Ballesteros, R., Benitez, M. (1991). *Hallazgos Clínicos orales característicos en consumidores de basuco, cocaína y/o marihuana*. [En línea]. Consultado: [15, 05, 2014] Disponible en: <http://revistaestomatologiaysalud.com/estomatologia/index.php/estomatol/article/viewFile/23/22>
- 21-Bello, S. (2011). *Tratamiento del tabaquismo*. [En línea]. Consultado. [04, septiembre, 2013] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-85602011000300007&script=sci_arttext
- 22-Candina, H., Herrera, C., Puldón, G. (2012). *Enfermedades médicas y estomatológicas provocadas por el alcoholismo en adultos y adolescentes*. Modelos animales. [En línea]. Consultado: [03, 04, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002012000100003
- 23-Consejo Nacional de control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. CONSEP. (2012). *La prevención del uso y consumo de drogas desde una visión integral*. [En línea]. Consultado: [8, abril, 2014] Disponible en: http://www.consep.gob.ec/descargas/referente_teorico_de_preencion.pdf
- 24-Fernández, E. (2006). *Neurobiología de la adicción a psicoestimulantes*. [En línea]. Consultado: [03, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4303/w030147.pdf>
- 25-Fonseca, S. (2012). *Consumo de tabaco*. [En línea]. Consultado: [04, septiembre, 2014] Disponible en: <http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/Fasciculo%201.%20Consumo%20de%20Tabaco%20Final.pdf>

- 26-Gantiva, C., Trujillo, A., Gómez, W., Martínez, A. (2007). *Actitudes hacia el Consumo de Cocaína y Marihuana en Estudiantes Universitarios*. {En línea}. Consultado: [23, enero, 2014] Disponible en: http://www.academia.edu/7040439/Actitudes_hacia_el_consumo_de_cocaina_y_marihuana_en_estudiantes_universitarios
- 27-García, E., Lima, G., Aldana, L., Casanova, P., Feliciano, V. (2004). *Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales*. [En línea]. Consultado: [06, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300007#cargo
- 28-Gigena, P., Bella, M., Cornejo, L. (2012). *Salud bucal y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación*. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2014] Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392012000200006&script=sci_arttext&tlng=pt#21
- 29-González, E., Aguilar, M^a José., Guisado, R., Tristán, T., García, P., Álvarez, J. (2009). *Xerostomía: Diagnóstico y Manejo Clínico*. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2009000100009&script=sci_arttext
- 30-González, R. (1995). *Como liberarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, el tabaco y el alcohol*. [En línea]. Consultado: [8, abril, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251995000300007&script=sci_arttext&tlng=pt
- 31-Hernández, C., González, B., Yero, I., Rivadeneira, A. (2013). *Caries dental y la higiene bucal en adolescentes de 12 a 15 años*. Área Norte Sancti Spíritus. (2010). [En

línea]. Consultado: [02, mayo, 2014] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000100002

32-Minaya-Sánchez, M., Medina-Solís, E., Casanova-Rosado, A., Casanova-Rosado J., Márquez-Corona, Ma. De Lourdes., Islas-Granillo, H., Islas-Márquez, A. (2010). *Pérdida de dientes y variables del estado periodontal asociadas en hombres policías adultos* [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm104c.pdf>

33-Ministerio de Salud Pública. M. S. P. Perú. (2010). *El humo del tabaco afecta la salud de todos, 31 de Mayo: Día mundial sin tabaco*. [En línea]. Consultado: [04, septiembre, 2013] Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/tabaco/default.asp>

34-Motilva, C., Vizcay, V. (2003). *Caracterización del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de un consultorio médico*. [En línea]. Consultado: [06, mayo, 2014] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000300004&script=sci_arttext

35-López, M., Pérez, G., García, I. (2008). *Previniendo el alcohol*. [En línea]. Consultado: [9, abril, 2014] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300011

36-Observatorio Chileno de Drogas Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2013). [En línea]. Consultado: [9, abril, 2014] Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2013/10/InformeEjecutivoENPG2012.pdf>

37-Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito (2002). *Tendencias mundiales de las drogas ilícitas 2002*. New York. [En línea].

Consultado: [7, abril, 2014] Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/report_2002-06-26_1_es.pdf

38-Pino, B., Rosales, M., Cruz, J., Ochoa, H. (2008). *Periodontopatias en pacientes alcohólicos*. [En línea]. Consultado: [02, abril, 2014] Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no122/pdf/n122ori4.pdf>

39-Rangel, J., García, G., Quintana, M., Gutiérrez, M., Gutiérrez, N. (2009). *Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor*. [En línea]. Consultado: [02, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100004&script=sci_arttext

40-Tirado, A., Velásquez, J., Vargas, A., Toro, H. (2013). *Consumo y dependencia a nicotina, alcohol y otras drogas, en docentes de una Universidad de Medellín, Colombia*. [En línea]. Consultado: [8, abril, 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2390/239028092010.pdf>

41-Traviesas, E., Márquez, D., Rodríguez, R., Rodríguez, J., Barrios, D. (2011). *Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones*. [En línea]. Consultado. [04, octubre, 2013] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072011000300009&script=sci_arttext

41-Unidad de Servicios Estadísticos de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica para *Educalcohol Costa Rica 2012*. USES – UCR. (2013). [En línea]. Consultado: [9, abril, 2014] Disponible en: http://www.educalcoholcr.org/files/Descargas/files/87_educalcoholucrestudiopatronesdeconsumodealcoholcr2013.pdf

Anexos:

Anexo 1.

Cuadro 33

Cronograma de tesis.

Actividad.	Horas.	Fecha.
Taller de titulación.	120 horas.	10 junio – 16 septiembre del 2013.
Trabajo con los especialistas del área de competencia del proyecto.	80 h0ras.	25 octubre 2013 (30 días).
Entrega de proyectos.	-----	05-20 diciembre del 2013.
Revisión de proyectos por lectores.	2 horas.	2-10 enero 2014 (15 días).
Sustentación de proyectos.	1 hora.	13-14 de enero del 2014 (2 días).
Correcciones.	10 horas.	14 enero al 28 febrero de 2014 (30 días).
Discrepancia miembros Dirime directos carrera (Aprobación).	-----	03-05 de marzo del 2014 (72 horas).
Entrega de proyecto final.	-----	. 05-06 de marzo del 2014.
Oficios aprobación proyectos.	-----	24 -25- 26 febrero 2014
Designación tutor.	-----	1 día 06-07 marzo del 2014.
Acompañamiento al desarrollo de tesis.	50 horas (10 horas semanales, 2 presenciales y 8 autónomas)	Del lunes, 10 de marzo hasta el viernes, 06 de junio del 2014.
Entrega de borradores de tesis.	-----	Lunes, 09 de junio del 2014.
Designación de lectores.	-----	Miércoles, 11 de junio del 2014.
Entrega de oficios y tesis a los lectores.	-----	Viernes, 13 de junio del 2014.
Revisión de tesis por parte de lectores.	2 horas.	Desde el lunes, 16 de junio al viernes, 18 de julio del 2014.
Entrega de informe de lectores.	-----	Lunes, 21 de julio del 2014.

Pre defensa de tesis.	1 hora.	Desde el martes, 22 de julio hasta el viernes, 01 de agosto del 2014.
Entrega de borradores de tesis corregidas.	-----	Desde el miércoles, 23 de julio hasta el miércoles, 06 de agosto del 2014.
Revisión gramatical y control antiplagio.	1 hora.	Desde el lunes, 11 de agosto hasta el viernes, 22 de agosto del 2014.
Entrega de carpeta con documentación.	-----	Desde el lunes, 18 de agosto hasta el viernes, 22 de agosto del 2014.
Sustentación de tesis.	1 hora.	Desde el lunes, 25 de agosto hasta el viernes, 05 de septiembre del 2014.
Incorporación.	-----	Sábado, 13 septiembre del 2014.

Nota: Cronograma de tesis.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

Anexo 2

Cuadro 34

Operacionalizacion de las variables.

Variables.	Tipos de variable.	Escala.	Descripción.	Indicador.
Edad.	Cuantitativa Discreta.	12 – 20 años. 21 – 31 años. 32 – + años.	Según años cumplidos hasta el momento del estudio.	Media, mediana y estándar.
Gingivitis.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	0 = ausencia de sangrado. 1 = presencia de sangrado.	Mediante la observación de los índices de salud bucal.	Número absoluto y porcentaje.
Enfermedad periodontal.	Cualitativa nominal dicotómica.	Sí. No.	Presencia de bolsas periodontales de 4 – 5 mm o más. Ausencia de bolsas periodontales.	Número absoluto y porcentaje.
Caries.	Cuantitativa nominal dicotómica	Sí. No.	Según O.M.S. del índice C.P.O.	Número absoluto y porcentaje.
Dientes perdidos	Cuantitativa nominal dicotómica	Sí. No.	Piezas dentales perdidas.	Número absoluto y porcentaje.
Dientes obturados	Cuantitativa nominal dicotómica	Sí. No.	Piezas dentales obturadas.	Número absoluto y porcentaje.

Xerostomía.	Cualitativa nominal dicotómica.	Sí. No.	Presencia xerostomía. Ausencia de xerostomía.	Número absoluto y porcentaje.
Alcoholismo.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Sí. No.	Consumió alcohol. No consumió alcohol.	Número absoluto y porcentaje.
Tabaquismo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Sí. No.	Consumió tabaco. No consumió tabaco.	Número absoluto y porcentaje.
Drogadicción.	Cualitativa nominal dicotómica.	Si. No.	Consumió drogas. No consumió drogas.	Número absoluto y porcentaje.

Nota: Operacionalización de variables.
Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

Anexo 3

Planilla de consentimiento informado.

Yo, el abajo firmante,

Con residencia

en

Acepto tomar parte en este estudio titulado: “.Manifestaciones bucales en pacientes con Hábitos tóxicos de las clínicas de rehabilitación y desintoxicación de la ciudad de Portoviejo en el periodo de marzo del 2014 – agosto del 2014”. El estudiante Fabio Guillermo Cevallos Castro, de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, investigador del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio y que puedo retirarme libremente. He tenido la oportunidad de hacer al investigador preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Después de consultarlo, accedo a cooperar con el egresado y de ser necesario con los miembros de su equipo. En caso de notar algo inusual durante la investigación, se lo haré saber inmediatamente.

Me consta que si así lo deseo, puedo interrumpir mi participación en cualquier momento y que esto no afectará mi atención médica en lo adelante.

Estoy de acuerdo con que mis datos personales y médicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados de las autoras principales de la investigación. Me consta que puedo ejercer mi derecho a acceder y a corregir esta información.

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada por el investigador participante. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Nombre y firma del investigador:

Nombre y firma del participante:

Fabio Guillermo Cevallos Castro.

Estudiante de la carrera de Odontología.

Grafico No. 31. Planilla de consentimiento informado.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis.

Anexo 4

Encuesta aplicada.

Estimado paciente, el cuestionario que tiene en sus manos forma parte de una investigación científica que realiza la Universidad San Gregorio de Portoviejo relacionada con la salud bucal. En el mismo se recogen aspectos relacionados con sus hábitos y costumbres. Agradecemos mucho su colaboración y le pedimos que los datos que brinde sean veraces para garantizar que los resultados de la investigación sean válidos. Esta encuesta es anónima y la información obtenida solo tendrá como finalidad alcanzar los objetivos científicos propuestos. ¡Muchas gracias!

Escriba el dato que se le solicite o haga las “X” necesarias en el cuadro, según corresponda:

1. Edad: 2. Sexo:..... 1. Hombre 2. Mujer.

3. Con respecto al consumo de tabaco usted:

- 1) No fumaba.
- 2) Fumaba ocasionalmente.
- 3) Fumaba diariamente.

4. Si fuma o lo hizo alguna vez, ¿Cuántos cigarrillos fuma o fumaba al día?

- a) 0 cigarrillos.
- b) 1 a 5 cigarrillos.
- c) 6 a 9 cigarrillos.
- d) Más de 10 cigarrillos.

5. ¿Durante qué tiempo fumo o ha fumado?

- a) No consume.
- b) 3 a 6 meses.
- c) 6 a 1 año.
- d) 1 año o más.

Respecto al consumo de alcohol usted:

6. ¿Usted consumía alcohol?

- a) Sí.
- b) No.

7. ¿Con que frecuencia consumía bebidas alcohólicas?

- a) Una vez a la semana.
- b) Solo fin de semana.
- c) Todos los días.
- d) Ocasiones especiales.
- e) No bebía o consumía.

8. ¿Recuerda a qué edad comenzó a beber con cierta regularidad?

- 1. No consumía.
- 2. 10 a 15 años.
- 3. 16 a 20 años.
- 4. Más de 20 años.

9. ¿Cuándo bebía que tipo de bebida alcohólica prefería?

- 1. Ron.
- 2. Aguardiente.

3. Whiskey.

4. Cerveza.

5. Vino.

6. No consumía.

10. ¿Qué cantidad bebía Usted?

1. No bebía.

2. 2 a 5 botellas pequeñas (contiene ½ litro).

3. 5 o más botellas pequeñas (contiene ½ litro).

4. 2 a 5 botellas grandes (contiene ¾ litros).

5. 5 o más botellas grandes (contiene ¾ litros).

11. ¿Cuánto tiempo ha bebido o bebió?

a) No bebía.

b) 3 a 6 meses.

c) 6 a 1 año.

d) 1 año o más.

12. ¿Cuál de estas drogas probó y volvió a probarla más veces?

a) Cannabis (marihuana, hierba, porro).

b) Cocaína (coca, perica).

c) Heroína (polvo).

d) Drogas sintéticas (éxtasis, pastillas alucinógenas).

e) Speed.

f) Inhalantes (pegamentos, colas).

13. ¿Qué edad tenía la primera vez que probó una de estas drogas?

- a) No consumió.
- b) 10 a 15 años.
- c) 16 a 20 años.
- d) Más de 20 años.

14. ¿Con que frecuencia consumía estas drogas?

- 1. De vez en cuando.
- 2. Una vez al mes.
- 3. Casi todos las semanas.
- 4. A diario o prácticamente a diario.
- 5. No consumió.

15. ¿Cuál era la forma en que consumía la droga?

- 1. Fumada.
- 2. Inhalada por la nariz.
- 3. Inyectada.
- 4. Mesclada con alguna bebida.
- 5. Otra ¿Cuál?.....
- 6. No consumió.

16. ¿Cuánto consumía cada vez?

- a) De 1 a 2.
- b) De 3 a 5.
- c) 6 en adelante.
- d) No consumió.

Salud bucal.

17. ¿Cuándo visita al odontólogo?

1. Cada 3 meses.
2. Cada año.
3. Cuando le duele algo en boca o dientes.
4. Cuando quiere verse bien.
5. Otros ¿Cuál?.....

18. Para mantener limpios sus dientes ¿Qué utiliza?:

1. Cepillo de dientes normal.
2. Cepillo de dientes eléctrico
3. Hilo dental
4. Colutorios (enjuagues, etc...)
5. Otros ¿Cuál?:.....

Muchas gracias por su participación.

Anexo 5

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)		EDAD		Nº HISTORIA CLÍNICA	
MENOR DE 1 AÑO		1 - 4 AÑOS		5 - 9 AÑOS PROGRAMADO		9 - 14 AÑOS NO PROGRAMADO		10 - 14 AÑOS PROGRAMADO		15 - 19 AÑOS	
MAYOR DE 20 AÑOS		EMBARAZADA									

1 MOTIVO DE CONSULTA											
ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE											

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL											
REGISTRAR SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL											

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES											
1. ALERGIA ANTIBIÓTICO		2. ALERGIA ALIMENTARIA		3. HEMOBRANCIAS		4. VIRSIDIA		5. TUBERCULOSIS		6. ASMA	
7. DIABETES		8. HIPERTENSIÓN		9. ENF. CARDÍACA		10. OTRO					

4 SIGNOS VITALES											
PRESIÓN ARTERIAL		FRECUENCIA CARDÍACA min.		TEMPERATURA °C		F. RESPIRAT. min.					

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO											
DESCRIBIR BAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO											
1. LABIOS		2. MEJILLAS		3. MÁXILAR SUPERIOR		4. MÁXILAR INFERIOR		5. LENGUA		6. PALADAR	
9. GLÁNDULAS SALIVALES		10. ORO FARINGE		11. A.T.M.		12. GANGLIOS					

6 ODONTOGRAMA											
PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR 'X' (1,2 ó 3), SI APLICA.											
RECESIÓN <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
MOVILIDAD <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
VESTIBULAR <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
LINGUAL <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
VESTIBULAR <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
MOVILIDAD <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
RECESIÓN <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL														
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA						ENFERMEDAD PERIODONTAL			MAL OCLUSIÓN			FLUOROSIS		
PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	LEVE	MODERADA	SEVERA	ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III	LEVE	MODERADA	SEVERA
16	17	56	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1									
11	21	51												
26	27	55												
36	37	75												
31	41	71												
46	47	85												
TOTALES														

8 INDICES CPO-ceo											
D	C	P	O	TOTAL							
d	c	e	o	TOTAL							

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA											
* rojo	SELLANTE NECESARIO	U	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	=	PRÓTESIS TOTAL						
* azul	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	□	CORONA						
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS FIJA	○ azul	OBTURADO						
X azul	PÉRDIDA POR CARIES	(---)	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES						

ODONTOLOGÍA (1)

Gráfico No. 32. Historia clínica y Odontograma.
 Fuente: Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador.

FICHA DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

DIAGNÓSTICO	11	12	13	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	26	27	28
Gingivitis																
Periodontitis 1																
Periodontitis 2																
Periodontitis 3																
Pronost. Indiv.																

DIAGNÓSTICO	31	32	33	34	35	36	37	38	41	42	43	44	45	46	47	48
Gingivitis																
Periodontitis 1																
Periodontitis 2																
Periodontitis 3																
Pronost. Indiv.																

Grafico No. 33. Periodontograma.
Fuente: Clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Cuadro 35

Matriz de hallazgos clínicos de la encía.

Hallazgos clínicos de la encía.			Nº Historia Clínica.		
Color.	Rosa coral.		Rojizo.		Rojo vinoso.
Tamaño.	Normal.		Edema.		Hiperplasia.
Forma.	Festoneada.		Recesión.		Edematizada.
Consistencia.	Dura.		Firme.		Blanda.
Sangrado.	No sangra.		Sangra al sondaje.		Hemorragia.

Nota: Matriz de hallazgos clínicos.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

Cuadro 36

Ficha de recolección y medición salival para determinar xerostomía.

Valores referenciales para prueba de saliva estimulada (ml/min).	
Volumen minuto.	Nivel.
Mayores a 0.5 ml/min.	Normal.
Menores de 0.5 ml/min.	Disminuido (patológico).

Nota: Ficha de recolección y medición salival para determinar xerostomía.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

Anexo 6

Cuadro 37

Base de datos de hallazgos clínicos de la encía.

Matriz de hallazgos clínicos.															
H. clínica.	Color de la encía.			Tamaño de la encía			Forma de la encía.			Consistencia de la encía.			Sangrado de la encía.		
	Rosa coral.	Rojizo.	Rojo vinoso.	Normal.	Edema.	Hiperplasia.	Festoneada.	Recesión.	Edematizada.	Dura.	Firme.	Blanda.	No sangra.	Sangra sondaje.	Hemorragia.
1	X			X			X				X		X		
2	X			X				X		X			X		
3	X			X			X			X			X		
4	X			X			X			X			X		
5	X			X				X		X			X		
6	X			X				X		X				X	
7		X		X			X				X			X	
8			X			X		X				X			X
9	X			X			X				X			X	
10	X			X			X			X			X		
11			X		X			X				X			X
12		X				X		X				X			X
13	X			X				X		X				X	
14		X		X			X			X			X		
15			X			X		X				X			X
16	X			X			X				X		X		
17	X			X			X			X			X		
18		X			X		X			X				X	

19	X			X			X			X			X		
20	X			X				X			X			X	
21		X			X				X			X			X
22	X			X			X			X			X		
23		X			X				X			X			X
24		X				X			X			X			X
25			X		X			X				X			X
26	X			X				X		X			X		
27		X			X				X			X			X
28		X				X			X			X			X
29	X			X			X				X		X		
30	X			X			X			X			X		
31			X		X				X			X		X	
32		X			X				X			X			X
33	X			X			X				X		X		
34	X			X			X			X				X	
35		X		X			X			X			X		
36			X		X				X			X		X	
37	X			X			X			X				X	
38			X			X		X				X			X
39		X			X				X			X		X	
40		X			X			X				X			X
41		X			X				X			X		X	
42	X			X			X			X			X		
43	X			X			X			X			X		
44			X			X		X				X		X	
45			X			X		X			X			X	
46			X			X			X		X			X	

47			X			X		X			X		X		
48			X			X		X		X		X		X	
49		X		X			X			X		X			
50	X			X				X		X			X		
51			X			X			X		X			X	
52			X			X		X			X			X	
53			X			X		X			X		X		
54	X			X			X			X			X		
55	X			X			X			X			X		
56	X			X				X		X			X		
57	X			X				X		X			X		
58			X			X			X		X			X	
59			X		X				X			X		X	
60			X			X			X		X			X	
61	X			X			X			X			X		
62			X			X		X			X			X	
63	X			X				X		X			X		
64	X			X				X		X			X		
65			X		X				X		X			X	
66			X			X		X			X			X	
67			X			X		X			X			X	
68			X			X		X			X			X	
69			X			X		X			X			X	
70			X		X				X			X		X	
Total	30	15	25	34	15	21	24	28	18	27	19	24	27	28	15

Nota: Base de datos de hallazgos clínicos de la encía.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

Anexo 7

Cuadro 38

Base de datos de diagnóstico de Periodontitis

H. Clínica.	Ficha de diagnóstico y pronóstico.								Enfermedad Periodontal.	
	Gingivitis.				Periodontitis.				G.	P.
	1	2	3	4	1	2	3	4		
1	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
2	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
3	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
4	12,13,16	22,23,24	31,35,36,37	42,46	11,14,15,17	21,25,26,27	32,33	41,43,45,47		X
5	11,12,13,15	21,24,25,26,27	31,32,33	41,42,43					X	
6	11,12,13,14,15,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,45,47					X	
7	11,12,13,14,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
8	11,12,13,14,15,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36	41,42,43,44,45,46,47					X	
9	11,12,13,14,15,16,17	23,25	32,34,36	43,44,45		21,22,24,26,27	31,33,35	41,42	X	
10	11,12,13	21,22,24,26	31,32,37	41,42,44,47	14,15,17	23,25,27	33,34,35	43,45,46	X	
11	11,12	22	31,32	41,42,43	12,13,14,16	23,26	33	44,45		X
12	14,17	23,26	31,32,34,36,37	41,42,44,47	11,12,13,15,16	21,22,24,25,27	33,35	43,45		X
13	11,12,14,15,17	21,22,23,25,26	33,35,37	43,44	13,16	24,27	31,32,34,36	41,42,45,46,47	X	
14	16,17	25,26,27	31,32,33,34,35,36	41,42,43,46	11,13,14,15	21,22,23,24	37	44,45	X	
15	13,14,15	21		41	16,17	22,23,24,25	31,32,33,34,35	42,43		X
16	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,33,35,37	41,43			32,34,36	42,44,45,46,47	X	
17	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,27	31,32,33,34,35,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
18	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
19	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27					31,32,33,34,35,37	41,42,43,44,45,46	X	
20	11,12,13,14,15,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	

21	11,12,13,14,17	21,27	34,36	41,43,45,47	15,16	22,23,24,25	31,32,33,35,37	42,44		X
22	13,16	23,24,25,27	33,34,35,37	43,44,47	11,12,14,15,17	21,22,23		41,42,45,46	X	
23	11,15,16,17	21,24,26,27	34,36,37	43,45,47	12,13,14	22,23,25	31,32,33,35	41,42,44,46		X
24					11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47		X
25					11,12,13,14,15,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47		X
26	11,12,13,15	21,22,23	31,32,33,34	41,42,43,44	16,17	25,26,27	35,36,37	46,47	X	
27					11,12,13,14,17	21,23,24,26,27	31,32,33,34,35,36	41,42,43,44,45,47		X
28					11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47		X
29	11,12,13,15,16,17	21,22,23,25,26,27	31,32,33,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
30	11,12,13,14,15,17	22,23,24,25,27					33,34,35,37	44,47	X	
31					11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,27	31,32,33,34,35	41,42,43,44		X
32							32,33,34,36	42,43,44		X
33	11,12,13,15	21,22,23,25,26	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
34	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
35	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
36					11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35	41,42,43,44,45		X
37	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
38					11,12,13,14,15,17	21,22,23,24,25,27	31,32,33,34,35,37	41,42,43,44,45,47		X
39					11,12,14,15,17	21,22,23,25,27	31,32,34,35,36	41,42,43,44,45,46,47		X
40					11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47		X
41					11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47		X
42	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
43	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
44	12	21,22	36	44,45	11,13,14,15,16,17	23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,37	41,42,43,46,47		X
45					11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,37	41,42,43,44,45,46,47		X
46					11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47		X
47			31,32,36	43,45	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	33,34,35,37	41,42,44,46,47		X
48					11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47		X

49	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
50	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
51					11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47		X
52					11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47		X
53					11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47		X
54	11,12,13,14,15,16	21,22,23,24,25,26	31,32,33,34,35,36	41,42,43,44,45,46					X	
55	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
56										
57	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
58	11,12,13	26	35		14,15,16,17	21,22,23,24,25,27	31,32,33,34	41,42,43,44,45		X
59	11,17	25,27	32,37		12,13,14,15	21,22,23	31,33,35	41,42,43,44		X
60						26,27	31,32,33,34	41,42,43,44,45,46,47		X
61	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,37	41,42,43,44,45,47					X	
62	12,15,16	21,27	35,36,37	46,47	11,13,14,17	22,23,24,25,26	31,32,33,34	41,42,43		X
63	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
64	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					X	
65	11,17	21,27	34,37	41,45,47	12,13,14,15,16	22,23,24,25,26	31,32,33,35,36	42,43,44,46		X
66	11,15	27		41	12,13,14	21,22,23,24	31,33,37	42,43,44,47		X
67			32	42,47	11,12,13,14,15	21,23,24,26,27	31,33,34,35,37	41,43,46		X
68					11,12,13,14,15	21,22,23	31,32,33,34,36,37	41,42,43,44,45,7		X
69	16,17	25,26,27	33,36,37	41,47	13,14	21,22	31,34,35	42,43,45,46		X
70	17		31		11,12,13,16	21,22,23,25,26	32,34,35,36	41,42,43,44,45,47		X

Nota: Base de datos de diagnóstico de periodontitis.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

Anexo 8



Grafico No. 34. Investigación de campo. Realizando encuesta a paciente.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.



Grafico No. 35. Investigación de campo. Realizando observación e inspección clínica a paciente.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.



Grafico No. 36. Investigación de campo. Charla educativa sobre los efectos de los hábitos tóxicos en la salud oral.

Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.



Grafico No. 37. Investigación de campo. Después de charla educativa sobre los efectos de los hábitos tóxicos en la salud oral.

Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.



Grafico No. 38. Investigación de campo. Después de charla educativa sobre los efectos de los hábitos tóxicos en la salud oral.

Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

Anexo 9

Cuadro 39

Presupuesto de la investigación.

Rubros.	Canti- dad.	Unidad de medida.	Costo unitario.	Costo total.	Fuentes de financiamiento.	
					Autogestión.	Aporte Externo.
Anillados.	7	Unidad.	2	14	14	
Impresiones.	6	Unidad.	0.10	0.60	0.60	
Fotocopias.	1500	Unidad.	0.03	45	45	
Empastados.	5	Unidad.	10	50	50	
Guantes estériles.	2	Caja x 50	8	16	16	
Mascarillas.	1	Caja x 50	4	4	4	
Sondas Periodontales.	10	Unidad.	5	50	50	
Regla milimetrada.	10	Unidad.	2	20	20	
Espejos bucales.	10	Unidad.	1.50	15	15	
Campos estériles.	80	Unidad.	0.40	40	40	
Viáticos.	30	Dólar.	5	150	150	
Internet Mes.	50	Horas.	1	50	50	
Materiales de oficina.	14	Unidad.		3	3	
Subtotal.				457.6	457.6	
Imprevistos 10%				45.76	45.76	
Total.					503.36	

Nota: Presupuesto de la investigación.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

