UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES ODONTOESTOMATOLÓGICAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE ASISTEN AL SERVICIO ODONTOLÓGICO DE LA DIRECCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS "DR. BENITO SORIA"

Autora
Dra. Silvia F. Mercado

Director
Prof. Dr. Rodolfo Esteban Ávila

Córdoba, Diciembre 2017
Argentina

TRIBUNAL DE TESIS

Dr. José Luis Cuello

Prof. Dra. Amanda Grandis

Dr. Diego Gauna

DEDICATORIA

A mis hijas, fuente de amor, apoyo incondicional, que me alientan para crecer.

A la memoria de mis padres, que me legaron voluntad y con su ejemplo la perseverancia para afrontar la vida.

A la memoria del Prof. Dr. Presman, que me enseñó a dignificar el Acto Médico Odontoestomatológico.

Y a la memoria Del Prof. Dr. Luis Battellino, que me inició en apasionante camino de la investigación.

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. Dr. Rodolfo Ávila, por su guía y aportes.

A la Srita. Verónica Antuña, por su predisposición y amabilidad.

A todos aquellos, que de alguna u otra manera contribuyeron a la consecución de este trabajo.

Art. 23.- Ord. Rectoral 3/77 "*La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor*".

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 1
I.1 Droga y sociedad 3
I.2 Adolescencia y Juventud 10
I.3 Hipótesis 14
I.4 Objetivo general 15
I.5 Objetivos específicos 15
II. MATERIAL Y MÉTODOS 16
II.1 Tipo del estudio 16
II.2 Universo y muestra 16
II.3 Variables de estudio 16
II.3.1 Definiciones y operacionalización 16
II.3.2 Antecedentes patológicos personales 17
II.3.3 Criterios de inclusión 17
II.3.4 Criterios de exclusión 18
II.3.5 Exámenes 18
II.3.6 Instrumentos para la recolección de datos 19
II.3.7 Tratamiento y análisis de los datos 19
II.3.8 Impacto o importancia del proyecto 19
III. RESULTADOS 20
III.1 Generalidades 20
III.2 Hábito de cepillado 31
III.3 Examen odontológico 34
III.4 Examen periodontal 36
III.5 Examen estomatológico 37
III.6 Antecedentes familiares y personales patológicos 39
IV. DISCUSIÓN 41
IV.1 Generalidades 41
IV.2 Hábito de cepillado 46
IV.3 Examen odontológico 48
IV.4 Examen estomatológico 51
IV.5 Antecedentes familiares y personales patológicos 53
V. CONCLUSIONES 54
VI. RECOMENDACIONES 56
VII. BIBLIOGRAFÍA 57
ANEXO 69
Instrumento para la recolección de datos 69
Modelo de Consentimiento informado 73
Autorización institucional para realizar la investigación 74
Iconografía representativa de lesiones bucales por consumo de sustancias psicoactivas (ejemplos) 75

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El consumo de sustancias psicoactivas genera intoxicación, afecta el sistema nervioso central de quien las consume y provoca trastornos psicológicos y fisiológicos con importantes repercusiones. Las acepciones del término “toxicómano”, “adicto”, “drogadependiente” o “drogadicto” responden a construcciones que varían a lo largo de la historia y que dependen de quién las expresa. Analizar estos conceptos implica dar cuenta de los diferentes modelos, la principal diferencia entre ellos es el grado de relevancia que otorgan a cada uno de los elementos interactuantes –droga, sujeto, contexto– desprendiéndose por tanto medidas sociales, preventivas, legislativas y sanitarias de muy diversa índole.

OBJETIVOS: Analizar la prevalencia de enfermedades odontoestomatológicas en adolescentes y jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas que concurren al Servicio Odontológico de la Dirección de Especialidades Médicas “Dr. Benito Soria”, Córdoba, Argentina. Establecer género, grupo etario, nivel educativo alcanzado y procedencia. Identificar el tipo, frecuencia y localización de las lesiones y/o hallazgos patológicos. Cuantificar el consumo de: cigarrillos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas; y el consumo en el último año de alguna droga y/o medicamento.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo observacional, transversal y prospectivo. Muestra: adolescentes de 12 a 25 años, período: 1/1/2014 al 31/12/2014. Variables: antecedentes sociodemográficos y hábitos de higiene y tóxicos. Antecedentes patológicos personales. Criterios de inclusión: Ambos sexos, 12 a 25 años, consumidores de sustancias psicoactivas.

RESULTADOS: La distribución mostró prevalencia del sexo femenino. El análisis de la distribución etaria de la muestra fue similar entre los adolescentes tempranos y medio; edad promedio: 17,23±3,64 años (r:12-25). La gran mayoría (68,0%) procedían de Córdoba capital. Máximo grado de instrucción alcanzado: nivel secundario (57%). Obra social: no la poseían el 90%. El 76% no fumaba. El 82,7% de los tabaquistas consumía cigarrillos de paquete (edad de inicio: 13/15 años). El 43% no consumía bebidas alcohólicas. Edad de inicio: los 13/15 años. El 4% toman medicamentos, mayormente analgésicos/antiinflamatorios. El 40% realizaba diariamente la higiene bucal. Sólo el 25,33% correspondió a elementos sanos. La gingivitis puberal poco frecuente. La prevalencia de lesiones estomatológicas fue relativamente baja (24%).

CONCLUSIONES: Hubo prevalencia del sexo femenino. La distribución etaria mostró una relación similar entre los adolescentes tempranos y adolescentes medios. La gran mayoría procedían de Córdoba capital. El máximo grado de instrucción alcanzado fue el nivel secundario. La mayoría no poseían obra social. La mayoría no fumaba, entre los fumadores: 1 a 5 cig/día. Edad de inicio 13/15 años. Casi la mitad de la población adolescente no consumía bebidas alcohólicas, un tercio sí lo hacía (3 a 5 vasos/día; >400 mL), hubo diferencias entre sexos. Las bebidas más consumidas fueron el fernet con coca y vino dulce. Edad de inicio: igual al tabaquismo. La mayoría dijo: haber consumido analgésicos/antiinflamatorios y realizar higiene bucal diaria. Tres cuartas partes la población analizada tenían o había tenido una o más lesiones de caries. La gingivitis puberal y el índice de placa fueron poco frecuentes. La prevalencia de lesiones estomatológicas fue baja. Antecedente familiar prevalente: hipertensión arterial. Antecedentes patológicos personales: oftalmológicos y cardiovasculares.

SUMMARY

INTRODUCTION: The consumption of psychoactive substances generates intoxication, affects the central nervous system of those who consume them and causes psychological and physiological disorders with important repercussions. The meanings of the term "drug addict", "addict", "drug dependent" or "drug addict" respond to constructions that vary throughout history and depend on who expresses them. Analyzing these concepts implies accounting for the different models, the main difference between them is the degree of relevance they give to each of the interacting elements -drug, subject, context- thus detaching social, preventive, legislative and health measures from very diverse nature.

OBJECTIVES: To analyze the prevalence of odontostomatological diseases in adolescents and young consumers of psychoactive substances who attend the Dental Service of the Medical Specialties Center "Dr. Benito Soria ", Córdoba, Argentina. Establish gender, age group, educational level reached and origin. Identify the type, frequency and location of the lesions and/or pathological findings. Quantify the consumption of: cigarettes, alcoholic and non-alcoholic beverages; and the consumption in the last year of any drug and/or medication.

MATERIAL AND METHODS: descriptive, observational, transversal and prospective study. Sample: adolescents from 12 to 25 years old, period: 1/1/2014 to 12/31/2014. Variables: sociodemographic background and hygiene and toxic habits. Personal pathological background. Inclusion criteria: Both sexes, 12 to 25 years old, consumers of psychoactive substances.

RESULTS: The distribution showed prevalence of the female sex. The analysis of the age distribution of the sample was similar between the early and middle adolescents; average age: 17.23±3.64 years (r:12-25). The vast majority (68.0%) came from Córdoba capital. Maximum level of instruction reached: secondary level (57%). Social work: they did not have 90%. 76% did not smoke. 82.7% of the smokers consumed pack cigarettes (age of onset: 13/15 years). 43% did not consume alcoholic beverages. Age of onset: 13/15 years. 4% take medications, mostly analgesics / anti-inflammatories. 40% performed daily oral hygiene. Only 25.33% corresponded to healthy elements. Infrequent pubertal gingivitis. The prevalence of stomatological lesions was relatively low (24%).

CONCLUSIONS: There was a prevalence of female sex. The age distribution showed a similar relationship between early adolescents and average adolescents. The great majority came from Córdoba capital. The highest level of instruction reached was the secondary level. The majority did not have social work. The majority did not smoke, among smokers: 1 to 5 cig/day. Age of beginning 13/15 years. Almost half of the adolescent population did not consume alcoholic beverages, one third did so (3 to 5 glasses / day, >400 mL), there were differences between sexes. The most consumed beverages were fernet with coca and sweet wine. Age of onset: equal to smoking. The majority said: have consumed analgesics / anti-inflammatories and perform daily oral hygiene. Three quarters of the population analyzed had or had had one or more caries lesions. Pubertal gingivitis and plaque index were rare. The prevalence of stomatologic lesions was low. Prevalent family history: arterial hypertension. Personal pathological background: ophthalmological and cardiovascular

I. INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) de forma periódica y crónica genera intoxicación, narcodependencia o drogadependencia, que es una enfermedad que afecta el sistema nervioso central de quien las consume y provoca trastornos psicológicos y fisiológicos con importantes repercusiones que no solo impactan el núcleo familiar, sino que también trascienden socialmente. Este hecho representaba hábitos culturales y sociales desde la antigüedad en numerosas poblaciones y culturas; hoy en día el fenómeno de la drogadicción ha alcanzado una extraordinaria importancia, por su difusión y consecuencias sociales y sanitarias. En la actualidad, el abuso de SPA y la farmacodependencia se consideran como un fenómeno multicausal en sus orígenes, de complejo desarrollo y de difícil solución, lo cual representa un motivo de preocupación no solamente para las autoridades de salud, sino para todos aquellos sectores de la población en los que repercuten sus efectos.[1]

La drogadependencia es desencadenada por cualquier sustancia animal o vegetal medicamentosa que tiene efecto estimulante, narcótico o deprimente en el sistema nervioso central causando la mayoría de las veces dependencia. Se presenta como resultado de la combinación de ciertos factores que incluyen: un individuo con unas características biológicas y patrones de comportamiento concretos (disponer o no de modelos de consumo, reglas acerca de los efectos de la sustancia, contacto directo con las SPA, etc.); un estado motivacional determinado (por ejemplo, condiciones de privación social, ansiedad, etc.); condiciones contextuales generales y específicas determinadas (como ambiente escolar o familiar, presencia de sustancias en el entorno cotidiano, etc.); y las consecuencias fisiológicas y/o sociales derivadas de la auto-administración de la sustancia.[2]

Para estudiar las diversas SPA y sus efectos, de manera sencilla se establecieron clasificaciones en base: a) sus efectos sobre el sistema nervioso central (SNC) que se discriminan a su vez en depresores o psicolépticos, estimulantes o psicoanalépticos, alucinógenos o psicodislépticos, b) según el nivel de adicción o dependencia: SPA duras

y SPA blandas; identificando como duras aquellas que causan adicción y dependencia física y psíquica, mientras que como droga blanda solamente la que causa adicción o dependencia, la cual puede ser a nivel psíquico o físico.[3]

Entre las consecuencias por el consumo de SPA ilícitas, se incluyen primordialmente las asociadas a: a) propiedades farmacológicas (sobredosis, lesiones por accidentes bajo su efecto o por dependencia), b) las relacionadas a sus vías de administración (abscesos e infecciones, por el uso de jeringas no esterilizadas) y c) por actitudes (como conductas delictivas, problemas familiares, laborales o abandono escolar, etc.), con implicaciones serias para la salud, tanto individual como pública, pues generan un costo oneroso a la sociedad, con pérdidas económicas esencialmente ocasionadas por detrimento en la productividad e intensificación en los cuidados asistenciales y elevada criminalidad.[4,5,6]

De las SPA que se consumen de manera más común se encuentran la cocaína, un alcaloide que se obtiene de la hoja de coca, este posee propiedad psicoactiva y se puede consumir de acuerdo a sus diferentes presentaciones, ya sea como clorhidrato, pasta base o crack de manera inhalada, fumada o tópica.[7,8]

La marihuana, se describe como el conjunto de hojas y tallos secos de la planta *Cannabis spp*, la cual posee unas sustancias psicoactivas denominadas canabinoides y por último la combinación de diferentes sustancias adictivas como las anteriormente mencionadas u otras, como el caso del bazuco, que es un extracto crudo de la hoja de coca mezclado con agua, ácido sulfúrico y querosén, combustibles o agua de batería; el pegamento y el alcohol, son mezclados a diferentes proporciones y cantidades para ser introducidos en el organismo. Este último método de combinación de algunas SPA es muy utilizado por los narcodependientes cuando están bajo los efectos de otros estupefacientes con el fin de prolongar el efecto.[9,10]

Por otra parte, a nivel bucal, se han identificado determinadas patologías en pacientes narcodependientes tales como problemas periodontales, lesiones en tejidos blandos y en tejidos duros. En los tejidos blandos se han observado úlceras, queilitis angular, candidiasis y laceración gingival y en los tejidos duros, caries dental, perdida del esmalte dentario (abrasión o erosión) a nivel cervical, producto esto, de la acción

química de sustancias desmineralizantes por el consumo de las SPA; la abrasión, ocasionada por sobrecargas biomecánicas debido a fuerzas oclusales deflectivas y fracturas coronales consecuencia del bruxismo.[5,11,12]

I.1 Droga y sociedad

En este trabajo se presenta la problemática de las adicciones a las sustancias psicoactivas (SPA) y su impacto en la sociedad, justificando la profundización de su estudio desde sus diferentes aspectos de expresión. Se caracteriza desde el marco teórico, que se aborda la problemática desde un recorte etario pre-seleccionado: Adolescencia y Juventud, por presentarse como período ventana muy demostrativo del fenómeno en estudio con manifestación clínica según la bibliografía consultada, destacando que en los últimos años se observa un corrimiento de consumo de SPA hacia la etapa pre adolescente.

La adicción a sustancias es un fenómeno preocupante en todas las sociedades, en tanto se observan generaciones de jóvenes destruidas por las SPA de uso ilícito y no existe comunidad sin riesgo de padecer este flagelo. Esto hace que el estudio de los diferentes aspectos de la drogadicción y sus condicionantes, sea hoy de indispensable abordaje[13].

Diversos investigadores trabajan en el tratamiento y análisis de los trastornos adictivos desde un enfoque integrador donde se sostiene que “no hay un único factor” que lleve al proceso adictivo, y que los diferentes subsistemas de la personalidad (el ambiental-conductual, biológico, cognitivo, afectivo, espiritual, inconsciente y sistémico) pueden estar afectados[14,15,16]. Desde este enfoque se considera “droga”, a toda sustancia cuyo uso /abuso pueda ocasionar consecuencias psico-neuro-bio-socio-tóxicas[17].

Vulgarmente se llama “droga” a las sustancias químicas que tienen el poder de generar dependencia. Por su parte, el comité de expertos en farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud, define a la droga como una sustancia química de síntesis o natural, que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación,

ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona. Naturalmente no todos los usuarios de sustancias son drogodependientes.

La drogadicción, entendida como una enfermedad crónica que afecta al cerebro[18], presenta a menudo recaídas en su tratamiento, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de SPA a pesar de las consecuencias nocivas para el adicto y a los que le rodean. Se considera una *enfermedad del cerebro* porque el abuso de sustancias determina cambios en la estructura y en el funcionamiento del cerebro. Si bien es cierto que, en la mayoría de las personas, la decisión inicial de tomar sustancias es voluntaria, con el tiempo los cambios en el cerebro causados por el abuso repetido de las sustancias psicoactivas pueden afectar el auto control y la habilidad del usuario para tomar decisiones sensatas.

La drogadicción es una enfermedad prevenible. Los resultados de las investigaciones de prevención auspiciadas por el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA)[18] han demostrado que los programas de promoción que involucran a la familia, las escuelas, las comunidades y los medios de comunicación son herramientas eficaces en la reducción del abuso de sustancias. Mientras que hay muchos eventos y factores culturales que afectan las tendencias del abuso de sustancias, cuando los jóvenes perciben al abuso de sustancias como dañino, reducen el consumo del mismo. Por lo tanto, es necesario ayudar a los jóvenes y al público en general a comprender los riesgos del uso y abuso de sustancias y continuar promoviendo a través de los maestros, padres y profesionales de cuidados de la salud la necesidad de profundizar el estudio con respecto a esta problemática. Orientar las políticas preventivas y asistenciales requiere necesariamente poder diferenciar el peso relativo que cada uno de los grupos de individuos en situación de riesgo, dónde se localizan según espacios territoriales, qué características sociales tienen (clases sociales o niveles socioeconómicos, edad, sexo, nivel de educación) y cuáles son los patrones de consumo que manifiestan (tipo de sustancia, frecuencia de uso, edad de inicio)[19,20].

El empleo de sustancias psicoactivas afecta predominantemente el cerebro y una vez que la adicción se desarrolla, los cambios cerebrales interfieren con la habilidad del individuo para tener voluntad, conduciéndolo a la búsqueda compulsiva, urgente y necesaria del uso de SPA. Su uso puede también causar daño a nivel cardiovascular, pulmonar, inmunológico, renal, hepático o del tracto gastrointestinal, observándose sus efectos sistémicos, principalmente cuando las SPA son utilizadas a altas dosis o después de su uso prolongado; no obstante, algunos efectos pueden presentarse incluso con una sola dosis.[7,21-29]

Entre los consumidores de SPA, se ha mencionado una amplia variedad y prevalencia de manifestaciones bucales relacionadas con su uso. En prisioneros infectados con SIDA y hepatitis B en un 8% y 23% respectivamente, destacan las elevadas cifras de manchas melánicas labiales y de lengua vellosa[a], observadas entre drogadictos. En población no cautiva, se ha descrito fundamentalmente la presencia de xerostomía, ulceraciones traumáticas, lesiones malignas y premalignas, hiperplasia gingival, papilomas y candidiasis[30,31,32,33], en los consumidores de marihuana; asimismo, se han referido lesiones gingivales, ulceraciones y necrosis palatina, entre usuarios de cocaína; lengua vellosa en benzodiacepinas; xerostomía y lesiones por deficiencia nutricia en alucinógenos y pigmentación lingual por erupción fija a SPA en opiáceos.[34-39]

Horowitz y Nersasian, en 1978, realizaron en EE.UU una revisión comprensiva de los efectos psicológicos y metabólicos. Esta información se relaciona con el tratamiento preoperatorio y postoperatorio odontológico del paciente que fuma la marihuana habitual. La marihuana y la cocaína no son SPA benignas, sus efectos simpático-adrenales, vasoactivos, cardiotrópicos, esteroidogénicos, justifican la precaución al administrar la atropina o epinefrina contenida en productos como anestésico dentales.[5,40]

Awengen[41], en 1993, realizó un estudio en EE.UU sobre la relación de marihuana y tumores malignos del tracto aerodigestivo superior en pacientes jóvenes, concluyendo que la marihuana es mutagénico, carcinogénico y actúa como inhibidor del sistema

[a] El síndrome de la lengua vellosa/peluda es una condición donde hay sobrecrecimiento de las papilas filiformes en la superficie dorsal de la lengua.

inmunitario. Warnakulasuriya y Kerr[42], en 2016, publican que el recuento de linfocitos T en fumadores crónicos de marihuana fue menor que en los no fumadores.

Magis y cols. [43], en 2007, realizaron un estudio en México sobre la prevalencia de alteraciones de la mucosa bucal en una población de 16-60 años que tenían antecedentes de uso de SPA, resultando que hubo mayor frecuencia de lesiones pigmentadas y cicatrices bucales entre los usuarios adictos a la marihuana.

El abuso de estos componentes puede llegar a ocasionar trastornos cerebrales que produzcan la pérdida de la memoria o de la atención y afectar la toma de decisiones, con daño grave potencial (por ejemplo, convulsiones, ataques y daño cerebral masivo), llegando a perturbar en consecuencia, todos los aspectos de la vida diaria del sujeto.[44,45]

Su uso puede también causar daño a nivel cardiovascular, pulmonar, inmunológico, renal, hepático o del tracto gastrointestinal, observándose sus efectos sistémicos, principalmente cuando las SPA son utilizadas a altas dosis o después de su uso prolongado; no obstante, algunos efectos pueden presentarse incluso con una sola dosis.[46]

Se ha mencionado que como efecto de las SPA, además de presentarse un sinnúmero de alteraciones sistémicas y bucales entre los adictos, estos sujetos a menudo permanecen sin atención médica y dental durante años, debido a negligencia atribuida a los efectos de las SPA y a que pertenecen comúnmente a un estrato socioeconómico bajo.[47,48,49, 50]

El consumo de drogas se construye como problema a partir de estereotipos, el primero de ellos se vincula con la arbitrariedad con la que se presenta la definición del concepto de droga, que, al no responder a una lógica científica, incluye caprichosamente ciertas sustancias (cocaína, marihuana, éxtasis, etc.) y excluye otras (alcohol, tabaco, psicofármacos). Los fundamentos que se ofrecen no tienen correlato en el daño social, en la nocividad de la sustancia o en la dependencia que ocasionan.

Las acepciones del término “toxicómano”, “adicto”, “drogadependiente” o “drogadicto” también responden a construcciones que varían a lo largo de la historia y que dependen de quién las expresa. Analizar estos conceptos implica dar cuenta de los

diferentes modelos ideológicos que subyacen al análisis. Siguiendo categorización es previas podemos diferenciar cinco tipos de modelos que ayudan a entender y a caracterizar cada una de las diferentes concepciones e interpretaciones acerca del consumo de drogas (algunas de las autoras desarrollaron cuatro, el último, denominado geo-político estructural, comenzó a plantearse a finales de los años ´80).[51,52]

La principal diferencia entre ellos es el grado de relevancia que otorgan a cada uno de los elementos interactuantes –droga, sujeto, contexto– desprendiéndose por tanto medidas sociales, preventivas, legislativas y sanitarias de muy diversa índole en función del enfoque que se tenga en cuenta. Los modelos, son modos de ocuparnos de la temática de las drogas, de acuerdo a como comprendamos la realidad que pretendemos abordar. Cada modelo tiene una determinada visión del mundo, lo cual deja entrever una ideología y posicionamiento en relación al consumo de drogas que influirá y determinará las intervenciones preventivas que se realicen. Cada uno de ellos, integra de forma particular la relación entre el sujeto, la sustancia y el entorno (persona-droga-contexto). ¿Cuáles son los modelos?

Ético Jurídico

Persona

- Es considerada víctima de la sustancia.
- El consumidor de drogas ilícitas es caracterizado como trasgresor/delincuente.
- Considera a las drogas ilícitas como causantes del “problema drogas”.

Droga

- Lo social impone una norma definiendo lo bueno, normal y deseable. Lo que se aparte de esta definición es considerado como “desviado” y debe ser reencauzado hacia la normalidad o eliminado.

Contexto

- Las acciones preventivas se orientan al control de la producción, comercialización y consumo de sustancias ilícitas.

Médico sanitario

Persona

- Introduce el concepto de enfermedad, interesándose por los grados de vulnerabilidad de una persona.
- Tiene en cuenta los factores de riesgo y define a los niños y jóvenes como población vulnerable.

Droga

- Es considerada el agente que se introduce en la persona infectándola y enfermándola si el contexto la torna vulnerable.

Contexto

- Considera los factores de riesgo, la tolerancia social y la facilidad de acceso a la sustancia.

Psico-Social

Persona

- Considera a la persona como protagonista, en la interacción sustancia-persona-contexto.

Droga

- No distingue entre drogas licitas e ilícitas, ni entre sustancias más o menos tóxicas, sino que tiene en cuenta las cantidades, frecuencias y modalidades del consumo.

Contexto

- Considera la influencia que ejercen las personas o grupos (amigos, familia, otros) a través de las relaciones que tienen con el sujeto.

Socio-Cultural

Persona

- Las condiciones socio-culturales, económicas y ambientales de las personas condicionan los consumos de drogas.

Droga

- Tienen importancia según el valor que una determinada sociedad les asigna.

Contexto

- Es en las características de la sociedad donde deben buscarse las causas del consumo de drogas (como por ejemplo el consumismo)

Multi-dimensional

Persona

- Explica el consumo de drogas de una persona en base a la relación que adquiere con una sustancia, en un contexto especifico.

Droga

- La droga es considerada como un elemento material, como un objeto.

Contexto

- Enmarca e influye en la relación que se establece entre sujeto-sustancia.

A modo de resumen se muestra el siguiente cuadro:

Modelos que explican el consumo de drogas: estereotipos y representaciones		
Modelo	**Estereotipo**	**Representación social que construye el modelo**
ETICO-JURÍDICO	El usuario de drogas es simultáneamente DELINCUENTE y VICTIMA	• Trasgresión de normas - delincuente • Inseguridad, miedo • Usuarios víctimas de la sustancia
MÉDICO-SANITARIO	El usuario de drogas es un ENFERMO	• Las sustancias alteran y afectan el buen funcionamiento del organismo • El sujeto no puede hacer nada para evitar el consumo • La adicción es un emergente
PSICO-SOCIAL	El usuario de drogas es un ESCLAVO. Son personas con dificultades de adaptación y maduración	• El consumo de drogas es un síntoma que evidencia un malestar psíquico • Falta o mal funcionamiento de una red familiar y social que contenga al usuario
SOCIO-CULTURAL	El usuario de drogas es una VICTIMA (condicionado por su entorno socio-económico)	• El consumo de drogas implica una evasión de la realidad • El entorno cultural y económico determina los tipos de drogas y las formas de consumo • El uso de drogas ilegales es característico de las sociedades industriales avanzadas • Las desigualdades sociales producen vulnerabilidad en relación con el consumo de drogas
GEO-POLÍTICO ESTRUCTURAL	La oferta (tráfico) y la demanda (consumo) son una unidad indivisible	• Politiza y redimensiona el problema como fenómeno global y como un problema social

Tomado de: Kornblit y cols.[53]

El enfoque de reducción de daños y riesgos

Persona

- Reconoce que las personas se ven atraídos por las drogas y van a experimentar con ellas a pesar de la prohibición por esto se centra en atender los riesgos asociados al consumo de sustancias y no en prevenir el mismo.

Droga

- Considera la presencia de las drogas en la sociedad.

Contexto

- Tiene en cuenta las características de una sociedad de consumo.

Cada de estos distintos modelos de abordaje presentados por Graciela Touzé[54], tienen una visión parcial sobre la temática, centrando cada uno su atención en la sustancia, en el individuo o en el contexto, a excepción del modelo multidimensional, en el que se plantea una "interacción entre los tres subsistemas": la droga, la persona y el contexto.

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN LA OMS[55]

Grupo 1. Opiáceos: opio y derivados naturales, semisintéticos y sintéticos (morfina, heroína, metadona).

Grupo 2. Psicodepresores: barbitúricos, benzodiazepinas y análogos.

Grupo 3. Alcohol etílico.

Grupo 4. Psicoestimulantes mayores: cocaína, anfetaminas y derivados.

Grupo 5. Alucinógenos: LSD, mescalina, psilocibina, etc.

Grupo 6. Cannabis y derivados: marihuana, hachís.

Grupo 7. Sustancias volátiles: gasolinas, pegamentos, éter, óxido nitroso, etc.

Grupo 8. Psicoestimulantes menores: tabaco, cafeína, cola, cacao, etc.

Grupo 9. Drogas de diseño o síntesis.

I.2 Adolescencia y Juventud

Se parte de una concepción de Adolescencia-Juventud, como una etapa de la vida humana, que comienza a partir de la pubertad y se prolonga durante el tiempo que le demanda a cada sujeto alcanzar la autonomía, hacerse responsable de su propia vida, a partir de que logra su propia identidad, como inicio de la adultez. El modo en que este proceso se desarrolle, depende de las características del contexto (a su particular situación familiar, de género, de lugar, de clase social, de educación, entre otras) y del momento histórico en que al adolescente le toque vivir[56].

Quiroga[57], en 1999, reconoce tres momentos: adolescencia temprana (entre 13 y 15 años), en la que se suelen intensificar las conductas rebeldes y el mal desempeño escolar; adolescencia media (entre 15 y 18 años), donde surgen los primeros noviazgos y la formación de grupos de pares; y la adolescencia tardía (o Juventud) (entre 18 y 28 años), que es el tiempo de resolución de las problemáticas que conducirán al adolescente hacia la adultez. La OMS por su parte, establece un parámetro cronológico, entre los 10 y 19 años, para definir la adolescencia.

Durante la adolescencia se construyen una serie de identificaciones nuevas, sin renunciar por completo a las primeras identificaciones infantiles. Los nuevos modelos, pueden ser adultos ajenos a la familia (diferentes mediadores como maestros, médicos

u odontólogos), pero también otros jóvenes. Los compañeros, los amigos, son el espejo en que el adolescente se mira en busca de aceptación y aprobación[58].

En la construcción de su identidad, el adolescente manifiesta actitudes de diferenciación que pueden abarcar desde, desprolijidad en su aspecto físico, falta de interés por la limpieza y el orden, desafío a la autoridad, provocación directa de los adultos, bajo rendimiento escolar, repetición del año, abandono de la escuela, dormir en exceso, o vagar; hasta conductas que lo ponen en franca situación de riesgo, como ejercicio prematuro de la sexualidad, fugas del hogar, consumo abusivo de alcohol y/o SPA, trastornos alimentarios, actos delictivos, en una clara diferenciación de su mundo pasado y en la búsqueda de límites puestos por los adultos. [59,60]

Es la etapa donde con mayor intensidad son cruciales las interacciones entre los recursos personales y grupales con las opciones socio-históricas y características del entorno. La trama del desarrollo juvenil se da con el influjo de la globalización y modernización, alcanzando un mayor o menor grado de multiculturalidad, con relaciones de género e intergeneracionales en transición y estructuras de oportunidades enraizadas en las condiciones históricas, económicas y políticas de sus sociedades. El posicionamiento de las juventudes en las sociedades latinoamericanas se ha visto impactado por grandes grupos de transformaciones interrelacionadas como son los cambios epocales, el modelo económico social imperante, la evolución de los paradigmas de las políticas y del enfoque de juventud.[61]

Estas consideraciones llevan a comprender la juventud como la fase biográfica que expresa las transformaciones de la sociedad que están viviendo los sujetos.[62]

Esta ausencia de un claro reconocimiento social de la identidad juvenil es un vacío imprescindible de superar para el desarrollo efectivo del conocimiento sobre sus realidades. La visibilización es importante pues hace parte de las representaciones sociales de la juventud que orientan su inclusión, omisión o exclusión de las acciones públicas. De allí el aporte que pueden hacer los “marcadores de juventud” para apuntar al pleno reconocimiento de las capacidades y derechos de las juventudes junto a las medidas necesarias para su cumplimiento. Sin embargo, también este objetivo puede verse vulnerado pues la selección de los marcadores que se encuentra influida por

diversos factores -entre ellos- la concepción previa que existe sobre las juventudes. Esta concepción es necesario explicitarla, por lo que la sintetizamos a continuación.

Ser joven es una condición que se está expandiendo, no solo en cuanto a la edad sino en la representación que la juventud tiene en la sociedad.[63]

Lütte[64] (1991) hace una valiosa revisión de la transformación de los límites etáreos y sus implicaciones. Señala que hasta el siglo II AC en Roma la vida estaba dividida en tres fases: niñez, edad adulta y vejez. No existían las categorías de adolescencia y juventud. Aun hoy predomina el criterio de las tres edades, lo que hace de la vejez la tercera edad. Incluso se ha agregado una cuarta edad, referida a los ancianos mayores. No se contabiliza la fase juvenil. En los tiempos mencionados por Lütte se asimilaban los jóvenes a la adultez, hoy se asimilan a la niñez. Existía la pubertad fisiológica que conducía a una ceremonia religiosa donde se imponía la toga viril para marcar el paso del niño a la edad adulta. Los hijos púberes (*filius* familias) podían participar en los comicios, acceder a la magistratura, ingresar a la milicia con los mismos derechos y deberes ciudadanos.

A partir del siglo II AC se postergaron los derechos del púber con limitación a la participación en cargos públicos y se pasó a reconocer la madurez social recién a los veinticinco años. Esto se fundamentó para evitar que el menor se viera involucrado en negocios donde se requiere experiencia. Se genera una nueva clase de edad, en semidependencia de los adultos como continuación de la dependencia infantil que deriva de las condiciones biológicas, la que no existe en la adolescencia-juventud. Se sientan las bases para enfocar a la juventud como una fase de preparación con pérdida de su calidad de sujeto social.

Señala Lütte, que tal distinción-oposición entre jóvenes y adultos, coincide con el agravamiento de los contrastes sociales entre las clases y los sexos. Afirma que nunca se ha probado que los privilegios de la adolescencia y la juventud requieran de un período de marginación y privación de sus responsabilidades adultas y que ello se da en el contexto de sociedades en que existen claras jerarquías, especializaciones del trabajo y diferencias socioeconómicas. Esto lleva a Lütte a concluir que la adolescencia es "una fase de marginación que deriva de las estructuras sociales fundadas en la desigualdad".[59]

Uno de los factores que ha dificultado la construcción de políticas de juventud es el problema de las edades en el ámbito legal. Dado que en el ámbito normativo las personas se consideran adolescentes antes de los dieciocho años y luego adultas, se produce una ambigüedad en el reconocimiento del sujeto juvenil (a veces tratado como adolescente, a veces como adulto). Ello favorece su invisibilización en la planificación social, va en detrimento del avance en las políticas y establece una pugna entre los defensores del ámbito correspondiente a la niñez y la adolescencia, los involucrados en la promoción de políticas de juventud.[65] Agreguemos que la edad es también factor de discusión en el ámbito investigativo y que en el transcurso de los tiempos no siempre ha tenido el mismo valor e impacto en las trayectorias.

Es relevante el hecho de que hasta el siglo II antes de Cristo en Roma, los jóvenes (hombres) eran considerados adultos, tenían todos los derechos y pasaron a perderlos con argumentos que aún en la época contemporánea son esgrimidos.

Recién en 1989 se inicia un reconocimiento explícito de sus derechos en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, donde se fija el término de la niñez en los 18 años y que fue firmada por casi todos los países del mundo. Nótese que los jóvenes quedan subsumidos en el concepto de niño, lo que implica que su desarrollo sexual no es considerado en la Convención. En 1985, la Asamblea General de las Naciones Unidas para el Año Internacional de la Juventud, adoptó el límite de catorce años para definir la niñez y la juventud entre quince y veinticuatro años, inclusive. En esta última categoría, se plantea la distinción de los adultos jóvenes, entre los veinte y veinticuatro años.

Se señala que el adulto posmoderno no representa un modelo de adulto perfectamente constituido, en parte debido a que no tiene una identidad claramente definida, ni social, ni sexual, ni laboralmente estable[36]. Inmerso en los valores posmodernos del culto a la imagen, la contemplación narcisista, la obsesión por el culto al cuerpo y la apariencia juvenil, convierten a la adolescencia en el imperativo categórico del resto de las generaciones.

Iniciado el siglo XXI, la situación de la salud bucal en las Américas y en el mundo es realmente preocupante. Pese a que la frecuencia parece haber disminuido en muchas

naciones y/o grupos socioeconómicos, la caries dental y las periodontopatías constituyen las enfermedades odontoestomatológicas prevalentes. La mayoría de los jóvenes y adultos padece una u otra afección, o ambas a la vez. Si bien estos procesos patológicos no constituyen amenaza de muerte a las personas (bajas tasas de mortalidad y letalidad), representan verdaderos problemas de salud pública[66].

Advirtiendo esta situación mundial y en el marco de "Salud para Todos" en el año 2000, la Federación Dental Internacional, con la expresa aceptación por parte de la Organización Mundial de la Salud, propuso un conjunto de metas tendientes a mejorar el estado de salud bucodental, cuyos logros no han sido completos ni uniformes en todo el mundo. Mientras que en los países industrializados la incidencia y la prevalencia de caries declinaron fuertemente en el curso de los últimos 30 años, en respuesta a la aplicación de medidas preventivas de alta eficacia y costo aceptable (extensión del uso de fluoruros, reducción de la ingesta de azúcares, modificación de los hábitos de higiene dental, control odontológico), en otros países, incluida la Argentina, la enfermedad se mantiene en un nivel estacionario, o incluso sigue una tendencia de crecimiento, concentrándose en las personas pertenecientes a los estratos más bajos de la escala social[61].

Los escasos datos epidemiológicos disponibles en nuestro país referidos al estado de salud enfermedad del aparato estomatognático revelan que existe un perfil de patologías de gran magnitud, donde la experiencia de caries y de enfermedad periodontales es prácticamente universal[67].

La información epidemiológica es aún más insuficiente respecto a los adolescentes; habida cuenta que representa un grupo etáreo que durante mucho tiempo ha sido desatendido, y tal vez lo siga siendo.

I.3 HIPÓTESIS

Existe relación entre consumo de SPA y las enfermedades odontoestomatológicos en adolescentes y jóvenes.

I.4 OBJETIVO GENERAL

- Analizar la prevalencia de enfermedades odontoestomatológicas en adolescentes y jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas que concurren al Servicio Odontológico de la Dirección de Especialidades Médicas “Dr. Benito Soria”, de la ciudad de Córdoba, Argentina.

I.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer género, grupo etario, nivel educativo alcanzado y procedencia.
- Identificar el tipo, frecuencia y localización de las lesiones y/o hallazgos patológicos.
- Cuantificar el consumo de: cigarrillos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas (jugos frutales, aguas saborizadas y/o gaseosas); y el consumo en el último año de alguna droga y/o medicamento.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

II.1 TIPO DEL ESTUDIO

Descriptivo observacional, transversal y prospectivo.

II.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: adolescentes de 12 a 25 años que concurrieron en forma espontánea por derivación al Servicio de Atención Odontológica de la Dirección de Especialidades Médicas "Benito Soria", ciudad de Córdoba, durante el período comprendido entre el 1º de enero al 31 de Diciembre de 2014. Dado que se analizó la totalidad de adolescentes que se reclutaron durante el período estipulado, el Universo conformará la Muestra del Estudio con las variables estipuladas para el presente.

II.3 VARIABLES DE ESTUDIO

La investigación se realizó consignando los antecedentes sociodemográficos (datos catastrales, edad, sexo, procedencia, tiempo de residencia y grado de instrucción alcanzado) y hábitos de higiene y tóxicos.

II.3.1 Definiciones y operacionalización

Edad: conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de atención en el Servicio de Odontología de la DEM "Benito Soria". Operacional: la edad se obtiene de la historia clínica y se consigna en años. Conjunto de valores: entre los 12 a 25 años cumplidos.

Sexo: conceptual: es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexos). Operacional: Consignado en la ficha por el investigador. Conjunto de valores: masculino o femenino.

Procedencia: conceptual: referido al lugar de origen (nacimiento) del individuo que conforma la muestra (país, provincia, ciudad). Operacional: en el caso de extranjeros se consignará según el tiempo de residencia. Conjunto de valores: Argentino/a, Naturalizado/a o por Opción, Extranjero/a.

Máximo grado de instrucción alcanzado: conceptual: concierne a la educación que ha recibido el individuo analizado. Operacional: se preguntará y tomará como cierta la respuesta. La instrucción terciaria y universitaria será considerada en conjunto como nivel de instrucción superior. Conjunto de valores: primaria incompleta; primaria completa; secundario incompleto; secundario completo; terciario incompleto; instrucción superior completa; instrucción superior incompleta.

II.3.2 Antecedentes patológicos personales

Hábitos de higiene bucal: conceptual: Una buena higiene comienza por un correcto cepillado, que conviene realizar justo después de cada comida, ingesta de bebidas, especialmente las azucaradas y carbonatadas, de golosinas o aperitivos, o de cualquier alimento. El cepillado más importante, y el que no debe faltar, es el de después de la cena o de la última ingesta antes de dormir. Operacional: se consignarán los momentos y la frecuencia de cepillado dental. Conjunto de valores: luego del desayuno, luego del almuerzo, luego de la merienda, luego de la cena; a diario, discontinua.

Hábitos tóxicos: conceptual: acción abuso en el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, SPA, tabaco). Operacional: se interrogará al individuo si consume, edad de inicio, frecuencia de consumo; se tomará como veraz a la respuesta proporcionada. Conjunto de valores: sí, no.

Aditamentos: conceptual: uso de *piercing*[b]. Operacional: en el examen físico se consignará la presencia de aditamentos. Conjunto de valores: sí, no

II.3.3 Criterios de inclusión

- Ambos sexos.
- 12 a 25 años.
- Consumidores de sustancias psicoactivas.

[b] Anglicismo, gerundio del verbo *to pierce*: 'agujerear', 'perforar', 'atravesar'. Es la práctica de perforar o cortar una parte del cuerpo humano, generalmente para insertar aros o pendientes.

II.3.4 Criterios de exclusión

- Enfermedades que requieren tratamiento farmacológico prolongado.
- Adolescentes en tratamiento oncológicos.
- Tratamiento de ortodoncia.
- Embarazo.

II.3.5 EXÁMENES

Se llevaron a cabo en pacientes con el correspondiente consentimiento informado.

- **Examen dentario.** Comprendió el recuento de elementos dentarios sanos, perdidos y obturados; a partir de los datos obtenidos se confeccionó el índice CPO-D. El examen se realizó con suficiente luz artificial, estando el adolescente sentado ergonómicamente en el sillón odontológico, utilizando equipo de diagnóstico para inspección (espejo plano, sonda explorador, pinzas de algodón).[68,69,70]
- **Examen periodontal**. Detectó de placa bacteriana, en forma directa o en los casos requeridos mediante el uso del correspondiente revelador (*doble tone*). A esos fines se realizó una cuidadosa inspección visual de las caras de los dientes, usando el explorador cuando fuera necesario. La presencia de placa fue clasificada en cuatro categorías (0, 1, 2 y 3), partir de los datos registrados se confeccionó el índice de placa; e índice gingival de Loe y Silness (grados 0, 1, 2 y 3).[71]
- **Examen estomatológico.** Se realizó un exhaustivo examen bucal con el método clínico estomatológico, realizando examen a boca cerrada, examen de semimucosas, mucosas de labio superior e inferior, comisura labial, mucosa yugal, zona retrocomisural (anterior, media y posterior), paladar duro y blando, cara dorsal de la lengua, ventral, bordes, piso de boca, istmo de las fauces y encías. Se registraron cambios de color, lesiones, etc.[16,17,72]

Ver anexo.

II.3.6 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- Encuesta personalizada y ficha ad hoc de recolección de datos (ver anexo).
- Ficha odontológica y ficha estomatológica (ver anexo).

II.3.7 TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

- Según el tipo de variable de que se tratare, los datos fueron resumidos mediante las correspondientes estadísticas descriptivas (frecuencias relativas, media y error estándar). Se utilizó el paquete de software InfoStat®. Se realizó la búsqueda bibliográfica a través de las plataformas PubMed/MEDLINE, Scimago/Scopus y Biblioteca Virtual en Salud (BVS)/SciELO.[73,74,75,76]

II.3.8 IMPACTO O IMPORTANCIA DEL PROYECTO

La correcta planificación de servicios y programas sanitarios en odontología debe estar sustentada en la información que produce la investigación epidemiológica, la cual, entre otros aportes, hace posible describir la magnitud y distribución de las enfermedades bucodentales y factores de riesgo en las poblaciones humanas. Basada en la evidencia emanada de los estudios epidemiológicos analizados con rigor, las acciones de prevención y/o de intervención resultarán más eficaces y eficientes, no sólo para las propias personas sino también para el sistema sanitario. Solamente así será posible implementar medidas preventivas racionales para evitar la progresión de las enfermedades odontológicas y disminuir sus secuelas.

En razón de todo lo expuesto, se plantea y se desarrolla una investigación destinada a establecer la prevalencia y tipo de enfermedades bucales en la población de adolescentes y jóvenes demandantes de atención odontológica en la Dirección de Especialidades Médicas Dr. Benito Soria (ciudad de Córdoba), según los objetivos y metodología que se describieron.

III. RESULTADOS

III.1 Generalidades

La distribución de la muestra según sexo mostró prevalencia del sexo femenino (tabla 1 y figura 1).

Tabla 1: distribución de la muestra según sexo en frecuencias y porcentajes (n=416)

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Varones	153	36,8%
Mujeres	263	63,2%
Total	**416**	**100,0**

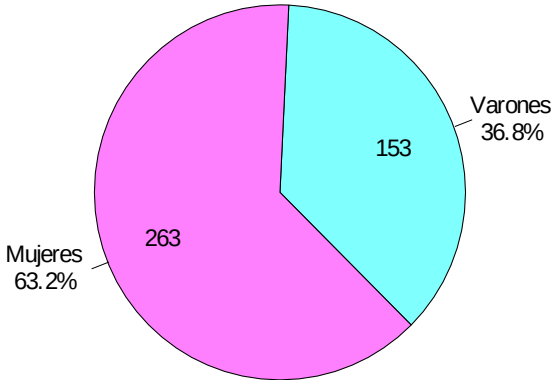


Figura 1: distribución de la muestra según sexo, los valores se representan en frecuencias y porcentajes. (n=416)

El análisis de la distribución etaria de la muestra (tabla 2) mostró una relación similar entre los adolescentes tempranos (12 a 15 años) y adolescentes medio (16 a 19 años) (figura 2); siendo la edad promedio del grupo de 17,23 ± 3,64 años (r: 12-25).

Tabla 2: distribución de la muestra según edad en frecuencias y porcentajes (n=416)

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12	50	12,0
13	27	6,5
14	41	9,9
15	37	8,9
16	28	6,7
17	38	9,1
18	52	12,5
19	31	7,5
20	24	5,8
21	28	6,7
22	15	3,6
23	20	4,8
24	16	3,9
25	9	2,2
Total	**416**	**100,0**

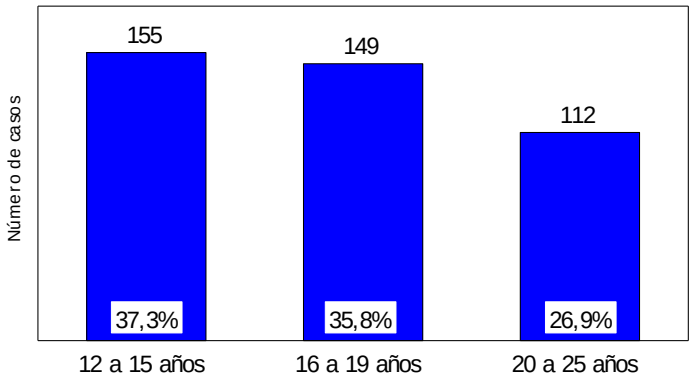


Figura 2: distribución de la muestra según grupo etario, los valores se representan en frecuencias y porcentajes. (n=416)

Los adolescentes asistidos en el servicio odontológico durante el período de estudio eran de distinta procedencia, si bien en su gran mayoría (68,0%) procedían de Córdoba capital, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre sexos. El resto, correspondió a adolescentes procedentes del interior de la provincia de Córdoba, de otras provincias y de países limítrofes (Tabla 3 y figura 3).

Tabla 3: distribución de la muestra según procedencia en porcentajes (n=416)

	Varones (n=153)	**Mujeres (n=263)**	**Total (n=416)**
Córdoba capital	71%	68%	70%
Córdoba interior	1%	2%	1%
Otras provincias	9%	8%	8%
Perú	16%	21%	19%
Otros países	3%	2%	2%
Total	**100%**	**100%**	**100%**

(p=0,4513)

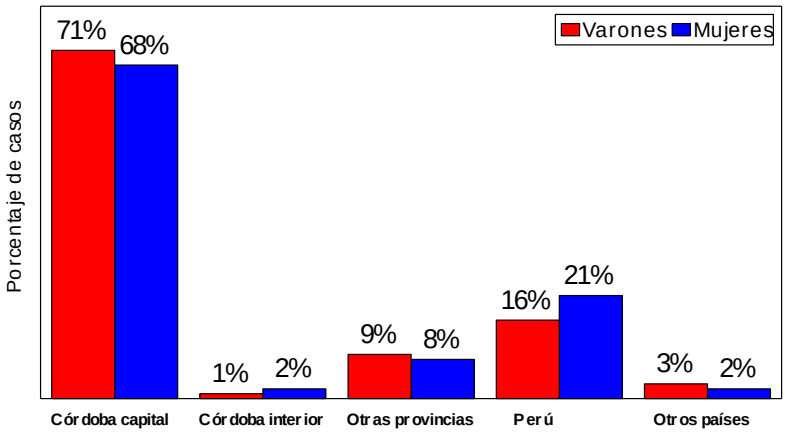


Figura 3: distribución de la muestra según grupo procedencia, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

Con relación al máximo grado de instrucción (alcanzado o en curso) por los adolescentes, se observó que el nivel secundario fue el de mayor prevalencia (57%), no hubo diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre sexos. Solamente el 11% de la muestra se encontraba cursando o había finalizado sus estudios superiores (terciarios o universitarios) (Tabla 4 y figura 4).

Tabla 4: distribución de la muestra según nivel de instrucción alcanzado en porcentajes (n=416)

	Varones (n=153)	Mujeres (n=263)	Total (n=416)
Primaria incompleta	7%	2%	4%
Primaria completa	12%	9%	10%
Secundario incompleto	54%	59%	57%
Secundario completo	16%	18%	17%
Nivel superior incompleto	8%	11%	10%
Nivel superior completo	1%	1%	1%
Sin dato	3%	0%	1%
Total	**100%**	**100%**	**100%**

(p=0,0538)

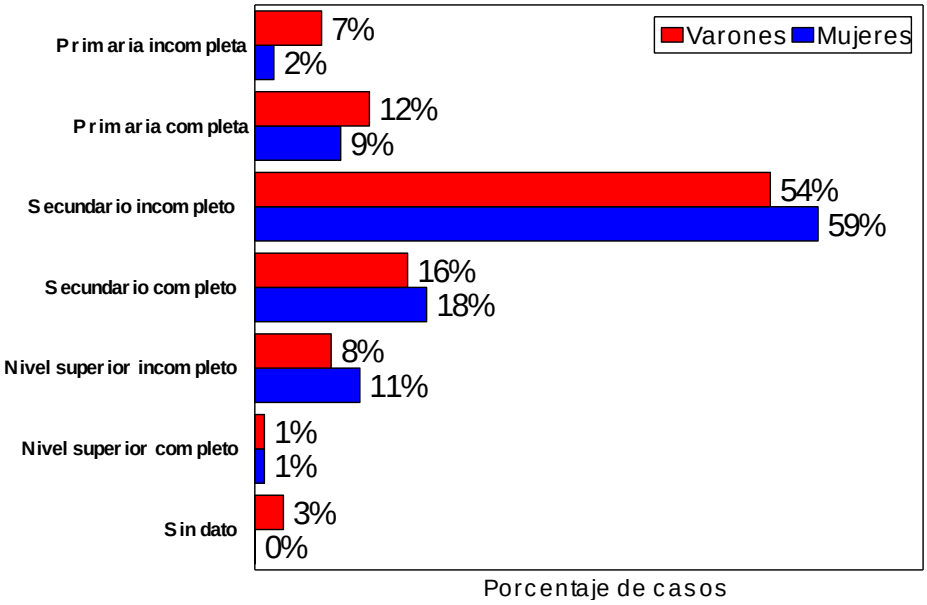


Figura 4: distribución de la muestra según nivel de instrucción alcanzado, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

En relación a si los adolescentes analizados tenían obra social se pudo cuantificar que no la poseían el 90% de los casos (tabla 5 y figura 5), no hubo diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre sexos.

Tabla 5: distribución de la muestra según obra social en porcentajes (n=416)

	Varones (n=153)	Mujeres (n=263)	Total (n=416)
Si	13%	9%	10%
No	87%	91%	90%
Total	**100%**	**100%**	**100%**

(p=0,2905)

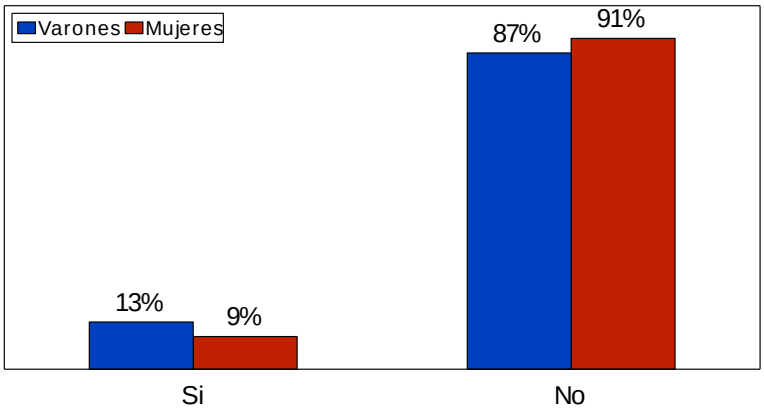


Figura 5: distribución de la muestra según obra social, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

La Tabla 6 y figura 6, se indica que el 76% de la muestra no poseía el hábito tabáquico. Entre los fumadores, la mayor parte (10%) consumía de 1 a 5 cigarrillos por día, sin que existan diferencias estadísticamente significativas según sexo.

Tabla 6: distribución de la muestra según cantidad de cigarrillos que fuma diariamente en porcentajes (n=416)

	Varones (n=153)	Mujeres (n=263)	Total (n=416)
Ninguno	72%	79%	76%
1-5	9%	10%	10%
6-10	8%	5%	6%
11-20	3%	3%	3%
Más de 20	8%	3%	5%
Total	**100%**	**100%**	**100%**

(p= 0,0718)

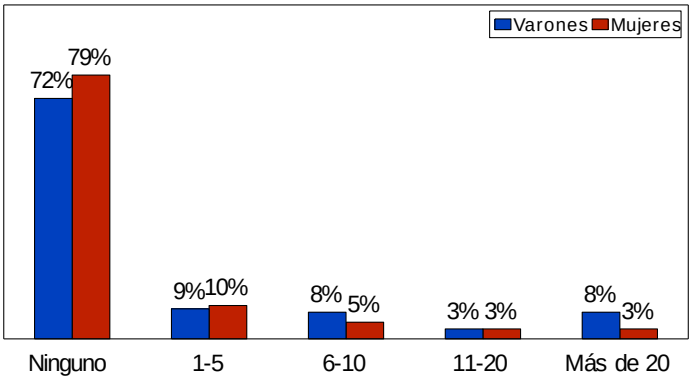


Figura 6: distribución de la muestra según cantidad de cigarrillos que fuma diariamente, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

Respecto al tipo de cigarrillo se pudo observar que el 82,7% de los tabaquistas consumía cigarrillos de paquete (Tabla 7 y figura 7).

<u>Tabla 7:</u> distribución de fumadores/as según tipo de cigarrillos que fuma en frecuencias y porcentajes (n=98)

	Cantidad	**Porcentaje**
Cigarrillos	81	82,7
C + cocaína	1	1,0
C + Marihuana	9	9,2
Marihuana	4	4,1
No contesta	3	3,1
Total	**98**	**100,0**

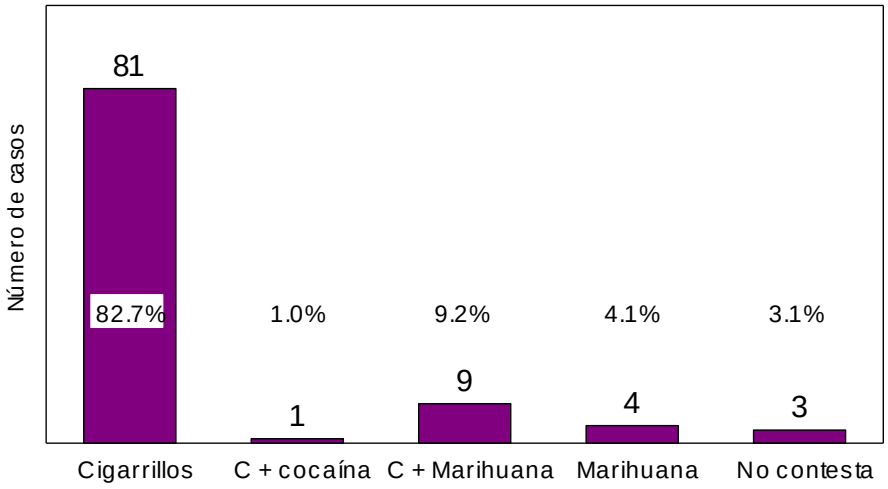


Figura 7: distribución de la muestra según tipo de cigarrillos que fuma, los valores se representan en frecuencias y porcentajes. (n=98)

La edad de inicio del hábito tabáquico prevaleció entre los 13 y 15 años (56%), tabla 8 y figura 8, sin que existan diferencias estadísticamente significativas según sexo.

Tabla 8: distribución de la muestra según la edad que comenzó a fumar en porcentajes (n=98)

	Varones (n=153)	**Mujeres (n=263)**	**Total (n=416)**
10-12	16%	11%	13%
13-15	55%	56%	56%
16-20	20%	31%	26%
21-25	2%	0%	1%
No responde	7%	2%	4%
Total	**100%**	**100%**	**100%**

(p=0,3720)

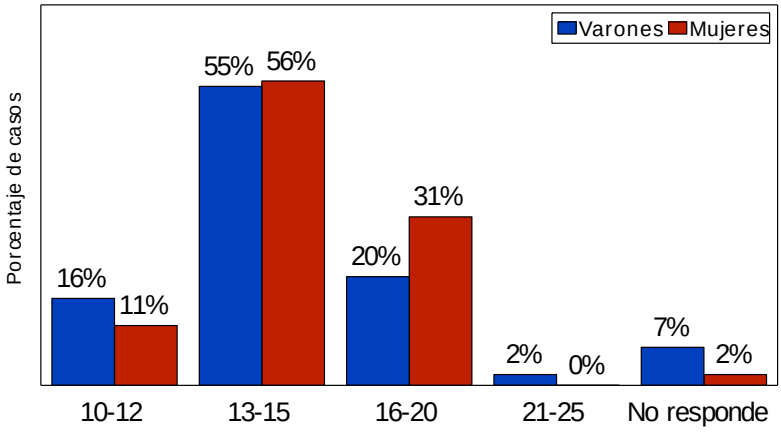


Figura 8: distribución de la muestra según la edad que comenzó a fumar, los valores se representan en porcentajes. (n=98)

El 43% de la población adolescente no consumía habitualmente bebidas alcohólicas (cerveza, vino u otra), en tanto que el 27% bebía de 3 a 5 vasos diarios (>400 mL) (tabla 9 y figura 9), se observaron diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre sexos.

Tabla 9: distribución de la muestra según cantidad de vasos de bebidas alcohólicas que consume en porcentajes (n=416)

	Varones (n=153)	Mujeres (n=263)	Total (n=416)
Ninguno	45%	42%	43%
1-2	8%	12%	10%
3-5	21%	30%	27%
Más de 5	26%	16%	20%
Total	**100%**	**100%**	**100%**

(p=0,0184)

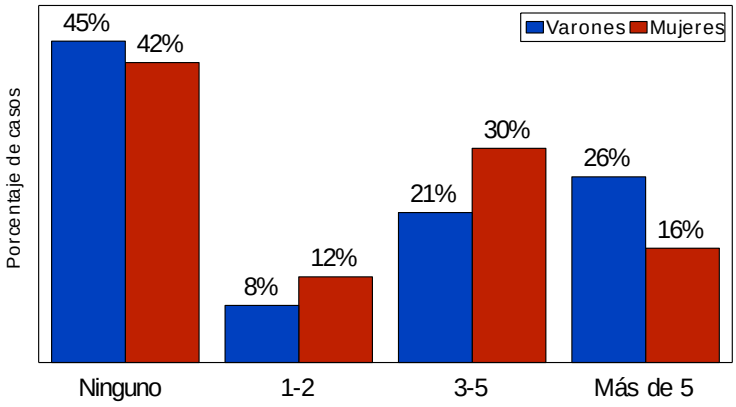


Figura 9: distribución de la muestra según cantidad de vasos de bebidas alcohólicas que consume diariamente, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

Luego se tabularon los tipos de bebidas alcohólicas consumidas (tabla 10) y se puede consignar que el fernet con coca (26,45%) y el vino dulce (20,66%) son prevalentes.

Tabla 10: distribución de la muestra según tipo de bebidas alcohólicas que consume en frecuencias y porcentajes (n=242)

Respuestas	Total	Porcentaje
Fernet con coca	64	26,45
Vino dulce	50	20,66
Cerveza	43	17,77
Vino tinto	25	10,33
Gancia	20	8,26
Vino con gaseosa	19	7,85

Bebida blanca	14	5,79
Whisky	3	1,24
Vino blanco	2	0,83
Cerveza con gaseosa	1	0,41
No contesta	1	0,41
Total	**242**	**100,00**

La tabla 11 y figura 10 muestran la edad de inicio de consumo por primera vez de alguna bebida alcohólica en los adolescentes analizados, siendo más frecuente entre los 13 y 15 años (52%).

Tabla 11: distribución de la muestra según edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas en porcentajes (n=416)

	Varones (n=153)	**Mujeres (n=263)**	**Total (n=416)**
10-12	8%	1%	3%
13-15	46%	56%	52%
16-20	42%	33%	36%
21-25	0%	1%	0%
No contesta	4%	10%	8%
Total	**100%**	**100%**	**100%**

(p=0,0054)

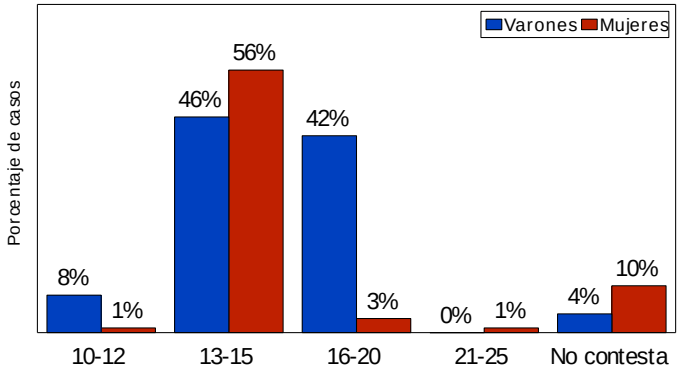


Figura 10: distribución de la muestra según edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

Al analizar, a continuación, la casi totalidad de los adolescentes estudiados consumían bebidas no alcohólicas (carbonatadas, jugos con sabor a frutas, etc.), predominando quienes ingerían diariamente más de 3-5 vasos (>500 mL) (80%) (Tabla 12 y figura 11).

Tabla 12: distribución de la muestra según cantidad de jugos frutales y/o gaseosa que consume diariamente en porcentajes (n=416)

	Varones (n=153)	**Mujeres (n=263)**	**Total (n=416)**
Ninguno	1%	4%	3%
1-2	13%	17%	16%
3-5	85%	78%	80%
Más de 5	1%	1%	1%
Total	**100%**	**100%**	**100%**

(p=0,0967)

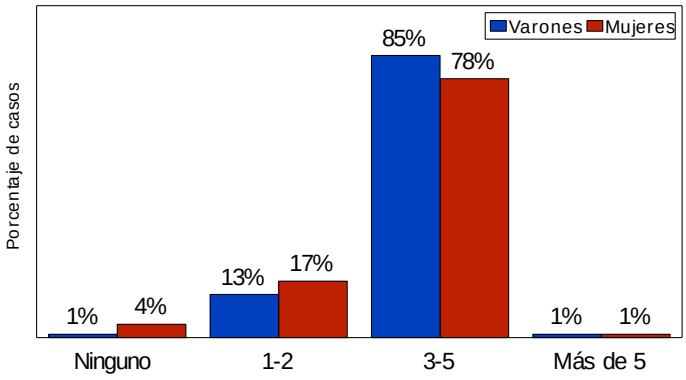


Figura 11: distribución de la muestra según cantidad de vasos de jugos frutales y/o gaseosas que consume diariamente, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

De las bebidas no alcohólicas más consumidas fueron el jugo en botella y/o sobre (51,44%) y bebidas cola (25,96%), siendo estas últimas bebidas carbonatadas gaseosas cola (tabla 13).

Tabla 13: distribución de la muestra según tipo de jugos frutales y/o gaseosa que consume en porcentajes (n=416)

	Total	Porcentaje
Jugo botella/sobre	214	51,44
Bebida cola	108	25,96
Agua	42	10,10
Gaseosa	37	8,89
Agua saborizada	8	1,92
jugo natural	3	0,72
No contesta	2	0,48
Amargo serrano	1	0,24
Soda	1	0,24
Total	**416**	**100,00**

La gran mayoría de la población bajo estudio dijo haber consumido alguna clase de medicamentos en el año anterior al inicio de la investigación (96%) (Tabla 14 y figura 12).

Tabla 14: distribución de la muestra según consumo de medicamentos en el último año en porcentajes (n=416)

	Varones (n=153)	Mujeres (n=263)	Total (n=416)
Si	97%	95%	96%
No	3%	5%	4%
Total	**100%**	**100%**	**100%**

(p=0,2474)

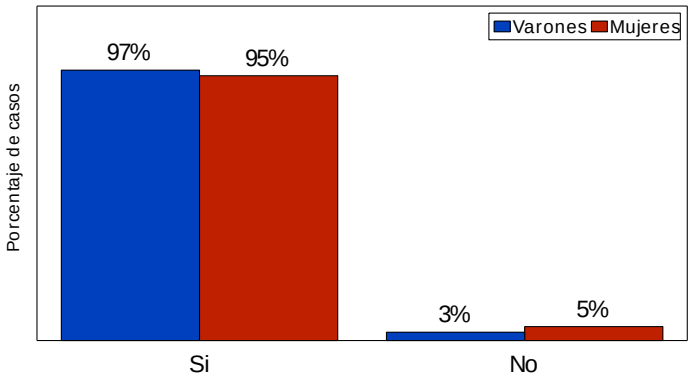


Figura 12: distribución de la muestra según consumo de medicamentos en el último año, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

A los **399 pacientes** que toman medicamentos se les preguntó que medicamentos consumía, el 89,2% manifestó ingerir analgésicos/antiinflamatorios (tabla 15 y figura 13).

Tabla 15: ¿Qué medicamentos tomó/a?

Medicamento	**Total**	**Porcentaje**
Analgésico / Antiinflamatorio	371	89,2
Antibióticos	232	55,8
Antiespasmódico / antiácidos	84	20,2
Otros	119	28,6
No consume	17	4,1

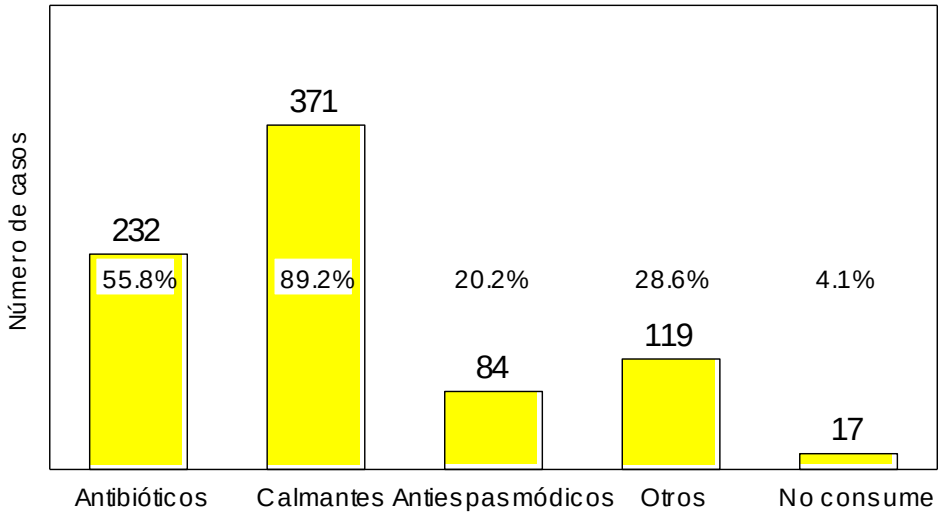


Figura 13: distribución de la muestra según tipo de medicamento consumido, los valores se representan en porcentajes. (n=399)

III.2 Hábito de cepillado

La gran mayoría de los adolescentes investigados (40%) realizaba diariamente la higiene bucal, mientras que la mitad efectuaba el cepillado en forma discontinuada (tabla 16 y figura 14).

Tabla 16: ¿Realiza cepillado dental diariamente?

	Varones (n=153)	Mujeres (n=263)	Total (n=416)
Si	31%	45%	40%
No	12%	9%	10%
Discontinuo	56%	46%	50%
Total	**100%**	**100%**	**100%**

(p= 0,0227)

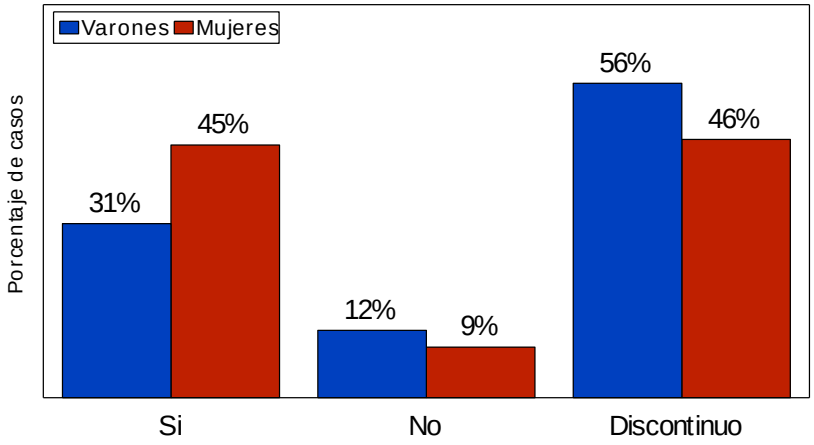


Figura 14: distribución de la muestra según hábito de cepillado bucodental, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

Entre quienes efectuaban el cepillado diario, las modalidades más frecuentes fueron después de la cena (50%) y al levantarse (39,9%) (Tabla 17 y figura 15).

Tabla 17: ¿Cuándo realiza el cepillado dental?

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
Al levantarse	166	39,9%
Después del almuerzo	35	8,4%
Después de la cena	208	50,0%
No contesta	7	1,7%
Total	**416**	**100%**

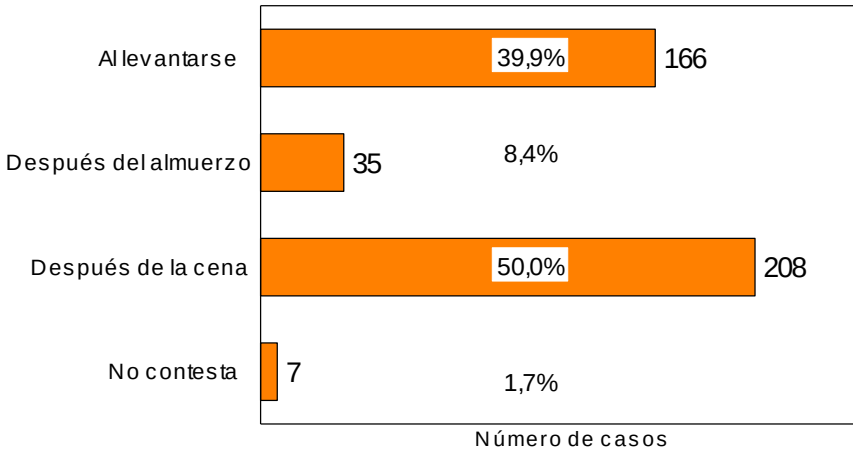


Figura 15: distribución de la muestra según tipo de medicamento consumido, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

Según los datos de la Tabla 18, el consumo promedio de alimentos azucarados alcanzó al 95% de los encuestados, siendo levemente prevalente el sexo femenino (tabla 18 y figura 16).

Tabla 18: ¿Consume alimentos con azúcar diariamente?

	Varones (n=153)	**Mujeres (n=263)**	**Total (n=416)**
Si	94%	96%	95%
No	6%	4%	5%
Total	**100%**	**100%**	**100%**

(p=0,4345)

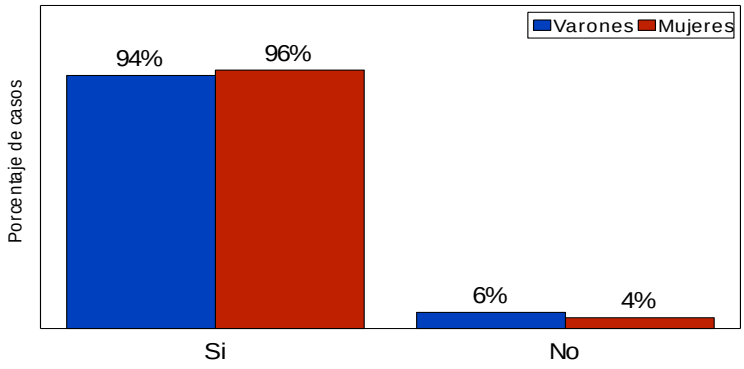


Figura 16: distribución de la muestra según consumo de alimentos con azúcar, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

En la tabla 19 se observa que los alimentos azucarados más consumidos son: chicles (35,6%), chocolate (24,0%), caramelos (22,5%), chupetines (10,1%), alfajores (3,1%) y otros (4,8%).

Tabla 19: ¿Cuáles?

	Total	Porcentaje
chicles	141	35,6
chocolate	95	24,0
caramelos	89	22,5
chupetines	40	10,1
alfajores	12	3,1
galletas	10	2,5
facturas	5	1,3
cereal	1	0,3
garrapiñada	1	0,3
gomitas	1	0,3
helados	1	0,3
Total	**396**	**100,0**

III.3 Examen odontológico

La Tabla 20 muestra datos relacionados a la población de adolescentes estudiada que tenía o había tenido una o más lesiones de caries, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres (p >0,05). El 25,33% correspondió a elementos sanos, con muy escasa participación del componente "dientes obturados" (0,6%) (figura 17).

Tabla 20: estado de los elementos dentarios de los adolescentes

Promedios	Varones	Mujeres	Total	p
Sanos	25,42	25,27	25,33	0,6729
Cariados	2,01	1,93	1,96	0,7852
Perdidos	0,37	0,36	0,36	0,9629
Obturados	0,52	0,65	0,6	0,3839

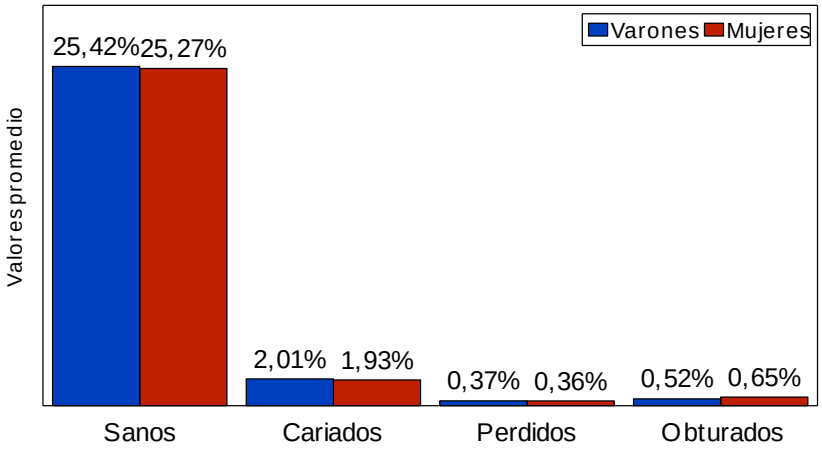


Figura 17: distribución de la muestra según estado de los elementos dentarios, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

Las hipocalcificaciones (amelogénesis imperfecta tipo 1 o 3) fueron las alteraciones distintas de caries más frecuentes (14%) ($p<0,05$), siendo prevalentes abrasiones (18%) ($p<0,05$), mostraron ambas situaciones diferencias estadísticamente significativas. La erosión dental estuvo presente en el 1,0% de los varones, no registrándose en ningún adolescente de sexo femenino ($p >0,05$) (Tabla 21 y figura 18).

Tabla 21: alteraciones dentarias distintas de caries en la población adolescentes

	Varones	Mujeres	Total	p
Erosión	1%	0%	0%	0,6975
Abrasión	24%	14%	18%	0,0144
Hipocalcificación	20%	10%	14%	0,0075

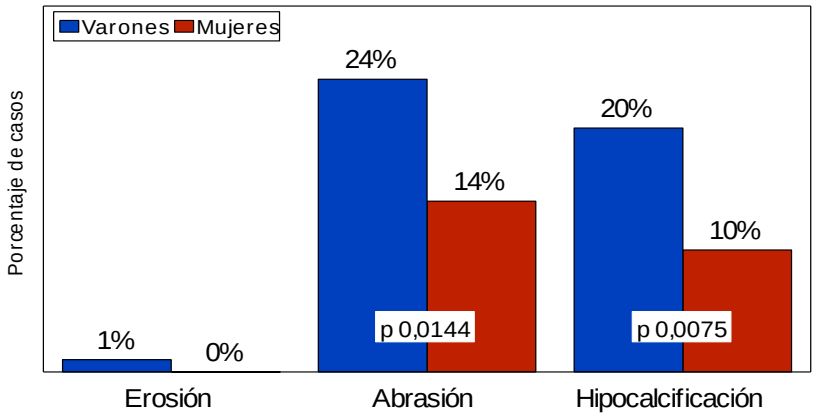


Figura 18: distribución de la muestra según alteraciones dentarias distintas a caries, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

III.4 Examen periodontal

La gingivitis puberal poco frecuente en la muestra analizada (2,46%), con leve predominio entre los varones (2,58 vs 2,39; p 0,0073); al igual que el índice de placa (varones 2,56 vs 2,36; p 0,0043). (Tabla 22 y figura 19)

Tabla 22: distribución de la muestra según examen periodontal

	Varones	Mujeres	Total	p
Índice de placa	2,56	2,36	2,43	0,0043
Índice gingival	2,58	2,39	2,46	0,0073

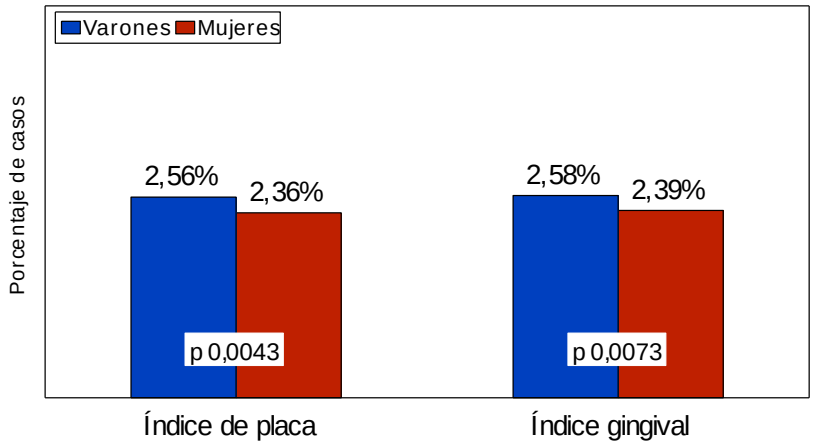


Figura 19: distribución de la muestra según examen periodontal (índice de placa e índice gingival), los valores se representan en porcentajes. (n=416)

III.5 Examen estomatológico

La prevalencia de lesiones estomatológicas fue relativamente baja, afectando a una cuarta parte de la muestra de adolescentes (24%) (Tabla 23 y figura 20) sin mostrar diferencias significativas entre sexos.

Tabla 23: ¿Existen lesiones en los tejidos blandos?

	Varones	Mujeres	Total
Si	27%	22%	24%
No	73%	78%	76%
Total	**100%**	**100%**	**100%**

(p= 0,2732)

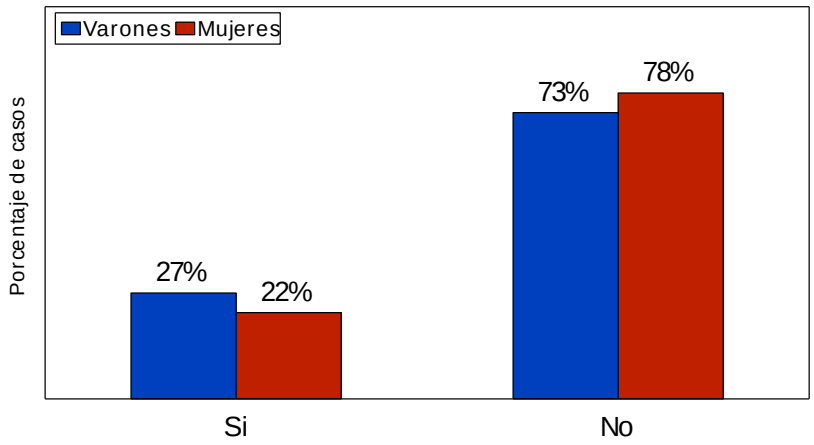


Figura 20: distribución de la muestra según examen estomatológico, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

A los 99 casos con lesiones en el tejido blando se les realizó el diagnóstico clínico presuntivo, predominando la lengua saburral 39,4%, seguida de queilitis (26,3%), herpes bucal (6%), papiloma (4%), aftas (3%), mucocele (2%), ulceración (1%), verruga (1%) y otras (17,3%). (Tabla 24)

Tabla 24: *distribución de la muestra según lesión estomatológica*

	Total	Porcentaje
lengua saburral	39	39,4
queilitis	26	26,3
herpes bucal	6	6,0
papiloma	4	4,0
aftas	3	3,0
mucocele	2	2,0
cicatriz labio lep	1	1,0
lengua geográfica	1	1,0
mucosa mordisqueada	1	1,0
pápulas	1	1,0
petequias	1	1,0
ulceración	1	1,0
verruga	1	1,0
Total	**99**	**100**

Al investigar piercing, hallamos que sólo el 8,4% tenía (Tabla 25 y figura 21).

Tabla 25: *Pearcing*

	Cantidad	Porcentaje
No tiene	381	91,6
Si tiene	35	8,4
Total	**416**	**100,0**

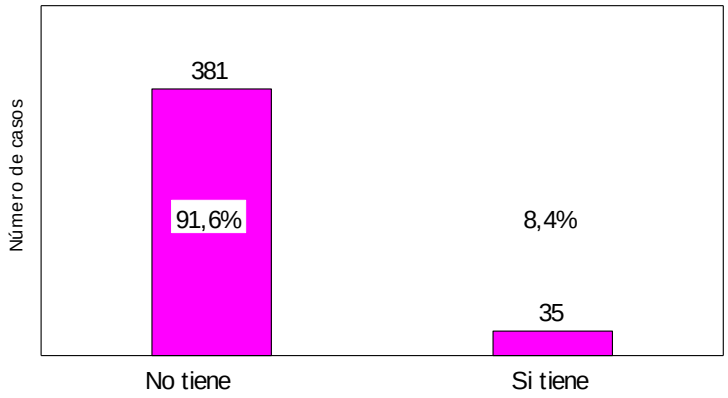


Figura 21: distribución de la muestra según tenga o no pearcing, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

III.6 Antecedentes familiares y personales patológicos

Respecto a antecedentes familiares patológicos se pudo observar que fueron prevalentes los correspondientes a hipertensión arterial (40%) y afecciones cardiovasculares (9%). (Tabla 26 y figura 22)

Tabla 26: Antecedentes familiares

	Cantidad	Porcentaje
Hipertensión	168	40%
Cardiopatías	36	9%
Neoplasias	12	3%
Asma	11	3%
Pulmopatías	10	2%
Otros	16	4%

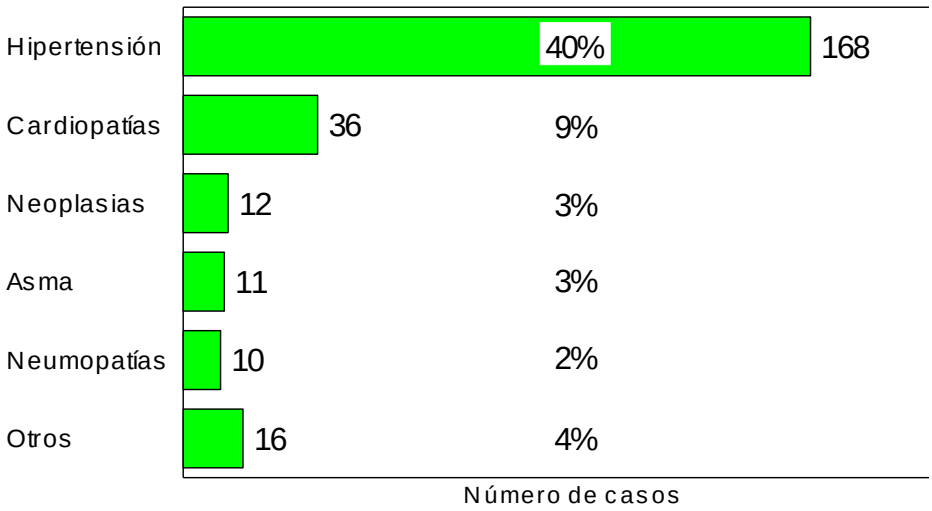


Figura 22: distribución de la muestra según antecedentes familiares, los valores se representan en porcentajes. (n=416)

En relación a antecedentes patológicos personales fueron las más relevantes las oftalmológicas (28,8%) seguidas de las cardiovasculares (6%), digestivas (5,5%), infecciosas (2,4%), anemia (2,2%), osteomioarticulares (1,7%), alergia/asma (1,4%), ORL (1,2%), endocrinopatías (1,2%) y otras 4,1%. (Tabla 27)

Tabla 27: Antecedentes patológicos personales

Patología	**n**	**%**
nada	189	45,4
oftalmológico	120	28,8
cardiovascular	25	6,0
digestivo	23	5,5
Infecciosas	10	2,4
anemia	9	2,2
osteomioarticular	7	1,7
alergia / asma	6	1,4
ORL	5	1,2
endocrinopatía	5	1,2
quiste	4	1,0
problemas renales	3	0,7
neurológica	3	0,7
Autoinmunes	3	0,7
Tumores	2	0,5
onicofagia	1	0,2
cirugías	1	0,2
TOTALES	416	100

IV. DISCUSIÓN

IV.1 Generalidades

Casi la mitad de la población del mundo, unos 3.000 millones de personas, tiene menos de 25 años, y se encuentran enmarcados en la juventud.[77]

La juventud es la etapa de la vida que se sitúa entre la infancia y la etapa adulta. Según la Organización Mundial para la Salud, la juventud comprende el rango de edad entre los 10 y 24 años, abarca la pubertad o adolescencia inicial (10 a 14 años), la adolescencia media o tardía (15 a 19 años) y la juventud plena (20 a 24 años).[78]

La adolescencia y la juventud constituyen etapas muy importantes en la vida debido a que las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en ella, pueden colocar en una situación de vulnerabilidad a este grupo de personas para desarrollar costumbres y hábitos de riesgo entre ellos el alcoholismo, tabaquismo, conductas y uso de SPA que pueden afectar su salud posteriormente en mayor o menor grado.[79]

Intra y cols.,[80] en 2011, comprobaron que el consumo de SPA reduce el rendimiento personal y académico de estos jóvenes, y llega a impedir en algunos casos la culminación de sus estudios.

Otros autores publican que en las últimas décadas se ha incrementado el uso y abuso de SPA como el alcohol, el cannabis, la cocaína y el crack, en particular en determinados grupos sociales.[72-75]

A nivel internacional se ha elevado el consumo de marihuana en jóvenes entre 15 y 30 años. En particular en las edades entre 15 y 16 años, las tasas de consumo se sitúan entre un 30% y un 44%, siendo España, el Reino Unido, Francia, la República Checa e Irlanda los países donde esta tasa de consumo es más elevada.[85]

Se ha planteado que las SPA, además de efectos sistémicos pueden provocar alteraciones bucales entre los adictos ya que estos sujetos permanecen, a menudo, sin atención médica ni dental durante años, debido a negligencia atribuida a los efectos de las mismas y a que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos.[86,87]

El uso del tabaco, el alcohol y otras SPA se han planteado como posibles factores de riesgo de padecer cáncer bucal, lesiones de la mucosa oral, enfermedad periodontal y también factores que causan problemas con la cicatrización después de tratamiento periodontal, de cirugía e implantes, además de recesión gingival, caries coronal y radicular.[79-81]

Algunos autores sugieren que el riesgo de enfermedad oral se incrementa en pacientes consumidores y la cesación del consumo puede resultar en disminución del riesgo. Por otra parte, la magnitud del efecto de estos irritantes en la etiología de las enfermedades de la cavidad oral parece ser alta, por ejemplo, los que consumen inhalantes, usan como vía de administración alterna la aplicación por frotación de la droga sobre la superficie de la encía, que incluye el cuello de los dientes vecinos. Se plantea que esto trae serias consecuencias para la encía y en general para toda la mucosa bucal. La misma absorbe fácilmente el producto activo, lo que ocasiona necrosis y rápida recesión de los tejidos gingivales, así como erosión del esmalte y la dentina.[81-83]

Nuestra casuística estuvo conformada por 416 individuos en la cual el sexo mostró prevalencia del sexo femenino; sin embargo, Villatoro y colaboradores, al analizar los comportamientos de consumo por sexo en jóvenes, publica que en la mayoría de los indicadores el consumo de hombres y mujeres es similar en todos los Estados.

Como se refirió en nuestros casos, la población femenina es prevalente por consumo de alguna sustancia psicoactiva; sin embargo, otras investigaciones como la realizada por el Instituto de Investigación de Drogodependencias, y la que realizó De los Cobos, Casanueva, y Jove, con el nombre de “Perfil de los usuarios de SPA ingresados en un hospital”, arrojaron resultados disímiles.[93]

Respecto al consumo de sustancias por sexos y por grupos de edades, se obtuvieron mayores prevalencias en personas de sexo masculino, lo cual acuerda con lo notificado por el mismo informe brasileño sobre SPA; contrario a lo por nosotros hallado.[94,95]

La franja etaria de la muestra analizada mostró similar distribución entre adolescentes tempranos y medios; con una edad promedio cercana a los 17 años; similar a lo publicado por Olmos y cols. A su vez, investigadores peruanos observaron prevalencias con diferencias entre los grupos de edades de 18 a 24 y de 25 a 34 años.[96,97]

Los adolescentes asistidos en el servicio odontológico durante el período de estudio eran de distinta procedencia, aunque la mayoría procedían de Córdoba capital, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre sexos.

La enfermedad periodontal abarca un grupo de condiciones patológicas del periodonto consideradas de naturaleza inflamatoria y de causa infecciosa, que presenta un componente inmunológico importante y afecta a toda la humanidad por igual.[98]

La prevalencia y gravedad de las periodontopatías varía en función de factores sociales, ambientales, enfermedades bucales, como también generales, particularmente de la higiene bucal individual. El papel dado a las bacterias como el factor predominante en la etiología de la periodontitis puede haber sido sobrestimado, porque es el hospedero y no el microorganismo el que determina el resultado final de la interacción hospedero parásito. Se sugiere que factores psicosociales, de estilo de vida, sistémicos y de ambiente social, pueden afectar el funcionamiento óptimo de las defensas del hospedero.[99]

Se ha planteado que el tabaquismo constituye uno de los factores de riesgo que con mayor fuerza se asocia con el desarrollo de periodontopatías inflamatorias e influye de un modo relevante en el curso y pronóstico de la enfermedad periodontal. En el mundo, existe una alta incidencia de personas fumadoras, que generalmente inician el hábito de fumar desde edades tempranas, especialmente en la adolescencia y la adultez temprana, apareciendo los efectos del tabaco en las encías. Estudios realizados plantean que las personas fumadoras tienen 2,7 veces más riesgo de padecer periodontopatías que las personas no fumadoras.[80]

Es muy probable que el factor que esté influyendo en los pacientes afectados con diferentes grados de gingivitis en la presente investigación sea el tabaquismo, aunque no puede descartarse la acción sinérgica de otras SPA como pudieran ser el alcohol, la

marihuana o cualquiera de las demás SPA de consumo en el grupo de adictos afectados con gingivitis.

Los fumadores, en especial los que fuman grandes cantidades de cigarrillos, tienen la tendencia de padecer enfermedad periodontal debido al efecto local de los productos derivados de la combustión y al efecto general por los productos tóxicos del tabaco sobre el organismo. La morbilidad por enfermedad periodontal se incrementa con el aumento a la exposición del tabaco: a más cantidad de cigarros diarios y más tiempo fumando, más grave será esta enfermedad.[100]

Lo observado en relación al consumo de sustancias legales, en particular ubicando al alcohol y al tabaco como las sustancias psicoactivas de consumo más prevalente, son compatibles con los datos relatados por el Informe Brasileño sobre Drogas (Relatório Brasileiro Sobre Drogas).[101]

En nuestros casos fue baja la proporción de tabaquistas, de aquellos que consumían la mayor parte consumía de 1 a 5 cigarrillos por día y su edad de inicio prevaleció entre los 13 y 15 años, al igual que la edad de inicio de consumo por primera vez de alguna bebida alcohólica en los adolescentes analizados fue más frecuente entre los 13 y 15 años. Casi un tercio bebía de 3 a 5 vasos diarios (>400 mL), se observaron diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre sexos. Luego se tabularon los tipos de bebidas alcohólicas consumidas y se pudo consignar que el fernet con coca y el vino dulce son prevalentes.

Datos que se corresponden con los publicados por el Ministerio de Salud de la Nación en 2011, en los cuales se afirma que en una muestra nacional de 74.323 estudiantes de 13 a 17 años las sustancias de mayor consumo son las bebidas alcohólicas y el tabaco. El 95% de ellos consume alcohol los fines de semana, dato que se ha incrementado del año 2005 al 2007 (40,7% al 61,9%, respectivamente). La bebida más consumida fue la cerveza, seguida de las bebidas fuertes (diferentes al vino y la cerveza) y por último el vino. La mayor diferencia entre sexos se presenta en la ingesta de vino, menor en el consumo de cerveza y casi inexistente en el de bebidas fuertes o tragos, siempre siendo los varones quienes consumen en mayor proporción.[102]

Al analizar en nuestro trabajo, la casi totalidad de los adolescentes estudiados consumían bebidas no alcohólicas (carbonatadas, jugos con sabor a frutas, etc.), predominando quienes ingerían diariamente más de 3-5 vasos (>500 mL). De las bebidas no alcohólicas más consumidas fueron el jugo en botella y/o sobre y bebidas cola, siendo estas últimas bebidas carbonatadas gaseosas cola, alcanzando valores similares a los hallados en la bibliografía, especialmente en el estudio Hidratar realizado en nuestro país.[103]

Numerosos estudios, han observado que en los últimos tiempos se ha incrementado el consumo y preferencia por las bebidas dulces o saborizadas en la población adolescente. Varios estudios epidemiológicos han examinado la relación entre el consumo de estas bebidas y el aumento de peso u obesidad, entre otros problemas de salud emergentes.[104,105]

Barquera y cols., en 2009,[106] demostraron en una investigación en México que, el consumo de bebidas endulzadas con edulcorantes nutritivos, representa gran parte de la ingesta total de energía.

En Italia, una reciente encuesta nacional de alimentación reveló el frecuente consumo de bebidas con alto contenido en azúcares por varones y mujeres de distintas edades.[107]

Hidratar, fue el primer estudio poblacional realizado en Argentina destinado a revelar en forma sistemática la ingesta de bebidas no alcohólicas. Los resultados demostraron que sólo el 21% de la ingesta de líquidos corresponde a agua pura, en contrapartida, las bebidas con sabor e infusiones azucaradas con distinto aporte energético, representan el 50% del volumen total diario ingerido.[94]

En relación a si los adolescentes analizados tenían obra social un escaso 10% la poseía. Datos que no concuerdan con lo publicado por ANSES en 2013 que manifiesta que en los últimos años en Argentina en materia de transferencia de ingresos: la Asignación Universal por hijo para la Protección Social, creada en 2011, cubre aproximadamente a 3.414.759 niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que

viven en hogares cuyos adultos responsables son desocupados o trabajadores informales con un salario inferior al mínimo vital y móvil.[108]

La gran mayoría de la población bajo estudio dijo haber consumido alguna clase de medicamentos en el año anterior al inicio de la investigación. Dato opuesto a lo publicado por Cabrerizo y cols., en 2016,[109] que refiere un escaso 10%.

A los pacientes que toman medicamentos se les preguntó que medicamentos consumía, manifestaron ingerir analgésicos/antiinflamatorios.

Caamaño Isorna y cols., en 2011,[110] revelan una alta ingesta de medicamentos entre estudiantes universitarios españoles, la mayoría sin prescripción médica, como otra forma de policonsumo de SPA.

Entre los medicamentos más utilizados, se encuentran las benzodiacepinas y su asociación con alcohol potencia los efectos depresores de ambos tóxicos.[111,112]

En los últimos años, se registraron casos de consumo de fármacos hipoglucemiantes (sulfonilureas) para lograr el efecto de "obnubilación" característico de la hipoglucemia. Uno de los riesgos que implica mezclar comprimidos en la "jarra" lo constituye la imposibilidad de calcular la dosis ingerida por los pacientes. En algunos casos, esta mezcla resultó en intoxicaciones graves, algunas de evolución fatal y otras que dejaron secuelas neurológicas irreversibles.[113]

IV.2 Hábito de cepillado

Diversos factores se asocian con una mayor prevalencia de las enfermedades bucodentales como pobreza, limitada disponibilidad, accesibilidad a los servicios de salud, de flúor en el agua y variables relacionadas a los estilos de vida no saludables como una nutrición inadecuada, uso de tabaco y alcohol, principalmente, una deficiencia en los hábitos de higiene oral, como cepillado dental.[114]

Según López y Baelum, en 2007 en Chile,[115] en la población general de adolescentes entre 15 y 20 años se ha descrito que aproximadamente un 30% tiene

hábitos de higiene oral deficientes, por ejemplo, se cepilla sus dientes menos de dos veces al día.

Tseveenjav y cols., en 2002,[116] reportó en el año 2002 una frecuencia de cepillado dos veces al día o más en el 81% de los estudiantes de odontología.

En nuestros casos la mayoría realizaba diariamente la higiene bucal, mientras que la mitad efectuaba el cepillado en forma discontinuada. Entre quienes efectuaban el cepillado diario, las modalidades más frecuentes fueron después de la cena y al levantarse.

Según los datos obtenidos, el consumo promedio de alimentos azucarados alcanzó al 95% de los encuestados, siendo levemente prevalente el sexo femenino. Lo cual coincide con lo publicado por diversos autores.

Para Gotthelf y cols., en 2015 en Salta,[117] consumo elevado de bebidas azucaradas, asociado a hábitos de vida no saludables y familias de bajos ingresos.

Rivera y cols., en 2008,[118] en los últimos 20 años el consumo de bebidas carbonatadas se ha incrementado en todas las edades, tanto en los tamaños de las porciones como en el número de raciones consumidas al día.

A su vez, Nielsen y Popkin[119] reportaron que, entre 1997 y 2001, el incremento de la ingesta calórica proveniente de los refrescos aumentó de 2,8% a 7,0% por día (de 50 a 144 kcal); el consumo de bebidas gaseosas también aumentó de 4,1% a 9,8%. Además, la ingesta calórica en el grupo de 19 a 39 años de edad llegó a los más altos niveles.

En Australia, Jensen y cols., en 2012,[120] también se observó que la media de consumo de bebidas azucaradas fue de 500 ml al día y un tercio de la población consumió más de 750 mL al día. Entre adolescentes, el consumo mayor fue de jugos de frutas.

En un reciente estudio prospectivo, se observó que el consumo de frutas disminuyó la incidencia de diabetes, mientras que el consumo de jugos lo aumentó.[121]

En nuestros casos los alimentos azucarados más consumidos son: chicles, chocolate, caramelos, chupetines, alfajores y otros.

Un estudio realizado en la Universidad de Iowa, muestra que consumir alimentos ricos en azúcar aumenta el riesgo de caries, pero si se realizan entre comidas el riesgo se incrementa.[122]

Se sabe desde hace décadas que la composición de una comida regula el nivel de hormonas y neurotransmisores cerebrales; y el sistema simpático es sobre-activado rápidamente por los azúcares.[114-116]

La malnutrición crónica, particularmente aquella por exceso de azúcares simples (golosinas y dulces) daña la función del lóbulo temporal cerebral y reduce la función cognitiva (capacidades e inteligencias cerebrales) en humanos. Entonces, la nutrición regula y puede determinar patrones de comportamiento ante un ambiente estresante.[126,127]

IV.3 Examen odontológico

La población de adolescentes estudiada que tenía o había tenido una o más lesiones de caries, sin diferencias estadísticamente significativas según sexo, una cuarta parte correspondió a elementos sanos, con muy escasa participación del componente "dientes obturados".[128]

La caries dental, es un problema de salud pública con deterioro en la calidad de vida e incrementos de costos en salud para la sociedad. En los países en vías de desarrollo, existe una tendencia creciente a la aparición de caries, con limitada capacidad de respuesta de los servicios de salud para atender a la población. Durante mucho tiempo los estudios se han centrado en los factores de riesgo tales como el consumo de azúcar, la placa bacteriana, el régimen de higiene y otras características individuales.[129,130]

La metodología como se ha venido midiendo la prevalencia de caries a través del COP tiene el inconveniente de registrar sólo los dientes con caries que tienen cavidad y aquellas lesiones cariosas sin cavidad quedan sin ser tenidas en cuenta. De ahí que varios

estudios han demostrado que modificando el registro de COP e incluyendo las caries sin cavitación se incrementaría la prevalencia y en el caso de los adolescentes las caries sin cavitación pueden representar el 80% al 90% de caries.[122-124]

Las hipocalcificaciones fueron las alteraciones distintas de caries más frecuentes, siendo prevalentes abrasiones, mostraron ambas situaciones diferencias estadísticamente significativas. La erosión dental estuvo presente sólo en varones.

La erosión es definida como la pérdida patológica de tejidos dentarios como resultado de la remoción causada por un agente químico cuyo pH sea inferior a 5.5, excluyendo pérdidas asociadas a la acción de ácidos bacterianos.[134]

El potencial erosivo, es decir, la capacidad de un alimento para generar erosión dentaria ha sido estudiada en su pH, capacidad buffer, grado de saturación, concentración de calcio, concentración de fosfato e inhibidores de erosión, tales como fluoruros. Sin embargo, se ha concluido que el factor dominante en la disolución erosiva es el pH.[135]

Los datos epidemiológicos sugieren que la erosión dental es un importante problema de salud pública en el mundo.[127-129]

Los alimentos y bebidas acídicas pueden afectar los dientes y su exposición crónica a menudo conduce al desarrollo de un debilitamiento de la estructura dentaria (atrición, erosión y caries).[139]

Estudios clínicos muestran que la exposición a los ácidos, combinados con un flujo salival disminuido, da como resultado una mayor disolución de los tejidos dentarios.[140]

Algunos estudios demuestran que las bebidas pueden ser modificadas con adición de calcio y fosfato como una medida que ayuda a reducir el potencial erosivo de ellas, permitiendo que su ingesta sea más segura.[141,142]

Sin embargo, una forma sencilla de prevenir o minimizar sus efectos sobre las superficies de los dientes, es conocer su potencial erosivo para educar y prevenir los efectos deletéreos de una ingesta excesiva de ellas.[143]

La gingivitis puberal poco frecuente en la muestra analizada, con leve predominio entre los varones; al igual que el índice de placa.

Traviesas-Herreras y cols., en 2012,[95] analizaron las formas clínicas de gingivitis, atendiendo al tiempo de consumo de las SPA por los pacientes de la presente muestra, se pudo comprobar que, de los 28 pacientes afectados, 17 presentaron gingivitis moderada y 6 gingivitis con bolsa, estas constituyen las formas clínicas más agresivas de la enfermedad gingival, en particular, la gingivitis con bolsa. Cuando se analizó este dato, atendiendo al tiempo de consumo de las SPA ilegales, se observó que el comportamiento en cuanto al número de afectados y gravedad de las formas clínicas fue proporcionalmente similar para todos los grupos. Al analizar los resultados obtenidos, para determinar tabaquismo, se comprobó que 18 de los 23 pacientes portadores de gingivitis moderada y con bolsa, eran fumadores y consumían cajetilla y media o más diariamente. Esto viene a reforzar los criterios de otros investigadores que colocan al tabaquismo como uno de los factores de riesgo más fuertes en las enfermedades periodontales, tanto gingivitis como periodontitis.

Aunque no se puede descartar la participación que pudieran tener las demás SPA consumidas por estos pacientes.

En relación al máximo grado de instrucción (alcanzado o en curso) por los adolescentes, se observó que el nivel secundario fue el de mayor prevalencia. Autores estadounidenses, a través de un análisis longitudinal de las encuestas nacionales de longitudinales, realizadas en Estados Unidos entre los años 1979 y 1998, reportaron incidencias diferenciales en el consumo, como así también patrones diferenciales en la cesación del consumo de cocaína y de marihuana, a partir de la formación de disparidades socioeconómicas, relacionadas con el nivel educativo de la población.[144]

En la muestra analizada la mayoría alcanzó nivel secundario incompleto, seguidos por los secundarios completos; el nivel universitario completo sólo fue del 1%.

IV.4 Examen estomatológico

La prevalencia de lesiones estomatológicas fue relativamente baja, afectando a una cuarta parte de la muestra de adolescentes sin mostrar diferencias significativas entre sexos. A los 99 casos con lesiones en el tejido blando se les realizó el diagnóstico clínico presuntivo, predominando la lengua saburral, seguida de queilitis, herpes bucal, papiloma, aftas, mucocele, ulceración y verruga. Estudios en suizos coinciden con nuestros resultados sobre los efectos nocivos del tabaco y el alcohol. En los pacientes se han observado queratosis reaccionales, tumores benignos y leucoplasia.[145]

Según algunos autores, las manifestaciones bucales que observaron con mayor frecuencia en las personas con problemas de drogadicción fueron: leucoedema, xerostomía, caries, enfermedad periodontal, ulceración de las mucosas y queilitis angular. En pacientes que consumen cocaína, además, se ha reportado la disminución del pH salival, adormecimiento de la lengua y encías, como así alteración del gusto; esta última también frecuentemente relacionada con el consumo de marihuana.[146,147,148]

Los individuos consumidores cocaína con frecuencia tienden a sufrir bruxismo severo, siendo común la presencia de dolor en la articulación témporo-mandibular y en los músculos masticatorios. Dado el efecto anorexígeno de la cocaína, son frecuentes los cuadros de desnutrición y pérdida de peso, lo que puede repercutir a nivel de la cavidad bucal con la presencia de glosodinia, queilitis angular y una mayor incidencia de infección por *Candida albicans*.[149]

El hábito de fumar se asocia con una variedad de cambios perjudiciales en la cavidad bucal, afecta absolutamente a todos sus elementos, altera el microambiente de ésta, a su vez, lo predispone para que se presenten afecciones como: lesiones premalignas, cáncer bucal, estomatitis nicotínica, melanosis del fumador, cicatrización retardada de las heridas, lengua vellosa, halitosis y periodontopatías.[150]

Al investigar piercing, se hallaron en la décima parte de la casuística. Las perforaciones o piercing se definen como la inserción de un elemento ornamental en tejidos blandos como cejas, hélix y lóbulo auricular, labios, lengua, nariz, ombligo, pezones y genitales. Los elementos ornamentales son frecuentemente metálicos (níquel, plata, acero, titanio, niobio), pueden contener piedras preciosas, o pueden estar

fabricados con materiales quirúrgicos y polímeros plásticos termoestables como PTFE (politetrafluoretileno), madera o hueso.[151,152]

La prevalencia de estas modificaciones corporales es variable de una población a otra, y aumenta según la edad de los sujetos estudiados. Se estima que 5 a 10% de los adolescentes entre 12 y 22 años declaran haberse realizado un tatuaje permanente. En mayores de 18 años, el porcentaje asciende a más de 20%, lo que coincide con la observación de que la prevalencia de tatuajes aumenta con la edad.[153]

La autoafirmación, es proceso básico de la adolescencia que comporta el ajuste emocional necesario para comprender y adaptarse al tránsito entre la niñez y la edad adulta. El centro emocional de la adolescencia es la búsqueda de la definición de su propia identidad, por eso el grupo de pares es importante para ellos porque les brinda una sensación de aceptación y pertenencia y hacen todo por lograr la aceptación de los demás. Desde la década de 1990, los tatuajes y los piercings se han incrementado notablemente, hasta el punto de que el 38% de la población general es portadora de algún tipo de tatuaje. La presencia de tatuajes y piercings en adolescentes y jóvenes "está asociada con un comportamiento de riesgo en referencia al consumo de SPA, promiscuidad sexual, suicidio y trastornos de la alimentación.[154,155]

Se encuentra a su vez que consumo de SPA y conducta violenta se asocian con la delincuencia. Esta conexión daría lugar a un tipo de afinidad electiva, que se presenta relativamente de manera causal y "fuertemente asociada, compartiendo los universos simbólicos que componen la idea de la marginalidad".[156]

Respecto a las perforaciones, cerca de 30% de los adolescentes entre 12 y 22 años se habrían realizado alguna vez una perforación, excluyendo el lóbulo auricular en las mujeres.[157]

Carrol y cols., en 2002,[158] encontraron que el poseer un tatuaje o perforación implica mayor riesgo de abuso de sustancias, actividad sexual, desórdenes alimentarios y suicidio.

Un estudio realizado en universitarios encontró también asociación entre la presencia de tatuajes, mayor violencia y problemas académicos.[159]

IV.5 Antecedentes familiares y personales patológicos

Respecto a antecedentes familiares patológicos se pudo observar que fueron prevalentes los correspondientes a hipertensión arterial y afecciones cardiovasculares.

Las investigaciones médicas y farmacológicas han aportado un gran número de SPA (fármacos) que contribuyen a la salud de la humanidad que han revolucionado el tratamiento de las infecciones y otras enfermedades como la hipertensión arterial y la diabetes. En general, los medicamentos pueden curar, retrasar o prevenir enfermedades, propiciando una vida más feliz y saludable. Pero también existen muchas SPA que son nocivas para la salud y que son consumidas buscando placer o diversión, pero que crean tolerancia y dependencia y acaban siendo una grave amenaza para la salud, el bienestar y la vida del individuo, lo cual tiene una repercusión social.[151-153]

Con correspondencia a la HTA esencial, hay que evaluar al paciente de manera individual, teniendo en cuenta los antecedentes familiares de HTA y/o de enfermedad cardiovascular, así como las enfermedades asociadas que pueda presentar, como la obesidad, la dislipidemia, la diabetes mellitus y otros factores de riesgo.[163,164]

En relación a antecedentes patológicos personales fueron las más relevantes las oftalmológicas seguidas de las cardiovasculares, digestivas, infecciosas, anemia, osteomioarticulares, alergia/asma, ORL, endocrinopatías y otras. Para Aguirre los adolescentes pese a sus constantes afirmaciones de autonomía e independencia respecto al medio, son en extremo permeables a las estimulaciones en forma de normas, valores y costumbres sexuales de los diversos grupos sociales a los que pertenecen. Según esto, es lógico esperar que antecedentes tales como la clase social, la cultura, la educación y la religión influyan en su conducta".[165,166]

Estudios previos habían indicado que el consumo de marihuana por los amigos o los padres, o simplemente la simple permisividad hacia el consumo de la sustancia, se relacionaba con consumo de marihuana por los adolescentes.[158-160]

V. CONCLUSIONES

1. El análisis de la casuística según los objetivos planteados muestra prevalencia del sexo femenino.
2. La distribución etaria mostró una relación similar entre los adolescentes tempranos y adolescentes medios.
3. La gran mayoría procedían de Córdoba capital, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre sexos.
4. El máximo grado de instrucción (alcanzado o en curso) por los adolescentes, se observó que el nivel secundario, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre sexos.
5. Se pudo cuantificar que no poseían obra social el 90% de los casos.
6. La mayor parte de los adolescentes no poseía el hábito tabáquico, entre los fumadores, consumían de 1 a 5 cigarrillos de paquete por día.
7. La edad de inicio del hábito tabáquico prevaleció entre los 13 y 15 años.
8. Casi la mitad de la población adolescente no consumía habitualmente bebidas alcohólicas (jugo en botella y/o sobre y bebidas cola), en tanto que un tercio bebía sí lo hacía (cerveza, vino u otra); en ambos casos el consumo fue de 3 a 5 vasos diarios (>400 mL), hubo diferencias estadísticamente significativas entre sexos. Las bebidas más consumidas fueron el fernet con bebida coca y el vino dulce. La edad de inicio de consumo por primera vez de alguna bebida alcohólica fue correspondiente con la edad de inicio al tabaquismo.
9. Casi la totalidad de la población bajo estudio dijo haber consumido alguna clase de medicamentos en el año anterior al inicio de la investigación, siendo prevalente los analgésicos/antiinflamatorios.
10. Una parte importante de los adolescentes investigados realizaba diariamente la higiene bucal, mientras que la mitad efectuaba el cepillado en forma discontinuada. Entre quienes efectuaban el cepillado diario, las modalidades más frecuentes fueron después de la cena y al levantarse.
11. El consumo promedio de alimentos azucarados alcanzó casi a todos los encuestados, fue levemente prevalente el sexo femenino. Los más consumidos en

orden de frecuencia son: chicles, chocolate, caramelos, chupetines, alfajores y otros.

12. Tres cuartas partes de la población analizada tenían o había tenido una o más lesiones de caries, sin diferencias estadísticamente significativas entre sexos. El cuarto restante correspondió a elementos sanos, con muy escasa participación de "dientes obturados". Además de caries, las hipocalcificaciones fueron las más frecuentes, siendo prevalentes abrasiones. La erosión dental estuvo presente sólo en varones.
13. Desde el análisis periodontal, la gingivitis puberal y el índice de placa fueron poco frecuente y prevalentes significativamente en el sexo masculino.
14. La prevalencia de lesiones estomatológicas fue baja, afectando a una cuarta parte de la muestra de adolescentes, sin diferencias significativas entre sexos. En los casos con lesiones en el tejido blando se evidenció lengua saburral, queilitis, herpes bucal, papiloma, aftas, mucocele, ulceraciones y verrugas.
15. Un bajo porcentaje tenía piercing.
16. Respecto a antecedentes familiares patológicos fueron prevalentes hipertensión arterial y afecciones cardiovasculares.
17. En relación a antecedentes patológicos personales, los oftalmológicos seguidos de cardiovasculares, digestivos, infecciosos, anemia, osteomioarticulares, alergia/asma, ORL y endocrinopatías.

VI. RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios epidemiológicos en grupos de adolescentes, investigando el nivel higiene bucodental, debido a su repercusión en la salud pública y educación.
2. Efectuar estudios histopatológicos de mucosa oral de pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, ya que es de gran ayuda en el diagnóstico.
3. Hacer estudios bioquímicos para determinar la concentración de sustancias psicoactivas en saliva.
4. Completar exámenes clínicos observando las repercusiones del consumo de sustancias psicoactivas en patologías sistémicas, como la hipertensión arterial y diabetes, en este grupo de pacientes.
5. Evaluar, manifestaciones clínicas orales, generadas por distintas sustancias psicoactivas para realizar comparación entre las analizadas en el presente estudio.
6. Incluir al Odontólogo de niños y adolescentes al equipo médico de los centros de rehabilitación, con fines preventivos y terapéuticos.
7. Proponer convenios intersectoriales, interinstitucionales, intergubernamental para la creación de programas preventivos con estrategias definidas para detener y eliminar este flagelo.

VII. BIBLIOGRAFÍA

[1] Camí J, Farré M. Mechanisms of disease drug addiction N Engl J Med 2003; 4(349): 975-986.

[2] Secades R, Fernandez J. Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: Nicotina, alcohol, cocaína y heroína. Rev Psicothema 2001; 13(6): 365-380.

[3] Becerra Hernández, A: Las drogas: efectos sobre la salud y el comportamiento social. Propuesta de unidad didáctica, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, marzo 2009, www.eumed.net/rev/cccss/03/abh2.htm

[4] Chitwood DD, Sánchez J, Comerford M, McCoy CB. Primary preventive health care among injection drug users, other sustained drug users, and non –users. Subst Use Misuse 2001; 36: 807-824.

[5] Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2011; 61:69–90.

[6] Shiboski CH, Schmidt BL, Jordan RC. Tongue and tonsil carcinoma: increasing trends in the U.S. population ages 20–44 years. Cancer. 2005; 103:1843–9.

[7] Gándara JM, Diniz M, Gándara P, Blanco A, García A. Lesiones inducidas por la aplicación tópica de cocaína. Medicina Oral 2002; 7:103-7.

[8] Brand HS, Gonggrijp S, Blanksma CJ. Cocaine and oral health. Br Dent J. 2008 Apr 12;204(7):365-9.

[9] Netzahualcoyotzi P, Muñoz G, Martínez I, Florán B. La marihuana y el sistema endocannabinoide: De sus efectos recreativos a la terapéutica. Rev Biomed 2009; 20:128-153.

[10] Dávila L, Solórzano E, Premoli G, Quiñonez P. El consumo de bazuco como agente causal de alteraciones en la encía. Rev Cubana de Estomatología 2001; 38(2).

[11] Litonjua LA, Andreana S, Bush P, Cohen R. Tooth wear: attrition, erosion and abrasion. Quintessence Int 2003; 34:435-446.

[12] Wetselaar P, Faris A, Lobbezoo F. A plea for the development of an universally accepted modular tooth wear evaluation system. BMC Oral Health 2016; 16(1):115

[13] Musacchio de Zan A, Ortiz-Fragola A, et al. Drogadicción. Editorial Paidós. Argentina, 1996. pág. 21

[14] Maturana, H. Biología de la cognición y epistemología. Editorial Universidad de la Frontera. Chile, 1990.

[15] Guajardo H, Bagladi V, Kushner D. Modelo integrativo de evaluación para trastornos adictivos en un sistema terapéutico comunitario. Revista Eradicciones. 2001; 4: 14 - 26.

[16] Guajardo, H, Kushner, D. La improvisación a través de la autobiografía: una técnica para el reprocesamiento de la función de significación del self en el paciente adicto. Revista Eradicciones. 2001; 7: 49-58.

[17] Kalina, E. ADICCIONES. Aportes para la clínica y la terapéutica. Editorial Paidós. Argentina, 2000; pág. 13.

[18] NIDA InfoFacts: El abuso de sustancias y la drogadicción. The National Institute on Drug Abuse (NIDA) is part of the National Institutes of Health (NIH), a component of the U.S. Department of Health and Human Services. (2008) Disponible en la World Wide Web: http://www.drugabuse.gov/InfoFacts/Explicacion-Sp.html [accedido Octubre de 2009].

[19] Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. (SEDRONAR). Observatorio Argentino de sustancias. (2006) Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Disponible en la World Wide Web: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Encuesta_en_Poblacion_General_2006.pdf [accedido noviembre de 2013].

[20] McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness. Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA 2000; 284: 1689-95.

[21] Friedman H, Newton C, Klein TW. Microbial infections, immunomodulation, and drugs of abuse. Clin Microbiol Rev 2003; 16(2): 209-19.

[22] NIDA, Medical consequences of drug abuse. NIDA Drugs of abuse and related topics. National Institute on Drug Abuse. The science of drug abuse & addiction. Consultado: Julio de 2016. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/related-topics/medical-consequences-drug-abuse

[23] Suneja B, Chopra S, Thomas AM, Pandian J. A Clinical Evaluation of Gingival Overgrowth in Children on Antiepileptic Drug Therapy. J Clin Diagn Res. 2016; 10(1):ZC32-6.

[24] Black KI, Day CA. Improving Access to Long-Acting Contraceptive Methods and Reducing Unplanned Pregnancy Among Women with Substance Use Disorders. Subst Abuse. 2016; 10(Suppl 1):27-33.

[25] de M Thiele MC, Bohn JC, Chaiben CL, Grégio AM, Machado MÂ, de Lima AA. Nucleolar organizer regions of oral epithelial cells in crack cocaine users. Iran Biomed J. 2013; 17(2):107-11.

[26] Marques TC, Sarracini KL, Cortellazzi KL, Mialhe FL, de Castro Meneghim M, Pereira AC, Ambrosano GM. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. BMC Oral Health 2015; 15:38.

[27] Ribeiro M, Perrenoud LO, Duailibi S, Duailibi LB, Madruga C, Marques ACPR, et al. The Brazilian drug policy situation: the public health approach based on research undertaken in a developing country. Public Health Rev 2014; 35(suppl 2):1–32.

[28] Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro MIP, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). Addict Behav. 2014; 9:297–301.

[29] World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Consultado: Julio de 2016. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en.

[30] Mehta FS, Bhonsle RB, Murti PR, Daftary DK, Gupta PC, Pindborg JJ. Central papillary atrophy of the tongue among bidi smokers in India: a 10-year study of 182 lesions. J Oral Pathol Med. 1989; 18(8):475-80.

[31] Baig S, Lucky MH, Qamar A, Ahmad F, Khan S, Ahmed W, Chughtai T, Hassan W, Hussain BA, Khan A. Human papilloma virus and oral lesions in gutka eating subjects in Karachi. J Coll Physicians Surg Pak 2012; 22(3):135-8.

[32] Zil-A-Rubab, Baig S, Siddiqui A, Nayeem A, Salman M, Qidwai MA, Mallick R, Qidwai S. Human papilloma virus--role in precancerous and cancerous oral lesions of tobacco chewers. J Pak Med Assoc 2013; 63(10):1295-8.

[33] Ali AA, Al-Sharabi AK, Aguirre JM, Nahas R. A study of 342 oral keratotic white lesions induced by qat chewing among 2500 Yemeni. J Oral Pathol Med. 2004; 33(6):368-72.

[34] Donta AN, Lampadakis J, Pilalitos P, Spyropoulos ND. Findings from the clinical examination of the oral cavity of one hundred drug addicts. Hell Stomatol Chron 1989; 33:101-5.

[35] Cho CM, Hirsch R, Johnstone S. General and oral health implications of cannabis use. Aust Dent J 2005; 50:70-4.

[36] Blanksma CJ, Brand HS. Cocaine abuse: orofacial manifestations and implications for dental treatment. Int Dent J 2005; 55:365-9.

[37] Heymann WR. Psychotropic agent-induced black hairy tongue. Cutis 2000; 66: 25-6.

[38] Mitchell-Lewis DA, Phelan J, Kelly RB, Bradley JJ, Lamster IB. Identifying oral lesions associated with crack cocaine use. JADA 1994; 125:1104-110.

[39] Darling MR, Arendorf TM. Review of the effects of cannabis smoking on oral health. Int Dent J 1992; 42:19-22.

[40] Horowitz LG, Nersasian RR. A review of marijuana in relation to stress response mechanisms in the dental patient. J Am Dent Assoc 1978; 96:983-986.

[41] Awegen, DF. Marijuana and malignant tumors of the upper acrodigestive tract in young patients. On the risk assessment of marijuana. Laryngorhinootologie 1993; 72:264.

[42] Warnakulasuriya S, Kerr AR. Oral submucous fibrosis: a review of the current management and possible directions for novel therapies. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2016; 122(2):232-41.

[43] Magis Rodriguez C, Esquivel Pedraza L, Fernández Cuevas L, Ruíz Badillo A. Alteraciones de la mucosa bucal en una población cautiva de México. Rev Odontol Mexicana 2007; 11(1):38-55.

[44] McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness. Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA 2000; 284: 1689-95.

[45] Shei A, Rice JB, Kirson NY, Bodnar K, Enloe CJ, Birnbaum HG, Holly P, Ben-Joseph R. Characteristics of High-Cost Patients Diagnosed with Opioid Abuse. J Manag Care Spec Pharm 2015; 21(10):902-12.

[46] Friedman H, Newton C, Klein TW. Microbial infections, immunomodulation, and drugs of abuse. Clin Microbiol Rev 2003; 16(2): 209-19.

[47] Kennedy, NJ. Efectos clínicos de las drogas psicoactivas: ¿dañinas o terapéuticas? En: Tapia-Conyer R, ed. Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. México, D.F.: El Manual Moderno; 1994: 285-305.

[48] Fazzi M, Vescovi P, Savi A, Manfredi M, Peracchia M. Effetti delle droghe sul cavo orale. Minerva Stomatol 1999; 48: 485-92.

[49] Rosenstein DI, Stewart AV. Dental care for patients receiving methadone. JADA 1974; 89: 356-9.

[50] Marks MA, Chaturvedi AK, Kelsey K, Straif K, Berthiller J, Schwartz SM, et al. Association of marijuana smoking with oropharyngeal and oral tongue cancers: pooled analysis from the INHANCE consortium. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2014; 23(1):160-71.

[51] Nowlis, H. (1975). La verdad sobre la droga: la droga y la educación. París: Unesco.

[52] Kornblit AL, et al. (1989). Estudios sobre drogadicción en la Argentina. Buenos Aires: Nueva visión.

[53] Kornblit AL, Camarotti AC, Di Leo PF. Prevención del consumo problemático de drogas. MODULO 1. La construcción social de la problemática de las drogas. Consultado: 5 de diciembre de 2017. Disponible en: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf

[54] Touzé, G. (2010) Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo. Ministerio de Educación–Editorial Troquel, Buenos Aires, Argentina.

[55] López Santiago A, Zarco Montejo J, Mascord Roca J. Drogas y familia: prevención y orientación. Abordaje desde la atención primaria. Sesiones clínicas de APS. Transcripción de presentación. Diapositiva 63. Sociedad española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) Año 2016. Tomado de http://slideplayer.es/slide/10145592/

[56] Urresti, M: Cambio de escenarios sociales, experiencia juvenil urbana y escuela. En: Tenti Fanfani, E. (comp.) Una escuela para los adolescentes. UNICEF/Losada. Buenos Aires, 2000. Pp. 4-7.

[57] Quiroga, S: Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto. EUDEBA. Buenos Aires, 1999. (6) pp. 325-366.

[58] Weissmann, P. Adolescencia. Revista Iberoamericana de Educación. Universidad Nacional Mar del Plata. Argentina 2003. PP 1-2.

[59] Gómez de Giraudo, MT: Adolescencia y Prevención: Conductas de Riesgo y Resiliencia, Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL Año I Nº 4 2000.

[60] Pérez Gómez A. La cultura escolar en la sociedad neoliberal. ED. Morata. Madrid. 1998. (3) pp.102-116.

[61] Krauskopf, D. Desafíos en la construcción e implementación de las políticas de juventud en América Latina. Nueva Sociedad N° 200. Buenos Aires: Nueva Sociedad, 2005.

[62] Zarzuri, R. Transformaciones de la juventud en los últimos cuarenta años. Ponencia presentada en el IIº Seminario Internacional Proyecto Anillo Juventud. Concepción, Chile, 2014.

[63] CEPAL, OIJ, SEGIB (2008): Juventud y cohesión social: un modelo para armar. Santiago: CEPAL.

[64] Lütte, G. Liberar la adolescencia. La psicología de los jóvenes de hoy. Barcelona: Herder, 1991.

[65] Krauskopf D, Mora M. Condiciones de vida de la juventud centroamericana y el desarrollo de políticas sociales. Evaluación del PRADJAL. Organización Iberoamericana de Juventud, 2003.

[66] Battellino, LJ. La estrategia de enfoque de riesgo en las actividades de investigación y en la planificación en salud pública. Acta Bioq Clin Latinoamer 1993; 27:471-485.

[67] Battellino LJ, Cornejo LS, Cattoni STD de, Yankilevich ERLM de, Calamari SE, Azcurra AI, Virga C. Evaluación del estado de salud bucodental en preescolares: estudio epidemiológico longitudinal, Córdoba, Argentina. Rev Saúde Publ 1997; 31:272-281.

[68] Presman, J. (2003) El acto médico, odontoestomatológico. 2º Edición. Edit. Córdoba: Argentina. Librería Montenegro.

[69] Gunto, JL. (1991) Patología bucal. 3° Ed. Interamericana. México: Mc Graw-Hill.

[70] Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. (2009) Developmental defects of the oral and maxillofacial region. Oral and Maxillofacial Pathology. 3th edition. St Louis Missouri: Saunders Elsevier.

[71] Park HJ, Lee HJ, Cho SH. Influences of Oral Health Behaviors, Depression and Stress on Periodontal Disease in Pregnant Women. J Korean Acad Nurs 2016; 46(5):653-662.

[72] Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. Am Fam Physician 2008;77(8):1139–1144.

[73] Simone María de, Samar ME, Ávila RE. Metodología de la investigación en Salud poblacional. Capítulo 13: Información bibliográfica y comunicación biomédica. 1ª Edición. Ed. Departamento de Medios Audiovisuales. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba. Argentina. 1994.

[74] Samar ME, Ávila RE, Peñaloza Segura F, Cañete G. Libro: Guía para la elaboración y publicación de artículos científicos y la recuperación de la información en Ciencias de la Salud. Secretaría de Extensión. Publicaciones Universidad Nacional de Córdoba. ISBN 950-33-0411-3; Con comité editorial. 1º edición. Córdoba. Argentina. 2003.

[75] Ávila RE, Samar ME. Guía para la elaboración y publicación de artículos científicos y la recuperación de la información en Ciencias de la Salud. Informédica Journal 3, 2004.

http://journal.informaticamedica.org/a3n4. Área de conocimiento: Comunicación biomédica. ISSN 1540-4471.

[76] Samar ME, Ávila RE. La búsqueda bibliográfica y la recuperación de la información en las ciencias. Archivos de Educación Médica 1,6, 2005. Área de conocimiento: Comunicación biomédica. ISSN 1669-4635.

[77] UNICEF, Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. Adolescencia y Juventud: Panorama General. UNICEF, 2012.

[78] OMS. La Salud de los Jóvenes: Un Desafío para la Sociedad. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los Jóvenes y la Salud para todos en el año 2000. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1986.

[79] Roales-Nieto JG, Moreno San Pedro E, et al. Hábitos básicos de salud y creencias sobre salud en adolescentes de España, Colombia y México. Rev Latinoam de Psicol 2004; 36:483-504.

[80] Intra MV, Roales-Nieto JG, Moreno San Pedro E. Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo. Intern J Psychol & Psychol Ther 2011; 11(1):139-47.

[81] González-Menéndez, R. Significación médico social y ético-humanística de las drogas. Rev Cubana de Salud Pública 2007; 33(1).

[82] Agrawal A, Lynskey MT, Madden PAF, Pergadia ML, Bucholz KK, Heath AC. Simultaneous cannabis and tobacco use and cannabis-related outcomes in young women. Drug Alcohol Depend 2009; 101(1-2):812.

[83] Bourgois, PH. Crack-cocaína y economía política del sufrimiento social en Norteamérica. En: Romaní Alfonso O (coord.). Uso de drogas y drogodependencias. Monografías Humanitas, Nº 5. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 2004.

[84] Degenhardt L, Chiu Wai-Tat, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. PLoS Med 2008; 5(7):e141.

[85] Royo-Isach, J. Adolescentes y drogas, nuevos factores y comportamientos de riesgo asociados al consumo. Humanitas 2008; 3(30):1-21.

[86] Kennedy, NJ. Efectos clínicos de las drogas psicoactivas: ¿dañinas o terapéuticas? En: Tapia-Conyer R, editor. Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. México, D.F.: El Manual Moderno, 1994, pp85-305.

[87] Shetty V, Mooney LJ, Zigler CM, et al. The relationship between methamphetamine use and increased dental disease. J Am Dent Assoc 2101; 141(3):307-18.

[88] Pino-Hernández B, Rosales Álvarez JM, Cruz Font JD, Leal Ochoa H. Periodontopatías en pacientes alcohólicos. Correo Científico Médico de Holguín 2008; 12(2):1-8.

[89] Traviesas-Herrera EM, Seoane Larrinaga AM. Prevalencia y gravedad de las periodontopatías en adultos jóvenes del municipio Artemisa, en relación con la práctica del tabaquismo. Rev Cubana Estomatol 2007; 44(2).

[90] Peña-González A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev Cubana Estomatol 2006; 43(1):231-35.

[91] Libby D, Klein L, Altorki N. Aspiration of the nasal septum: A new complication of cocaine abuse. Ann Inter Med 1992; 116(7):567-8.

[92] Villatoro J, Oliva N, Mujica R, Fregoso D, et al. Panorama Actual del consumo de sustancias en estudiantes de la Ciudad de México. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones, 2015.

[93] IIDP, Instituto de Investigación de Drogodependencias - Universidad Miguel Hernández. El cannabis es la droga ilegal más consumida por los europeos, sobre todo escolares y jóvenes. Instituto de Investigación de Drogodependencias - Universidad Miguel Hernández. Consultado: Octubre de 2016; [En línea] 2002. http://inid.umh.es/?mod=prensa&ct=contenido.asp&id=176.

[94] Acosta L, Fernández R, Pillon S. Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. Rev Latinoam Enferm 2011; 19:771-81.

[95] De los Cobos T, Casanueva M, Jove C. Perfil de los usuarios de drogas ingresados en un hospital. Anal Med Inter 2003; 20(10):504–509.

[96] Olmos P, Piovesan S, Musto M, Lorenzo S, Álvarez R, Massa F. Caries dental. La enfermedad oral más prevalente. Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. Odontoestomatología 2013; 15:8-25.

[97] Zárate M, Zavaleta A, Danjoy D, Chanamé E, Prochazka R, Salas M, et al. Prácticas de consumo de tabaco y otras drogas en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú. Invest Educ Enferm 2006; 24:72-81.

[98] Perera LR, Torres JF, Del Valle A. Referencia bibliográfica del tabaquismo en la cavidad bucal. Historias, lesiones y enfermedades. Rev Dentista y Paciente 2001; 9(104):8-12.

[99] Méndez-González JA, Pérez Rodríguez OJ, Fors López MM. Factores de riesgo y su relación con la enfermedad periodontal en el área del Policlínico "Ángel A. Aballí". Rev Cubana Estomatol 2007; 44(2).

[100] Traviesas-Herrera EM, Rodríguez Ortega Judy, Bordón Barrios D, Guerra Sevilla ME, Martínez Abreu J. Condición periodontal en relación con la práctica del tabaquismo, Boquerón, Monagas, Venezuela. 2009. Rev Haban Cienc Méd 2012; 11(1):65-75.

[101] Duarte PCAV, Stempliuk VA, Barroso LP, organizadores. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasilia: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

[102] MinSal, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones 4. Algunos datos sobre el consumo de alcohol en argentina. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2011. pp22-23.

[103] CESNI. Hidratación saludable: Un reto para los profesionales de nutrición. Estudio Hidratar. Consultado: octubre de 2016. [En línea] 2012. http://www.nutrinfo.com/pagina/boletin/2010_11_ hidratacion_saludable.html.

[104] Malik VS, Willet WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and BMI in children and adolescents: reanalyzes of a meta-analysis. Am J Clin Nutr 2009; 89:438-439.

[105] Malik Vasanti S, Popkin Barry M, Bray George A, Després Jean-Pierre, Hu Frank B. Sugar-Sweetened Beverages, Obesity, Type 2 Diabetes Mellitus, and Cardiovascular Disease Risk. Circulation 2010; 121:1356-1364.

[106] Barquera S, Hernández-Barrera L, Tolentino ML, Espinosa J, Shu WN, Rivera JA, Popkin BM. Energy Intake from beverages is increasing among Mexican Adolescents and Adults. J Nutr 2008; 138:2454-246.

[107] Leclerq C, Arcella D, Piccinelli R, Sette S, Le Donne C, Turrini A. The Italian National Food Consumption Survey INRAN-SCAI 2005-06: main results in terms of food consumption. Public Hearth Nutr 2009; 12:2504-2532.

[108] ANSES, Administración Nacional de Seguridad Social. La asignación universal por hijo para protección social en perspectiva. La política pública como restauradora de derechos. ANSES. Consultado: Octubre de 2016. [En línea] 2013. http://tinyurl.com/m5765wt

[109] Cabrerizo S, Varela S, Lutz MI. Encuesta sobre abuso de alcohol y medicamentos en adolescentes de cuatro escuelas del conurbano bonaerense. Cámara de Diputados de Buenos Aires. Consultado: Octubre de 2016. [En línea] 2016. https://www.hcdiputados-ba.gov.ar/ijovenes/documentos/centro/jovenes/AO_Cabrerizo_anticipo.pdf.

[110] Caamaño-Isorna F, Mota N, Crego A, Corral M, et al. Consumption of medicines, alcohol, tobacco and cannabis among university students: a 2-year follow-up. Int J Public Health 2011; 56(3):247-52.

[111] Yip, L. Ethanol. [aut. libro] Goldfrank LR, Hoffman RS, et al., eds Flomenbaum NE. Golfrank's toxicologic emergencies. 8th ed. New York : McGraw-Hill, 2006, pp. 1147-61.

[112] Ellenhorn, MJ. Alcohols and glycols. [aut. libro] Schonwald S, Ordog G, et al., eds Ellenhorn MJ. Ellenhorn's medical toxicology: Diagnosis and treatment of human poisoning. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997, pp. 1127-45.

[113] Cabrerizo S, Docampo PC. Alcohol y mezcla de fármacos: modalidad de abuso frecuente. Arch Argent Pediatr 2010; 108(5):e111-3.

[114] Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bulletin of the World Health Organization (WHO) Global Oral Health Programme, Department for Chronic Disease and Health Promotion, 2006.

[115] Lopez R, Baelum V. Factors associated with dental attendance among adolescent in Santiago, Chile. BMC Oral Health 2007; 7:4.

[116] Tseveenjav B, Vehkalahti M, Murtomaa H. Preventive practice of Mongolian dental students. Eur J Dent Educ 2002; 6(2):74-8.

[117] Gotthelf S, Tempestti C, Alfaro S, Cappelen L. Consumo de bebidas azucaradas en adolescentes escolarizados de la provincia de Salta. Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales, 2014. Actualización en Nutrición 2015; 16:23-30.

[118] Rivera JA, Muñoz-Hernández O, Rosas-Peralta M, Aguilar Salinas CA, Popkin BM, Willet WC. Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana. Salud Pública Mex 2008; 50:173-95.

[119] Nielsen SJ, Popkin BM. Changes in Beverage Intake between 1977 and 2001. Am J Prev Med 2004; 27(3):205-10.

[120] Jensen W, Nichols M, Allender S, Silva-Sanigorski A, Millar L Kremer P, Lacy K, Swinburn B. Consumption patterns of sweet drinks in a population of Australian children and adolescents (2003-2008). BMC Public Health 2012; 12:771.

[121] Muraki I, Fumiaki I, Manson JA, Hu FB, Willett WC, van Dam RM, et al. Fruit consumption and risk of type 2 diabetes: results from three prospective longitudinal cohort studies. BMJ 2013; 347:f5001.

[122] Marshall, TA. The Contribution of Dietary Factors to Dental Caries and Disparities in Caries. Academic Pediatrics 2009; 9:410–414.

[123] Blum I, Vered Y, Graff E, et al. The influence of meal composition on plasma serotonin and norepinephrine concentrations. Metabolism 1992; 41:137-40.

[124] Welle, S. Sympathetic Nervous System response to intake. Am J Clin Nutr 1995; 62(Suppl):1118S-22S.

[125] Welle S, Lilavivat U, Campbell RG. Increased plasma norepinephrine levels following glucose but not protein or fat consumption. Metabolism 1981; 30:953-8.

[126] Kiecolt-Glaser, JK. Stress, food, and inflammation: psychoneuroimmunology and nutrition at the cutting edge. Psychosom Med 2010; 72(4):365-9.

[127] Parrott MD, Greenwood CE. Dietary influences on cognitive function with aging: from high-fat diets to healthful eating. Ann NY Acad Sci 2007; 1114:389-97.

[128] Burt, BA. Concepts of risk in dental public health. Concepts of risk in dental public health. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33(4):240-247.

[129] Ortega M, Mota V, López JC. Estado de Salud Bucal en Adolescentes de la Ciudad de México. Rev Salud Pública 2007; 9(3):380-387.

[130] Aristimuño R, Corina C. Diagnóstico socioepidemiológico de la salud bucal en una población escolar del estado nueva esparta.1999. Acta Odontol Venez 2009; 47(3):46-52.

[131] Mejàre I, Källestål C, Stenlund H. Incidence and progression of a proximal caries from 11 to 22 years of age in Sweden: A prospective radiographic study. Caries Res 1999; 33(2):93-100.

[132] David J, Raadal M, Wang NJ, Strand GV. Caries increment and prediction from 12 to 18 years of age: a follow-up study. Eur Arch Paediatr Dent 2006; 7(1):31-37.

[133] Alm, A. On Dental Caries and Caries-Related Factors in Children and Teenagers. Gothenburg : University of Gothenburg, 2008.

[134] Smith BG, Bartlett DW, Robb ND. The prevalence, etiology and management of tooth wear in the United Kingdom. J Prosthet Dent 1977; 78(4):367-372.

[135] Barbour ME, Lussi A, Shellis RP. Screening and prediction of erosive potential. Caries Res 2011; 45(Suppl1):24-32.

[136] Lussi A, Jaeggi T, Zero D. The role of diet in the aetiology of dental erosion. Caries Res 2004; 38(Suppl1):34-44.

[137] Dugmore CR, Rock WP. The prevalence of tooth erosion in 12-year-old children. Br Dent J 2004; 196(5):279-282.

[138] Al-Majed I, Maguire A, Murray JJ. Risk factors for dental erosion in 5-6 year old and 12-14 year old boys in Saudi Arabia. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30(1):38-46.

[139] Touyz, MA. Dental ravages from acidulated soft drinks. J Aesthetic and Implant Dent 2006; 8(3):20-33.

[140] Lussi A, Schlueter N, Rakhmatullina E, Ganss C. Dental erosion-an overview with emphasis on chemical and histopathological aspects. Caries Res 2011; 45(Suppl1):2-12.

[141] Larsen MJ, Nyvad B. Enamel erosion by some soft drinks and orange juices relative to their pH, buffering effect and contents of calcium phosphate. Caries Res 1999; 33(1):81-87.

[142] Jensdottir T, Bardow A, Holbrook P. Properties and modification of soft drinks in relation to their erosive potential in vitro. J Dent 2005; 33(7):569-575.

[143] Manton DJ, Cai F, Yuan Y, Walker GD, Cochrane NJ, et al. Effect of casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate added to acidic beverages on enamel erosion in vitro. Aust Dent J 2010; 55(3):275-279.

[144] Miech R, Chilcoat H. The formation of a socioeconomic disparity: a case study of cocaine and marijuana use in the 1990s. Am J Prev Med 2007; 32(6 Suppl):S171-6.

[145] Morger R, Ramseier C, Rees T, Bürgin W, Bornstein M. Oral mucosal findings related to tobacco use and alcohol consumption: a study on Swiss army recruits involving self-reported and clinical data. Oral Health Prev Dent 2010; 8(2):143-151.

[146] Asian, NDJ. Implicancias odontológicas en el uso de drogas en adolescentes. Odontol Pediatr 2011; 10(2):122-130.

[147] Cho CM, Hirsch R, Johnstone S. General and oral health implications of cannabis use. Australian Dental Journal 2005; 50(2):70-74.

[148] Curtis, EK. Meth mouth: a review of methamphetamine abuse and its oral manifestations. Gen Dent 2006; 54(2):125-129.

[149] Gándara-Rey J, Dinis-Freitas M, Gándara-Vila P, et al. Lesiones inducidas por la aplicación tópica de cocaína. Medicina Oral 2002; 7(2):23-27.

[150] Traviesas HEM, Márquez AD, Rodríguez LlR, Rodríguez OJ, Bordón BD. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones. Rev Cubana Estomatol 2011; 48(3):257-267.

[151] Pérez-Cotapos ML, Cossio ML. Tatuajes y perforaciones en adolescentes. Rev Méd Chile 2006; 134:1310-7.

[152] Stirn, A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations. Lancet 2003; 361:1205-15.

[153] Laumann A, Derick J. Tattoos and body piercings in the United States: a national data set. J Am Acad Dermatol 2006; 55:413-21.

[154] Mangas C, Carrascosa J, Ribera M. Efectos secundarios de los piercings y los tatuajes. Piel (Barcelona) 2004; 19(4):200-205.

[155] Messahel A, Musgrove B. Infective complications of tattooing and skin piercing. J Infect Public Health 2009; 2(1):7-13.

[156] Granero, JR. Aspectos cualitativos del consumo de Pasta Base de Cocaína / Paco. Buenos Aires, Argentina : Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR, 2007.

[157] Fuenzalida H, Álvarez E, Martin C. Piercing en un grupo de población escolar santiaguina. Rev Chil Dermatol 2009; 19:271-6.

[158] Carroll ST, Riffenburgh RH, Roberts TA, Myhre EB. Tattoos and body piercings as indicators of adolescent risk-taking behaviors. Pediatrics 2002; 109:1021-27.

[159] Roberts TA, Ryan SA. Tattooning and high-risk behavior in adolescents. Pediatrics 2002; 110:1058-63.

[160] Barceló A, Luciani S, Orduñez P, Tasca R, Sued O. Improving Chronic IIInes Care Through Integrated Health Service Delivery Networks. OMS/PAHO. Consultado: Octubre de 2016. [En línea] 2012. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17652&Itemid=.

[161] CHSCV, Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Área de Epidemiología y Estadística. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay. Montevideo: Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Área de Epidemiología y Estadística, 2010.

[162] Graña J, Burgueño A, Olivera C, Casella B, Cáceres M, et al. Primer trabajo comunitario de prevención cardiovascular en pediatría en Lascano. Arch Pediatr Urug 2009; 80(2).

[163] Lurbe E, Cifkova R, Cruickshank JK, Dillon MJ, Ferreira I, Invitti C, et al. Manejo de la hipertensión arterial en niños y adolescentes: recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión. An Pediatr (Barc) 2010; 73(1):51.e1-51.e28.

[164] NHBPE, National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescent. The Fourth Report on the diagnosis, evaluation, and treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 2004; 114(2 Suppl):555-76.

[165] Aguirre, A. Psicología de la adolescencia. Madrid, España : Edit. Marcombo, 2006.

[166] Trujillo-Cano AM, Pérez Gómez A, Scoppetta Díaz-Granados O. Social context variables and their influence on the occurrence of problematic situations associated with alcohol use in adolescents. Adicciones 2011; 23(4):349–356.

[167] Chabrol H, Chauchard E, Mabila JD, Mantoulan R, Adèle A, Rousseau A. Contributions of social influences and expectations of use to cannabis use in high-school students. Addictive Behaviors 2006; 31:2116–2119.

[168] Chabrol H, Mabila JD, Chauchard E, Mantoulan R, Rousseau A. Contributions of parental and social influences to cannabis use in a non-clinical sample of adolescents. L'Encéphale 2008; 34:8–16.

[169] Olsson CA, Coffey C, Toumbourou JW, Bond L, Thomas L, Patton G. Family risk factors for cannabis use: a population-based survey of Australian secondary school students. Drug and Alcohol Review 2003; 22(2):143–152.

ANEXO

Instrumento para la recolección de datos

EXAMEN ODONTOESTOMATOLÓGICO

Apellido y nombre:

Fecha de nacimiento: ...../...../..... Edad: ..... Años

Sexo: ..... Procedencia: .....

Tiempo de residencia: .....

Grado de instrucción alcanzado:

❍ Primaria incompleta ❍ Primaria completa

❍ Secundario incompleto ❍ Secundario completo

❍ Nivel superior incompleto ❍ Nivel superior completo

Obra social ❍ Sí ❍ No

ANTECEDENTES GENERALES

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente?

❍ Ninguno ❍ 1-5 ❍ 6-10 ❍ 11-20 ❍ >20 ❍ Otro

¿Cuál? .....

2. ¿A qué edad comenzó a fumar? (en años)

❍ 10-12 ❍ 13-15 ❍ 16-20 ❍ 21-25

3. ¿Cuántos vasos de bebidas alcohólicas consume diariamente?

❍ Ninguno ❍ 1-2 ❍ 3-5 ❍ >5

¿Cuál? .....

4. ¿A qué edad comenzó a consumir bebidas alcohólicas?

❍ 10-12 ❍ 13-15 ❍ 16-20 ❍ 21-25

5. ¿Cuántos vasos de jugos frutales, agua saborizada y/o gaseosas consume diariamente?

❍ Ninguno ❍ 1-2 ❍ 3-5 ❍ >5

¿Cuál? .....

6. ¿Consume o consumió en el último año alguna droga o medicamento?

❍ Sí ❍ No

¿Cuál? .....

1

7. ¿Realiza cepillado dental diariamente?

❍ Sí ❍ No ❍ Discontinuo

8. ¿Cuándo realiza el cepillado dental?

❍ Al levantarse ❍ Después del desayuno

❍ Después del desayuno ❍ Después de la cena

9. ¿Consume golosinas diariamente?

❍ Sí ❍ No

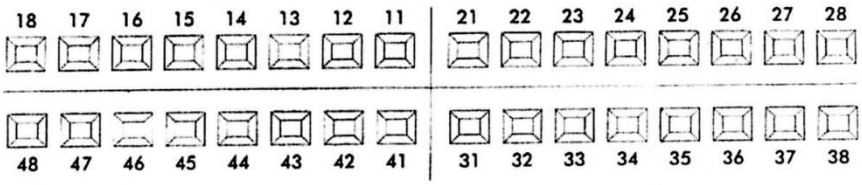
¿Cuál? .....

EXAMEN ODONTOLÓGICO

Dientes presentes en la boca:

Sanos ..... Cariados ..... Perdidos .....

Obturados ..... CPO-d .....



10. ¿Presenta erosión? ❍ Sí ❍ No

11. ¿Presenta abrasión? ❍ Sí ❍ No

12. ¿Presenta hipocalcificación? ❍ Sí ❍ No

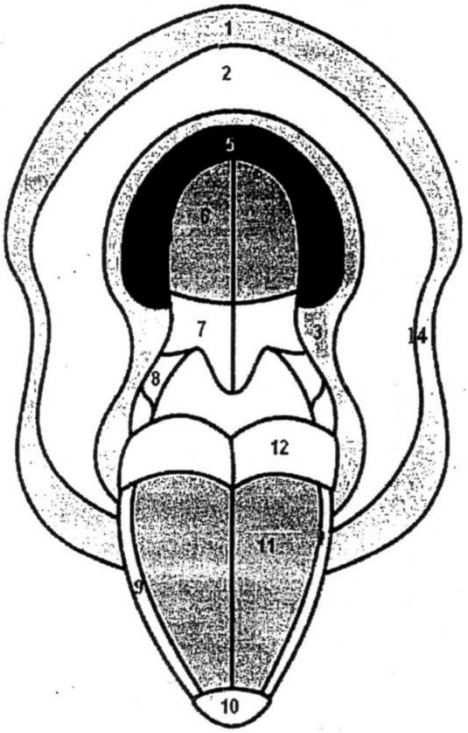
EXAMEN PERIODONTAL

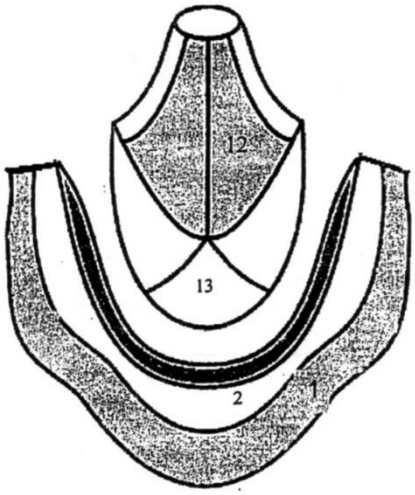
	M	V	D	L
16				
21				
24				
36				
41				
44				
Índice de placa				

	M	V	D	L
16				
21				
24				
36				
41				
44				
Índice gingival				

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO

13. ¿Existen lesiones en tejidos blandos? ❍ Sí ❍ No





REFERENCIAS:

1. Semimucosa labial.
2. Mucosa labial.
3. Fondo de surco.
4. Comisuras labiales.
5. Rebordes alveolares.
6. Paladar duro.
7. Paladar blanco.
8. Pilares amigdalinos.
9. Borde de lengua.
10. Punta de lengua.
11. Dorso de lengua.
12. Cara ventral de lengua.
13. Piso de boca.
14. Mucosa yugal

Diagnóstico clínico presuntivo: .....

Historia clínica

MUNICIPALIDAD DE CORDOBA
SECRETARIA DE SALUD
Dirección de Especialidades Médicas

CONSULTAS Y EVOLUCION

HOJA Nº 2

NOMBRE Y APPELLIDO: **H.C.Nº**

Fecha:

Edad

Estado Civil

SOL	CON	CAS	VIU	SEP

Instrucción

NO	PRI		SEC		UNIV.	
	I	C	I	C	I	C

ANTECEDENTES FAMIL	SI	NO
Hipertensión arterial		
Asma		
Cardiopatías		
Neoplasias		
AVC		
Arteriosclerosis		
Psicopatías		
TRC		
Otras		

CAUSA DE MUERTE
Madre
Padre

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Menarca _____
Menopausia _____
Hijos vivos _____
Abortos _____
Cesáreas _____

Grupo Sanguíneo	RH

ANTECEDENTES PERSONALES

Alimentación _____
Actividad Física _____
Hábitos Tóxicos: Si _____ No _____
Alcohol Si _____ No _____
Drogas: Si _____ No _____

EPIDEMIOLOGIA:

TBC _____ Chagas _____ Otros _____

ANTECEDNETES PATOLOGICOS

Cardiovasculares: _____
Respiratorios _____
Digestivos _____
Renales _____
Endocrinos _____
Hematológicos _____
Osteomuscular _____
Articular _____
Neurológico _____
ORL _____
Oftalmológico _____
Ginecológico _____
Genital Masculino _____
Vascular Periférico _____
Cirugías _____
Intolerancia a Drogas _____
Intolerancia a Alimentos _____

Modelo de Consentimiento informado

Córdoba, de de 2014

El / la abajo firmante , en condición de .....del Señor/ra....., declaro haber sido informado sobre motivo del estudio, la inexistencia de riesgos para el participante y el derecho que asiste a mi representado de abandonar el estudio cuando lo desee.

Por todo ello, presto mi conformidad para que el Sr/ra..... .....participe voluntariamente en este estudio.:"Analizar, la prevalencia de enfermedades odontoestomatologícas de adolescentes y jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas que asisten al servicio odontológico de la dirección de especialidades medicas Dr. Benito Soria ".

.....

Firma del Representante.

Autorización institucional para realizar la investigación

Dra. Silvia Mercado

S_____/_____D:

De mi consideración:

Por la presente autorizo a la Dra. Silvia Frida Mercado a realizar la investigación básica, trabajo de campo y toma de datos para su trabajo final para la Maestría de Drogodependencia titulado: **Analizar la prevalencia de enfermedades odontoestomatológicas de adolescentes y jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas que asisten al servicio odontológico de la Dirección de Especialidades Médicas "Benito Soria"**, que asisten al Servicio Odontológico de la Dirección de Especialidades Médicas Oeste Doctor Benito Soria (Córdoba), dirigida por el Prof. Dr. Rodolfo Esteban Ávila de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, en el período comprendido entre el 1º de enero al 31 de Diciembre de 2014.

Sin más, la saludo con mi mayor consideración

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA
SERVICIO ODONTOLOGICO MUNICIPAL

Dr. ADRIAN FEDERICO SLAVIN
DIRECTOR
SERVICIO ODONTOLOGICO MUNICIPAL

Dr. Adrián Slavin

Director del Servicio Odontológico Municipal

Municipalidad de Córdoba

Iconografía representativa de lesiones bucales por consumo de sustancias psicoactivas (ejemplos)

A: cáncer de lengua. B: alteraciones de color, abrasión e hipocalcificación; C: lesión blanquecina compatible con leucoplasia en carrillo; D: pérdida de sustancia por erosiones en paladar; E: fisuras, grietas y escamas labiales.