

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



**RELACIÓN DE LA FRECUENCIA Y TIEMPO DE CONSUMO DE LA
PASTA BÁSICA DE COCAÍNA Y SALUD BUCAL EN INTERNOS DEL
CENTRO DE REHABILITACIÓN CONTRA LAS DROGAS “VICTORIA”
2018**

**TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR LA:

Bach. Sylvia Alesandra, GOICOCHEA ARAUJO

Lima – Perú

2019

Esta tesis se la dedico a DIOS quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban.

A mi madre quien siempre estuvo a mi lado, el pilar principal en mi educación, la que con sus palabras y actos me motivaron en todo momento a seguir luchando por alcanzar mi tan anhelada meta.

A mi padre que con su ejemplo de superación y perseverancia me enseñó a luchar por mis sueños y poder culminar con mi carrera, que a pesar de la distancia siempre está en mi mente y corazón.

A mis abuelitos por darme siempre la tranquilidad y amor incondicional que solo ellos saben darme.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento muy especial al señor Eduardo Borges encargado del “Centro de Rehabilitación Victoria” que desde el primer momento tuvo la disposición de apoyarme en esta investigación.

Al Dr. Hugo Caballero Cornejo por sus valiosos aportes académicos en el proceso de la elaboración de mi tesis.

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
N° 01 Distribución de participantes según el género	65
N° 02 Distribución de participantes según edad	66
N° 03 Relación entre pasta básica de cocaína (frecuencia de uso) y salud bucal	67
N° 04 Relación entre pasta básica de cocaína (frecuencia de uso) y salud bucal; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p)	69
N° 05 Relación entre pasta básica de cocaína (tiempo de uso) y salud bucal	70
N° 06 Relación entre pasta básica de cocaína (tiempo de uso) y salud bucal; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p)	72
N° 07 Frecuencia de consumo de pasta básica de cocaína	73
N° 08 Tiempo de consumo de pasta básica de cocaína	74
N° 09 Nivel de Higiene oral de los internos que consumieron pasta básica de cocaína	75
N° 10 Prevalencia de Índice gingival en los internos que consumieron pasta básica de cocaína	76
N° 11 Prevalencia de Índice periodontal en los internos que consumieron pasta básica de cocaína	77
N° 12 Prevalencia de CPOD en los internos que consumieron pasta básica de cocaína	78
N° 13 Prevalencia de Erosión en los internos que consumieron pasta básica de cocaína	79

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
N° 01 Distribución de participantes según el género	65
N° 02 Distribución de participantes según edad	66
N° 03 Prevalencia del Síndrome de Burnout en docentes de la Relación entre pasta básica de cocaína (frecuencia de uso) y salud bucal	68
N° 04 Relación entre pasta básica de cocaína (tiempo de uso) y salud bucal	71
N° 05 Frecuencia de consumo de pasta básica de cocaína	73
N° 06 Tiempo de consumo de pasta básica de cocaína	74
N° 07 Nivel de Higiene oral de los internos que consumieron pasta básica de cocaína	75
N° 08 Prevalencia de Índice gingival en los internos que consumieron pasta básica de cocaína	76
N° 09 Prevalencia de Índice periodontal en los internos que consumieron pasta básica de cocaína	77
N° 10 Prevalencia de CPOD en los internos que consumieron pasta básica de cocaína	78
N° 11 Prevalencia de Erosión en los internos que consumieron pasta básica de cocaína	79

INDICE

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de Tablas	iv
Índice de Figuras	v
Índice	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	x

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Drogas	1
1.1.2 Drogodependencia	19
1.1.3 Salud Bucal	20
1.1.4 Centro de Rehabilitación para drogodependientes	24
1.1.5 Pasta Básica de Cocaína	25
1.2 Investigaciones	33
1.3 Marco Conceptual	42

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETOS, HIPÓTESIS Y BARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema	44
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	44
2.1.2 Definición del Problema	46
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	47
2.2.1 Finalidad	47

2.2.2	Objetivos General y Específicos	48
2.2.3	Delimitación del Estudio	49
2.2.4	Justificación e Importancia del Estudio	50
2.3	Hipótesis y Variables	50
2.3.1	Hipótesis Principal y Específicos	50
2.3.2	Variables e Indicadores	52
CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO		
3.1	Población y Muestra	53
3.1.1	Población	53
3.1.2	Muestra	53
3.2	Diseño Utilizado en el Estudio	54
3.3	Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	55
3.3.1	Técnica de Recolección de Datos	55
3.3.2	Instrumentos de Recolección de Datos	56
3.4	Procesamiento de Datos	63
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		
4.1	Presentación de los Resultados	64
4.2	Discusión de los Resultados	80
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
5.1	Conclusiones	87
5.2	Recomendaciones	88
BIBLIOGRAFÍA		90
ANEXOS		97

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación de la frecuencia y tiempo de consumo de la Pasta Básica de Cocaína y salud bucal en Internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” 2018. En la metodología de la investigación el diseño del estudio fue transversal, el tipo de estudio fue descriptivo, prospectivo y con un enfoque cuantitativo. La muestra fue seleccionada en forma no aleatoria por conveniencia y estuvo constituida por 80 internos del Centro de Rehabilitación “Victoria” del 2018. Como instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos la variable consumo de pasta básica de cocaína e índices de la salud bucal, que comprendió en Índice de Placa de Løe y Silness, índice Gingival de Løe y Silness, índice Periodontal de Ramfjord CPOD y El Índice de erosión dental de Eccles. El análisis estadístico se realizó en el software IBM SPSS Statistics. En cuanto a determinar la relación de la frecuencia y tiempo de consumo de la pasta básica de cocaína y salud bucal en Internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” 2018, se concluye que no hay relación entre la frecuencia y tiempo de consumo de pasta básica de cocaína y la salud bucal.

Palabras clave:

Drogas. Pasta Básica de Cocaína. Internos. Salud Bucal.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the relation of the frequency and time of consumption of the Basic Cocaine Paste and oral health in the Internal Rehabilitation Center against Drugs "Victoria" 2018. In the methodology of the research the design of the study was cross-sectional, the type of study was descriptive, prospective and with a quantitative approach. The sample was selected non-randomly for convenience and consisted of 80 inmates of the "Victoria" Rehabilitation Center in 2018. As an instrument, a data collection form was used, for the variable consumption of basic cocaine paste was utilized questions and for the variable oral health, were used indexes as Löe and Silness Plate Index, Löe and Silness Gingival Index, Ramfjord CPOD Periodontal Index and Eccles Dental Erosion Index. The statistical analysis was performed in the IBM SPSS Statistics software. In order to determine the relationship of the frequency and time of consumption of basic cocaine paste and oral health in the Internal Rehabilitation Center against Drugs "Victoria" 2018, it is concluded that there is no relationship between the frequency and time of consumption of basic cocaine paste and oral health.

Keywords:

Drugs. Basic Cocaine Paste. Internal. Oral Health.

INTRODUCCIÓN

Una de las sustancias derivada de las drogas más consumidas es la Pasta Básica de Cocaína en los países latinoamericanos, el uso continuo y en grandes cantidades causa grandes problemas de salud sobre todo la salud bucal. La pasta básica de cocaína (PBC) es un poderoso estimulante del Sistema Nervioso Central. Es una mezcla de diversas sustancias que se produce durante el proceso de extracción de los alcaloides de la hoja de coca. El componente principal es la cocaína que, en la sustancia no adulterada, debe representar más del 80% de su masa. Su reacción es alcalina.

El consumo de pasta básica de cocaína genera rápida dependencia caracterizada por la compulsión y apetencia para continuar el consumo. Su consumo produce tolerancia con gran facilidad. Existen reportes clínicos donde se informa que un adicto experimentado puede llegar a consumir por encima de 100 cigarrillos de PBC en una sesión promedio de 8 horas de duración.

La pasta básica de cocaína es una sustancia capaz de estimular el sistema nervioso que afecta a todo el organismo, el más afectado el tejido de la mucosa bucal, se han detectado diferentes tipos de afecciones donde se encuentra comprometida la encía, la lengua y tejidos periodontales en general, afecta a la salud bucal; la pasta básica de cocaína es un extracto de hoja de coca con agua, ácido sulfúrico y querosene y gasolina. Se presenta en polvo de color entre crema y marrón con un sabor amargo, con olor fuerte, se consume fumándolo solo o también combinado con marihuana. Otra manera de usarlo es aplicándolo sobre los tejidos de la mucosa bucal. El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la relación de la frecuencia y tiempo de consumo de la Pasta Básica de Cocaína y Salud Bucal en Internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” año 2018.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Marco Teórico

1.1.1 Drogas

A. Generalidades

Pinto P. en su estudio hace mención que el uso de sustancias psicoactivas se utilizó en tiempos antiguos, empleado por indígenas de distintas y lejanas zonas de las diferentes regiones.¹

Las primeras experiencias estuvieron en relación al patrón cultural y en otros casos en el campo medicinal, pero inmediatamente manifestaron secuelas adversas que comenzaron a propagarse en distintos ámbitos (psicológicos, médicos y sociales). La concepción de “droga” que intranquiliza tanto en la salud como en lo social, es de sustancias que producen subordinación y que modifican trascendentalmente la función general del individuo y de la sociedad. En el territorio peruano, entre las sustancias consumidas están el tabaco, el alcohol, la marihuana, diferentes medicamentos, los inhalantes, la cocaína, el grupo de las anfetaminas, etc.²

El término “droga de abuso” conceptualiza sobresaliente lo que asiduamente se comprende como droga; de esta forma, se le considera como una sustancia de utilización no médica con consecuencias psicoactivas (competentes de provocar

modificaciones en la apreciación, estado de ánimo, conciencia y conducta) y susceptibles de ser auto-aplicadas.³

B. Epidemiología

En 2017, se realizó en Perú un estudio epidemiológico cuyo propósito fue tener conocimiento la magnitud del consumo de drogas, lícitas e ilícitas, en este importante segmento de la población juvenil. En cuanto al alcohol, el 37,7% de los alumnos consumió alcohol al menos una vez durante los últimos treinta días, de los cuales el 45% fueron varones y el 30% fueron feminas; las diferencias entre ambos sexos son estadísticamente significativas. Con respecto a la combinación de alcohol y bebidas energizantes el 0.9% reconoce el consumo. En cuanto al tabaco, el 53% de los estudiantes declaran haber consumido tabaco alguna vez en la vida (67% de los hombres y 38,4% de las mujeres). En relación al uso de cigarrillos electrónicos, el 12,6% de los estudiantes ha usado cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida: 15,3% entre los hombres y 9,8% entre las mujeres. En cuanto al consumo de tranquilizantes como el Valium, clonazepam, alprazolam u otros, el 11,4% de los estudiantes declararon haber usado al menos uno de ellos alguna vez en la vida. Con respecto al uso de estimulantes como ritalin, cidrin, fenproporex y otros, su frecuencia fue de 0.9% (con o sin prescripción médica). En cuanto al consumo de cualquier droga ilícita, el 19.6% de los estudiantes ha probado al menos una vez en la vida; la marihuana fue la sustancia más consumida con un 5.2% en el último año, seguido de la cocaína (0.3%), luego hongos alucinógenos, ketamina y cannabinoides sintéticos, todos ellos con 0,25%. Luego el LSD con un 0.18%, éxtasis con 0.06%, pasta básica con 0.05%.⁴

En 2017, la institución "CEDRO", efectuó una investigación epidemiológica de sustancias narcóticas en la población urbana peruana, se entrevistó a individuos de 9261 viviendas en Lima y

Callao, y otras doce localidades del país. La muestra final de 8352 encuestados de doce a sesenta y cinco años. Resultando que, en territorio peruano, los narcóticos de mayor consumo fueron las legales es decir el alcohol (81.8%) y el tabaco (62.8%), mayor en varones que en féminas; y la droga ilegal de mayor consumo fue la marihuana (15.5%), luego la PBC (4.1%) y la cocaína (3.2%), igualmente mayor en varones que en féminas. Los narcóticos con mayores reportes de oportunidad de ofrecimiento es la marihuana (26 de cada 100 personas), seguido por la PBC (10 de cada 100), la cocaína (8 de cada 100) y el éxtasis (3 de cada 10); mayor en Lima que en provincias, salvo para el caso del éxtasis. La edad promedio de inicio en el uso de drogas legales (tabaco y alcohol) los 18 años; y la de edad inicial de consumo ilegal comprendido de 19 a 21 años. Se reconoció que las edades de inicio de las féminas son mayores que en los varones para drogas sociales, marihuana y PBC probablemente porque en los grupos mixtos que usan las féminas suelen ser de menor edad.⁵

La Organización Mundial Salud y la Organización Panamericana de Salud (2018), mencionan lo siguiente: “Se calcula que 1 de cada 20 adultos, esto indica que, alrededor de 250 millones de individuos de entre quince y sesenta y cuatro años, utilizaron por lo menos un narcótico en 2014, según el Informe Mundial sobre las Drogas 2016 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito”. La utilización de sustancias psicoactivas ha sido reconocida como un asunto relevante de salud pública para las Américas, el que lleva vinculada una responsabilidad trascendental de decesos prematuros y discapacidad.⁶

C. Concepto

Sustancia mineral, vegetal o animal, que se utiliza en la medicina, en la industria o en las bellas artes o como la sustancia o preparado

medicamentoso de resultado estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.⁷

La Organización Mundial de Salud, cita que el vocablo “droga”, es muy variado. Desde el punto de vista médico lo expone como toda sustancia con potencial para prever o sanar alguna patología o incrementar la salud física o mental y en el campo de la farmacología lo expone como toda sustancia química que altera los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar insertada en la Farmacopea. Coloquialmente, este término suele exponer precisamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de manera más puntual, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales procuran generalmente expresar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas regularmente con propósitos no médicos son de igual manera drogas en el sentido de que se consuman, al menos en parte, por sus efectos psicoactivos.⁸

El Decreto Ley N° 22095 define al término "Droga", de la siguiente manera: es cualquier sustancia natural o sintética que, al ser suministrada al individuo, modifica su situación anímica, la percepción o la conducta, produciendo alteraciones físicas o psíquicas y que son sensibles de ocasionar subordinación; constituyen las sustancias insertadas en las listas anexas; para los objetos de contención penal, se contempla solamente a las listas I y II A (que se encuentran descritas en el Decreto y que posteriormente se nombrarán).⁹

D. Vías de administración de las drogas de abuso

El modo de suministro de los narcóticos posee administración tiene un efecto directo sobre los procesos farmacocinéticos y farmacodinámicos del uso y, por ende, con vinculación a la mayor o menor velocidad con que se establece la subordinación. Y el

potencial de dependencia será alto, cuando los efectos placenteros se den de forma inmediata y breve.³

- **Vía oral:** pudiéndose dar en la ingestión, masticación o sublingualmente. Es la de mayor utilización para el uso de anfetaminas, LSD, barbitúricos y drogas sintéticas. Es la vía exclusiva para el consumo de alcohol.³
- **Vía pulmonar:** pudiendo ser mediante la modalidad de inhalación y/o fumada; es particular de la nicotina (tabaco), marihuana y de ciertos narcóticos cocaínicos como la pasta básica de cocaína y el crack.³
- **Vía nasal:** se da de modalidad de aspiración o inhalación. Esta vía es la más empleada para el consumo de cocaína, aunque muchas otras drogas se pueden inhalar.³
- **Vía rectal o genital:** aplicada sobre la mucosa anal o genital. Generalmente para el consumo de cocaína, heroína, entre otras sustancias.³
- **Vía parental:** empleada una jeringuilla hipodérmica, siendo las tres formas de suministro parenteral: la vía intravenosa, intramuscular y subcutánea.³

E. Farmacocinética de la droga de abuso

- **Absorción de la droga de abuso**
El narcótico entra al organismo a través una determinada vía de administración:¹⁰

- Cuando es por vía oral, inyección subcutánea, sublingual y rectal la absorción es más lenta. Cuando el narcótico es consumido por la cavidad bucal hay elementos relevantes que disminuyen la dimensión del narcótico absorbido dentro de la sangre. ¹⁰
- Cuando la vía mediante el “esnifado nasal” (es una alternativa cada día más común), generalmente practicada para el consumo de la heroína y la cocaína. El narcótico debe atravesar las membranas lipoideas de los cilios del tracto nasal para su incorporación en la circulación general. ¹⁰
- Cuando la vía de suministro es intravenosa la dosis se disemina raudamente en la circulación, no hay obstáculo de absorción y la dosis total se expande en la circulación sistémica. ¹⁰

La concurrencia de alimentos retrasa la velocidad de absorción de distintos narcóticos y la motilidad gastrointestinal y el flujo sanguíneo asimismo reprimen este procedimiento. El narcótico es trasladado por la vena hepática portal al hígado, donde esta puede ser metabolizada antes de su llegada a la circulación general. La modalidad de ingreso al organismo es fundamentalmente relevante, y afecta de forma prioritaria la absorción dentro de la circulación general, y subsecuentemente el sustento de la contestación clínica.¹⁰

- **Distribución de la droga de abuso**

Ya el narcótico en circulación sistémica, esta es repartida a los tejidos y órganos del individuo. La velocidad con que los narcóticos son captados por los tejidos es proporcional a su

solubilidad lipídica. Por ejemplo, los narcóticos como el tetrahidrocannabinol (perdura por un periodo largo pudiendo ser captados en la orina después de una a dos semanas de su consumo) y LSD son alojados raudamente dentro de los tejidos lipídicos. ¹⁰

- **Metabolismo de la droga de abuso**

El hígado es el vital lugar del metabolismo de los narcóticos. Principalmente el propósito es elaborar derivados polares (solubles en agua), los cuales son más prontamente excretados por los órganos. Se han detectado dos tipos de procedimientos metabólicos llamados fase I y II. La capacidad individual de metabolizar los narcóticos se reduce con la edad; pudiéndose aumentarse por el tabaco y el alcohol, o por consumir drogas. Genéticamente, el estado de nutrición afecta también. ¹⁰

- **Excreción de la droga de abuso**

La excreción de drogas y sus metabolitos generalmente se da por el riñón. Medios con menor relevancia incorporan a la leche, la saliva, la bilis, las glándulas sebáceas, las deposiciones y lo restante es reabsorbido por el tracto gastrointestinal. Los procedimientos de circulación enterohepática alargan el período sobre el cual estos metabolitos son eliminados por la orina. ¹⁰

F. Farmacodinamia de la droga de abuso

La farmacodinamia analiza los efectos bioquímicos y fisiológicos de los narcóticos y su mecanismo de acción, esto indica, lo que el narcótico produce al organismo. Es la porción más imprescindible de la farmacología dado que admite instaurar su colocación en la terapia o prevención de las patologías. ³

G. Clasificación de drogas

Hay diversos parámetros para categorizar a los narcóticos, pudiendo ser agrupadas según los efectos, la procedencia, la magnitud de la adicción que producen, el tipo de subordinación, según la potencialidad farmacológica, si son legales o ilegales, suaves o duras y otras variedades.¹¹

- Según el estatus legal, pueden ser legales o ilegales, este tipo de clasificación es subjetiva porque dependerá de elementos culturales, económicos e incluso políticos.¹¹ La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes es un órgano de fiscalización independiente y cuasi judicial, instaurado por un pacto, encomendado de custodiar la utilización de los tratados de fiscalización internacional de los narcóticos.¹²
 - **Drogas legales:** poseen reconocimiento legal y un uso normativo, como el alcohol-fármacos, tabaco³, el café.¹²
 - **Drogas ilegales:** su comercialización y uso están condenados por la ley, como por ejemplo las drogas cocaínicas (cocaína, PBC, crack), éxtasis, metanfetamina, LSD y marihuana.³

- Según los efectos sobre el sistema nervioso central, se clasifican en:
 - **Drogas depresoras:** alteran al sistema nervioso central, reduciéndola o retardándola, producen letargo, morosidad en los movimientos y en la manera de pensar; usualmente producen sueño y somnolencia.³ Entre las sustancias se puede hacer mención a el

alcohol, morfina o metadona, los derivados del opio como la heroína y fármacos ansiolíticos, hipnóticos o como relajante muscular.¹³

- **Drogas estimulantes:** estimulan el sistema nervioso central, produciendo hiperactividad, locuacidad y aumento de la actividad físico y psíquico³, apresuran el funcionamiento normal del cerebro y producen una condición de activación elevada, como los:¹³
 - Estimulantes mayores: las anfetaminas, cocaína o el speed.¹³
 - Estimulantes menores: nicotina del tabaco.¹³
 - Las xantinas como la cafeína, la teína y la teobromina.¹³

- **Drogas perturbadoras o alucinógenas:** estas alteran el funcionamiento del SNC, ocasionando desfiguración de la realidad y alucinaciones. Origina transformaciones emocionales intensas y variadas, y modificación de la personalidad.³ Perturban considerablemente la función del cerebro, generando efectos muy diferentes en relación de la sustancia que se consume, destacando:¹³
 - Alucinógenos como el LSD, la mescalina o el peyote.¹³
 - Derivados del cannabis, como el hachís y la marihuana.¹³
 - Drogas de síntesis como el éxtasis o el MDMA.¹³
 - Algunas drogas inhalantes, como colas o disolventes.¹³

- Según su origen se clasifican en:
 - **Naturales:** las que aparecen de forma espontánea en la naturaleza, en general hongos o vegetales.¹⁴ Como la hoja de coca (cocaína) marihuana (hachís), opio.^{3,11}
 - **Semi - sintéticos:** alcanzadas por la síntesis parcial del narcótico. Como, por ejemplo, el aislar algunos alcaloides produce que estos sean más fuertes, como es el caso de la cocaína y la pasta básica de cocaína dado que son provenientes de la hoja de coca.³
 - **Sintéticas:** aquellas que requieren de procesos físicos o químicos para su preparación.¹⁴ Como barbitúricos, anfetaminas, tranquilizantes, LSD.¹¹

- Según su modo de utilización, se clasifican en:
 - **Drogas sociales:** tabaco y alcohol.³
 - **Drogas folclóricas:** hojas de coca, ayahuasca, san pedro, entre otras.³
 - **Drogas terapéuticas:** fármacos.³
 - **Drogas de abuso:** marihuana, drogas cocaínicas (cocaína, PBC, crack), opioides.³
 - **Drogas de uso industrial:** llamada también “drogas de la pobreza”, debido a que son sencillas de conseguir y a barato precio, como los pegamentos¹¹, gasolina, thinner, bencina.³

- Según el riesgo, se clasifican en:
 - **Duras:** son aquellas que producen graves riesgos a la salud¹⁴, producen adicción o subordinación tanto física como psíquica¹⁵, como los opiáceos, barbitúricos, el alcohol, la cocaína y las anfetaminas. ¹¹
 - **Blandas:** produce adicción o dependencia a nivel solo físico, o solo psíquico ¹⁵, como la marihuana, cafeína o tabaco. ¹¹

H. Cuadro clínico del consumo de drogas

Comprenden de sintomatología afectiva, cognoscitiva y conductuales. ¹⁶

- **Síntomas afectivos:** pueden constituir desde depresión con sumersión del ánimo, hasta pensamiento de suicidio, fuerte euforia, con excitación, pensamiento de grandiosidad y emociones de omnipotencias. ¹⁶
- **El cuadro cognoscitivo:** consiste en inconvenientes de la atención, periodo reducido de concentración, alteraciones perceptivas con alucinaciones visuales y auditivas, y alteraciones del curso del pensamiento que daña la concordancia y el razonamiento. ¹⁶
- **Los síntomas comportamentales:** son la somnolencia, el letargo, desinhibición, potente intranquilidad motriz, inquietud, hipervigilancia y desvelo. ¹⁶

Payá B. y Castellano G. en la descripción de su estudio mencionan que el tipo de exteriorización cambiara en relación al tipo de narcótico consumido, del contexto del consumo y de unos elementos

característicos individuales del individuo que abarcan la experiencia previa con la sustancia, las expectativas sobre el efecto de narcótico y la presencia o ausencia de otro tipo de psicopatología previa. Además de la distinta sintomatología, uno de los signos decisivos en la clínica de los jóvenes que tienen una alteración por abuso de narcóticos será el menoscabo en el funcionamiento escolar y psicosocial que puede exponerse con la manifestación de disfunción o conflictiva familiar, conflictos interpersonales e infortunio escolar.¹⁷

I. Drogas sometidas a Fiscalización según Decreto Ley

El Decreto Ley N° 22095, el Gobierno Revolucionario aprobó la Ley de represión del tráfico ilícito de drogas (02/marzo/1978), el cual los narcóticos contenidos únicamente en las listas I y II A, tienen efecto de represión penal, y es la siguiente: ⁹

LISTA I	A	<ul style="list-style-type: none"> • Cannabis • Concentrado de Paja de Adormidera • Extractos vegetales diversos susceptibles de uso indebido • Heroína • Oxiconona
	B	<ul style="list-style-type: none"> • DET • DMHP • DMT • (+) – Lisergida • Mescalina • Parahexilo • Psilocina Psilotsina • Psilocibina • STP.DOM • Tetrahidrocannabinoles
LISTA II	A	<ul style="list-style-type: none"> • Cocaína • Dextromoramida • Fentanil • Metadona • Morfina • Opio • Petidina, Meperidina

Fuente: Ley de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas. Ley N°22095. Perú; 21 de febrero de 1978.

J. Principales drogas de abuso

Las drogas ilegales o ilícitas corresponden a ciertas sustancias que la normativa prohíbe su consumo.³ Como lo son:

- Cannabis

Es una droga que se extrae de la planta cannabis sativa, con cuya resina, hojas, tallos y flores se fabrican las drogas ilegales: el hachís y la marihuana. Sus efectos sobre el cerebro se deben esencialmente a sus principios activos, el

Tetrahidrocannabinol o THC, que se localiza en diferentes proporciones según el preparado empleado. ¹⁸

- **Marihuana:** conseguida de la trituración de flores, hojas y tallos secos, tiene una concentración de THC entre el 1% y el 5%.¹⁸ Usualmente es fumada, aunque también puede ser deglutida (pasteles, galletas o infusiones). Entre los efectos principales en los distintos sistemas se hace mención: ³
 - **Impacto cardiovascular:** aumento del ritmo cardíaco y presión arterial. ³
 - **Impacto sobre el músculo estriado:** relajación muscular. ³
 - **Impacto ocular:** enrojecimiento conjuntivas, disminución de presión intraocular. ³
 - **Impacto gastro-intestinales:** boca seca. ³
 - **Impacto respiratorio:** bronco-dilatación (secuela negativa a corto plazo en asmáticos). ³
 - **Impacto inmunológico:** trastorno de la inmunidad celular. ³
 - **Impacto endocrinos:** reducción de hormonas sexuales, incremento de la prolactina (galactorrea).³

- **Hachís:** fabricado a partir de la resina alojada en las flores de la planta hembra, posee una concentración de THC entre el 15 y el 50%. ¹⁸

- **Aceite de hachís:** resina de hachis disuelta y concentrada, tiene una concentración de THC entre el 25 y 50%.¹⁸

- **Cocaína**

Es un gran estimulante del sistema nervioso central y uno de los narcóticos más adictivos y nocivos. Resultan mediante el proceso químico de las hojas del arbusto de coca *Erythroxylum coca*.¹⁸ Su uso ocasiona una variedad de efectos dañinos en la salud a corto plazo, como los trastornos a la transmisión de los estímulos nerviosos, producción de coágulos al interior de los vasos sanguíneos, trastornos del ritmo y las contracciones cardíacas e infartos en órganos esencialmente sensibles como corazón y cerebro. A largo plazo, pueden ocasionar atrofia cerebral, trastornos en la memoria, del sueño y del ánimo, así como depresión.¹⁹ Existen distintos preparados a partir de esta droga:

- **Pasta básica de cocaína:** es el alcaloide impuro que se logra como un primer paso en la extirpación a partir de las hojas de coca, el resultado es un polvo color blanquecino mate que se añade al cigarro de tabaco o marihuana, suele usarse mediante la inhalación de bocanadas de humo, ingresando hacia los pulmones y generando un efecto de gran intensidad y una subordinación de suma gravedad, para su elaboración se emplean sustancias con alta toxicidad para el individuo.² Entre los efectos se puede mencionar: efecto estimulante inmediato, paranoia, trastorno de la conciencia (pseudo percepciones con persuasión de la realidad adjunta de una enorme angustia), hiperacusia, rigidez muscular e insensibilidad al dolor.³
- **Clorhidrato de cocaína:** potente estimulante del sistema nervioso central, procedente de las hojas del arbusto *Erythroxylum coca* nativo de Sudamérica, esencialmente de Perú y Bolivia. La modalidad de suministro es intranasal, se da anestesia local de las membranas, adormeciendo parte

de la vía respiratoria.² Entre los efectos se puede mencionar: euforia, transpiración, aumento de la percepción de energía y del sistema de vigilancia, percepción de agudeza mental, incremento del “insight” y de la autoestima (grandeza), mayor conciencia de las sensaciones sexuales, auditivas, táctiles y visuales acrecentamiento de la actividad motora y comportamientos estereotipados, aumento de ansiedad y suspicacia y reducción de la necesidad de sueño.³

- **Heroína**

Es una droga sintetizada en 1874 a partir de la morfina, procedente a su vez del opio que se logra de la planta *Papaver somniferum*. Se incorpora en el grupo de los opiáceos. Son altamente adictivas. Pueden fumarse, inyectarse o inhalarse por la nariz, siendo las dos primeras modalidades de suministro son las de ingreso más raudos al cerebro. Los efectos que producen son: Flash (subidón), euforia, bienestar, supresión del dolor, náusea, vómito, ofuscación de la mente y depresión respiratoria.¹⁸

- **Éxtasis**

Es una droga sintética, conocido técnicamente como MDMA o 3-4 metilenedioximetanfetamina. Químicamente parecida a la metanfetamina (estimulante) y a la mescalina (alucinógeno). Se consume por vía oral, usualmente en configuración de pastilla, tableta o cápsula. Cada tableta puede implicar un promedio de 60mg. a 120mg. de MDMA. Entre los efectos inmediatos se pueden mencionar a la: sociabilidad, euforia, desinhibición, aumento de la autoestima, locuacidad, intranquilidad, desconcierto, angustia, taquicardia, arritmia e hipertensión, xerostomía, transpiración, escalofríos, náuseas, contracción de

la mandíbula, temblores, deshidratación, incremento de la temperatura corporal o “golpe de calor”.¹⁸

- **Anfetamina**

Es un agente adrenérgico sintético, gran estimulante del sistema nervioso central, derivado químico de la efedrina, sintetizado en Japón en 1919. Su configuración es en forma de pastillas o cápsulas de distintas formas y colores. Sus primordiales consecuencias son la percepción de alerta, confianza, aumento de la energía y de la autoestima y reducción de la sensación de hambre y del sueño. Es adictivo, competente de producir subordinación con inmensa facilidad.³

- **Metanfetamina**

Estimulante procedente de la anfetamina con secuelas intensas sobre el sistema nervioso, tiene un crecido dominio adictivo. Es un polvo blanco, cristalino, sin olor y con sabor amargo, que se diluye con facilidad en agua. Consumida por distintas modalidades como la oral, inhalada, fumada, o inyectada, lo que fija el tipo y la dimensión de las consecuencias que origina. Denominado también “speed”, “meth” y “chalk” o bien “hielo” o “crystal” si se usa de forma fumada¹⁸, esta modalidad da un estímulo de larga duración, el cuerpo suprime el 50% en doce horas, incrementa la liberación de dopamina y obstaculiza a la recaptación de la dopamina, tiene utilidad médica limitada.³ Produce un incremento de la actividad, una reducción del apetito y percepción de bienestar, debido a la liberación de grandes porciones de dopamina en las áreas cerebrales vinculadas con el control de la actividad motora, el aprendizaje y el refuerzo.¹⁸

- **Ketamina**

Anestésico disociativo, empleada en la medicina humana y veterinaria, tiene cualidades alucinógenas, psicodélicas y estimulantes que han fomentado su utilización con propósitos no terapéuticos. El uso de la ketamina altera distintas zonas del cerebro, como el referido al del glutamato, dopamina (con efectos similares a la cocaína, implicando el obstáculo de la recaptación de dopamina), serotonina, opioides, noradrenalina y cortisol.³ A bajas dosis, engendra consecuencias parecidas a los de la embriaguez con alcohol, con pérdida de coordinación e inconvenientes para hablar y pensar, visión borrosa, etc. A altas dosis produce un “viaje” muy intenso, con desvarío, pseudo - alucinaciones, pérdida de la noción del espacio y del tiempo y distorsión de la realidad.¹⁸

- **Dietilamida del ácido lisérgico (LSD)**

Poderoso alucinógeno que modifica la función del SNC. Se absorbe con simplicidad por cualquier modalidad de suministro, aunque la modalidad oral es la más usual. Los efectos psicológicos surgen en las primeras instancias tras ingerir LSD. Se da una percepción de tensión interior que se aligera llorando o riendo y, dependiendo de las expectativas del sujeto, euforia. Posterior a las dos o tres horas se da un esquema peculiar de sintomatología psicodislépticas que se ajustan al “viaje psicodélico”.³

- **Inhalantes**

Son sustancias volátiles que poseen distintas secuelas psicoactivas y toxicológicas. La utilización continua está vinculada con una variedad de trastornos neuropsicológicos, incluidos la pérdida de la coordinación muscular y el menoscabo del cerebro. Se puede mencionar los cuatro estados habituales de inhalantes: disolventes volátiles,

aerosoles, gases y nitritos - fundamentándose en la configuración en que éstos a menudo se hallan en los artículos domésticos, industriales y médicos.^{2, 19}

1.1.2 Drogodependencia

La Organización Mundial de la Salud definió en 1982 a esta terminología como el complejo de sintomatología y signos físicos diferenciados por la manera de conducta que antepone emplear una o distintas sustancias psicoactivas anticipadamente que desenvolver otros más importantes, como laborar, educarse, ejecutar con responsabilidades obtenidas; en la que el individuo prioriza consumir narcóticos y estar sometido a los efectos de estos.²⁰

Los términos "dependencia", "drogadicción" o "fármaco dependencia", es la condición de intoxicación constante o crónica estimulada por el consumismo reiterado de un narcótico, o la condición psíquica u ocasionalmente física producida por la coacción entre el individuo y un narcótico, distinguido por: ⁹

- Un empuje irreprimible a consumir un narcótico de manera constante o regular y de pretenderla por algún medio. ⁹
- Una propensión para ir incrementando paulatinamente el narcotico.⁹
- Una condición psíquica o psicológica y esporádicamente física por los efectos del narcotico.⁹

Se define como toxicomanía o drogodependencia como la condición de uso crónico distinguido por un anhelo insuperable de tomar y obtener una droga por algún medio, con propensión a aumentar la dosis, con una subordinación psíquica y física a la vez y una alteración de las funciones mentales, psíquicas y sociales, en la toxicomanía hay tolerancia y ambas dependencias (física y psíquica).²¹

- Dependencia física, esto indica aquella condición en la que el cuerpo se adecua al narcótico y al interrumpir o cambiar la administración del narcótico produce el síndrome de abstinencia.⁹
- Dependencia psíquica, esto señala aquella condición de complacencia y el impulso psíquico incontenible que conlleva a consumir un narcótico de manera constante.⁹

1.1.3 Salud Bucal

A. Generalidades

En 1946, la OMS definió en la Conferencia Internacional de Salud, Nueva York (constituida por 61 Estados) el concepto del término “salud” siendo el siguiente: condición de absoluto bienestar físico, mental y social y no meramente la carencia de patología, el cual tuvo validez el siete de abril de 1948, concepto que no ha sido cambiada desde 1948.²²

Siendo la salud bucodental un indicativo decisivo de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general, siendo las principales causas de morbilidad por enfermedades bucodentales, siete: caries dentales, periodontopatías, cánceres bucales, manifestaciones bucodentales del VIH, traumatismos bucodentales, labio leporino y paladar hendido, y noma; casi todas las enfermedades y afecciones son en gran medida prevenibles o tratables en sus etapas iniciales.²³

B. Concepto

La salubridad bucal es polifacética e inserta la capacidad la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, ingerir y transmitir una gama de sentimientos mediante la expresión facial con seguridad y sin dolencia, fastidio y disfunción del complejo craneofacial. Otros atributos de la salud oral son: ²⁴

- Es un elemento esencial de la salud y el confort físico y mental.²⁴
- Evidencia las particularidades fisiológicas, sociales y psicológicas que son primordiales para la calidad de vida.²⁴
- Está influenciado por las prácticas variables de la persona, las percepciones, las expectativas y la capacidad para adaptarse a las circunstancias.²⁴

Esta posición de la salubridad bucal como fracción de la salud y bienestar en general es un hito relevante para el profesional especializado recordatorio a los formuladores de políticas, a otros médicos y al público en general de que la salubridad oral es una sección importantice la salubridad general.²⁴

La salubridad oral puede conceptualizarse como la carencia de dolencia orofacial crónica, patología maligna de boca o garganta, lesiones bucales, malformaciones congénitas, patologías periodontales, lesiones cariosas, pérdida de dientes, y otras patologías y trastornos que alteren a la cavidad oral.²⁵

C. Epidemiología

Según una investigación epidemiológica del estado peruano efectuado en el periodo 2001 y 2002, la frecuencia de las lesiones cariosas fue de un 90.4%; así mismo en cuanto al índice CPOD tuvo un valor de 6 en individuos de doce años, localizando según la OPS al Perú en un país de emergencia. Así también una investigación realizada en 1990, informo que la frecuencia de la patología periodontal represento el 85% y en investigaciones referenciales se aprecia que el predominio de maloclusiones corresponde al 80% actualmente. La salubridad bucal peruana comprende un grave inconveniente de salud pública, en consecuencia, es esencial un

abordaje total del inconveniente, utilizando disposiciones efectivas de fomento y prevención de la salud bucal.²⁶

En 2012, la OMS menciona que el sesenta y noventa por ciento de los estudiantes y aproximadamente un cien por ciento padecen de lesiones cariosas mundialmente. Las patologías periodontales graves, que culminan en la pérdida de piezas dentarias, alteran en 15% a 20% de los adultos de edades de 35 a 44 años. Los padecimientos bucodentales suelen ser prevalentes en individuos pobres y desfavorecidos, tanto en infantes como en adultos, Así también menciona que los elementos de riesgo para la producción de patologías bucodentales, alimentación deficiente, el consumo pernicioso del tabaco, de alcohol y la carencia de aseo bucodental, no obstante, hay distintos determinantes sociales.²⁷

Una investigación realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática en 2016 se examinó a infantes menores de doce años que fueron atendidos en un servicio dental en los últimos seis meses, reportando el 27.6%, en la zona urbana represento al 32% y en zonal rural fue de 22.5%, en relación a las regiones, quienes presentaron un mayor porcentaje a Apurímac (51.4%) y Ayacucho (49.4%).²⁸

D. Enfermedades y afecciones bucodentales prevalentes

- **Caries dental:** es una de las patologías con mayor frecuencia (alrededor del 50%) en niños de todo el mundo. De etiología multifactorial, generalmente provocado por la fermentación de carbohidratos simples como la sacarosa y los microorganismos estreptococos lactobacilos. Si no se trata a tiempo, puede afectar no solo la función de masticación, sino también el habla, la sonrisa y el entorno psicosocial y la calidad de vida del infante y la familia. El tratamiento de las enfermedades dentales es muy costoso en todos los

países y la prevención es muy simple y efectiva. Un estudio reciente en la India menciona que la frecuencia de lesiones cariosas varía entre 27% a 64% en niños de 12 años y 26 a 83% en adultos.²⁹

- **Enfermedad Periodontal:** la Asociación Americana de Periodoncia, conceptualiza a esta patología como una inflamación de los tejidos de soporte de la pieza dentaria. Habitualmente una modificación de tejido óseo y del ligamento periodontal. La enfermedad periodontal (EP) en cualquiera de sus configuraciones daña en aproximadamente 90% de los habitantes adultos mundialmente. Si bien el biofilm dental es el elemento causante esencial, hay otros elementos comprometidos, por tanto su etiología se suscitó como una estabilidad entre la contestación del hospedador y la virulencia de los microorganismos, de manera que cualquier elemento que incremente sus efectos o involucre la contestación del hospedador afectará y establecerá el surgimiento de la patología.³⁰ La OMS menciona que las patologías periodontales graves, que pueden concluir en la pérdida de piezas dentarias, perjudican en un 15% a 20% de los adultos de edades de 35 a 44 años.²⁷
- **Cáncer de boca:** representa una de las patologías malignas con mayor frecuencia, esto se debe al incremento desequilibrado del epitelio que cubre la mucosa oral, siendo el sitio más menoscabado el borde lingual, asimismo sitios como labios, mucosa del carrillo, piso de cavidad bucal (debajo de la lengua), encías, paladar, area posterior de garganta, amígdalas o glándulas salivales.³¹ En 2015, más de 45.000 estadounidenses recibieron un diagnóstico de cáncer de boca o de faringe. Más de 8000 perdieron la vida por el cáncer, lo que significa que esta enfermedad mató

aproximadamente a una persona por hora, todos los días. De esas 45.000 personas recientemente diagnosticadas, solo la mitad estarán vivas en cinco años.³² La OMS, menciona que la frecuencia del cáncer de boca representa generalmente de 1 y 10 sucesos por cada 100 000 habitantes. Su preponderancia es aproximadamente mayor en los hombres, las personas mayores y las personas con bajo nivel educativo y escasos ingresos. El tabaco y el alcohol son dos factores causales importantes.²⁷

- **Traumatismo dento-alveolar:** son eventos que ocurren con frecuencia por lo que se consideran un relevante inconveniente de salud pública, tienen orígenes variados, afectando principalmente a la población infantil y adolescente.³³ Mundialmente infantes de 6 a 12 años experimentan este tipo de lesiones que representa el 16% y 40%, esto se reporta debido a la carencia de protección en los parques y colegios, catástrofes de tránsito y actos de criminalidad.²⁷

Así también la Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionan a la pérdida de dientes, enfermedades fúngicas, bacterianas o víricas en infecciones por VIH, noma y paladar hendido como patologías bucodentales prevalentes. ²⁷

1.1.4 Centro de Rehabilitación para Drogodependientes

Las instituciones de asistencia a la drogodependencia comprenden el centro de la terapia del individuo toxicómano en la gran parte de las sociedades autónomas de cada estado, al ser el medio desde el que se consttuye el bosquejo del programa de la terapia ajustado a las particularidades del enfermo. Estas instituciones cuentan con un grupo multidisciplinar conformado por médicos cirujanos, psiquiatras, psicólogos clínicos, empleados sociales, docentes, auxiliares de

enfermería y en otras circunstancias distintos profesionales como los farmacéuticos. Al acceder el internamiento a un centro de atención a la drogodependencia, este recibe la información idónea de los servicios en el centro, para posteriormente ser evaluados por los distintos profesionales, estos recabaran información de los diversos aspectos de vida del individuo (personal, familiar y social) y con ello admitirá constituir el trayecto de la terapia, elementos que favorecen y obstrucciones que puedan presentarse. En este desarrollo se requerirá exámenes diagnósticos y psicológicos, encuestas y herramientas estandarizadas que colaboran a finalizar la apreciación biopsicosocial, admitiendo efectuar la planificación de la terapia.³⁴

1.1.5 Pasta Básica de Cocaína

A. Generalidades

Es un producto derivado de la pasta base empleada para producir cocaína, se presenta como polvo blanco grisáceo, color café ³⁵, así también descrito como polvo blanco mate, cremoso o pajizo³⁶, el cual tiene un sabor amargo/áspero y de efectos estimulantes. Se consume a modo de cigarrillo fumado, para su elaboración se emplean materiales químicos como la gasolina, kerosene, ácido sulfúrico, carbonato de sodio, éter y ácido clorhídrico, entre diferentes sustancias tóxicas y perjudiciales para la salud del individuo. Alrededor de 1.5% de la población peruana ha consumido PBC en alguna situación de su vida y se ha observado que el 59% de esta población presentan signos de dependencia.³⁵

En Perú el PBC, es denominado también con la palabra pasta; en distintos países también tienen denominaciones propias como en Colombia es basuco, en Bolivia es pitillo, en Chile es pasta base, en Argentina y Uruguay es llamado paco.³⁶ Algunas características son las siguientes: ³⁶

- Insolubilidad en agua y solubilidad en solventes orgánicos.³⁶
- Está conformado por una combinación de distintas sustancias que se dan a través del proceso de extirpación de los alcaloides de la hoja de coca.³⁶
- El elemento esencial es la cocaína, que en la sustancia no adulterada debe simbolizar más del 80% del total de su masa. Los otros elementos son resultado de descomposición de la cocaína, como la ecgonina y la benzoilecgonina, otros alcaloides como la tropacocaína o cinnamoilcocina y ciertas sales como sulfatos o carbonatos.³⁶
- La reacción producida es alcalina.³⁶
- En términos de producción, la PBC se localiza en el periodo intermedio antes de lograrse al clorhidrato de cocaína.³⁶
- Sustancia volátil y sublimable, esto quiere decir, puede transformarse de fase sólida a gaseosa.³⁶
- A los 99°C se encuentra en estado líquido y el punto de ebullición es de 187 a 188 °C.³⁶
- Para ser utilizada, la pasta básica de cocaína se inserta en un cigarrillo de tabaco (llamada “tabacazo”, siendo esta modalidad la más habitual) o de la misma forma se combina con marihuana (denominada “mixto”). Es así que cuando es empleada para fumar se llama “tabacazo”³⁶
- La utilización se da bajo el modo de inhalación de bocanadas de humo.³⁶
- La pasta básica de cocaína, denominada también pasta de coca, es una combinación de sustancias que se obtiene mientras el procedimiento de extirpación de los alcaloides de las hojas de coca.³⁶

B. Tipos de Pasta Básica de Cocaína (PBC)

No se encuentran estudios actualizados sobre el tema, por lo que en la literatura la sistematización hecha en 1985 por Nizama, señala que en el mercado existen 3 prototipos de pasta básica de cocaína:³⁶

- **PBC pura:** esta agrupación está conformada por variedades como palo de rosa (supuestamente no produce paranoia), roja (de aspecto rojo y efectos potentes, desencadena hiperactividad), chiclosa (suele ser mezclada con marihuana), blanca (de coloración blanca humo, es la de mayor propagación y consumición), amarilla (coloración amarilla).³⁶
- **PBC impura:** es llamada bambeada o rebajada, este tipo de sustancia ha sido mixtificada con tiza, almidón, yeso, aspirina, etc.³⁶
- **PBC lavada.**³⁶

En 1994, Llosa describe que desde el punto de vista bioquímico y toxicológico, existen cuatro tipos de PBC:³⁶

- **PCC-1:** producida en laboratorios autorizados, con mínimas impurezas con alrededor de 70% de cocaína.³⁶
- **PCC-2:** fabricada de forma clandestina, con impureza y con contenido no determinado de cocaína.³⁶
- **PCC-3:** comercializada al por menor, concerniente a la PCC-2 adulterada, con el objetivo de incrementar su volumen y peso para la transacción.³⁶
- **PCC-4:** pasta de subordinado, análogo al PCC-2 O.³⁶
- **PCC-3:** combinada con tabaco o marihuana, Llosa menciona que cada cigarrillo posee una media de 95 miligramo de cocaína y 4 miligramo de nicotina.³⁶

C. Modalidad y vías de consumo de Pasta Básica de Cocaína

La absorción de la cocaína dependerá del modo de administración, estableciendo la velocidad de inicio y durabilidad de los efectos, así como la concentración en sangre. Los modos de administración nasal, tópica y oral tienen una velocidad de absorción más lenta en comparación con la modalidad respiratoria e intravenosa. El pico máximo con la modalidad respiratoria e intravenosa se logra primero que la modalidad nasal y oral, no obstante, la durabilidad de los efectos es menor en la modalidad respiratoria e intravenosa ³⁶

La pasta básica de cocaína tiene una concentración de 40-85% (sulfato de cocaína), la modalidad de administración es fumada, la velocidad de aparición de los efectos es muy rápida, la duración de los efectos es de 5 a 10 minutos y si hay probabilidad de dependencia (de cada 100 que consumen) severa adicción a corto plazo. ³⁶

D. Elaboración de la Pasta Básica de Cocaína

La fabricación de pasta básica de cocaína se efectúa en laboratorios edificados en áreas aledañas a las cosechas de coca, siendo necesario acondicionar de flujos de agua para el procesamiento de extracción del alcaloide cocaína, reutilizar solventes, aseado de máquinas y distribución de desechos del proceso químico de la hoja de coca. Los fabricantes se amparan de las características fisicoquímicas del alcaloide y ponen particular atención en la disimilitud de solubilidad, acorde al tipo de alcaloide o de sales. La metodología de extracción convencional es con solvente, no obstante, la extracción con ácido es la más empleada actualmente, posiblemente debido a que usa una inferior porción de solvente. ³⁶

- **Procedimiento de extracción con solvente:** este proceso consiste en el depósito de las hojas de cocas, frescas o secas en un pozo de maceración, luego se rocía con cal y se encubre

con agua, seguidamente se aplasta con los pies de cuatro a seis horas y se deja descansar por veinticuatro horas. Luego se desagua en un segundo poso de extracción obteniéndose una solución, se incrementará un solvente (generalmente gasolina), seguidamente se remueve vigorosamente por treinta minutos, beneficiando la marcha de la cocaína base al solvente gasolina; y se deja descansar por diez minutos. Posteriormente se divide el solvente (gasolina) en un recipiente plástico, se le aumenta una solución de ácido sulfúrico diluido y se agitará alrededor de diez minutos. En la etapa ácida se forma el sulfato de cocaína, que es soluble en medio ácido; el solvente (gasolina) se suele utilizar para una tercera extracción. Luego, se incrementa hidróxido de amonio a la solución de sulfato de cocaína y se removerá energéticamente produciendo una solución lechosa. Por último, se precipita la PBC, infiltrándola mediante una tela de tejido fino, para suprimir el agua. La solución pasa por lo tanto a la fase de secado.³⁶

- **Procedimiento de extracción con ácido:** este proceso consiste en primera instancia en desecar en un pozo de maceración las hojas de coca y se tapara con una solución diluida de ácido sulfúrico. Posteriormente se desagua la solución ácida hacia el pozo de extracción, se aumentará una solución de hidróxido de calcio, obteniéndose una solución de aspecto lechoso. La extirpación suele realizarse con gasolina; así se secciona la gasolina y se incrementa ácido sulfúrico diluido (la gasolina viene luego reusada en otro proceso de sustracción). La solución de ácido sulfúrico que contiene el sulfato de cocaína se transporta a un frasco plástico y se le incorpora la solución de hidróxido de amonio. La solución es de apariencia lechosa y se precipita la PBC, se finaliza el proceso suprimiendo la demasía de agua para proseguir al secado.³⁶

E. Aspectos clínicos de la Pasta Básica de Cocaína

– Efectos agudos del consumo de la PBC

Entre estos efectos se puede hacer mención que tienen sobre el sistema nervioso central, ya que estudios reportan el impacto psicoestimulante y la disposición de dependencia. Otras señales particulares son la alteración, salivación, vibraciones y voluntad de evacuar cuando está ya se da el cuadro clínico de la dependencia.³⁶

– Síndrome de la Pasta Básica de Cocaína

Nizama describe el cuadro del síndrome de la PBC:³⁶

- Compulsión a continuar fumando.³⁶
- Pesadumbre si se termina la PBC.³⁶
- Sensación autorreferencial de la realidad (paranoia).³⁶
- Nublamiento de la conciencia con pseudo sensaciones de persecución y de inmediata captura policial con convicción de la realidad, que vivencia el dependiente con gran ansiedad.³⁶
- Hiperacusia (el adicto interpele silencio).³⁶
- Dureza muscular, indolencia e infatigabilidad.³⁶
- Excitación psicomotora.³⁶
- Obstinación por fumar.³⁶
- Egocentrismo.³⁶

– Efectos crónicos del consumo de la pasta básica de cocaína

• Efectos psicológicos crónicos

Incapacidad para experimentar placer (anhedonia). Internalización y perduración de los siguientes procesos psicológicos:³⁶

- **Racionalización:** confección y transmisión de manifestaciones o discernimiento falsos para alegar y alargar el consumo. ³⁶
- **Autoengaño:** el individuo dependiente está persuadido de tener el dominio sobre el narcótico, cuando es lo opuesto debido a que el narcótico domina y conduce la vida del consumidor. ³⁶
- **Negación:** es decir minimiza la existencia de la adicción. ³⁶

- **Efectos en la salud**

- Menoscabo de peso. ³⁶
- Infecciones cutáneas. ³⁶
- Desgano, cansancio. ³⁶
- Falta de apetito y sueño. ³⁶
- Apetito por el consumo. ³⁶
- Alucinamiento (pudiéndose ser visuales, táctiles, auditivas y olfatorias). ³⁶
- Desvelo. ³⁶
- Parloteo. ³⁶
- Vómitos, diarrea. ³⁶
- Perturbación del juicio. ³⁶
- Habitual paranoia. ³⁶
- Tendencia a la psicosis perenne. ³⁶
- Patologías infecciones. ³⁶
- Daño dental. ³⁶
- Anemia. ³⁶
- Desnutrición, tuberculosis e indicadores de afección orgánico cerebral. ³⁶

- **Efectos socio familiares**

- Comportamiento antisocial y delincuencia. ³⁶

- Venta de narcóticos. ³⁶
- Descuido laboral. ³⁶
- Inestabilidad familiar perenne. ³⁶
- Desorden familiar. ³⁶
- Codependencia. ³⁶
- Inclusión familiar en inconvenientes policiales y judiciales. ³⁶

– **Pasta básica de cocaína (PBC) y daño orgánico**

▪ **PBC y daño orgánico cerebral (SOC)**

Se puede hacer mención entre ellas el rendimiento general, alteraciones de la personalidad. Valenzuela realizó un estudio en el cual señala algunos de los daños cerebrales: alteración funcional y de la perfusión cerebral, la clase de lesión con mayor frecuencia fue la hiperfusión, siendo el hemisferio cerebral derecho el de mayor afectación, el cual está en relación a la emotividad, la socialización y la imagen corporal, ganglios basales estuvieron alterados el cual tiene correlación con el comportamiento compulsivo de uso de sustancias, enfermos con daño severo presentaron mayor recaídas consumo recurrente, del total de la muestra estudiada el 93.55% mostraron 2 a más signos o sintomatología (ya sea en la conducta, emocional y cognitiva) contemplados como la perturbación mental orgánica por adicción, al parecer correlacionada con las modificaciones de hipoperfusión e infarto observados en la tomografía computarizada de emisión monofotónica cerebral.³⁶

- **Pasta básica de cocaína (PBC) y efectos cardiovasculares**

Estudios realizados reportan consecuencias cardiovasculares en relación al consumo de narcóticos como: PR valores mayores normales, frecuencia del patrón de repolarización temprana, alteraciones electrocardiográficas, isquemia miocárdica e infarto agudo de miocardio.³⁶

- **Pasta básica de cocaína (PBC) y caries dental**

El estudio realizado por Gutiérrez en 1989, quien examinó a dolientes dependientes, con mayor predilección a la pasta básica de cocaína de un nosocomio peruano (Ñaña), reportan resultados mayores índices de caries por superficie (CPOS). El índice de CPOS fue de mayor frecuencia en la mandíbula, en piezas dentarias molares y en superficies oclusales; al categorizar los tipos de caries dental, las de mayor proporción fueron las de clase uno, es decir lesiones cariosas en fosas y fisuras.³⁶

1.2 Investigaciones

Du M., Bei R., Guo L., Champio J., Fan M. y Holt R. (2001); efectuaron una investigación denominada “Estado de salud oral de los usuarios de heroína en un centro de rehabilitación en la provincia de Hubei, China”, cuyo objetivo fue informar sobre la salud oral de los usuarios de heroína y establecer determinar los elementos de riesgo para el estado de salud oral. Todos los usuarios de heroína en un campamento de rehabilitación recibieron una entrevista utilizando un cuestionario previamente evaluado de uno de los tres entrevistadores capacitados y un examen dental utilizando los procedimientos recomendados por la OMS de 01 de los tres dentistas calibrados. Las entrevistas y los exámenes se llevaron a cabo en el campamento de la

provincia de Hubei. Los 520 usuarios de heroína residentes en el campamento participaron en el estudio. La higiene bucal es expresada utilizando el Índice de Debris; estado de caries por DMFT; estado periodontal por porcentaje con sangrado, embolsado y cálculo; estado de la mucosa según parámetros estándar de la OMS. Se obtuvo que 100 de los usuarios de heroína (19%) estuvieron libres de caries; su DMFT promedio fue de 4.2. La mayoría (92%) de la DMFT fue en descomposición y solo una pequeña proporción (8%) estuvo relacionada con el tratamiento. La proporción de usuarios de heroína con sangrado, cálculos, embolsado superficial y embolsado profundo fue del 42%, 95%, 42% y 8% respectivamente. La puntuación media del Índice de Debris fue de 3,2. Las lesiones de la mucosa estaban presentes en 31 sujetos (6%). El uso del análisis multivariado, la duración del uso de heroína y la educación fueron factores de riesgo para la DMFT, la administración de la droga fue un factor de riesgo para el cálculo y el género fue un factor de riesgo para el embolsado profundo. Se concluye que hay indicios de una peor salud periodontal y una mayor experiencia de caries en este grupo en comparación con los datos epidemiológicos dentales provinciales. Las lesiones de la mucosa no fueron ampliamente prevalentes. Tanto los factores sociales como las características del uso de drogas se relacionaron con la salud oral en este grupo.³⁷

Shetty V., Mooney L., Zigler C., Belin T., Murphy D. y Rawson R. (2010); desarrollaron un estudio titulado “La relación entre el uso de metanfetamina y el aumento de la enfermedad dental”, cuyo propósito fue determinar la prevalencia relativa de comorbilidades dentales en los usuarios de metanfetamina (MA), verificar si los usuarios de metanfetamina (MA) tienen una enfermedad dental más cuantificable e informar que tienen más problemas dentales que los no usuarios y establecer la influencia del modo de administración de metanfetamina (MA) en los resultados de salud oral . Los médicos participantes proporcionaron evaluaciones médicas y orales integrales para adultos dependientes de metanfetamina (n = 301). Entrevistadores capacitados recopilaron los autoinformes de los pacientes con respecto a la salud bucal y los comportamientos de uso de

sustancias. Los autores utilizaron el emparejamiento de puntaje de propensión para crear un grupo de comparación de no usuarios de participantes. Se obtuvo que la enfermedad dental y oral fue una de las enfermedades médicas más frecuentes (41.3%) en los usuarios de metanfetamina que, de otro modo, estaban sanos. En promedio, los usuarios de metanfetamina tenían significativamente más dientes perdidos que los participantes con control de NHANES III emparejados (4.58 versus 1.96, $p < .001$) y eran más propensos a reportar tener problemas de salud oral ($p < .001$). Subconjuntos significativos de usuarios de metanfetamina expresaron preocupación con su apariencia dental (28.6%), problemas con dientes rotos o sueltos (23.3%) y rechinar de dientes (bruxismo) o erosión (22.3%). El uso intravenoso de metanfetamina fue significativamente más probable que se asocie con dientes faltantes que con metanfetamina (índice de probabilidad = 2.47; intervalo de confianza del 95% = 1.3 - 4.8). Se concluye que la enfermedad dental manifestada es una de las comorbilidades distintivas clave en los usuarios de metanfetamina. Los usuarios de metanfetamina tienen tasas demostrablemente más altas de enfermedades dentales y reportan necesidades de salud bucal insatisfechas a largo plazo. Contrariamente a la percepción común, los usuarios que fuman o inhalan metanfetamina tienen tasas más bajas de enfermedad dental que los que se inyectan el medicamento. Muchos usuarios de metanfetamina se preocupan por los aspectos estéticos de su enfermedad dental, y estas preocupaciones podrían usarse como desencadenantes del comportamiento para intervenciones dirigidas. Los autores mencionan que la implicancia clínica es la siguiente: la enfermedad dental puede proporcionar un marcador médico específico de metanfetamina (MA) temporalmente estable con una utilidad discriminante en la identificación de usuarios de metanfetamina. Los dentistas pueden desempeñar un papel crucial en la detección temprana del uso de metanfetamina y participar en el cuidado colaborativo de los usuarios de metanfetamina.³⁸

Gupta T., Shah N., Mathur V. y Dhawan A. (2012); desarrollaron un estudio transversal, cuyo objetivo fue evaluar la salud bucal y las prácticas de

consumo de narcóticos ilícitas de individuos en Delhi, India; para comparar con el de los no usuarios de drogas; y evaluar el impacto de la utilización de narcóticos ilícitos en la salud bucal. Se realizó una comparación con usuarios no farmacológicos para investigar cualquier diferencia en la salud oral entre los usuarios de narcóticos ilícitos y la población general. Los individuos de narcóticos ilícitos que asisten a una clínica de tratamiento de drogodependencias en Delhi (n = 126). Igual número de usuarios no farmacológicos que asisten a otros departamentos ambulatorios en el mismo entorno. Las prácticas de salud bucal fueron examinaron mediante cuestionario estructurado; las lesiones cariosas, el estado periodontal y la mucosa oral se examinaron según los parámetros de la OMS 2004; la higiene bucal evaluada mediante OHI-S. Las puntuaciones medias de DMFT y OHI-S entre los usuarios de drogas fueron de 3,48 y 3,80, respectivamente. El sangrado, los bolsillos poco profundos y los bolsillos profundos se encontraron como el mayor hallazgo de IPC en 42%, 44% y 12% de los usuarios de drogas, respectivamente. Los estados premalignos de leucoplasia y OSMF se diagnosticaron en 13% y 4% de los usuarios de drogas respectivamente. Se encontraron diferencias significativas entre los consumidores de narcóticos y los no consumidores de narcóticos con respecto a las prácticas de higiene oral; DMFT, OHI-S, puntajes de CPI; y leucoplasia. En el análisis multivariado, el uso de drogas ilícitas se asoció significativamente con la puntuación más alta del IPC. Se concluye que los usuarios de drogas ilícitas tenían prácticas de higiene oral, higiene oral y salud periodontal significativamente peores; experiencia de caries superior; y una mayor prevalencia de leucoplasia en comparación con los usuarios sin drogas. Los descubrimientos de la investigación orientan que el empleo de drogas ilícitas se asocia de manera independiente con la mala salud periodontal. ³⁹

Gigena P. (2013); efectuó una investigación observacional tipo caso y control, retrospectivo, cuyo propósito fue realizar una comparación de la condición de salud bucodental en jóvenes drogodependientes en restablecimiento y los que no manifiestan uso de narcóticos (psicoactivo). Participaron 60 jóvenes para cada grupo, cuyo grupo etario fue 15 a 25 años. Se realizó un examen clínico

odontológico y sialoquímico, se desvelaron indicadores de salud / enfermedad/ atención. La rutina de consumo de narcóticos (psicoactivo) se consiguieron de los registros de las historias clínicas. Para el análisis estadístico se empleó la prueba no paramétrica de Mann Whitney-U y prueba Irwin-Fisher. El índice CPOD en el grupo “Casos” fue 8.58 ± 4.34 y el grupo “Control” fue 4.33 ± 4.30 ; en cuanto al índice periodontal comunitario (IPC) en el grupo “control” presentaron una condición acorde con la salud gingivo - periodontal fue 45%, y del grupo “caso” obtuvo el 20%. Las condiciones 2 y 3 del IPC demostraron distribución distinta según el grupo de estudio siendo para el grupo “casos” corresponden $IPC2=33\%$, $IPC3=0\%$ y para el grupo “controles” corresponde $IPC2=57\%$, $IPC3=5\%$. La valoración media de los registros de saliva estimulada fueron para flujo salival 1.42 ± 1.08 ; 0.98 ± 0.41 , pH de saliva 6.96 ± 0.33 , 6.86 ± 0.27 , y la capacidad buffer (CB) expresada como pH final 6.73 ± 0.29 , $6.61 \pm 0,28$ según grupo “Caso” y “Control” respectivamente. Se observó asociación significativa entre el componente C del CPOD y el uso de narcóticos psicoactivos (para la forma monoconsumo y policonsumo). La situación del componente bucal de los individuos drogodependientes en restitución presenta mayor menoscabo, respecto a los no consumidores de narcóticos psicoactivas.⁴⁰

Reyes J., Palian R. Ordoñez C. y García V. (2016); realizaron un estudio clínico, observacional, descriptivo, transversal, cuyo objetivo de tener conocimiento la situación de salubridad bucal en dolientes hospitalizados que consumen pasta básica de cocaína y otras sustancias psicoactivas en un nosocomio psiquiátrico. La muestra estuvo conformada por los dolientes hospitalizados que consumían sustancias psicoactivas (del periodo julio 2011-diciembre 2012). Se efectuó un cuestionario socio demográfica, datos en relación al consumo de narcóticos, índices CPOD de Klein y Palmer, IHOS de Green y Vermillon, de Erosión dental de Eccles y Jenkins. Entre los resultados más significativos se evidenció que el 44% correspondieron a edades de 15 a 25 años. Las distintas enfermedades bucales de estos pacientes están en relación a la dejadez personal y desamparo social resultado del comportamiento adictivo. Se examinó que el 95% consumían alcohol y el 56%

consume pasta básica de cocaína; así también se evidenció que un gran porcentaje presentó lesiones cariosas (97%), patologías periodontales (94%) y el 62% de los individuos eran edéntulos parciales o totales.⁴¹

Valeri T. (2016); efectuó un estudio titulado “Salud oral según COP y lesiones mucosas, asociada al uso de drogas en internos penitenciarios de Valparaíso”, cuyo objetivo fue describir el estado de salubridad bucal en la población penal de la región de Valparaíso. La muestra conformada por 99 internos. Se obtuvo que la cantidad de internos hombres supera drásticamente a las mujeres, de los 8 establecimientos penitenciarios de la zona el Complejo Penitenciario de Valparaíso concentra la mayor parte de los reclusos de la región, y el tiempo de condena promedio que llevan cumpliendo los sujetos del estudio es de 28 meses. Con respecto al uso de sustancias ilícitas, se observó que un 40,4% de los reclusos consume una o más de ellas, con una frecuencia de uso principalmente mensual, seguida por casi diariamente y un 7,5% de los que consume lo hace de manera semanal. La droga más usada por casi la totalidad de los individuos que consumen fue marihuana, seguida por pasta base y cocaína. Para la experiencia de caries se observó un promedio de COP de 8,8, siendo los cariados y perdidos los valores más altos. Un 18,2% de la muestra presentó alteraciones de la mucosa oral, siendo la más prevalente la presencia de línea alba en la mucosa yugal. Entre el índice COP y la edad de los internos se observó un comportamiento directamente proporcional. El tiempo de reclusión y el COP no mostraron una relación estadísticamente significativa, lo que por ahora no permite hacer inferencias respecto a si el caso de que un individuo esté privada de libertad repercute de manera negativa en su salud buco-dentaria. Para el índice COP y el uso de drogas, no hubo datos estadísticos que avalen algún tipo de relación, aun así, a nivel descriptivo se pudo notar en los resultados una leve tendencia de mayor experiencia de caries en la muestra que sí hacía uso de sustancias ilícitas, con una mayor proporción de dientes perdidos por caries. En relación al relacionar el uso de drogas y la presencia de alteraciones en la mucosa oral de los internos, arrojó valores estadísticamente significativos que permitan inferir un nexo entre estas variables.⁴²

Rommel N., Rohleder N., Wagenpfeil S., Hartel Petri R., Jacob F., Wolff K. y Cols. (2016); desarrollaron una investigación denominada "El impacto de la nueva droga de escena "Crystal meth" en la salud oral: un estudio de casos y controles", cuyo objetivo fue investigar los efectos del abuso crónico de "crystak meth" (CM) en los dientes y el tejido intraoral con respecto a los posibles síntomas de la llamada "boca de Meth". En cooperación con dos centros de medicina para la adicción, realizamos investigaciones clínicas intraorales en 100 usuarios crónicos de MC y 100 controles de par emparejado. Realizamos una caries y un examen periodontal mediante el uso de los parámetros clínicos DMF-T / DMF-S, el sangrado en el índice de sondaje (BOP) y el índice de detección periodontal (PSI) y probamos la higiene oral individual mediante el uso del índice de placa espacial aproximado (API). Toda la información clínica se examinaron a través de la prueba t para muestras independientes. Se encontró un número significativamente mayor de caries ($p < 0,001$) y niveles más altos de sangrado gingival ($p < 0,001$) y enfermedad periodontal ($p < 0,001$) entre los usuarios de MC. La higiene bucal fue significativamente menor en los usuarios de "crystak meth" (CM) ($p < 0.024$). Se concluyó que el uso crónico de crystak meth (CM) puede conducir a un daño potencial extenso dentro de la cavidad intraoral. Cuando se usa crystak meth (CM) durante un largo período de tiempo y en ausencia de tratamiento, no se pueden excluir los síntomas clínicos en términos de síndrome de boca de Meth. El estudio hace mención la relevancia clínica, en base a los resultados, recomiendan un concepto terapéutico y de prevención específico que incluye campañas educativas para usuarios de metanfetamina (MA) y atención dental especializada para pacientes con crystak meth (CM).⁴³

Cury P., Oliveira M., De Andrade K., De Freitas M. y Dos Santos J. (2018); realizaron un estudio transversal titulado "Estado de salud dental en hombres adictos al crack / cocaína: un estudio transversal", cuyo objetivo fue evaluar la frecuencia de los daños de la mucosa oral (OMLs) y su asociación con la adicción al crack / cocaína en los hombres. El examen clínico oral se realizó en 161 pacientes varones adultos de una universidad odontológica brasileña.

La adicción al crack / cocaína se determinó a partir de los registros médicos, y todos los individuos adictos a las drogas usaron tanto crack como cocaína. Todos los participantes (40 hombres adictos al crack / cocaína y 121 hombres no adictos) se sometieron a una evaluación sistemática de los labios, la mucosa labial, las comisuras, la mucosa bucal y el surco, la encía y el reborde alveolar, la lengua, el suelo de la boca y paladar duro por un solo examinador. Se realizaron análisis bivariados y de regresión para evaluar la presencia de injurias de la mucosa oral (OML) y la asociación de lesiones de la mucosa oral (OML) con adicción al crack / cocaína. Se encontraron injurias de la mucosa oral (OML) en 22 participantes con una prevalencia significativamente mayor en el grupo de adictos al crack / cocaína (25 contra 9.9%; $p = 0.01$). Los tipos de lesiones más prevalentes en el grupo adicto fueron úlcera traumática y queilitis actínica (7,5% para cada una) seguidas de fístulas asociadas con una raíz dental retenida (5%). Después de ajustar las covariables, la adicción al crack / cocaína se asoció significativamente con las lesiones de la mucosa oral OML (OR = 2,87; IC del 95% = 1.08-7.67; $p = 0.03$). La frecuencia de las injurias de la mucosa oral (OML) fue mayor en los individuos adictos al crack / cocaína, y la adicción al crack / cocaína se asoció significativamente con las injurias de la mucosa oral (OML). Un programa de salud pública dirigido a la diagnosis y terapia temprana de las lesiones de la mucosa oral (OML) es vital para optimizar la condición de salubridad oral de los individuos adictas al crack / cocaína.⁴⁴

De Souza S., Dos Santos A., Albini M., Gabardo M. De Lima A. y Machado M. (2018); efectuaron un estudio transversal titulado “Perfil de impacto en la salud oral y variables asociadas en usuarios de drogas del sur de Brasil”, cuyo objetivo fue investigar la asociación entre las características sociodemográficas, conductuales, de salud oral, las variables de consumo de drogas y la versión corta del OHIP-14 en los usuarios de drogas del sur de Brasil. La muestra estuvo constituida por 202 usuarios de drogas de 18 años o más fueron admitidos para recibir tratamiento en el Instituto de Investigación y Tratamiento del Alcoholismo (Instituto de Pesquisa y Tratamiento del Alcoholismo- IPTA) del municipio de Campo Largo, PR, Brasil, desde 2012

Para 2014, estuvieron involucrados. Respondieron un cuestionario y fueron examinados por un investigador calibrado. Se recolectaron los datos y se realizaron análisis bivariados (prueba de Chi cuadrado) y multivariados (regresión logística y prueba de Wald). Se obtuvo que hubo una diferencia estadística ($P < 0.05$) en el análisis bivariado y los peores impactos fueron los que reportaron los no blancos, quienes reportaron sentir un sabor metálico en la boca y la movilidad dental, que usan cigarrillos durante más de 15 años y consumen más de 3 g de crack. /día, con DMFT > 10, y número de dientes en la boca ≤ 27 . En el análisis multivariado, se mantuvo la diferencia estadística, excepto por el origen étnico ($P = 0,207$). Se concluyó que la autopercepción de la salud oral se asoció con las variables exploradas, lo que sugiere la necesidad de estrategias centradas en esta población.⁴⁵

Ye T., Sun D., Dong G., Xu G., Wang L., Du J. y Cols. (2018); efectuaron un estudio transversal, cuyo objetivo fue investigar las caries y el perfil de salud periodontal de los antiguos usuarios de metanfetamina (meth) en el este de China. Participaron 162 ex abusadores de metanfetamina en el Centro de desintoxicación obligatoria de Zhoushan masculino. Un cuestionario estandarizado, que recopiló información sobre la edad, duración / patrón del uso del fármaco oral, hábito de higiene y enfermedades sistémicas. Luego, se realizó un examen dental para investigar la gravedad de la caries dental y las patologías periodontales. Al evaluar la caries dental, se registraron la prevalencia de lesiones cariosas, la puntuación de las piezas dentarias cariadas (DT), las piezas dentarias faltantes (MT), los dientes cargados (FT) y los dientes cariados, faltantes, obturados (DMFT). Al evaluar las enfermedades periodontales, se registraron el índice periodontal comunitario (CPI) y la prevalencia de sangrado gingival, cálculo dental, bolsa periodontal y dientes flojos. Además, se adoptó la prueba no paramétrica para analizar los posibles factores de riesgo a través de SPSS. Se obtuvo que todos los participantes consumieran de la metanfetamina por inhalación. Las puntuaciones medias de DT, MT, FT y DMFT en los antiguos usuarios de metanfetamina fueron 2.72 ± 2.78 , 3.07 ± 3.94 , 0.33 ± 1.03 y 6.13 ± 5.20 respectivamente. La prevalencia de sangrado gingival, cálculo dental, bolsillo

periodontal y dientes flojos fue de 97.53%, 95.68%, 51.23% y 9.26%, respectivamente. Las puntuaciones de dientes cariados (DT), dientes cariados, faltantes, obturados (DMFT) y índice periodontal comunitario (CPI) en aquellos que habían abusado de la metanfetamina durante más de 4 años fueron significativamente más altas que las de los que abusaron durante menos de 4 años ($P = 0.039$, 0.045 , $P < 0.001$, respectivamente). La puntuación de DT en aquellos que se cepillaron los dientes más de dos veces al día fue significativamente más baja que en los que se cepillaron menos ($P = 0.018$). Se concluye que el estado de caries y enfermedades periodontales entre los ex-usuarios masculinos de metanfetamina en el este de China era deficiente. El abuso prolongado de drogas y la menor frecuencia de cepillado dental pueden ser los factores de riesgo de su mal estado de caries y enfermedades periodontales.⁴⁶

1.3 Marco Conceptual

– Droga

El Decreto Ley N° 22095 define al término "Droga", de la siguiente manera: es cualquier sustancia natural o sintética que, al ser suministrada al individuo, modifica su situación anímica, la percepción o la conducta, produciendo alteraciones físicas o psíquicas y que son sensibles de ocasionar subordinación; constituyen las sustancias insertadas en las listas anexas; para los objetos de contención penal, se contempla solamente a las listas I y II A.⁹

– Pasta Básica de Cocaína

Es un producto derivado de la pasta base empleada para producir cocaína, se presenta como polvo blanco grisáceo, color café ³⁵, así también descrito como polvo blanco mate, cremoso o pajizo, el cual tiene un sabor amargo/áspero y de efectos estimulantes. Se consume a modo de cigarrillo fumado, para su elaboración se emplean materiales químicos como la gasolina, kerosene, ácido sulfúrico,

carbonato de sodio, éter y ácido clorhídrico, entre otras sustancias tóxicas y dañinas para la salud del individuo.³⁶

– **Drogodependencia**

La Organización Mundial de la Salud definió en 1982 a esta terminología como el complejo de sintomatología y signos físicos diferenciados por la manera de conducta que antepone emplear una o distintas sustancias psicoactivas anticipadamente que desenvolver otros más importantes, como laborar, educarse, ejecutar con responsabilidades obtenidas; en la que el individuo prioriza consumir narcóticos y estar sometido a los efectos de estos.²⁰

– **Salud Bucodental**

Siendo la salud bucodental un indicativo decisivo de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general, siendo las principales causas de morbilidad por enfermedades bucodentales, siete: caries dentales, periodontopatías, cánceres bucales, manifestaciones bucodentales del VIH, traumatismos bucodentales, labio leporino y paladar hendido, y noma; casi todas las enfermedades y afecciones son en gran medida prevenibles o tratables en sus etapas iniciales.²³

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

Es un producto derivado de la pasta base empleada para producir cocaína, se presenta como polvo blanco grisáceo, color café ³⁵, así también descrito como polvo blanco mate, cremoso o pajizo ³⁶ Alrededor de 1.5% de la población peruana ha consumido PBC en algún momento de su vida y se ha observado que el 59% de esta población presentan signos de dependencia.³⁵

En Perú el PBC, es denominado también con el término pasta; basuco en Colombia, pitillo en Bolivia, pasta base en Chile, paco en Argentina y Uruguay. ³⁶

La salud bucodental un indicador clave de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general, siendo las principales causas de morbilidad por enfermedades bucodentales, siete: caries dentales, periodontopatías, cánceres bucales, manifestaciones bucodentales del VIH, traumatismos bucodentales, labio leporino y paladar hendido, y noma; casi todas las

enfermedades y afecciones son en gran medida prevenibles o tratables en sus etapas iniciales.²³

El estudio realizado por Arocena J., Alcazar J., Arnau G., Violant D. y Santos A. titulado “Lesiones orales y gingivales asociadas al consumo de cocaína. Revisión de la literatura y presentación de un caso clínico”, citan que consumo de cocaína es un importante problema de salud pública en todo el mundo, es cada vez más frecuente en Europa y sobre todo en España, así también mencionan los efectos de la cocaína sobre la cavidad oral, siendo los siguientes: perforación del paladar, la xerostomía, el incremento de caries dental por el azúcar utilizado para cortar la cocaína pura, el bruxismo pudiendo estar asociado a una patología de la ATM y facetas de desgaste generalizadas. También se menciona que la técnica de frotar la cocaína sobre la encía produce una mayor vascularización de la mucosa oral y la arquitectura de la mucosa, hay producción de anestesia en zona aplicada, se reporta efectos en los tejidos periodontales.⁴⁷

A nivel Latinoamérica y a nivel nacional no se han realizado estudios relacionados con el tema sobre la relación entre el consumo de la pasta Básica de Cocaína y la salud bucal este estudio es propicio realizar dentro de un centro de rehabilitación contra las drogas donde en común se encuentran personas que desean reinsertarse a la sociedad por ello el apoyo social que merecen estas personas al querer mejorar como ser humanos.

En el Centro de Rehabilitación contra las drogas “Victoria” en el Callao no se ha realizado ningún estudio con respecto al consumo de pasta Básica de Cocaína y Salud Bucal en internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” en el 2018-II. Pero es una gran preocupación ya que aquellos internos que se encuentran el rehabilitación para reinsertarse en la sociedad, son aquellos que han tenido un consumo muy alto de drogas sobre todo el consumo de pasta básica de cocaína, y sumando a un mala higiene oral por el estado psicológico en el que se encontraba como es la de la adicción, se puede estimar con la ayuda de grandes estudio realizados en

otros países, la relación que existe entre el consumo de pasta básica de cocaína y salud bucal.

De no realizar la presente investigación no podremos determinar la relación entre el consumo de la pasta Básica de Cocaína y la salud bucal en internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” 2018, pues generalmente cuando llega el interno al centro de rehabilitación llega con un mal estado de salud bucal.

Los beneficios que se tiene al realizar la presente investigación es, que para el profesional de la salud, después de los resultados de la relación el consumo de pasta Básica de Cocaína y la salud bucal en internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” 2018, de todas maneras preparar charlas y capacitaciones de salud bucal dirigido a los internos drogodependientes y poder mejorar la salud bucal de ellos que también mejorará su calidad de vida.

2.1.2 Definición del Problema

2.1.2.1 Problema General

¿Cómo es la relación de la frecuencia y tiempo de consumo de la pasta básica de cocaína y salud bucal en Internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” 2018?

2.1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de pasta básica de cocaína en los internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”?
2. ¿Cuál es el tiempo de consumo de pasta básica de cocaína en los internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”?

3. ¿Cuál es el nivel de higiene oral de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”?
4. ¿Cuál es la prevalencia índice gingival en los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”?
5. ¿Cuál es la prevalencia de índice periodontal de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”?
6. ¿Cuál es la prevalencia de CPOD de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”?
7. ¿Cuál es la prevalencia de erosión de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

La presente investigación tuvo como finalidad determinar la relación de la frecuencia y tiempo de consumo de la pasta básica de cocaína y salud bucal en Internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” 2018; al identificar la existencia de relación de las variables, se debe informar a los internos del daño que produce el consumo de la pasta básica de cocaína sobre los tejidos de la cavidad bucal y a su vez puedan prevenir a la población en general del efecto de la sustancia a través de charlas y capacitaciones y la manera de prevenir enfermedades bucales.

2.2.2 Objetivos General y Específicos

2.2.2.1 Objetivo General

Determinar la relación de la frecuencia y tiempo de consumo de la pasta básica de cocaína y salud bucal en Internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” 2018.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

1. Determinar la frecuencia de consumo de pasta básica de cocaína en los internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.
2. Determinar el tiempo de consumo de pasta básica de cocaína en los internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.
3. Determinar el nivel de higiene oral de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.
4. Determinar la prevalencia índice gingival en los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.
5. Determinar la prevalencia de índice periodontal de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.
6. Determinar la prevalencia de CPOD de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.

7. Determinar la prevalencia de erosión de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.

2.2.3 Delimitación del Estudio

2.2.3.1 Delimitación Temporal

La presente investigación fue llevada a cabo en el año 2018.

2.2.3.2 Delimitación Espacial

La investigación se realizó en el Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” ubicado en el distrito de Bellavista de la Provincia Constitucional del Callao.

2.2.3.3 Delimitación Social

La presente investigación aportó información a los nuevos investigadores en relación a la Pasta Básica de Cocaína y la Salud Bucal, con la cual también se brindó información a la población, de los efectos de esta sustancia sobre la cavidad bucal; así como, brindar charlas con temas de medidas preventivas para evitar el daño a la cavidad bucal, que puede producirse en el consumidor de pasta básica de cocaína, tanto a los internos del Centro de Rehabilitación “Victoria”, así como a toda la comunidad.

2.2.3.4 Delimitación Conceptual

La Pasta Básica de Cocaína (PBC) tiene un efecto estimulante del Sistema Nervioso Central.³ Es el alcaloide impuro que se obtiene como un primer paso en la extracción a partir de las hojas de coca.² La salud bucal es la conservación en buenas condiciones de los tejidos integrantes, que están relacionadas con la caries dental, patología del tejido periodontal, maloclusiones y lesiones dentoalveolares.

2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio

Este estudio sirvió para lograr reconocer mediante estudios estadísticos sobre la relación que existe en la frecuencia y tiempo de consumo de la Pasta Básica de Cocaína y Salud bucal en Internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” en el año 2018, el cual ayudó a ver las alteraciones patológicas, la gravedad del daño que produce la sustancia mencionada sobre la cavidad bucal.

El estudio mostró a los internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” sobre las alteraciones patológicas que pueden producir la pasta básica de cocaína y el daño que causa a la salud bucal.

El presente estudio sirvió como referencia para estudios semejantes y como fuente de consulta para estudiantes, profesionales e interesados en conocer sobre el tema aplicado en consumidores de pasta básica de cocaína.

Por otra parte, la importancia de esta investigación se fundamentó en su aporte epidemiológico, pues el diagnóstico permitió identificar los daños que causa la mencionada sustancia en la salud bucal, sirviendo por ello también, como fuente de datos confiables a tener en cuenta por las autoridades encargadas de mejorar la salud bucal de los internos del mencionado centro de rehabilitación y de los diferentes centros de rehabilitación contra las drogas.

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Hipótesis Principal y Específicas

2.3.1.1 Hipótesis Principal

Existe relación de la frecuencia y tiempo de consumo pasta básica de cocaína y salud bucal en Internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” 2018.

2.3.1.2 Hipótesis Específicas

1. Existe una alta frecuencia de consumo de pasta básica de cocaína en los internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.
2. Existe un tiempo alto de consumo de pasta básica de cocaína en los internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.
3. Existe mala higiene oral de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.
4. Existe inflamación severa en el índice gingival en los internos que han consumido pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.
5. Existe periodontitis avanzada en el índice periodontal de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.
6. Existe un CPOD de alto riesgo en los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.
7. Existe una alta prevalencia de erosión en los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.

2.3.2 Variables e Indicadores

En la presente investigación participaron las siguientes variables:

- **Variable Independiente**

Frecuencia y tiempo de consumo de pasta básica de cocaína.

- **Variable Dependiente**

Salud bucal.

- **Indicadores**

Para la presente investigación los indicadores fueron las respuestas acordes a los ítems formulados en el instrumento para la recolección de datos por lo cual fueron ordenados de acuerdo a las dimensiones de la siguiente manera:

- Para la variable independiente, los indicadores fueron:
 - Dimensión de la frecuencia de consumo de Pasta Básica de Cocaína.
 - Dimensión de tiempo de consumo de Pasta Básica de Cocaína.

- Para la variable dependiente, los indicadores fueron:
 - Dimensión de Índice de higiene oral.
 - Dimensión de Índice gingival.
 - Dimensión de Índice periodontal.
 - Dimensión de CPOD.
 - Dimensión de Erosión dental.

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.1 Población y Muestra

3.1.1 Población

La población estuvo constituida por internos con diagnóstico definitivo de adicción a la Pasta Básica de Cocaína del Centro de Rehabilitación “Victoria” durante el año 2018, en un número de 120.

3.1.2 Muestra

La muestra fue seleccionada en forma no aleatoria por conveniencia y estuvo constituida por 80 internos del Centro de Rehabilitación “Victoria” en el año 2018, que cumplieron con los criterios de selección.

- Criterios de Inclusión

- Internos entre 18 y 50 años de edad.
- Tiempo de consumo de Pasta Básica de Cocaína mayor de 6 meses.
- Internos que pertenecen al Centro de Rehabilitación Contra las drogas “Victoria”.
- Internos que aceptaron ser parte del estudio firmando un consentimiento informado.

- Internos con ausencia de enfermedades sistémicas que se manifiestan a nivel periodontal.
- Internos que no presenten alteraciones psiquiátricas ni antecedentes de agresividad.

- Criterio de Exclusión

- Internos menores de 18 y mayores de 50 años de edad.
- Tiempo de consumo de Pasta Básica de Cocaína menor de 6 meses.
- Internos que no pertenecen al Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”
- Internos que no aceptaron ser parte del estudio que no firmaron el consentimiento Informado.
- Internos con presencia de enfermedades sistémicas que se manifiestan a nivel periodontal.
- Internos que presenten alteraciones psiquiátricas ni antecedentes de agresividad.

3.2 Diseño Utilizado en el Estudio

3.2.1 Diseño del Estudio

Descriptivo.

3.2.2 Tipos de Investigación

Transversal, observacional y prospectivo.

3.2.3 Enfoque

Cuantitativo.

3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

3.3.1 Técnica de Recolección de Datos

Se presentó el proyecto de investigación en la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, y se emitió la autorización respectiva y así poder desarrollar el proyecto.

Se presentó a la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega una solicitud pidiendo que emitan un documento de presentación dirigido al Director del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”, sito en el distrito de Bellavista de la Provincia constitucional del Callao solicitando autorización de ingreso y poder ejecutar el proyecto correspondiente.

Al ser aceptada la autorización por parte del Director del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas en mención, se solicitó que se determine fecha y hora para ejecutar la investigación en los internos del Centro.

En las fechas coordinadas con el Director del Centro, se les explicó a los internos la importancia que tiene la investigación que fue ejecutada por medio de una encuesta y una ficha de recolección de datos; a su vez se explicó la importancia de firmar el consentimiento informado antes de aplicar la investigación, pues sin su firma no hubiera logrado participar.

Se hizo entrega de la encuesta para conocer, cómo es la frecuencia y tiempo de consumo de la pasta básica de cocaína mediante preguntas la cuales finalmente tuvo un puntaje.

Después de la evaluación se utilizó una ficha de recolección de datos, en la cual se plasmó la información sobre la salud bucal, del interno como

índice de higiene oral, índice gingival, índice periodontal, CPOD y la erosión dental.

3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos

Para la presente investigación se utilizó un instrumento denominado Ficha de Recolección Datos, que se utilizó en la investigación titulada “Consumo de marihuana y características clínicas en el tejido periodontal en pacientes de un centro de rehabilitación”, cuyo autor fue la bachiller Roxana Garay Pérez, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, para poder obtener el título de Cirujano Dentista, en el año 2009. La mencionada Ficha de Recolección de Datos fue validado por ser un instrumento adaptado de la ficha antes mencionada, el instrumento por Alfa de Cronbach y ha sido evaluada por Juicio de Expertos, tres Odontólogos con el Grado de Maestro y experiencia en la especialidad de Periodoncia.

Para realizar el examen clínico se utilizó un instrumento denominado Ficha de Recolección Datos, que se utilizó en la investigación titulada “Salud bucal y pasta básica de cocaína en pacientes Hospitalizados por consumo de sustancias Psicoactivas Perú”. Cuyos autores fueron Jorge Reyes, Raúl Pailán, Carlos Ordoñez y Víctor García, la mencionada investigación fue realizada en el Hospital Hermilio Valdizán en el año 2012, publicado en la Revista de Evidencias en Odontología Clínica de Julio - Diciembre 2016 Volumen 2 Número 2 desde la página 34 a 39.

El instrumento constó de cuatro partes:

- **La primera parte:** estuvo constituida por la Introducción, en el cual se describe el propósito del estudio y las indicaciones para el cuestionario.

- **La segunda parte:** estuvo constituida por las características personales como: el género y la edad.

- **La tercera parte:** estuvo conformada por la variable “consumo de pasta básica de cocaína”, haciendo las siguientes preguntas:
 - **Frecuencia**
 1. ¿Cuántas veces al día consumía?
 2. ¿Qué cantidad consumía?

 - **Tiempo**
 1. ¿Hace cuánto tiempo consumía?

- **La cuarta parte:** estuvo constituida por los índices de salud bucal, donde se aprecia los siguientes:
 1. **Índice de Placa de Silness y Løe:** cuya valoración determina la severidad de la presencia de placa bacteriana (sin placa, poca placa, placa moderada y placa abundante).

Se utilizó el Índice de Placa Bacteriana de Silness y Løe con el cual se evaluó las piezas dentarias: 1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1 y 4.4. En caso de ausencia de la pieza dentaria seleccionada se examinó el diente adyacente. Se consideró la evaluación de cuatro superficies del diente: mesial, distal, vestibular y lingual.

Los criterios de calificación son los siguientes:

- **Grado 0:** Sin placa en el área gingival. La superficie dental fue secada y removida por un explorador, si no hubo matriz suave que se adhiere al área se considera limpia.

- **Grado 1:** Película fina de placa en el borde gingival, sólo reconocible por frotis con la sonda. No se debe percibir a simple vista, pero se puede ver en la punta del explorador después de recorrer la superficie dentaria en la entrada de la hendidura gingival.
- **Grado 2.** Moderada acumulación de placa a lo largo del borde gingival; espacios interdentarios libres; será reconocible a simple vista.
- **Grado 3.** Gran acumulación de placa a lo largo del borde gingival y la superficie dental, así como en los espacios interdenciales.

El Índice de Placa Bacteriana se obtuvo de la sumatoria de los promedios de los índices de cada diente dividida entre el número de piezas examinadas.

2. **Inflamación Gingival:** que se determinó a través del índice Gingival de Løe y Silness, que permitió valorar la severidad de inflamación gingival (encía sana, inflamación leve, inflamación moderada e inflamación severa). Se utilizó el Índice Gingival de Silness y Løe.

Se evaluó las piezas dentarias: 1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1 y 4.4. En caso de ausencia de pieza dentaria, se examinó el diente adyacente. Las áreas de tejido gingival a evaluar para cada diente seleccionado fueron cuatro: papila distovestibular, margen vestibular, papila mesiovestibular y el margen lingual. El examen consistió en la evaluación clínica contando con apoyo de una sonda periodontal para determinar la tendencia a hemorragia del tejido. Los criterios de calificación fueron los siguientes:

- **Grado 0:** Encía normal, ausencia de inflamación, ningún cambio de color (de color coral o rosado pálido), ausencia de hemorragia al sondaje. El margen gingival fue localizado sobre el esmalte, el límite amelocementario o por debajo de este, puede ser delgado en bucal o lingual.
- **Grado 1:** Inflamación leve, con ligero cambio de color, pequeña alteración de la superficie, ausencia de hemorragia al sondaje. Ligero edema del margen gingival.
- **Grado 2:** Inflamación moderada, enrojecimiento y edema moderado, hemorragia al sondaje y a la presión.
- **Grado 3:** Fuerte inflamación, enrojecimiento intenso, edema marcado, hemorragia espontánea, eventualmente ulceración.

El Índice Gingival se obtuvo de la sumatoria de los promedios de los índices de cada diente dividido entre el número de piezas examinadas.

3. **Bolsa periodontal:** cuya valoración se obtuvo mediante el índice Periodontal de Ramfjord que determinó la severidad de bolsas periodontales (sin bolsa, bolsa hasta 3mm, bolsa entre 3 y 6 mm y bolsa mayor de 6 mm).

Se utilizó el Índice periodontal de Ramfjord. Se evaluaron las piezas dentarias: 1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1 y 4.4. En caso de ausencia de la pieza dentaria, se examinó el diente adyacente. Se registró el nivel de inserción clínica (NIC). Son seis mediciones del NIC, en la periferia de cada diente en

una sola vez y corresponde a las superficies: vestibular, palatino o lingual, mesio- vestibular, disto- vestibular, mesio-palatino o lingual y disto-palatino o lingual. Los criterios de calificación fueron los siguientes:

- **Grado menor a 4:** Es aquella donde el nivel de adherencia clínica se encontró a nivel de la unión cemento-esmalte. No hay pérdida de inserción de los tejidos periodontales.
- **Grado 4:** Es aquella donde la adherencia epitelial se extendió hacia apical a la unión cemento-esmalte hasta 3mm, en cualquiera de las áreas medidas.
- **Grado 5:** Es aquella donde la adherencia epitelial se extendió hacia apical a la unión cemento-esmalte de 3mm hasta 6mm, en cualquiera de las áreas medidas.
- **Grado 6:** Es aquella donde la adherencia epitelial se extendió a apical a la unión cemento-esmalte a más de 6mm, en cualquiera de las áreas medidas.

El Índice Periodontal se obtuvo de la sumatoria de los valores máximos de cada pieza dentaria dividida entre el número de piezas examinadas.

4. **El CPOD:** se determinó mediante el análisis de las piezas dentarias del interno, considerando en cuantificar la prevalencia de la Caries Dental, señala la experiencia de caries dental tanto presente como pasada, pues se tomó en cuenta los dientes con caries dental y con tratamientos previamente realizados. Se obtuvo de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados,

incluyendo las Extracciones Indicadas, entre el total de individuos examinados.

- **Diente permanente cariado**

Se consideró aquellas piezas con evidencias de lesiones cariosas: Opacidad, mancha blanca o marrón, consistentes con desmineralización del esmalte. (Diferenciar con fluorosis, pigmentaciones). Mancha blanca o marrón consistente con desmineralización (aspecto blanco tiza sin brillo). Las fisuras en las cuales el extremo del explorador se prende, fueron clasificadas como cariadas (presencia evidente de tejido blando en la base de la fisura, opacidad a lo largo de los márgenes o una mancha indicando presencia de lesión cariosa subyacente y en casos proximales si el explorador no se desliza cuando se hacen movimientos en la dirección Cervico-oclusal), sombra oscura de dentina decolorada subyacente al esmalte intacto o mínima cavidad en esmalte (sombra gris, azul, marrón), ruptura localizada del esmalte debido a caries sin dentina visible. Cavidad detectable con dentina visible. Cavidad extensa con dentina y/o pulpa visible. Si el diente presentó solamente raíces o corona parcialmente destruida.

- **Diente permanente obturado**

Cuando el diente estaba obturado con material permanente. Si estaba obturado y cariado es clasificó como cariado.

- **Diente permanente extraído**

De acuerdo a la edad del paciente el diente debe estar presente y fue extraído por caries. En caso de duda se

consultó al paciente y examinó la forma del reborde y la presencia o ausencia del diente homólogo.

- **Diente con extracción indicada**

Cuando el diente presentó solamente raíces o corona parcialmente destruida.

Procedimientos en el examen CPOD

En el proceso de examen, se inspeccionó visualmente y con la ayuda del explorador, las caras oclusales, vestibular, distal, lingual y mesial, de todos los dientes permanentes presentes (excepto terceros molares). El examen fue realizado con un espejo bucal y explorador con extremidad bien afilada. La posición del paciente fue usando un sillón dental portátil con muy buena luz.

Procedimientos para el examinador

Se usó siempre el explorador, evitando tocar las caries avanzadas a fin de no causar dolor o incomodidad al paciente, también se consultó al paciente la causa de la extracción en caso existe.

5. El Índice de erosión dental de Eccles: se calificó el sitio de la erosión debido a las causas no industriales, estableciendo una calificación de cuatro grados:

- **Grado 0:** no existió erosión dental.
- **Grado 1:** donde hubo pérdida de detalle de la superficie y hubo cambios confinados al esmalte.

- **Grado 2:** se observó la exposición de la dentina afectada en menos de un tercio de la corona.
- **Grado 3:** existió exposición de la dentina que afecta un tercio o más de la corona.

Al momento de la evaluación los internos permanecieron en un ambiente de Charlas del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas, luego fueron llamados en orden de lista, a un área donde hubo un sillón dental portátil y una unidad portátil con buena iluminación para que el examen clínico tenga datos exactos.

3.4 Procesamiento de Datos

Después de la recolección de datos la información que brindaron los internos, ayudaron en la evaluación de cada cuestionario para corroborar su correcto llenado. La asignación de un código numérico a la ficha y a los resultados, permitió la agilización de su registro a la base de datos.

La información se procesó usando una laptop de marca HP con procesador AMD Turion X2 RM- 70 (Dual- Core /2000 MHz) y pantalla LED 15.4", y el programa Microsoft Excel 2010, se pudieron almacenar los datos obtenidos que permitió su manipulación con fines estadísticos. Así, de manera manual y electrónica, se generaron las figuras y tablas, además del análisis estadístico, mediante el uso del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20.0.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados

El presente estudio tuvo como propósito determinar la relación la frecuencia y tiempo de consumo de la pasta básica de cocaína y salud bucal en Internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” 2018, al haberse obtenido los resultados de acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación, el análisis de los datos se hizo mediante el apoyo del asesor de la tesis y un especialista en estadística, los cuales se presentan en las tablas y figuras correspondientes.

Tabla N°01

Distribución de participantes según el género

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	60	100%

En la Tabla N°01, se describió que el total de los participantes son de sexo masculino en un 100% (N°=60).

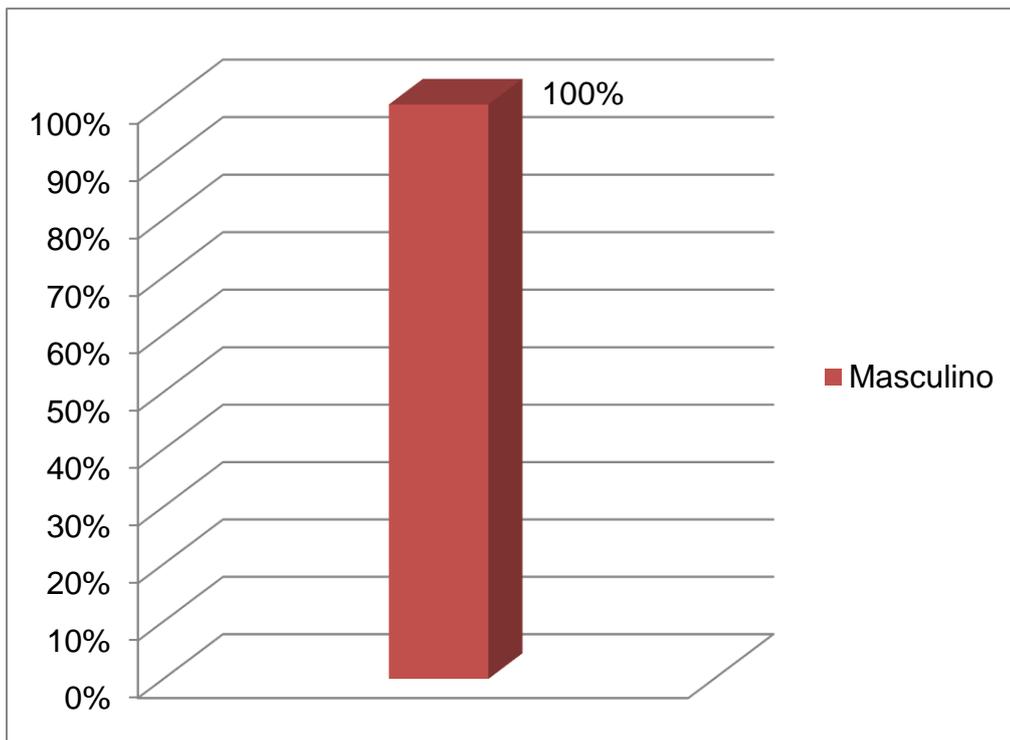


Figura N°01

Distribución de participantes según el sexo

Tabla N°02

Distribución de participantes según edad

	Frecuencia	Porcentaje
15 a 25 años	16	26.70%
26 a 36 años	20	33.30%
37 a 47 años	11	18.30%
47 a más	13	21.70%

En la Tabla N°02, se apreció que las personas de 15 a 25 años representan el 26.7% con un número de 16, de 26 a 36 años representa el 33.3% (N°=20), de 37 a 47 años representa el 18.3% un número (N°=11) y de 147 a más años representa el 21.7% (N°=13).

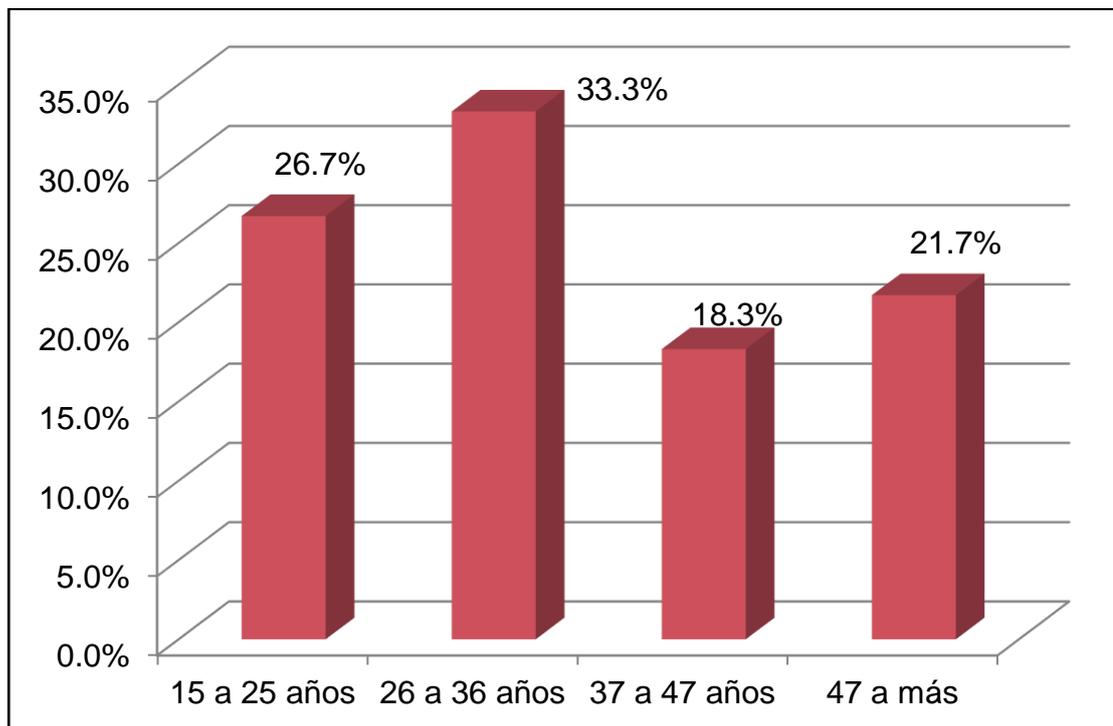


Figura N°02

Distribución de participantes según edad

Tabla N°03

Relación entre pasta básica de cocaína (Frecuencia de uso) y salud bucal

		1 a 2 veces al día		Interdiario		Más de 2 veces al día		Semanal	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Índice de placa de Silness y Loe	Grado 0 (Sin placa)	16	26.70%	3	5%	35	58.30%	1	1.70%
	Grado 1 (Poca placa)	1	1.70%	0	0%	4	6.70%	0	0%
Índice gingival de Silness y Loe	Grado 0 (Sin placa)	17	28.30%	3	5%	38	63.30%	1	1.70%
	Grado 1 (Poca placa)	0	0%	0	0%	1	1.70%	0	0%
Índice periodontal de Ramfjord	Ausencia (0)	14	23.30%	2	3.30%	18	30%	1	1.70%
	Leve inflamación (1)	2	3.30%	1	1.70%	20	33.30%	0	0%
	Moderada inflamación (2)	1	1.70%	0	0%	1	1.70%	0	0%
Índice de caries dental COPD	Muy bajo (0.0 - 1.1)	1	1.70%	1	1.70%	2	3.30%	1	1.70%
	Bajo (1.2 - 2.6)	5	8.30%	0	0%	1	1.70%	0	0%
	Moderado (2.7 - 4.4)	3	5%	1	1.70%	11	18.30%	0	0%
	Alto (4.5 - 6.5)	8	13.30%	1	1.70%	23	38.30%	0	0%
	Muy Alto (Mayor a 6.)6	0	0%	0	0%	2	3.30%	0	0%
Índice de erosión dental de Eccles y Jenkkins	Grado 0	4	6.70%	0	0%	8	13.30%	1	1.70%
	Grado 1	13	21.70%	2	3.30%	24	40%	0	0%
	Grado 2	0	0%	1	1.70%	7	11.70%	0	0%

En la Tabla N°03, se apreció que en mayoría referente al Índice de placa de Silness y Loe presentaron grado 0 (Sin placa) aquellos que consumían más de 2 veces al día en un 58.3% (N°=35), referente al Índice gingival de Silness y Loe presentaron grado 0 (Sin placa) aquellos que consumían más de 2 veces al día en un 63.3% (N°=38), referente al Índice periodontal de Ramfjord presentaron una leve inflamación aquellos que consumían más de 2 veces al día en un 33.3% (N°=20), en cuanto al referente al Índice de caries dental COPD presentaron un nivel alto (4.5 - 6.5) aquellas personas que consumían más de 2 veces al día en un 38.3% (N°=23), en referencia al Índice de erosión dental de Eccles y Jenkkins presentaron un grado 0 en aquellas personas que consumían más de 2 veces al día en un 40% (N°=24).

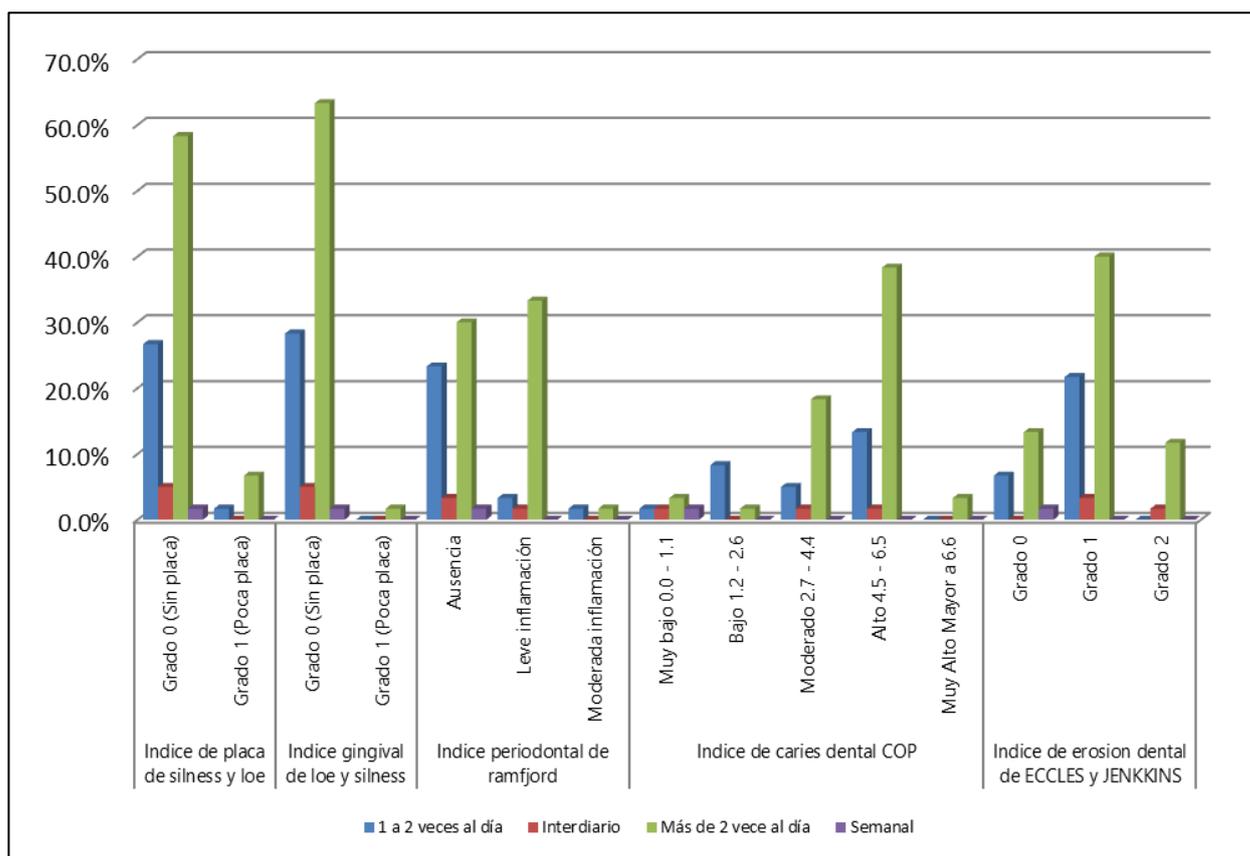


Figura N°03

Relación entre pasta básica de cocaína (Frecuencia de uso) y salud bucal

Tabla N°04

Relación entre pasta básica de cocaína (Frecuencia de uso) y salud bucal; mediante la prueba del Chi cuadrado (X²) y el nivel de significancia (p)

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Índice de placa de Silness y Loe	0.686	3	0.876
Índice gingival de Silness y Loe	0.548	3	0.908
Índice periodontal de Ramfjord	8.78	6	0.186
Índice de caries dental COPD	24.954	12	0.015
Índice de erosión dental de Eccles y Jenkkins	8.524	6	0.202

Nivel de significancia = 0.05

En la Tabla N°04, en lo referente a la relación entre pasta básica de cocaína (Frecuencia de uso) y salud bucal, en referencia al Índice de placa de Silness y Loe se apreció que el valor de X² es de 0.686 y el nivel de significancia es p>0.05, en referencia al Índice gingival de Silness y Loe se apreció que el valor de X² es de 0.548 y el nivel de significancia es p>0.05, en referencia al Índice periodontal de Ramfjord se apreció que el valor de X² es de 8.780 y el nivel de significancia es p>0.05, en referencia al Índice de caries dental COP se apreció que el valor de X² es de 24.954 y el nivel de significancia es p<0.05, en referencia al Índice de erosión dental de Eccles y Jenkkins se apreció que el valor de X² es de 8.524 y el nivel de significancia es p>0.05.

Tabla N°05

Relación entre pasta básica de cocaína (Tiempo de uso) y salud bucal

		0 a 10 años		11 a 20 años		21 a 30 años		31 a más años	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Índice de placa de Silness y Loe	Grado 0 (Sin placa)	24	40%	13	21.70%	13	21.70%	5	8.30%
	Grado 1 (Poca placa)	0	0%	3	5%	1	1.70%	1	1.70%
Índice gingival de Silness y Loe	Grado 0 (Sin placa)	24	40%	16	26.70%	14	23.30%	5	8.30%
	Grado 1 (Poca placa)	0	0%	0	0%	0	0%	1	1.70%
Índice periodontal de Ramfjord	Ausencia	21	35%	6	10%	4	6.70%	4	6.70%
	Leve inflamación	3	5%	9	15%	10	16.70%	1	1.70%
	Moderada inflamación	0	0%	1	1.70%	0	0%	1	1.70%
Índice de caries dental COP	Muy bajo 0.0 - 1.1	3	5%	0	0%	2	3.30%	0	0%
	Bajo 1.2 - 2.6	4	6.70%	0	0%	0	0%	2	3.30%
	Moderado 2.7 - 4.4	6	10%	7	11.70%	2	3.30%	0	0%
	Alto 4.5 - 6.5	10	16.70%	8	13.30%	10	16.70%	4	6.70%
	Muy Alto Mayor a 6.6	1	1.70%	1	1.70%	0	0%	0	0%
Índice de erosión dental de Eccles y Jenkins	Grado 0	10	16.70%	2	3.30%	1	1.70%	0	0%
	Grado 1	13	21.70%	13	21.70%	8	13.30%	5	8.30%
	Grado 2	1	1.70%	1	1.70%	5	8.30%	1	1.70%

En la Tabla N°05, se observó que en mayoría referente al Índice de placa de Silness y Loe presentaron grado 0 (Sin placa) aquellos que consumían de 0 a 10 años en un 40% (N°=24), referente al Índice gingival de Silness y Loe presentaron Grado 0 (Sin placa) aquellos que consumían de 0 a 10 años en un 40% (N°=24), referente al Índice periodontal de Ramfjord presentaron ausencia de inflamación aquellos que consumían de 0 a 10 años en un 35% (N°=21), en cuanto al Índice de caries dental COP presentaron un nivel alto (4.5 - 6.5) las personas que consumían de 0 a 10 años en un 16.7% (N°=10) y un nivel alto (4.5 - 6.5) aquellas personas que consumían de 21 a 30 años en un 16.7% (N°=10), en referencia al Índice de erosión dental de Eccles y Jenkins presentaron un grado 1 en aquellas personas que consumían de 0 a 10 años en un 21.7% (N°=13).

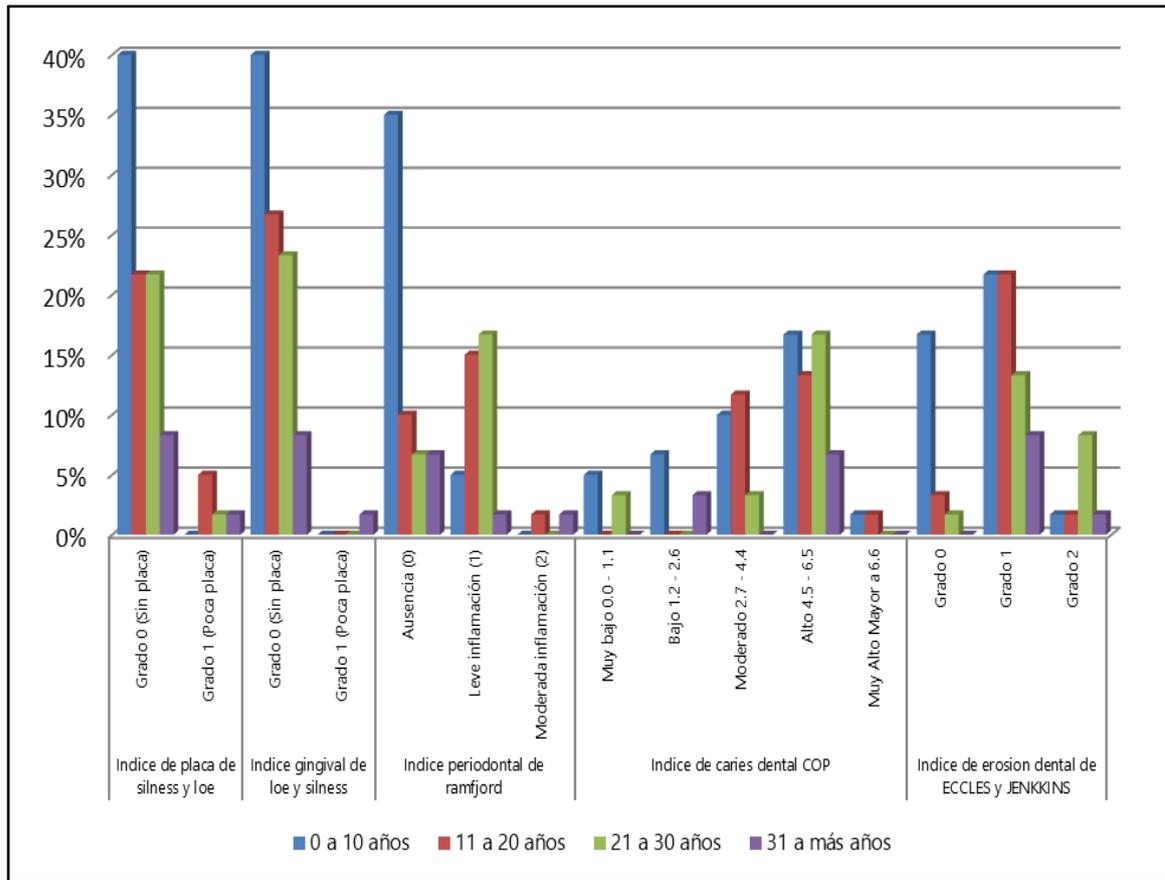


Figura N°04

Relación entre pasta básica de cocaína (Tiempo de uso) y salud bucal

Tabla N°06

Relación entre pasta básica de cocaína (Tiempo de uso) y salud bucal; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p)

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Índice de placa de Silness y Loe	5.026	3	0.17
Índice gingival de Loe y Silness	9.153	3	0.027
Índice periodontal de Ramfjord	22.016	6	0.001
Índice de caries dental COPD	17.485	12	0.132
Índice de erosión dental de Eccles y Jenkkins	16.665	6	0.011

Nivel de significancia = 0.05

En la Tabla N°06, en lo referente a la relación entre pasta básica de cocaína (Tiempo de uso) y salud bucal, en referencia al Índice de placa de Silness y Loe se apreció que el valor de X^2 es de 5.026 y el nivel de significancia es $p>0.05$, en referencia al Índice gingival de Loe y Silness se apreció que el valor de X^2 es de 9.153 y el nivel de significancia es $p<0.05$, en referencia al Índice periodontal de Ramfjord se apreció que el valor de X^2 es de 22.016 y el nivel de significancia es $p<0.05$, en referencia al Índice de caries dental COPD se apreció que el valor de X^2 es de 17.485 y el nivel de significancia es $p>0.05$, en referencia al Índice de erosión dental de Eccles y Jenkkins se apreció que el valor de X^2 es de 16.665 y el nivel de significancia es $p<0.05$.

Tabla N°07

Frecuencia de consumo de pasta básica de cocaína

		Número de Internos	Porcentaje
Frecuencia	1 a 2 veces al día	17	28.30%
	Interdiario	3	5%
	Más de 2 veces al día	39	65%
	Semanal	1	1.70%

En la Tabla N°07, se apreció que en mayoría de los internos indicaron tener una frecuencia de más de 2 a veces al día en un 65% (N°=39), seguido de aquellos que indicaron consumir de 1 a 2 veces al día en un 28.3% con un número de 17.

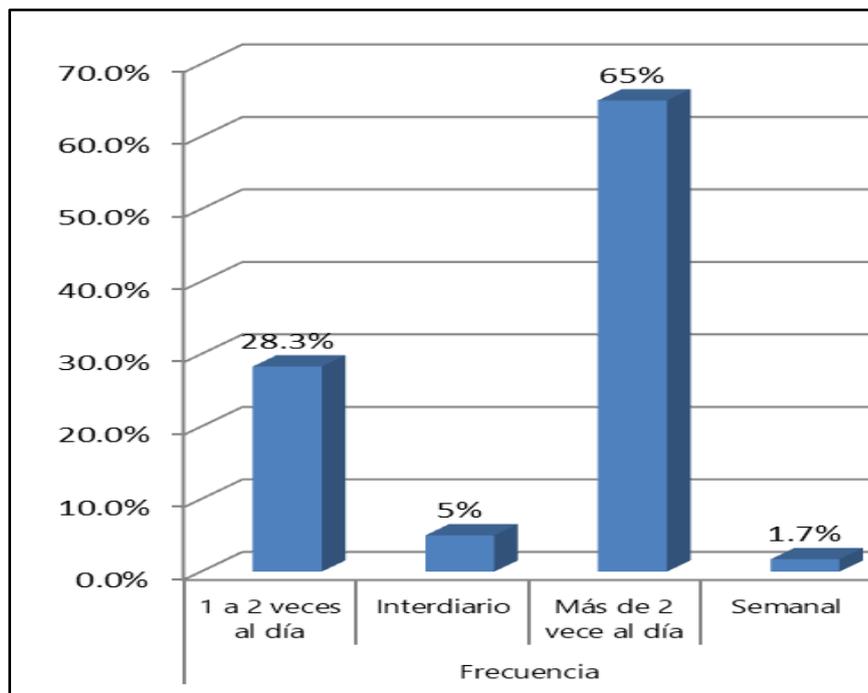


Figura N°05

Frecuencia de consumo de pasta básica de cocaína

Tabla N°08

Tiempo de consumo de pasta básica de cocaína

		Número de Internos	Porcentaje
Tiempo	0 a 10 años	24	40%
	11 a 20 años	16	26.70%
	21 a 30 años	14	23.30%
	31 a más años	6	10%

En la Tabla N°08, se apreció que los internos en mayoría indicaron consumir de 0 a 10 años en un 40% con un número de 24, seguido de los que consumen entre 11 a 20 años en un 26.7% con un número de 16.

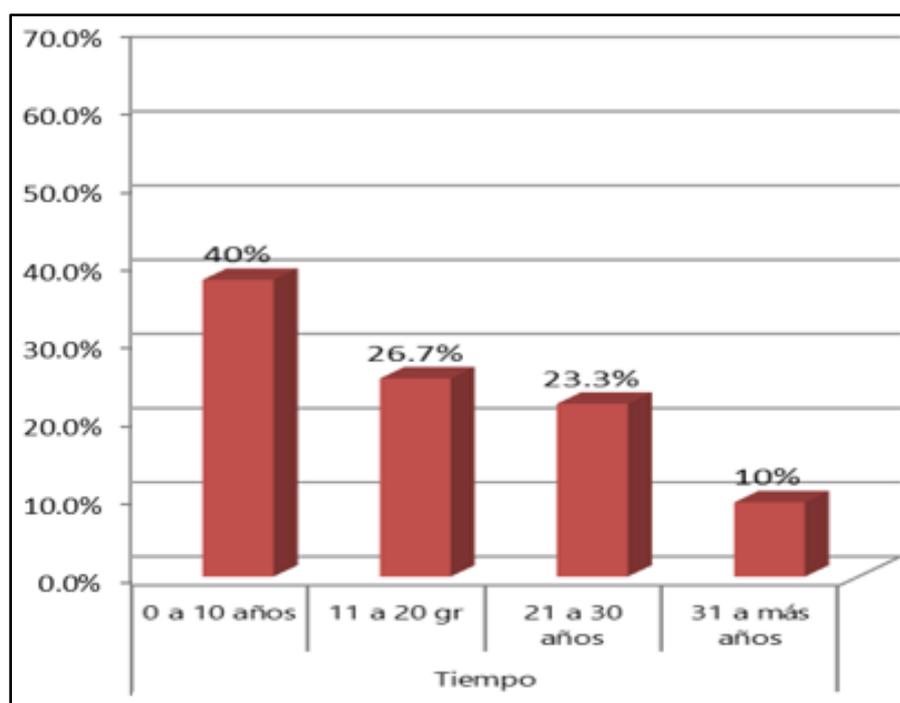


Figura N°06

Tiempo de consumo de pasta básica de cocaína

Tabla N°09

Nivel de Higiene oral de los internos que consumieron pasta básica de cocaína

	Frecuencia	Porcentaje
Grado 0 (Sin placa)	55	91.70%
Grado 1 (Poca placa)	5	8.30%

En la Tabla N° 09, se apreció que en mayoría presentaron un Grado 0 (Sin placa) en un 91.7% (N°=55) seguido del Grado 1 (Poca placa) en un 8.3% (N°=5).

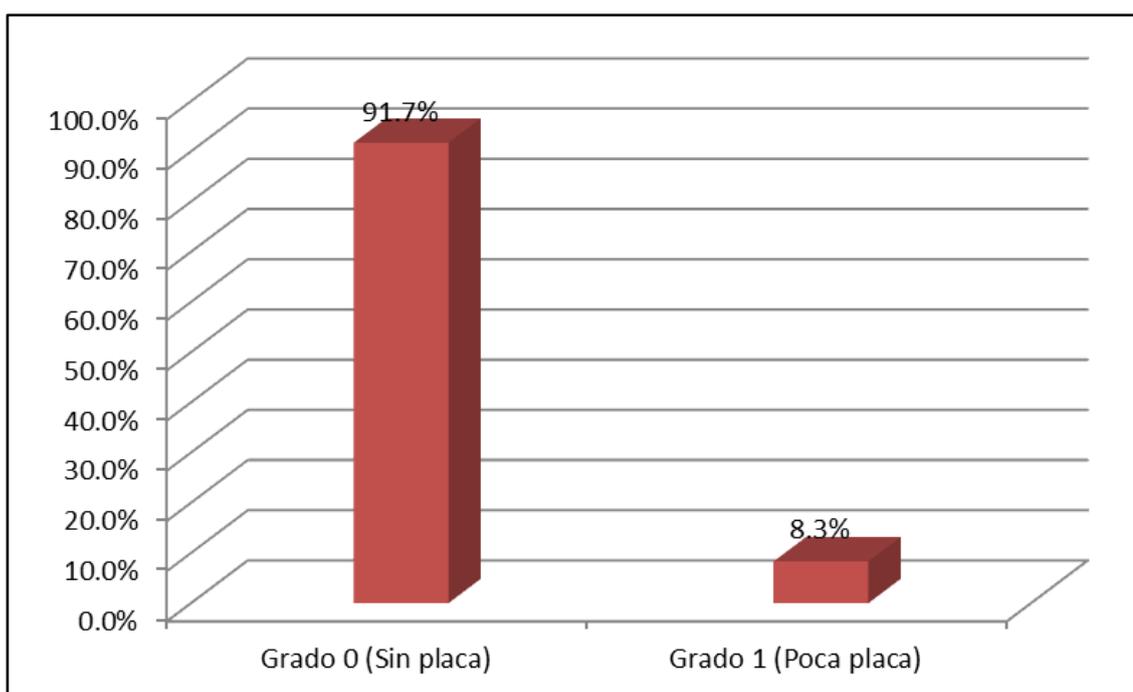


Figura N°07

Nivel de Higiene oral de los internos que consumieron pasta básica de cocaína

Tabla N°10

Prevalencia de Índice gingival en los internos que han consumido pasta básica de cocaína

	Frecuencia	Porcentaje
Grado 0	59	98.30%
Grado 1	1	1.70%

En la Tabla N°10, se observó que en mayoría presentaron un grado 0 (Sin placa) en un 98.3% (N°=59) seguido del grado 1 (Poca placa) en un 1.7% (N°=1).

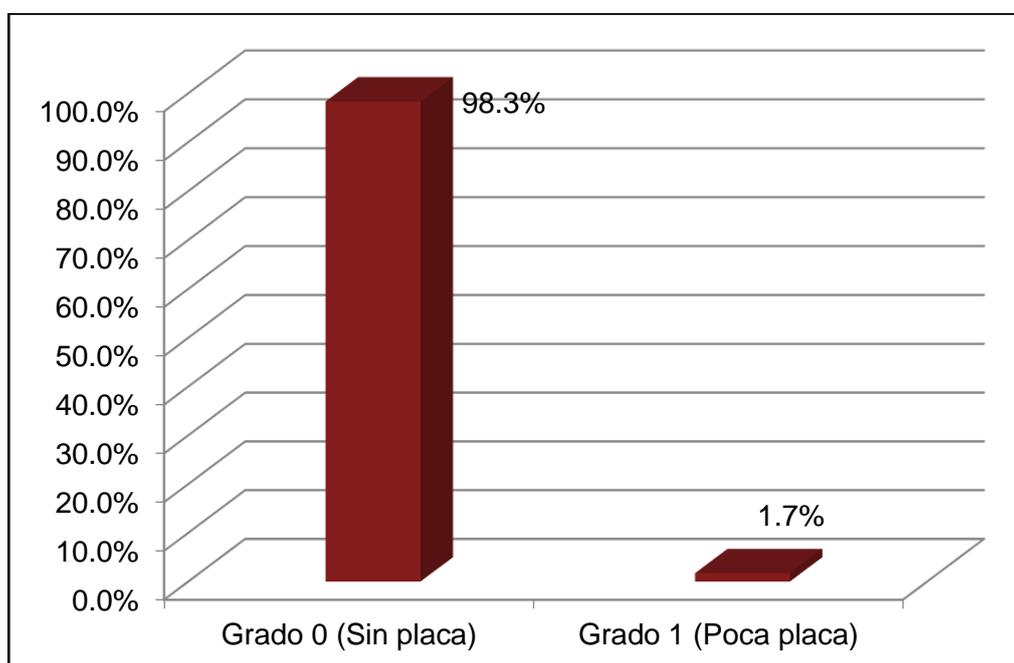


Figura N°08

Prevalencia de Índice gingival en los internos que han consumido pasta básica de cocaína

Tabla N°11

Prevalencia de Índice periodontal en los internos que han consumido Pasta Básica de Cocaína

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	35	58.30%
Leve inflamación	23	38.30%
Moderada inflamación	2	3.30%

En la Tabla N°11, se apreció que en mayoría presentaron una ausencia de inflamación en un 58.3% con un número de 35 seguido de leve inflamación en un 38.3% con un número de 23 y moderada inflamación en un 3.3% con un número de 2.

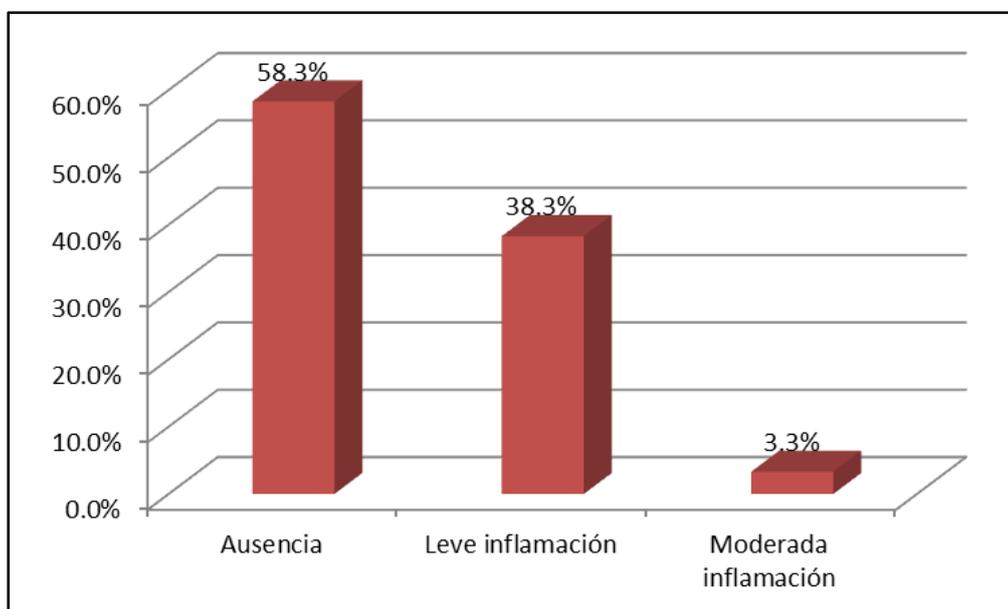


Figura N°09

Prevalencia de Índice periodontal en los internos que han consumido Pasta Básica de Cocaína

Tabla N°12

**Prevalencia de CPOD en los internos que han consumido Pasta
Básica de Cocaína**

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo (0.0 - 1.1)	5	8.30%
Bajo (1.2 - 2.6)	6	10%
Moderado (2.7 - 4.4)	15	25%
Alto (4.5 - 6.5)	32	53.30%
Muy Alto (Mayor a 6.6)	2	3.30%

En la Tabla N°12, se observó que en mayoría presentaron un CPOD alto en un 53.3% con un número de 32 seguido de un CPOD moderado en un 25% con un número de 15, CPOD bajo en un 10% con un número de 6, CPOD muy bajo en un 8.3% con un número de 5 y un CPOD muy alto en un 3.3% con un número de 2.

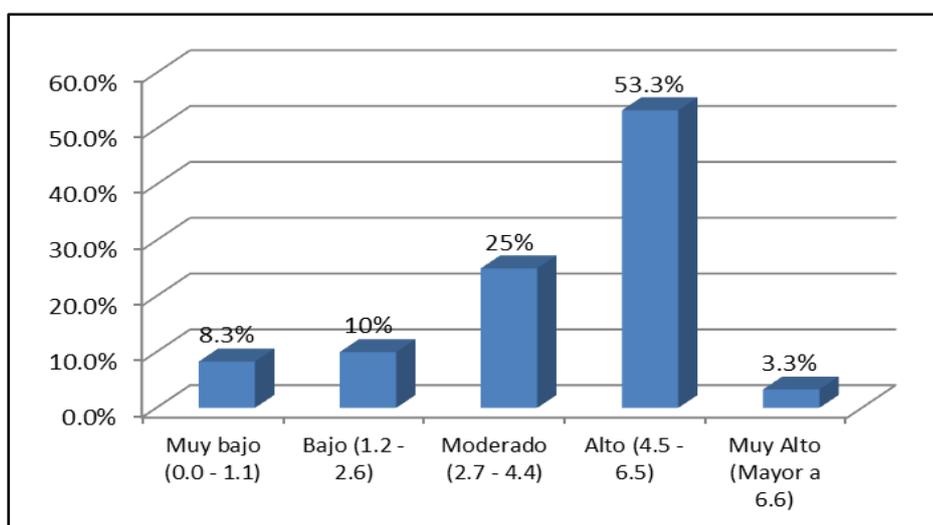


Figura N°10

**Prevalencia de CPOD en los internos que han consumido Pasta
Básica de Cocaína**

Tabla N°13

Prevalencia de erosión en los internos que han consumido pasta básica de cocaína

	Frecuencia	Porcentaje
Grado 0	13	21.70%
Grado 1	39	65%
Grado 2	8	13.30%

En la Tabla N°13, se observó que en mayoría presentaron grado 1 en un 65% con un número de 39 seguido de un grado 0 en un 21.7% con un número de 13, grado 2 en un 13.3% con un número de 8.

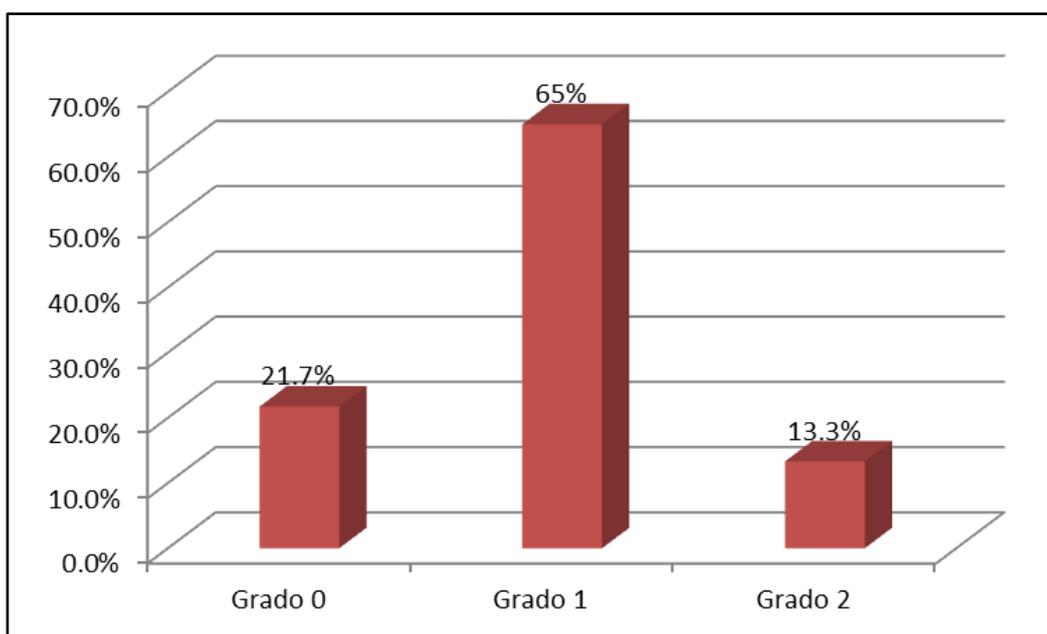


Figura N°11

Prevalencia de erosión en los internos que han consumido pasta básica de cocaína

4.2 Discusión de Resultados

En la investigación se propuso, determinar la relación de la frecuencia y tiempo de consumo de Pasta Básica de Cocaína y salud bucal en Internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” 2018, en cuanto a la frecuencia de consumo de la pasta básica de cocaína y la salud bucal se obtuvo como resultado en referencia al Índice de placa de Silness y Loe se apreció que el valor de X^2 es de 0.686 y el nivel de significancia es $p>0.05$, presentando en su mayoría “Grado 0” (sin placa) aquellos internos que consumían de “más de 2 veces al día” con un 58.3% (n=35). En referencia al Índice gingival de Silness y Loe se apreció que el valor de X^2 es de 0.548 y el nivel de significancia es $p>0.05$, presentando en su mayoría “Grado 0” (sin placa) aquellos internos que consumían de “más de 2 veces al día” con un 63.3% (n=38). En referencia al Índice periodontal de Ramfjord se apreció que el valor de X^2 es de 8.780 y el nivel de significancia es $p>0.05$, presentando en su mayoría “leve Inflamación” aquellos internos que consumían de “más de 2 veces al día” con un 33.3% (n=20). En referencia al Índice de caries dental COP se apreció que el valor de X^2 es de 24.954 y el nivel de significancia es $p<0.05$, presentando en su mayoría un “alto COPD” aquellos internos que consumían “más de 2 veces al día” con un 38.3% (n=23). En referencia al Índice de erosión dental de Eccles y Jenkkins se apreció que el valor de X^2 es de 8.524 y el nivel de significancia es $p>0.05$, presentando en su mayoría “Grado 1” aquellos internos que consumían “1 a 2 veces al día” con un 21.7% (n=13). En cuanto a la relación del tiempo de consumo de la pasta básica de cocaína y la salud bucal se obtuvo como resultado en referencia al Índice de placa de Silness y Loe se aprecia que el valor de X^2 es de 5.026 y el nivel de significancia es $p>0.05$, presentando en su mayoría Grado 0 (sin placa) aquellos internos que consumían de “0 a 10 años” en un 40% (n=24) ,en referencia al Índice gingival de Loe y Silness se apreció que el valor de X^2 es de 9.153 y el nivel de significancia es $p<0.05$, presentando en su mayoría Grado 0 (sin placa) aquellos internos que consumían de “0 a 10 años” en un 40% (n=24),en referencia al Índice periodontal de Ramfjord se apreció que el valor de X^2 es de 22.016 y el nivel de significancia es $p<0.05$, presentando en su mayoría ausencia de inflamación aquellos internos que consumían de “0 a

10 años” en un 35% (n=21), en referencia al Índice de caries dental COPD se apreció que el valor de X^2 es de 17.485 y el nivel de significancia es $p > 0.05$, presentando en su mayoría un “Alto COPD” aquellos internos que consumían de “0 a 10 años y de 21 a 30 años” en un 16.7% (n=10), en referencia al Índice de erosión dental de Eccles y Jenkkins se apreció que el valor de X^2 es de 16.665 y el nivel de significancia es $p < 0.05$, presentando en su mayoría un Grado 1 aquellos internos que consumían de “0 a 10 años y de 11 a 20 años” en un 21.7% (n=13). En la presente investigación, al determinar la relación de relación la frecuencia y tiempo de consumo de pasta básica de cocaína y la salud bucal en internos drogodependientes se observó que existe diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia de consumo y el índice de caries dental ($p < 0.05$) así también existe diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo de consumo y el Índice gingival de Loe y Silness, Índice periodontal de Ramfjord y el Índice de erosión dental de Eccles y Jemkkins ($p < 0.05$).

Al determinar la frecuencia de consumo de pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”, en los resultados se observó que la mayor frecuencia de consumo es “más de 2 veces al día” con un número de 39 internos, que representa el 65%, seguido “de 1 a 2 veces al día” con un número de 17 internos que representa el 28.30%, seguido de “interdiario” con un número de 3 internos que representa el 5% y el menor de muestra es “semanal” con un número de 1 interno que representa el 1.70%.

Al determinar el tiempo de consumo de pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”, se observó que el mayor tiempo de consumo es “de 0 a 10 años” con un número de 24 internos que representa el 40%, seguido “de 11 a 20 años” con un número de 16 internos que representa el 26.7%, seguido “de 21 a 30 años” con un número de 14 internos que representa el 23.3% y el de menor muestra es “de 31 a más años” con un número de 6 internos que representa el 10%.

Con respecto a determinar el nivel de higiene oral de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas "Victoria", en los resultados se observó que en mayoría presentaron "Grado 0" (sin placa) con un número de 55 internos que representa el 91.7% y en minoría presentaron "Grado 1" (poca placa) con un número de 5 internos que representa el 8.3%. A pesar de que, en abrumadora mayoría, es necesario dar charlas a los internos sobre la importancia de tener una buena higiene bucal, para conservar y mejorar su salud oral y evitar complicaciones periodontales.

Con respecto a determinar la prevalencia del Índice gingival en los internos que han consumido pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas "Victoria", en los resultados se observó que en mayoría presentaron un Grado 0 (sin placa) con un número de 59 internos que representa 98.3% y en minoría un Grado 1 (poca placa) con un número de 1 internos que representa 1.7%. Al observar los resultados se apreció que en abrumadora mayoría tienen la gingiva sin inflamación, lo cual es beneficiario para los internos, pero es necesario darles charlas o capacitarlos para que sigan manteniendo los mismos resultados, evitando que se vaya a deteriorar la gingiva.

Con respecto a determinar la prevalencia del Índice periodontal de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas "Victoria", se observó que en mayoría presentaron "ausencia de inflamación" con un número 35 internos que representa 58.3%, seguido de "Leve inflamación" con un número 23 internos que representa 38.3% y con en minoría "moderada inflamación" con un número 2 internos que representa 3.3%. En los resultados se observó, que igual a los ítems anteriores, hay ausencia de lesiones en el periodonto y una inflamación leve, por lo que también es necesario impartir charlas que abarquen todo sobre la buena salud del tejido periodontal, importante en la conservación de la salud bucal.

Con respecto a determinar la prevalencia de CPOD en los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas "Victoria", en los resultados se observó que en mayoría presentaron un CPOD alto con un número de 32 internos (53.3%), CPOD moderado con un número de 15 internos (25%), CPOD bajo con un número de 6 internos (10%), CPOD muy bajo con un número de 5 internos (8.3%) y un CPOD muy alto con un número de 2 internos (3.3%). En los resultados se observó una prevalencia de caries dental alto y moderado en un mayoritario puntaje, teniendo en las charlas a los internos, incidir más en esta dimensión, para lograr una disminución en el índice de caries dental, que será en beneficio de los internos para mejorar su salud bucal.

Con respecto a determinar la prevalencia de erosión en los internos que han consumido pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas "Victoria", en los resultados se observó que en mayoría presentaron Grado 1 con un número de 39 internos (65%), seguido de Grado 0 con un número de 13 internos (21.7%) y en minoría el Grado 2 con un número de 8 internos (13.3%). En los resultados se apreció, con respecto a esta dimensión que en gran mayoría el desgaste no es muy severo porque solo abarca el esmalte sin llegar a la dentina, y luego sin erosión, los resultados fueron por el estado emocional en que se encuentran los internos, siendo necesario que en las charlas se les trasmita la importancia de conservar sus piezas dentarias y se tendría que coordinar con el psicólogo para hacer un trabajo multidisciplinario.

Reyes J., Palian R. Ordoñez C. y García V. (2016); realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer el estado de la salud oral en pacientes hospitalizados consumidores de pasta básica de cocaína y otras sustancias psicoactivas en un hospital psiquiátrico. La muestra estuvo conformada por los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas hospitalizados en pabellón 6 varones, en el periodo de julio 2011-diciembre 2012. Se realizó una encuesta socio demográfica, una ficha de captación de datos de estudio en pacientes dependientes de sustancias psicoactivas de Ordóñez, los índices CPOD de

Klein y Palmer, IHOS de Green y Vermillon, de Erosión dental de Eccles y Jenkins. El 44% se encontraba en edades de 15 a 25 años. Las diferentes patologías orales en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas están relacionadas al descuido personal y abandono social producto de su conducta adictiva. En donde el 56% consume PBC y un 95% alcohol. Los investigadores han reportado una alta incidencia en caries dental 97%, enfermedades periodontales 94%, y un edentulismo parcial o total 62%. En el presente estudio se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia de consumo y el índice de caries dental ($p < 0.05$), así también existió diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo de consumo y el Índice gingival de Loe y Silness, Índice periodontal de Ramfjord y el Índice de erosión dental de Eccles y Jemkkins ($p < 0.05$).

Valeri T. (2016); efectuó un estudio cuyo objetivo fue describir el estado de salud oral en la población penal de la región de Valparaíso. La muestra conformada por 99 internos. Se obtuvo que la cantidad de internos hombres supera drásticamente a las mujeres, de los 8 establecimientos penitenciarios de la zona el Complejo Penitenciario de Valparaíso concentra la mayor parte de los reclusos de la región, y el tiempo de condena promedio que llevan cumpliendo los sujetos del estudio es de 28 meses. Con respecto al uso de sustancias ilícitas, se observó que un 40,4% de los reclusos consume una o más de ellas, con una frecuencia de uso principalmente mensual, seguida por casi diariamente y un 7,5% de los que consume lo hacen de manera semanal. La droga más usada por casi la totalidad de los individuos que consumen fue marihuana, seguida por pasta base y cocaína. Para la experiencia de caries se observó un promedio de COP de 8,8, siendo los cariados y perdidos los valores más altos. Un 18,2% de la muestra presentó alteraciones de la mucosa oral, siendo la más prevalente la presencia de línea alba en la mucosa yugal. Entre el índice COP y la edad de los internos se observó un comportamiento directamente proporcional. El tiempo de reclusión y el COP no mostraron una relación estadísticamente significativa, lo que por ahora no permite hacer inferencias respecto a si el hecho de que una persona esté privada de libertad repercute de manera negativa en su salud buco-dentaria.

Para el índice COP y el uso de drogas, no hubo datos estadísticos que avalen algún tipo de relación, aun así, a nivel descriptivo se pudo notar en los resultados una leve tendencia de mayor experiencia de caries en la muestra que sí hacía uso de sustancias ilícitas, con una mayor proporción de dientes perdidos por caries. En relación al uso de drogas y la presencia de alteraciones en la mucosa oral de los internos, arrojó valores estadísticamente significativos que permitan inferir un nexo entre estas variables. En la presente investigación se concluyó diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia de consumo y el índice de caries dental ($p < 0.05$), con un “alto Índice COPD” con internos que consumían “más de 2 veces al día” con un 38.3% ($n=23$), así también existe diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo de consumo y el Índice gingival de Loe y Silness (que en mayoría presentaron “Grado 0” aquellos internos que consumían de “0 a 10 años” con un 40% y con un número de 24 pacientes), Índice periodontal de Ramfjord (que en mayoría presentaron “ausencia de inflamación” aquellos internos que consumían de “0 a 10 años” con un 35% y con un número de 21 pacientes) y el Índice de erosión dental de Eccles y Jemkins (que en mayoría presentaron “Grado 1” aquellos internos que consumían de “0 a 10 años y de 11 a 20 años” con un 21.7% y con un número de 13 pacientes), todos estos índices con un valor $p < 0.05$.

Cury P., Oliveira M., De Andrade K., De Freitas M. y Dos Santos J. (2018); realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de las lesiones de la mucosa oral (OMLs) y su asociación con la adicción al crack / cocaína en los hombres. El examen clínico oral se realizó en 161 pacientes varones adultos en la Escuela de Odontología de la Universidad Federal de Bahía, Brasil. La adicción al crack / cocaína se determinó a partir de los registros médicos, y todos los individuos adictos a las drogas usaron tanto crack como cocaína. Todos los participantes (40 hombres adictos al crack / cocaína y 121 hombres no adictos) se sometieron a una evaluación sistemática de los labios, la mucosa labial, las comisuras, la mucosa bucal y el surco, la encía y el reborde alveolar, la lengua, el suelo de la boca y paladar duro por un solo examinador. Se realizaron análisis bivariados y de regresión para evaluar la

presencia de lesiones de la mucosa oral (OML) y la asociación de lesiones de la mucosa oral (OML) con adicción al crack / cocaína. Se encontraron lesiones de la mucosa oral (OML) en 22 participantes con una prevalencia significativamente mayor en el grupo de adictos al crack / cocaína (25 contra 9.9%; $p = 0.01$). Los tipos de lesiones más prevalentes en el grupo adicto fueron úlcera traumática y queilitis actínica (7,5% para cada una) seguidas de fístulas asociadas con una raíz dental retenida (5%). Después de ajustar las covariables, la adicción al crack / cocaína se asoció significativamente con las lesiones de la mucosa oral OML (OR = 2,87; IC del 95% = 1.08-7.67; $p = 0.03$). La prevalencia de las lesiones de la mucosa oral (OML) fue mayor en los individuos adictos al crack / cocaína, y la adicción al crack / cocaína se asoció significativamente con las lesiones de la mucosa oral (OML). Un programa de salud pública dirigido al diagnóstico y tratamiento tempranos de las lesiones de la mucosa oral (OML) es vital para mejorar el estado de salud oral de las personas adictas al crack / cocaína. En el presente estudio se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia de consumo y el índice de caries dental ($p < 0.05$), así también existió diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo de consumo y el Índice gingival de Loe y Silness, Índice periodontal de Ramfjord y el Índice de erosión dental de Eccles y Jemkkins ($p < 0.05$).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusión General

En cuanto a determinar la relación de la frecuencia y tiempo de consumo de la pasta básica de cocaína y salud bucal en Internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” 2018, se concluye que no hay relación entre la frecuencia y tiempo de consumo de pasta básica de cocaína y la salud bucal, porque $p > 0.05$.

5.1.2 Conclusiones Específicas

1. Con referencia a determinar la frecuencia de consumo de Pasta Básica de Cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”, se concluyó que la Frecuencia de consumo en los internos en mayoría es de Más de 2 veces al día, el 65%.
2. Con referencia a determinar el Tiempo de consumo de Pasta Básica de Cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”, se concluyó que la mayoría de los internos son consumidores de 0 a 10 años, en un 40%.
3. Con respecto a determinar el nivel de higiene oral de los internos que consumieron Pasta Básica de Cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”, se concluyó que la gran mayoría presentan Grado 0 (Sin Placa), en un 91.70%.

4. Con respecto a determinar la prevalencia Índice gingival en los internos que han consumido Pasta Básica de Cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas "Victoria", se concluyó que la gran mayoría de internos es de Grado 0 (Sin Placa), en un 98.30%.
5. Con respecto a determinar la prevalencia de Índice periodontal de los internos que consumieron Pasta Básica de Cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas "Victoria", se concluyó que en la mayoría se observa Ausencia de Inflamación, en un 58.30%.
6. Con respecto a determinar la prevalencia de CPOD de los internos que consumieron Pasta Básica de Cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas "Victoria", se concluyó que la gran mayoría tiene un CPOD Alto, en un 53.30%
7. Con respecto a determinar la prevalencia de erosión en los internos que han consumido Pasta Básica de Cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas "Victoria", se concluyó que la mayoría presenta Grado 1, en un 65%.

5.2 Recomendaciones

- * Se recomienda tomar en cuenta los resultados, para realizar capacitaciones a los internos sobre medidas preventivas respecto a la frecuencia y el tiempo de consumo, mantener o prevenir su salud bucal y por conveniencia su calidad de vida.
- * Se recomienda realizar charlas sobre los daños que causa el consumo de PBC en la cavidad bucal, se lograría que los internos

tomen conciencia y puedan reducir el consumo en beneficio de su salud.

- * Tomar en cuenta los resultados, para que mediante las charlas a los internos se pueda transmitir la importancia de la conservación de los tejidos periodontales, se lograría que mantengan y prevenir lesiones periodontales del interno.

- * Se recomienda tomar en cuenta los resultados, que mediante capacitaciones a los internos sobre las medidas preventivas referente a la caries dental, puedan conservar mejor sus piezas dentarias, se lograría reducir la prevalencia de Alto Índice de caries dental, mejorando su salud bucal.

- * Se recomienda tomar en cuenta los resultados, para que mediante charlas a los internos, se pueda incentivar el cuidado de sus dientes, logrando evitar la pérdida de las piezas dentarias y mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pinto P. Las drogas en la historia. Revista Científica Salud Uninorte 1998;13.
2. Ministerio de Salud. Módulo de atención integral en salud mental 5 dirigido a trabajadores de primer nivel de atención: abuso de sustancias [Internet] 2005 [citado 01 de marzo de 2019]. Disponible en: URL: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/057.pdf>
3. Centro de Información y Educación para la Prevención del abuso de drogas. El problema de las drogas en el Perú 2018 [internet] 2018 [citado 01 de marzo de 2019]. Disponible en: URL: <http://repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/378/1/CEDRO.Problema%20de%20las%20drogas.2018.pdf>
4. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Perú, 2016 [internet] 2017 [citado 01 de marzo de 2019]. Disponible en: URL: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2017/Informe_Universitarios_Peru.pdf
5. Centro de Información y Educación para la Prevención del abuso de drogas. Epidemiología de drogas en población urbana peruana: encuesta en hogares [internet] 2017 [citado 01 de marzo de 2019].

Disponible en: URL:
<http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/361/3/CEDRO.Estudio%20EPI.2017.pdf>

6. Intramed. OMS: buscan mejorar la respuesta al problema de las drogas [internet] 2018 [citado 01 de marzo de 2019]. Disponible en: URL: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=92131>
7. Real academia española; diccionario de la lengua española. 23ª ed. Madrid: RAE; 2014.
8. World Health Organization. Glosario de términos de alcohol y drogas [Internet] 2008 [citado 01 de marzo de 2019]. Disponible en: URL: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf?ua=1
9. Ley de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas. Ley N°22095 (Perú; 21 de febrero de 1978).
10. Paredes F. Farmacocinética de drogas de abuso depresoras del sistema nervioso central. *Emergencias* 1989;1(5):18-22.
11. Rossi P. Las drogas y los adolescentes: lo que los padres deben saber sobre las adicciones. 1 ed. Madrid (ES): Editorial Tébar S.L.; 2008.
12. United Nations Office on Drugs and Crime. Junta internacional de fiscalización de estupefacientes (JIFE) [internet] 2019 [citado 01 marzo de 2019]. Disponible en: URL: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/es/drogas/jife.html>

13. Dirección General de Tráfico. Las drogas y los medicamentos [internet] 2014 [citado 01 marzo de 2019]. Disponible en: URL: http://www.dgt.es/PEVI/documentos/catalogo_recursos/didacticos/did_adultas/drogas.pdf
14. Caudevilla F. Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración [internet] 2015 [citado 01 marzo de 2019]. Disponible en URL: <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
15. Valdés A., Ventó C., Hernández D., Álvarez A. y Díaz G. Droga, un problema de salud mundial. Revista Universidad Médica Pinareña 2018; 14(2):168-183.
16. Mardomingo M. Características clínicas del consumo de drogas en la adolescencia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan 2004; V(1):27-35.
17. Payá B. y Castellano G. Consumo de sustancias factores de riesgo y factores protectores [internet] 2017 [citado 01 marzo de 2019]. Disponible en: URL: <http://fliphtml5.com/fgec/ckuq/basic>
18. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General de Sanidad y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Guía de drogas [internet] 2007 [citado 01 marzo de 2019]. Disponible en: URL: http://www.girona.cat/adminwebs/docs/g/u/guia__drogas.pdf
19. Organización de los Estados Americanos. El Problema de drogas en las américas: estudios drogas y salud pública [internet] 2013 [citado 01 marzo de 2019]. Disponible en: URL:

http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf

20. Palermo S. Hijos en la droga: ¿por qué nuestros hijos consumen drogas?. 1 ed. Córdoba (AR): Editorial El Amanecer; 2011.
21. Gil F. Tratado de medicina del trabajo. 3 ed. España (ES): Elsevier; 2011.
22. World Health Organization. Frequently asked questions [internet] 2019 [citado 01 marzo de 2019]. Disponible en: URL: <https://www.who.int/suggestions/faq/en/>
23. Organización Mundial de Salud. Salud bucal [Internet] 2018 [citado 01 marzo de 2019]. Disponible en URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
24. Hescot P. The new definition of oral health and relationship between oral health and quality of life. Chin J Dent Res 2017; 20(4):189-192.
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2017 [Internet] 2018 [citado 01 marzo de 2019]. Disponible en: URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/libro.pdf
26. Ministerio de Salud. Salud bucal [Internet] 2016 [citado 01 marzo de 2019]. Disponible en: URL: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sUb5=13

27. Organización Mundial de la Salud. Nota informativa N°318 [Internet] 2012 [citado 01 marzo de 2019]. Disponible en: URL: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
28. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Nota de prensa [Internet] 2017 [citado 01 marzo de 2019]. Disponible en: URL: <https://www1.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-176-de-la-poblacion-de-15-y-mas-anos-de-edad-tienen-hipertension-arterial-9771/>
29. Marthur V. y Dhillon J. Dental caries: a disease which needs attention. *Indian J Pediatric* 2018;85(3):202-206.
30. López M., Diz P., Seoane J., Quintas V., Mendez F. Y Varela P. Actualización en medicina familiar: enfermedad periodontal. *Semergen* 2017; 43 (2):141-148.
31. Brovia R. Cáncer bucal. *Revista de Salud del Casmu* 2016;32-33.
32. California Dental Association. Cáncer de boca [Internet] 2015 [citado 01 marzo de 2019]. Disponible en URL: https://www.cda.org/Portals/0/pdfs/fact_sheets/oral_cancer_spanish.pdf
33. Naranjo H. Traumatismo dentarios. *Revista* 16 de Abril 2017; 56(265): 113-118.
34. Quintero M. La prevención de las adicciones en contextos familiares y escolares: análisis del programa de prevención de la asociación proyecto “entre todos” [tesis doctoral]. Granada (ES): Universidad de Granada; 2015.

- 35.** CEDRO. Pasta básica de cocaína (PBC) La dependencia a la PBC es una de las formas más graves de adicción [internet] [citado 03 marzo de 2019]. Disponible en: URL: [http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/292/5/EFECTO S%20PASTA%20BASICA%20DE%20COCAINA.pdf](http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/292/5/EFECTO%20PASTA%20BASICA%20DE%20COCAINA.pdf)
- 36.** UNODC. Pasta básica de cocaína cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos [internet] 2013 [citado 03 marzo de 2019]. Disponible en: URL: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2013/LIBRO_PBC.pdf
- 37.** Du M., Bei R., Guo L., Champio J., Fan M. y Holt R. Oral health status of heroin users in a rehabilitation centre in Hubei province, China. *Community Dent Health* 2001;18(2):94-8.
- 38.** Shetty V., Mooney L., Zigler C., Belin T., Murphy D. y Rawson R. The relationship between methamphetamine use and increased dental disease. *J Am Dent Assoc* 2010;141(3):307-18.
- 39.** Gupta T., Shah N., Mathur V. y Dhawan A. Oral health status of a group of illicit drug users in Delhi, India. *Community Dent Health* 2012;29(1):49-54.
- 40.** Gigena P. Salud bucodental de adolescentes y jóvenes drogodependientes y no consumidores de sustancias psicoactivas, en la ciudad de Córdoba, Argentina [tesis doctoral]. Córdoba (AR): Universidad Nacional de Córdoba; 2013.
- 41.** Reyes J., Palian R. Ordoñez C. y García V. Salud bucal y pasta básica de cocaína en pacientes hospitalizados por consumo de sustancias psicoactivas Perú. *Rev. Evid Odontol. Clinic* 2016; 2(2).

42. Valeri T. Salud oral según COP y lesiones mucosas, asociada al uso de drogas en internos penitenciarios de Valparaíso [tesis de titulación]. Viña del Mar (CL): Universidad Andrés Bello; 2016.
43. Rommel N., Rohleder N., Wagenpfeil S., Hartel Petri R., Jacob F., Wolff K. y Cols. The impact of the new scene drug "crystal meth" on oral health: a case-control study. *Clin Oral Investig* 2016;20(3):469-75.
44. Cury P., Oliveira M., De Andrade K., De Freitas M. y Dos Santos J. Dental health status in crack/cocaine-addicted men: a cross-sectional study. *Environ Scie Pollut Res Int* 2017;24(8):7585-7590.
45. De Souza S., Dos Santos A., Albini M., Gabardo M. De Lima A. y Machado M. Oral health impact profile and associated variables in Southern Brazilian drug users. *Iran J Public Health* 2018; 47(10):1466-75.
46. Ye T., Sun D., Dong G., Xu G., Wang L., Du J. y Cols. The effect of methamphetamine abuse on dental caries and periodontal diseases in an Eastern China city. *BMC Oral Health* 2018; 18(1):8.
47. Arocena J., Alcazar J., Arnau G., Violant D. y Santos A. Lesiones orales y gingivales asociadas al consumo de cocaína. Revisión de la literatura y presentación de un caso clínico. *Revista de Periodoncia y Osteointegración* 2009; 19(1): 24-37.

ANEXOS



ANEXO N°01

Universidad Inca Garcilaso de la Vega

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“CUESTIONARIO DE RELACIÓN DE LA FRECUENCIA Y TIEMPO DE CONSUMO DE LA PASTA BÁSICA DE COCAÍNA Y SALUD BUCAL EN INTERNOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN CONTRA LAS DROGAS VICTORIA, 2018”

I. Introducción

Es grato dirigirme a Ud., a fin de informarle que estoy realizando un estudio cuyo propósito es determinar la relación de la frecuencia y tiempo de consumo de la pasta básica de cocaína y salud bucal en Internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” 2018. De acuerdo a los resultados se tomará las medidas convenientes sobre el tema, por ello le rogamos que colabore con este estudio contestando este cuestionario. Lea cuidadosamente cada una de las preguntas del y marque con un aspa (X).

II. Datos Generales

- **Género:** Masculino Femenino
- **Edad:** Años

III. Consumo de Pasta Básica de Cocaína

1. ¿Cuántas veces al día consumía?

1-2 veces/día

Más de 2 veces/día

Interdiario

Semanal

2. ¿Qué cantidad consumía?

.....

3. ¿Hace cuánto tiempo consumía?

Años

Meses

IV. Índices de Salud Bucal

INDICE DE PLACA DE SILNESS Y LÖE

Piezas dentarias			1.6	2.1	2.4	3.6	4.1	4.4
M	V	D						
	P/L							

Grado 0: Sin placa. Grado 1: Poca placa. Grado 2: Moderada placa. Grado 3: Severa placa

Índice de Placa: $\frac{\sum P(\text{índices})}{6} = \text{[]}$ Interpretación: _____

INDICE GINGIVAL DE LÖE Y SILNESS

Piezas dentarias			1.6	2.1	2.4	3.6	4.1	4.4
MV	V	DV						
	P/L							

Grado 0: Sin inflamación. Grado 1: Inflamación leve, Grado 2: Inflamación moderada. Grado 3: Inflamación grave.

Índice Gingival: $\frac{\sum P(\text{índices})}{6} = \text{[]}$ Interpretación: _____

INDICE PERIODONTAL DE RAMFJORD

Piezas dentarias	1.6		2.1		2.4		3.6		4.1		4.4	
Nivel de inserción clínica (vestibular)												
Nivel de inserción clínica (palatino/lingual)												

(0) Ausencia, (1) Leve inflamación, (2) Moderada inflamación, (3) Grave inflamación, (4) Bolsa <3mm., (5) Bolsa entre 3mm y 6mm. (6) Bolsa de más de 6mm.

Índice Periodontal: $\frac{\sum(\text{valores máximos})}{6} = \boxed{}$ Interpretación: _____

INDICE DE CARIES DENTAL CPO- D

1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7
4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7

(0) No califica, (1) Diente cariado, (2) Diente Obturado, (3) Diente Perdido por caries, (4) Extracción indicada, (5) Diente sano.

CPOD

Individual: $\sum(\text{valores individuales con código 1, 2, 3 y 4}) =$ Interpretación: _____

Enfermedad Periodontal: Ausencia Presencia _____

ÍNDICE DE EROSIÓN DENTAL DE ECCLES Y JENKINS

Eccles y Jenkins establecen una clasificación de cuatro grados.

- Grado 0: no erosión
- Grado 1: pérdida de esmalte sin exposición dentina
- Grado 2: pérdida de esmalte con exposición de dentina en menos de 1/3 de la superficie dentaria.
- Grado 3: pérdida de esmalte con exposición de dentina en más de 1/3 de la superficie dentaria.

Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3

ANEXO N°02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr. (a, ita):

Soy la Bachiller Sylvia Alesandra GOICOCHEA ARAUJO, de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, responsable del trabajo de investigación titulado: “Relación de la frecuencia y tiempo de consumo de la pasta básica de cocaína y salud bucal en internos del Centro de Rehabilitación contra las drogas “Victoria, 2018”.

La presente es para invitarle a participar en el estudio el cual tiene como objetivo determinar la “Determinar la relación de la frecuencia y tiempo de consumo de la pasta básica de cocaína y salud bucal en internos del Centro de Rehabilitación contra las drogas “Victoria, 2018”. Para poder participar del estudio, usted tendrá que llenar un cuestionario de manera anónima, el cual le demandará un tiempo promedio de 10 minutos y posteriormente se realizara un examen clínico bucal. La información que Ud., brinde al estudio será de uso exclusivo del investigador y se mantendrá su debida confidencialidad. Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier etapa sin que este afecte de alguna manera. Por participar del estudio Ud., no recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación. Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse a los siguientes teléfonos

Yo, _____ dejo constancia que se me ha explicado en que consiste el estudio titulado “Relación de la frecuencia y tiempo de consumo de la pasta básica de cocaína y salud bucal en internos del Centro de Rehabilitación contra las drogas “Victoria, 2018”. Realizado por la Bachiller Sylvia Alesandra GOICOCHEA ARAUJO.

He tenido tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara. Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejarán confidencialmente y en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

Nombre y Apellido del Participante

Firma del Participante

Fecha:

DNI N°:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: Relación de la frecuencia y tiempo de consumo de la pasta básica de cocaína y salud bucal en internos del Centro de Rehabilitación contra las drogas “Victoria, 2018”.

AUTOR: Sylvia Alesandra GOICOCHEA ARAUJO

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA	METODOLOGÍA
<p>Problema General ¿Cómo es la relación de la frecuencia y tiempo de consumo de la pasta básica de cocaína y salud bucal en Internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” 2018?</p> <p>Problemas Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de pasta básica de cocaína en los internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”? 2. ¿Cuál es el tiempo de consumo de pasta básica de cocaína en los internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”? 3. ¿Cuál es el nivel de higiene oral de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”? 4. ¿Cuál es la prevalencia índice gingival en los internos que consumieron 	<p>Objetivo General Determinar la relación de la frecuencia y tiempo de consumo de la pasta básica de cocaína y salud bucal en Internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” 2018.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la frecuencia de consumo de pasta básica de cocaína en los internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”. 2. Determinar el tiempo de consumo de pasta básica de cocaína en los internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”. 3. Determinar el nivel de higiene oral de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”. 	<p>Hipótesis General Existe relación de la frecuencia y tiempo de consumo de pasta básica de cocaína y salud bucal en Internos del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria” 2018.</p>	<p>- Variable independiente Frecuencia y tiempo de consumo de Pasta básica de cocaína</p> <p>- Variable dependiente Salud bucal</p>	<p>- De la variable independiente se utilizarán como indicadores 03 preguntas que se encuentran en el instrumento.</p> <p>- De la variable dependiente se utilizarán 05 índices que están en el instrumento.</p>	Nominal	<p>Diseño Descriptivo</p> <p>Nivel de Investigación Descriptiva</p> <p>Tipo Investigación Prospectivo, Transversal y Observacional</p> <p>Enfoque Cuantitativo</p> <p>Población La población para la elaboración del estudio estuvo formada por internos con diagnóstico definitivo de adicción a la Pasta Básica de Cocaína del Centro de Rehabilitación “Victoria” en el año 2018.</p> <p>Muestra La muestra fue seleccionada en forma no aleatoria</p>

<p>pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”?</p> <p>5. ¿Cuál es la prevalencia de índice periodontal de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”?</p> <p>6. ¿Cuál es la prevalencia de CPOD de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”?</p> <p>7. ¿Cuál es la prevalencia de erosión de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”?</p>	<p>4. Determinar la prevalencia índice gingival en los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.</p> <p>5. Determinar la prevalencia de índice periodontal de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.</p> <p>6. Determinar la prevalencia de CPOD de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.</p> <p>7. Determinar la prevalencia de erosión de los internos que consumieron pasta básica de cocaína del Centro de Rehabilitación Contra las Drogas “Victoria”.</p>					<p>por conveniencia y estuvo constituida por 80 internos del Centro de Rehabilitación “Victoria” en el año 2018, que cumplieron con los criterios de selección.</p> <p>Técnica Estadística Para el procesamiento de los datos se utilizará una:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estadística descriptiva ▪ Estadística Inferencial <p>Tanto para el procesamiento de los objetivos como para la información que se obtendrá en la ejecución del proyecto.</p>
---	--	--	--	--	--	--