



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIOPÁEZ

**PREVALENCIA DE BRUXISMO SECUNDARIO EN ADOLESCENTES
Y PRIVADOS DE LIBERTAD CONSUMIDORES DE COCAÍNA**

Autores:

Hernández Bayona, Alberto José

C.I. 25.165.839

Pérez Reyes, Ilich Alejandro

C.I.23.828.023

Urb. Yuma II, Calle No 3 Municipio San Diego

Teléfono (0241) 8714240 (máster)



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE BRUXISMO SECUNDARIO EN ADOLESCENTES
Y PRIVADOS DE LIBERTAD CONSUMIDORES DE COCAÍNA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
ODONTÓLOGO**

Autores:

Hernández Bayona, Alberto José
C.I. 25.165.839
Pérez Reyes, Ilich Alejandro
C.I.23.828.023

San Diego, Diciembre de 2018



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

San Diego, Noviembre del 2018.

ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado: **PREVALENCIA DE BRUXISMO SECUNDARIO EN ADOLESCENTES Y PRIVADOS DE LIBERTAD CONSUMIDORES DE COCAINA,** ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Nombre Tutor Académico

Firma

Fecha



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Hernández Bayona	Nombres: Alberto José	C.I.: 25.165.839
Dirección: Complejo Residencial Terrazas de San Diego, Torre 35, Apto. 35-45. San Diego, Edo Carabobo		Teléfono: 04244524439
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores		
Nombre: <u>Alberto Hernández</u> Teléfono: <u>04244524439</u>		
Nombre <u>Ilich Pérez</u> Teléfono: <u>04147118878</u>		
Título del Trabajo: PREVALENCIA DE BRUXISMO SECUNDARIO EN ADOLESCENTES Y PRIVADOS DE LIBERTAD CONSUMIDORES DE COCAÍNA.		
Breve Explicación: El bruxismo secundario, también denominado "iatrogénico", corresponde a formas de bruxismo asociados a problemas neurológicos, psiquiátricos, desórdenes del sueño y al abuso de drogas o de sustancias. Este trabajo se trata de un estudio de campo, no experimental, nivel descriptivo, realizado en una población finita de 41 pacientes, tomando como muestra intencional 25 personas (consumidoras de cocaína), como técnica se usó la observación planificada (revisión bucal). Como instrumento se aplicó un cuestionario con preguntas cerradas dicotómicas, para conocer la prevalencia de bruxismo secundario al consumo recreacional de cocaína en adolescentes del Centro de internamiento y semi-libertad La Esperanza, Naguanagua y los privados de libertad en el Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo.		
Lugar donde se desarrollará el Proyecto: Centro de Internamiento y Semi-Libertad la Esperanza, Naguanagua, y en el Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo.		
Tiempo de Desarrollo: 3 meses		
Tutor Académico propuesto: Od. Mauren García		

APROBADO _____ NO APROBADO _____

**COMITÉ DE EVALUACIÓN
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

Nombre Firma Fecha

DIRECCIÓN DE ESCUELA

Nombre Firma Fecha



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Pérez Reyes	Nombres: Ilich Alejandro	C.I.: 23828023
Dirección: Conjunto Residencial Poblado de San Diego, Torre 5, Apartamento 42. San Diego, Estado Carabobo.		Teléfono: 04147118878
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico	14,60
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores		
Nombre: <u>Alberto Hernández</u>		Teléfono: <u>04244524439</u>
Nombre <u>Ilich Pérez</u>		Teléfono: <u>04147118878</u>
Título del Trabajo: Prevalencia de bruxismo secundario en adolescentes y privados de libertad consumidores de cocaína.		
El bruxismo secundario, también denominado "iatrogénico", corresponde a formas de bruxismo asociados a problemas neurológicos, psiquiátricos, desórdenes del sueño y al abuso de drogas o de sustancias. Este trabajo se trata de un estudio de campo, no experimental, nivel descriptivo, realizado en una población finita de 41 pacientes, tomando como muestra intencional 25 personas (consumidoras de cocaína), como técnica se usó la observación planificada (revisión bucal). Como instrumento se aplicó un cuestionario con preguntas cerradas dicotómicas, para conocer la prevalencia de bruxismo secundario al consumo recreacional de cocaína en adolescentes del Centro de internamiento y semi-libertad La Esperanza, Naguanagua y los privados de libertad en el Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo.		
Lugar donde se desarrollará el Proyecto: Centro de Internamiento y Semi-Libertad la Esperanza, Naguanagua, y en el Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo.		
Tiempo de Desarrollo: 3 meses		
Tutor Académico propuesto: Od. Mauren García		

APROBADO _____ NO APROBADO _____

**COMITÉ DE EVALUACIÓN
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha

DIRECCIÓN DE ESCUELA

_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha

AGRADECIMIENTOS

En medio de la funesta situación económica, política y social que atraviesa mi patria Venezuela doy primero gracias a Dios por haberme permitido cumplir un sueño que no es solamente mío, sino de todas aquellas personas que alguna vez soñaron verme con una toga y un birrete.

La confianza recibida, la dedicación y la paciencia con la que mis padres y mi hermana me abastecieron durante los últimos años han dado paso a mi desarrollo profesional, es por ésta razón que agradezco a los tres pilares principales de mi vida:

A mi madre Elsa Bayona por haberme entregado un amor verdaderamente ciego, quien me ha amado incondicionalmente con todos mi fallos, es así que no existe ningún lenguaje que pueda expresar el poder, la belleza, el heroísmo y majestuosidad del amor de una madre, a ti gracias.

A mi padre José Alberto Hernández por ser mi modelo de vida, la persona que más puedo admirar, aquel que me mantiene en calma cuando todo se desborona, espero algún día tener la dicha de recompensar todos los sacrificios que ha realizado para que yo pueda lograr mis metas, estoy en deuda contigo.

A mi hermana Jessica Hernández por día a día enseñarme el significado de la justicia, la cooperación, el cuidado y sobre todo la hermandad. Como las ramas de un árbol crecimos en diferentes direcciones, pero nuestra raíz es una sola, así la vida de cada uno siempre será una parte esencial de la vida del otro.

De la misma forma agradezco a Dios por haberme regalado otro hermano y no específicamente de los mismos padres, a mi compañero de tesis Ilich Pérez, le agradezco por ser un apoyo enorme durante este arduo camino, además, de motivarme e impulsarme a ser una mejor y feliz persona cada día.

No hubiese sido posible llegar hasta este punto si no hubiese tenido la dicha de ser respaldado por todos aquellos que fueron mis pacientes, gracias por haber confiando en mis conocimientos y destrezas, los recordaré eternamente.

Por último debo agradecer enormemente a mis compañeros de vida, quienes me apoyaron a no desistir cuando la cuesta estaba más empinada, sin ustedes no hubiese llegado a la cima de esta hermosa montaña, espero sigan siendo parte del bello y dificultoso camino que aún me queda por recorrer llamado vida. Gracias a Carlos Ruiz, Orianna Martínez, Skarlet Valencia, Valentina Rodríguez, Natalia Fernández y a todos mis familiares, las experiencias que me han dejado me hacen la persona que soy hoy.

Alberto Hernández

DEDICATORIA

Lleno de regocijo, de amor y esperanza dedico este proyecto a cada uno de mis seres queridos quienes han sido mis pilares para seguir adelante sin importar la situación que este atravesando.

Dedico de manera especial a mi madre Elsa Bayona, a mi padre José Alberto Hernández y a mi hermana Jessica Hernández quienes fueron el principal cimiento para construcción de mi vida profesional, forzando en mi las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ellos tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues virtudes infinitas y sus grandes corazones me llevan a admirarlos cada día más.

De la misma forma dedico este trabajo a las adolescentes estudiadas y al Centro de Internamiento la esperanza por habernos abierto las puertas y permitir el desarrollo de dicha investigación, esperamos que de alguna forma se pueda concientizar el consumo de drogas ilícitas en adolescentes venezolanos.

A mis grandes compañeros de vida por apoyarme y guiarme en el camino de mi vida, son ustedes quienes me motivan a ser mejor persona.

Por último dedico este proyecto a mi Alma Mater, mi casa de estudio la Universidad José Antonio Páez, espero que esta investigación ponga en alto el nombre del centro que me ha brindado todos los conocimientos adquiridos durante los últimos años de mi vida.

Alberto Hernández

AGRADECIMIENTOS

La vida es hermosa, y una de las razones principales por las cuáles se le considera hermosa es porque podemos compartirlas con personas que amamos. La construcción de esta tesis no fue un camino fácil, y no hubiese sido posible sin el apoyo de cada una de las personas que ocupan un lugar muy significativo en mi corazón y que el destino puso en mi camino para aprender algo de cada uno.

Quiero empezar agradeciendo a Dios, al universo y a todas las energías que se juntaron para hacer posible que hoy esté aquí culminando una meta más en mi vida. A su sabiduría, a su divinidad y a su majestuosidad. Por brindarme salud y la capacidad de respirar, sentir y ver el sol cada mañana.

A mi madre Irene Reyes, por enseñarme el valor de la familia y del amor. Por mantenerme en calma en mis momentos de quebranto y alegrarme los días con detalles mínimos pero significativos. Por ser mi mayor pilar emocional y por brindarme un amor incondicional, por ser mi mejor amiga y por hacer que en mi mente se guarden recuerdos increíbles a pesar de todas las adversidades. A ella, a la que codifica los mensajes que transmiten la mayor paz, ternura y cariño. Mil gracias.

A mi tía, Ingrid Pérez. A la cual debo hacerle un agradecimiento especial por haber escogido ser una madre por su propia voluntad. A esa mujer luchadora que me ha enseñado a ser justo, correcto y a ir siempre por el camino adecuado. Sin sus consejos, sin sus llamadas a diario y su ayuda incondicional nada de esto sería posible. A ella sobre todas las personas, le dedico este triunfo con el mayor de los respetos y el cariño. Eternamente agradecido.

A mi padre, Bairon Pérez, por ser un ejemplo a seguir, por mostrarme la excelencia y apostar siempre por mi éxito y el de mis hermanos. Además de siempre inculcarme el deseo a seguir adelante, por enseñarme el valor del trabajo, y demostrarme que todo el esfuerzo siempre tiene una recompensa; y de nunca ser uno más del montón. Gracias por ser el pilar de esta familia y de nunca dejarnos derrumbar.

A mi gran amigo, hermano y hoy mi compañero de tesis, Alberto Hernández. A él le debo gran parte de mis recuerdos de colegio y universitarios. Gracias simplemente por tantos momentos vividos, por todos los sentimientos y emociones que hemos compartido. Sin él, la vida sería distinta. Este triunfo es de los dos.

A mi pilar de vida, mi familia. Agradezco a Dios por tenerlos, por nuestra unión incomparable y por nuestras particularidades. Gracias a cada uno por estar, por ser y por compartir los éxitos de cada uno de los miembros como si fuesen propios. A pesar de que muchos están en la distancia, están muy cerca en mi pensamiento y en mi corazón.

Y por último. A mis tutoras, Mauren García y Nereida Castrillo, por cada uno de los conocimientos inculcados, por su dedicación y tiempo invertido. Mil gracias por la vocación y por ser tan excelentes profesionales.

Ilich Pérez

DEDICATORIA

Sin mayor preámbulo quiero dedicar este proyecto de investigación a mi familia, mis amigos y mis seres queridos que me acompañaron durante mis travesías.

Con especial emoción y amor, a Irene Reyes, Bairon Pérez, Ingrid Pérez por haber sido el mayor de los apoyos en todos los aspectos posibles, por siempre confiar en mis capacidades y apostar en grande por mí. A mi hermano Luis Pérez, por ser mi persona favorita y ser una de las razones principales de mi felicidad. A mi abuela Yolanda de Pérez, que a pesar de no estar en nuestras vidas físicamente, estoy seguro que desde el cielo está aplaudiendo este triunfo.

Igualmente dedico este trabajo al Centro de Internamiento y Semi-Libertad La Esperanza y al Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego por habernos abierto las puertas de su maravillosa casa y mostrarnos el arduo trabajo que realizan allí cada día.

Por último pero no menos importante, a la Universidad José Antonio Páez. A mi casa de estudios, a esa increíble institución que me brindó todos los conocimientos y que me inculcó valores para el desarrollo de mi carrera y de muchos aspectos de mi vida en general. A cada una de las personas que forma parte de esta casa, y todos los docentes que hicieron posible este triunfo. Esto es para ustedes.

Ilich Pérez

ÍNDICE GENERAL

	pp.
RESUMEN INFORMATIVO.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULOS	
I EL PROBLEMA.....	16
1.1. Planteamiento del Problema.....	16
1.1.1. Formulación del Problema.....	18
1.2. Objetivos de la Investigación.....	18
1.2.1. Objetivo General.....	18
1.2.2. Objetivos Específicos.....	19
1.3. Justificación de la Investigación.....	19
1.4. Alcance.....	21
Sistematización de Variables.....	22
II MARCO TEÓRICO.....	24
2.1.- Antecedentes de la Investigación.....	24
2.2.- Bases Teóricas.....	26
2.3.- Bases Legales.....	40
2.4. Definición de Términos Básicos.....	41
III MARCO METODOLÓGICO.....	46
3.1. Diseño y Tipo de Investigación.....	46
3.2. Nivel de la Investigación.....	47
3.3. Población y Muestra.....	48
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información.....	49
3.5. Procedimientos.....	51
IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
4.1. Análisis y Discusión de los resultados.....	52
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	60
REFERENCIAS.....	63
ANEXOS.....	66

LISTA DE CUADROS

CUADRO	CONTENIDO	Págs.
1	Antecedentes de drogadicción: Drogas usadas.....	
2	Características epidemiológicas de las adolescentes del centro de internamiento y semi-libertad La Esperanza, Naguanagua y los privados de libertad del Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo (consumidores de cocaína), período Septiembre-Diciembre 2018.....	53
3	Distribución de frecuencia del indicador: Primera edad de consumo.....	55
4	Distribución de frecuencia del indicador: Vía de administración.....	56
5	Características clínicas de las adolescentes del centro de internamiento y semi-libertad La Esperanza, Naguanagua y los privados de libertad del Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo (consumidores de cocaína), período Septiembre-Diciembre 2018.....	57

LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICO	CONTENIDO	Págs.
1	Distribución de los pacientes por edad y sexo.....	54
2	Primera edad de consumo.....	55
3	Vía de administración.....	56
4	Manifestaciones clínicas odontológicas relacionadas con el consumo de cocaína.....	56



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE BRUXISMO SECUNDARIO EN ADOLESCENTES Y PRIVADOS DE LIBERTAD CONSUMIDORES DE COCAÍNA.

Autores: Hernández Bayona Alberto
Pérez Reyes Ilich
Tutor: Od. García Mauren
Fecha: Diciembre de 2018

RESUMEN INFORMATIVO

El bruxismo secundario, también denominado "iatrogénico", corresponde a formas de bruxismo asociados a problemas neurológicos, psiquiátricos, desórdenes del sueño y al abuso de drogas o de sustancias. El presente estudio tiene como objetivo: Determinar la prevalencia de bruxismo secundario en adolescentes y privados de libertad consumidores de cocaína. Se elaboró bajo una investigación con un diseño de campo, tipo no experimental, nivel descriptivo, realizado a una población finita de 41 pacientes, la muestra fue intencional de 25 personas (criterio de inclusión: consumidoras de cocaína). Como técnica se utilizó la observación planificada (revisión bucal). Se elaboró como instrumentó un cuestionario con opciones de respuesta dicotómica. Se obtuvo los siguientes resultados: Se trató de una población representada por 64% (masculino) y 36% (femenino), entre 15-43 años. Como antecedentes mostraron: La primera edad para el consumo de la droga con mayor tendencia (44%) fue 14 años. El 100% consume la droga usando como vías de administración: inhalado, fumado, oral; un 28% utiliza la mucosa directa. La muestra presentó manifestaciones clínicas odontológicas, siendo el porcentaje más alto (76%) para la presencia de lesiones dentales no cariosas asociadas al bruxismo, seguida de la Hipertrofia de los músculos de la masticación (60%), el (56%) presentó ruidos patológicos articulares. Concluyendo: La situación actual (septiembre-diciembre 2018) de la muestra estudiada arrojó características clínicas y epidemiológicas que señalan la presencia de bruxismo secundario en adolescentes y privados de libertad consumidores de cocaína, por lo cual es necesario considerar la ejecución de acciones pertinentes para la atención, tratamiento odontológico y seguimiento, procurando al máximo el apoyo necesario para alcanzar una buena salud bucal en esta población.

Palabra clave: Prevalencia, bruxismo secundario, cocaína.

INTRODUCCIÓN

El rol que juega el odontólogo en la sociedad es realmente importante, ya que como profesional de la salud se encuentra presente durante todas las etapas del ser humano. De allí derivan ciertas áreas y especializaciones donde el odontólogo pone en práctica los conocimientos para diagnosticar, tratar y orientar al paciente hacia la buena salud bucodental, que le permitirá fortalecer su salud integral.

Existen trastornos y patología del cuerpo que son detectadas por medio de una exploración bucal, tal es el caso del cáncer, SIDA y otros. Esto quiere decir, que el chequeo odontológico es imprescindible a cada persona, bien sea por prevención o tratamiento. Existe una población poco estudiada, lo que llama la atención para la elaboración del presente estudio, se trata de aquellas personas consumidoras de cocaína, y la influencia negativa que tiene este acto sobre la cavidad bucal, los tejidos blandos y duros.

El consumo de droga es un problema grave que enfrenta la sociedad actual, es una realidad que alerta a la comunidad odontológica a realizar estudios que permitan dar a conocer los efectos sistemáticos que ocasionan la drogodependencia, tal es el caso del bruxismo secundario y los trastornos temporomandibulares. Al respecto, el bruxismo secundario es una actividad parafuncional caracterizada por el apretamiento y/o frotamiento dentario y puede ocurrir durante el sueño y/o la vigilia, provocado en ocasiones por el consumo de drogas o sustancias (Riva, R. y otros, 2014).

Conforme a esto, se requiere determinar la prevalencia de bruxismo secundario al consumo recreacional de cocaína en adolescentes del centro de internamiento y semi-libertad la Esperanza, Naguanagua y privados de libertad en el Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo. Para ello, se llevó a cabo el presente trabajo, el cual está dividido en cinco capítulos, distribuidos de la siguiente manera:

Capítulo I: Planteamiento del Problema, formulación del problema, objetivos de la investigación y justificación.

Capítulo II: Marco Referencial. Presenta los antecedentes, bases teóricas y legales que sustentan la investigación.

Capítulo III: Marco Metodológico. Desarrolla la metodología utilizada para la investigación. El diseño, tipo, nivel en el que fue enfocado el trabajo. La población y la muestra seleccionada. Las técnicas y los instrumentos utilizados para la recolección de los datos.

Capítulo IV: Análisis de los Resultados. Para ello los resultados fueron codificados y sistematizados en tablas de frecuencia, representados en gráficos apuntando los análisis de cada ítem y la importancia de llevar a cabo la investigación.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones. Las conclusiones van acorde a los objetivos planteados y las necesidades previstas para las recomendaciones. Finalizando con las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema.

Las Disfunciones Cráneo-Mandibulares (DCM) engloban alteraciones en el sistema estomatognático que involucran la Articulación Témporo-Mandibular (ATM), los músculos encargados de los movimientos mandibulares y los músculos que mantienen la postura de la cabeza. Son diversos los factores que están relacionados con la etiología de las DCM tal como la oclusión, los aspectos psicosociales y los hábitos parafuncionales como el bruxismo, pudiendo interactuar entre ellos contribuyendo a perpetuar los signos y síntomas de este desorden.

De esta forma el bruxismo es definido por Rodrigues et al (2009) como un contacto estático o dinámico de los dientes en circunstancias diferentes a las funciones normales de la masticación o deglución (parafunción) y siempre se asocia a un estado emocional alterado del paciente. Del hecho de apretar (contacto estático) y rechinar (contacto dinámico) los dientes derivan las modalidades de bruxismo en céntrica y bruxismo excéntrico respectivamente.

Sin embargo, a pesar que tanto la etiología, como la fisiopatología del bruxismo aún sean consideradas inciertas, parece tener una etiología multifactorial y ser mediada por el sistema nervioso central. Varios autores han reportado que el estrés y factores psicosociales desempeñan un importante papel en los factores patogénicos del bruxismo.

Así mismo, dentro de los factores patogénicos se pueden encontrar: influencias ambientales, oclusión, algunos tipos de medicamentos y abuso de sustancias (cocaína, alcohol, metanfetaminas) representan los factores exógenos y periféricos, mientras que la personalidad, factores genéticos, neuroquímicos, desórdenes neurológicos, psiquiátricos y del sueño representan los factores endógenos.

Es así que se habla de bruxismo primario, o idiopático, cuando no se reconocen problemas o causas médicas. Mientras que el bruxismo secundario, también denominado "iatrogénico", corresponde a formas de bruxismo asociados a problemas neurológicos, psiquiátricos, desórdenes del sueño y al abuso de drogas o de sustancias.

Por lo anteriormente mencionado el consumo de cocaína está íntimamente relacionado con lo que se conoce como bruxismo secundario, ya que funciona a base de neurotransmisores que conllevan al acto de apretar la mandíbula durante, pocas horas o después de haber consumido dicha sustancia. Acto que puede prevalecer incluso sin haberla consumido ya sea durante el día (Bruxismo de Vigilia) o durante la noche mientras el individuo duerme (Bruxismo del Sueño), siendo ambas entidades patológicas distintas.

Por consiguiente en cierto periodo de la vida, los seres humanos atraviesan una fase experimental que sumado a un historial de trastorno disociales en la infancia o en la adolescencia y antisociales de la personalidad suman factores de riesgo a la prevalencia de muchos trastornos con el consumo de sustancias, siguiendo un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, abstinencia y una ingestión compulsiva de la sustancia. Es así que dicho patrón tiende a aparecer luego de cambios psicológicos o conductuales desadaptativos clínicos significativos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de la sustancia.

En efecto la drogadicción es un problema de salud pública de amplio espectro y de la que se tiene más desconocimiento o una escasa base de datos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la 'toxicomanía o drogadicción' como un estado de intoxicación periódica o crónica por el consumo de una droga. Si bien la mayoría de estudios enfocados en este tema incluyen datos de Europa y América del Norte, son limitados los estudios en América Latina y especialmente en Venezuela.

En el mismo orden de ideas, la Organización Panamericana de la Salud (2009) afirmó que aproximadamente 14,3 millones de personas en el mundo afirman haber probado al menos una vez en su vida la cocaína; y 10 millones de personas a nivel

mundial el MDMA, de los cuales corresponde 2,7 millones de personas en América. Mientras que en Venezuela alrededor de 79.700 personas consumen cocaína según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Onudd). Esto ocasiona una carga para la salud y para el Estado donde no existen o no son asequibles los programas de tratamiento y prevención.

En consecuencia el Centro de Internamiento y Semi-Libertad la Esperanza, Naguanagua, Estado Carabobo ha implementado un modelo Bio-Psico-Social y Socio Educativo que se encarga de atender integralmente a niños, niñas y adolescentes en edades comprendidas entre 14-19 años, que se encuentran en una situación de riesgo social y en conflicto con la Ley, promocionando la inclusión social tanto familiar como en la escuela y su comunidad, erradicando en forma definitiva, su dependencia a las drogas con el fin de reinsertarlos en la sociedad para ser útiles como ciudadanos plenos de derechos, capaces de obrar y discernir con madurez. También se tienen los privados de libertad del Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego, con edades entre 20-43 años quienes se han adicionado a este estudio para ampliar la investigación.

Por lo anteriormente expuesto dichos pacientes no están a expensas de padecer DCM a consecuencia del bruxismo secundario. Es allí donde radica la verdadera problemática, ya que la escasa base de datos no permite saber cuántos de ellos podrían estar padeciendo un bruxismo secundario y a su vez disfunciones cráneo-mandibulares. Dichos datos fueron de extensa utilidad para subsiguientes investigaciones y/o posibles tratamientos para la población ya mencionada.

Formulación de Problema:

¿Cuál es la Prevalencia de Bruxismo Secundario en adolescentes y privados de libertad consumidores de cocaína?

1.2 Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de bruxismo secundario al consumo recreacional de cocaína en adolescentes del Centro de Internamiento y Semi-Libertad la Esperanza, Naguanagua, y privados de libertad en el Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo.

1.2.2. Objetivos Específicos:

- Describir las características epidemiológicas del bruxismo secundario en adolescentes consumidores de cocaína del Centro de Internamiento y Semi-Libertad la Esperanza, Naguanagua y privados de libertad en el Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo.

- Determinar las características de consumo recreacional de cocaína en adolescentes del Centro de Internamiento y Semi-Libertad la Esperanza, Naguanagua y privados de libertad en el Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo.

- Describir las manifestaciones clínicas odontológicas del bruxismo secundario relacionadas con el consumo de cocaína en adolescentes del Centro de Internamiento y Semi-Libertad la Esperanza, Naguanagua y privados de libertad en el Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo.

1.3 Justificación.

Se considera que el bruxismo y las demás alteraciones funcionales del sistema estomatognático, tienen un doble fondo etiológico dado por factores psicológicos como la tensión emocional, la frustración, la angustia y de forma notable la ansiedad en los pacientes; conjuntamente con los factores locales de la oclusión como son los contactos prematuros y las interferencias oclusales

excursivas que pueden llevar a hábitos orales parafuncionales o ser el resultado de ellos (Castillo, y Cols., 2001).

De allí, se ha determinado que el bruxismo es uno de los hábitos parafuncionales a los cuales la sociedad está más propensa a adquirir debido a las grandes cargas de estrés, cargas laborales y problemas socio-económicos en los que la sociedad está involucrada. De igual forma, estas situaciones de estrés han ido cambiando poco a poco la personalidad y hábitos de la población en general

Es por esto, que una alta cantidad de individuos han acudido a hábitos de abuso de consumo de sustancias y estupefacientes. Siendo la drogadicción uno de los principales problemas de Salud Pública actualmente. Igualmente, el consumo excesivo de drogas como la cocaína altera diferentes mecanismos que llevan como consecuencia el desarrollo de bruxismo secundario. Y es por ello que el trabajo que se realizó, es de gran importancia para determinar y diagnosticar el porcentaje de pacientes que han presentado síntomas del trastorno temporomandibular, bruxismo.

El marco de la investigación realizada, se remonta a una línea de investigación de Odontología correctiva, la cual será la base a futuras investigaciones en lo que el consumo de cocaína en relación con la Odontología respecta. Es importante acotar que dicho estudio aportó un porcentaje de prevalencia de bruxismo a una población poco estudiada que a su vez podrá ser rehabilitada con futuras investigaciones factibles. Por último, en la actualidad donde la rehabilitación oral se complementa en múltiples cambios, estudios arrojan que pacientes que padezcan de bruxismo no están en la capacidad de soportar un implante dental, lo que lo relaciona directamente con la población a investigar.

En el mismo orden de ideas, para la realización de este estudio, se acudió al del Centro de Internamiento y Semi-Libertad la Esperanza ubicado en Naguanagua, así como también al Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo; luego de una previa evaluación con la junta directiva de éstos se procede a trabajar para tener la certeza de encontrar pacientes aptos para la realización de la

investigación y obtener un porcentaje de pacientes que sí o no desarrollaron el hábito. Y así mismo establecer una data acerca de la problemática de adicciones, la cual es escasa en la región donde se desenvuelve el estudio.

1.4. Alcances.

Para lograr los objetivos planteados en la investigación se estudiará a la población de adolescentes del centro de internamiento y semi-libertad La Esperanza, Naguanagua, y los privados de libertad en el instituto autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo, consumidores de cocaína, con edades comprendidas entre los 15-43 años.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico se puede entender como la correlación de teorías, categorías, conceptos que despliegan una vinculación con el problema planteado en la investigación, donde se relacionan de manera ordenada todos los contenidos pertinentes con el estudio. En este orden de ideas, Sabino (2007) señala: “El marco teórico o marco referencial tiene el propósito de dar a la investigación un sistema coordinado y coherente de conceptos y proposiciones que permiten abordar el problema” (p.47).

2.1 Antecedentes de la Investigación.

Según Arias (2004), “los antecedentes reflejan los avances y el Estado actual del conocimiento en un área determinada y sirven de modelo o ejemplo para futuras investigaciones”. Teniendo esto en cuenta, se puede encontrar con opulencia avances en lo que el bruxismo secundario respecta en los últimos años: sus factores etiológicos involucrados, su prevalencia, severidad, entre los que fueron seleccionados algunos de especial interés a los efectos de investigación realizada en el Centro de Internamiento y Semi-Libertad la Esperanza, Naguanagua, y el Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo.

De igual manera para la investigación se tomaron en cuenta como antecedentes dos trabajos de grado y un artículo nacional de gran relevancia e importancia en lo que corresponde al desarrollo del trabajo.

Flores y Valera (2014) en su trabajo titulado “Aplicabilidad de las placas neurorelajantes en pacientes bruxomanos que asisten a la Clínica Integral VI de la Universidad José Antonio Páez” realizado para optar por el título de Odontólogo cuyo objetivo era determinar el efecto en las placas neurorelajantes en pacientes bruxomanos de la clínica integral VI de la Universidad José Antonio Páez periodo 2014, atendidos por los estudiantes del corte correspondiente.

Como materiales y métodos, se realizó un estudio descriptivo transversal con modalidad de campo, a través de la técnica de observación directa en la cual se aplicó un cuestionario a los pacientes pertenecientes a la muestra, la cual era el 30% de los pacientes que asistían a la clínica integral VI. Logrando dar un diagnóstico e indicar el tratamiento adecuado, ya que estas afecciones causan una elevada incidencia en mialgias en las zonas de la cabeza, el cuello, hombros y espalda.

El estudio mencionado anteriormente tiene relación con la investigación realizada ya que da aporte acerca del bruxismo, cómo lograr su diagnóstico, su tratamiento y el efecto de las placas neurorelajantes que proveen protección contra el bruxismo. Igualmente tiene relevancia debido a que explica las disfunciones temporomandibulares, los desórdenes de la ATM y alteraciones dentales que causan el bruxismo, que son relevantes en el presente estudio.

Adrián (2015) en su artículo titulado “Estudio pericial sobre la dosis de consumo de sustancias ilícitas en los procedimientos establecidos en la ley orgánica de drogas venezolana” publicado en la Revista del Ministerio Público No. 17, tenía como objetivo principal determinar las dosis de consumo personal promedio estimadas para las cuatro principales drogas en Venezuela, dentro de las cuales se puede encontrar la marihuana, cocaína, crack y heroína. Es una investigación de tipo especial, documental, retrospectivo, descriptivo y analítico.

La investigación citada es de gran relevancia en el desarrollo de este trabajo ya que menciona los diferentes tipos de consumo de la cocaína y diferentes sustancias, dosis personales, consecuencias penales y jurídicas al portador de megadosis. Además de estos aportes, brinda porcentajes y datos que sirven de sustentación a la investigación.

Pereira A. (2015) en su investigación titulado “A cocaína e suas manifestações orofaciais. Estudo comparativo da legislação sobre drogas em países da União Europeia”, realizado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Fernando Pessoa para la obtención del título de odontólogo, el cual tiene como objetivo la realización de un estudio a profundidad sobre la cocaína y sus manifestaciones orofaciales. Siendo esta investigación de tipo explicativo

transversal no experimental, en el cual se hizo una revisión bibliográfica exhaustiva de publicaciones relacionadas al tema entre 1996 y 2015, haciendo mención de 48 artículos científicos, 13 libros y 12 páginas de internet.

El trabajo descrito anteriormente guarda relación directa con la investigación, ya que, hace mención de los efectos del abuso de la cocaína, su funcionamiento, mecanismo de acción, farmacodinamia, farmacocinética y manifestaciones bucales dentro de las cuales se encuentra el bruxismo secundario. Igualmente, la investigación mencionada cumple con una relación entre el consumo abusivo de drogas ilícitas como lo es la cocaína y sus manifestaciones orales, el cual es el enfoque principal del trabajo en ejecución.

2.2 Bases Teóricas.

Se consideran Bases Teóricas de una investigación los aspectos conceptuales o teóricos que sustentan la investigación. Los mismos deberán estar directamente relacionados con las variables definidas y sus indicadores. Se debe destacar que son muy importantes los comentarios e interpretaciones de todos los aspectos teóricos que se traten en el contenido de este capítulo, estableciendo además, su relación con el tema de estudio. De esta forma, se evitará que todo el enfoque teórico se convierta en definiciones, opiniones personales o glosario de términos.

2.2.1 Bruxismo Secundario.

Carlsson y Magnusson, en 1999 expusieron la parafunción como una actividad de un sistema que no tiene propósitos funcionales y apretamiento y rechinar como el acto de apretar y refregar los dientes, conociéndose ambos como bruxismo. De la misma forma el bruxismo, en una revisión de Kato, Thie, Montplaisir y Lavigne en el año 2001, quedó definida como una actividad parafuncional oral, que se subclasifica como bruxismo primario y secundario.

Continuando con lo anteriormente expuesto el bruxismo primario, o idiopático, corresponde al apretamiento diurno y al bruxismo del sueño cuando no se reconocen problemas o causas médicas. Por su parte el bruxismo secundario, también denominado "iatrogénico", corresponde a formas de bruxismo asociados

a problemas neurológicos, psiquiátricos, desórdenes del sueño o bien, cuando ocurre como consecuencia al uso de algunos fármacos o drogas (Lavigne et al., 2003).

Lobezoo et al. (1997), demostró que los pacientes bruxomanos presentan alteraciones en la secreción de ciertos neurotransmisores a nivel central, en donde existía un desbalance en las vías dopaminérgicas directas e indirectas a nivel de los núcleos de la base, de manera que este desbalance propiciaría la generación de desórdenes del movimiento, como el bruxismo.

De la misma forma, diversos autores han descrito casos de bruxismo secundario en pacientes con tratamientos farmacológicos que actúan a nivel del sistema dopaminérgico. En 1970, Magee describió bruxismo secundario al uso crónico de L-dopa (un precursor de dopamina, noradrenalina y adrenalina) en el tratamiento de pacientes con Parkinson.

Por otra parte, Micheli et al. en 1993 reportó que el uso crónico de neurolépticos en pacientes esquizofrénicos conllevaba a un aumento en el rechinar dentario en ellos (Loobezoo et al., 2001; Lavigne et al., 2003).

Así mismo Aschcroft et al. en 1965 sugirió que aquellos individuos adictos a anfetaminas realizaban movimientos mandibulares típicos y continuos: de deglución, rechinamiento dentario y frotar el labio inferior con la lengua. Posteriormente, se reportó al bruxismo como un efecto adverso del uso de anfetamina (Winocur et al., 2003).

Estudios en animales han mostrado que los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos generalmente ejercen una influencia facilitadora de la actividad de las moto-neuronas trigeminales, de manera que el reflejo maseterino de cierre mandibular, se ve aumentado ante la administración de serotonina y noradrenalina a nivel del núcleo trigeminal motor (Harris et al.).

Hay evidencia de que la activación del sistema central serotoninérgico, a través de la estimulación del núcleo del rafe magno o a través de la aplicación de electro-acupuntura, produce una reducción de el reflejo de apertura mandibular, reflejo protector que ayuda a prevenir el daño a los dientes y tejidos orales (Arrue et al.).

Sexo.

De la misma forma en el 2003 la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), demostró en un estudio que determinaba la prevalencia de vida del uso de alguna droga ilegal entre estudiantes de 13 a 15 años de edad, por sexo y por país; datos tomados de la Encuesta Mundial de Salud Escolar de la OMS/OPS, que los varones tenían un rango de consumo más alto que el de las mujeres.

La información se agrupó por país y se reunieron datos del año 2003, donde se preguntó a los estudiantes si habían usado alguna sustancia ilegal una o más veces en su vida (prevalencia de vida). Los cuestionarios eran anónimos y se garantizó la confidencialidad. De la misma forma Venezuela arrojó resultados particularmente curiosos ya que el porcentaje de la población varonil estudiaba doblaba a las mujeres con un número total de 4.7 y 4.2% en Barinas y Lara respectivamente, mientras que las mujeres arrojaron un resultado total de 2.3 y 2.2% respectivamente.

Nivel socioeconómico.

Más de cuarenta años de investigación han puesto de manifiesto que no todas las personas son igualmente vulnerables frente al consumo de drogas, ni frente a las consecuencias negativas de su abuso. Mientras que algunas experimentan con ellas sin sufrir graves consecuencias, otras acaban desarrollando patrones de consumo problemáticos que afectan negativamente no sólo a su salud, sino a otras esferas más amplias de su vida personal y social.

Las características socioeconómicas, tanto personales como de la comunidad, constituyen uno de los factores que pueden influir en el consumo de sustancias. Las primeras investigaciones sobre los factores de riesgo y de protección en el ámbito de las adicciones, que se centraron sobre todo en la población adolescente, puesto que se trata del momento en el que la mayoría de las personas inician el consumo de sustancias y desarrollan los patrones futuros de uso y abuso, ya apuntaban a la importancia de la pobreza y la privación del entorno comunitario

más próximo como factores que incrementaban la vulnerabilidad de los jóvenes frente al consumo de diversas sustancias.

Hawkins (1992) en una revisión de los factores de riesgo entre adolescentes indica que la privación económica y social es uno de los cuatro factores relacionados con la comunidad que puede incrementar el consumo de sustancias psicoactivas en esta población. Igualmente, encontró que los niños que viven en ambientes deteriorados y en barrios con elevadas tasas de delincuencia tienen mayor riesgo de implicarse en conductas delictivas y de desarrollar problemas con las drogas.

Muñoz (1998), tras una revisión exhaustiva de los factores de riesgo en adolescentes, concluye que el residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con una alta densidad de población y con porcentajes altos de delincuencia y marginalidad contribuye, (Junto con otros factores personales y familiares) a un uso precoz de drogas y al posterior abuso de las mismas (cit. en Becoña, 1999)

2.2.2 Consumo Recreacional.

El consumo de drogas ilegales se constituye en un problema de índole mundial que viene siendo tratado a nivel internacional para fortalecer las convocatorias en materia contra las drogas. En el Informe Mundial Sobre las Drogas, presentado por la Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (UNODC, 2014) se precisa que hasta un 7% de la población mundial entre 15 y 64 años ha consumido alguna sustancia ilegal al menos en una ocasión allí; se expresa como sigue:

A nivel mundial, se calcula que en 2012 entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3,5% al 7,0% de la población de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cannabis, los opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico (p.2).

Edad de Consumo.

En el año 2005 la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), realizó un estudio epidemiológico en América del Norte y América del Sur cuantificando epidemiológicamente el consumo de drogas ilícitas, calculando la prevalencia del uso de drogas ilegales en cada país basándose en estudios locales, evaluaciones de los organismos encargados de hacer cumplir las leyes y encuestas en grupos especiales de población.

En su estudio demostraron que las edades más frecuentes de comienzo del consumo tanto de cocaína como MDMA y cualquier otra droga ilícita era entre los 15 y 18 años. Así como también estudiaron a la población que se volvió drogodependiente después de esa primera fase de consumo, exponiendo que consumían drogas por un periodo de hasta 49 años. En otras palabras las edades de consumo más frecuentes van desde los 15 hasta los 64 años de edad.

Frecuencia de consumo.

Uno de los primeros pasos que se realizan en cualquier estudio estadístico es la tabulación de los resultados, es decir, recoger una información específica de una muestra resumida en una tabla en la que cada valor de la variable se le asocian determinados números que representan el número de veces que ha aparecido, su proporción con respecto a otros valores de la variable, etc. Dichos datos son denominados frecuencias.

Vías de Administración.

En Flores, Armijo y Mediavilla. 'Farmacología humana'. Ed. Científicas y Técnicas, S.A. Ed. MASSON 2ª ed. Barcelona 1992, se demostró que los modos de administración son las vías por las cuales la droga entra en el organismo. Tienen una gran importancia porque condicionan la velocidad con que la droga llega al cerebro, y por tanto, produce su efecto. Además, influyen en el riesgo de dependencia y tienen un papel determinante en la aparición de cuadros de intoxicación.

La vía oral, es la vía más lenta y la que comporta menor riesgo de intoxicación y dependencia. Se utiliza preferentemente para el consumo de productos farmacéuticos. Por otro lado la Inhalación o vía inhalatoria permite que la sustancia tóxica inhalada llegue en poquísimos segundos al cerebro, con lo que se puede decir que su efecto es casi inmediato. Genera cuadros de dependencia muy graves y severas complicaciones orgánicas en los pulmones y el cerebro. En esta categoría entraría también la forma de administración fumada.

En el caso de la administración intranasal, o esnifada a sustancia es absorbida a través de la mucosa nasal. Se utiliza principalmente para el consumo de la cocaína, aunque va siendo progresivamente utilizada con otros tóxicos, como la heroína. Sin embargo la Administración intravenosa es la forma de administración que produce un mayor rendimiento coste/beneficio para el consumidor. En cambio, se expone a múltiples riesgos de sobredosis, intoxicación e infección. Junto a la inhalación es la vía más rápida a la hora de crear una dependencia.

Dosis.

Velázquez y León, (2015) en su aporte a la Unidad Psiquiátrica y Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas (UPPAICD), realizaron un estudio Pericial sobre las dosis de consumo de sustancias ilícitas en los procedimientos establecidos en la Ley Orgánica de Drogas Venezolanas.(LOD, 2010). En dicho estudio tomaron una muestra de 400 casos de experticias en drogas seleccionadas al azar y altamente específicas para discriminar esta dosis de consumo personal que es una de las bases necesarias en toda investigación de los procedimientos por consumo.

Sus hallazgos indicaron que en la distribución de cantidad de sustancia (droga ilegal) en dicha muestra de los años 2013 y 2014, hasta un 35% de usuarios de drogas ilegales consumían una dosis personal promedio llamada Mega-dosis (muy elevada sobre los valores señalados como posesión en el artículo 153. LOD, 2010). Se estableció que las Mega-dosis suelen llegar hasta Marihuana 30 gramos, Cocaína 8 gramos, Cocaína-Crack 8 gramos, Heroína 3,5 gramos y pastillas hasta

6 unidades. Se recomendó el uso de la tabla resumen de resultados como guía para el análisis de los casos de procedimientos por consumo.

En el caso de la cocaína en base al promedio estimado para dosis de consumo personal la muestra de los años 2013 y 2014 , la mayoría de usuarios que la consumen lo hacen con pequeñas cantidades que se corresponden con dosis menores a las señaladas en el artículo 153 que tipifica el delito de posesión en la LOD (2010). Resulta ser un 78% de usuarios de cocaína y el 65% (tipo Crack) usan dosis promedio para su consumo personal de cocaína menores a 2 gramos, generalmente son jóvenes menores de 30 años según el perfil del usuario de la UPPAICD presentado por Adrián, (2013).

Sin embargo, en un segundo estudio se muestra un promedio de dosis para consumo personal de cocaína en un rango de 2,001 a 6 gramos que supera la cantidad señalada en el artículo 153 de la LOD (2010). Esta diferenciación se determinó para mostrar que un grupo de usuarios usan dosis superiores entre 2,001 a 6 gramos (17% para cocaína y 24% tipo crack). Destaca como un resultado significativo que el 5% de los consumidores de cocaína y 11% tipo crack usan dosis muy superiores a las señaladas en el artículo 153 (2 gramos) y en un rango de hasta 8 gramos. Lo que puede llamarse en lenguaje terapéutico una megadosis.

Un primer hallazgo es que este diagnóstico no fue sistemáticamente reportado en los informes, ya que desde el punto de vista clínico no se encontraban evidencias de que el abuso de pastillas fuese una dependencia de sustancias, por lo que solo era reflejado como un comportamiento adicional del sujeto consumidor de sustancias. Muchas veces el evaluado lo menciona como “empastillarse”, mas no se encontraron indicadores suficientes para concluir el diagnóstico.

Sin embargo, el diagnóstico de farmacodependencia de pastillas no fue sistemáticamente reportado en los informes ya que desde el punto de vista clínico no se encontraban evidencias de que el abuso de pastillas (comprimidos) del tipo éxtasis, meta-anfetaminas y drogas de abuso sin prescripción del médico psiquiatra (clonazepam, fenobarbital, bromazepam, entre otros), fuese una dependencia de sustancias para este grupo de usuarios por lo que solo era

reflejado como un comportamiento adicional del sujeto consumidor de sustancias. De allí se obtuvo que la dosis más usada para la mayoría de personas que se drogan con pastillas usan en promedio de entre dos a seis pastillas dependiendo con qué tipo de sustancia la están ligando, de la circunstancia y otros factores.

2.2.3 Cocaína.

La cocaína, una sustancia natural producida por la planta de la coca, se consume en diversas preparaciones (p. ej., hojas de coca, pasta de coca, hidrocloreuro de cocaína y alcaloide de cocaína) que difieren en su potencia debido a los variados niveles de pureza y rapidez de acción. La cocaína es el ingrediente activo de cada preparación.

Masticar hojas de coca es una práctica generalmente limitada a las poblaciones nativas de América Central y del Sur, donde se cultiva la cocaína. El consumo de pasta de coca, un extracto crudo de la planta de coca, aparece casi exclusivamente en los países productores de cocaína en América del Sur y Central, donde se denomina «basulca». Los disolventes usados en la preparación de la pasta de coca contaminan con frecuencia la pasta y pueden causar efectos tóxicos en el sistema nervioso central y en otros órganos cuando la pasta se fuma.

El hidrocloreuro de cocaína en polvo es habitualmente esnifado a través de la nariz o disuelto en agua e inyectado por vía intravenosa. Cuando se mezcla con heroína, produce una combinación conocida como speedball. Una forma habitual de consumo en Estados Unidos es el crack, un alcaloide de la cocaína que se extrae de una sal en polvo mezclándola con bicarbonato sódico y secándola en pequeñas piedras (rocks).

El crack difiere de otras formas de cocaína por ser fácilmente vaporizable y, cuando se inhala, sus efectos son muy rápidos. El síndrome clínico y los efectos adversos asociados al crack son idénticos a los producidos por dosis comparables de otras preparaciones de cocaína. Antes de la introducción del crack, la cocaína era separada de su base de hidrocloreuro por calentamiento con éter, amoníaco y otros disolventes volátiles. Se fumaba la cocaína de base libre resultante. Este

proceso es peligroso debido al riesgo de que los disolventes se incendien y lesionen al usuario.

Intoxicación por cocaína.

La característica esencial de intoxicación por cocaína es la presencia de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína. La intoxicación por cocaína empieza habitualmente con una sensación de euforia (high) e incluye uno o más de los síntomas siguientes: euforia con incremento de la sensación de vigor, sociabilidad, hiperactividad, inquietud, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, charlatanería, ansiedad, tensión, estado de alerta, grandiosidad, comportamientos estereotipados y repetitivos, rabia o cólera y deterioro de la capacidad de juicio y, en el caso de intoxicación crónica, afectividad embotada, cansancio o tristeza y retraimiento social.

Estos cambios psicológicos y comportamentales se acompañan de dos o más de los siguientes signos y síntomas, que aparecen durante la intoxicación o poco tiempo después: taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, aumento o disminución de la tensión arterial, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso demostrable, agitación o retraso psicomotores, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas y confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma.

La intoxicación aguda o crónica se asocia a menudo con deterioro de la actividad social o laboral. La intoxicación grave puede conducir al coma. Para establecer el diagnóstico de intoxicación por cocaína los síntomas no han de ser debidos a enfermedad médica ni explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental. La magnitud y el tipo de los cambios psicológicos o comportamentales dependen de muchas variables, que incluyen la dosis consumida y las características individuales del sujeto que consume la sustancia (p. ej., tolerancia, grado de absorción, cronicidad del consumo y contexto en el que se ingiere la droga).

Los efectos estimulantes observados más frecuentemente son euforia, aumento del pulso y la tensión arterial, y actividad psicomotora. Los efectos depresores como tristeza, bradicardia, descenso de la tensión arterial y disminución de la actividad psicomotora son menos frecuentes y sólo aparecen con el consumo crónico de dosis altas.

2.2.4 Manifestaciones clínicas odontológicas del bruxismo

Hipertrofia de los músculos de la masticación.

La hipertrofia muscular aparece cuando los músculos se someten a una mayor longitud de lo normal por lo que se agregan nuevas sarcómeras en la unión con el tendón. Por el contrario cuando un músculo se halla continuamente acortado a una longitud inferior a la normal desaparecen igualmente las sarcómeras de los extremos. Gracias a estos procesos de remodelación continua los músculos tendrán la longitud más apropiada para que su contracción sea la precisa. Cuando un músculo esquelético trabaja excesivamente, puede sufrir un crecimiento llamado por otros autores, hipertrofia compensatoria (Hofmann 1980).

La configuración particular de ciertos grupos de músculos, altamente especializados, hace que algunas patologías, se presenten con características muy particulares. Es por tal motivo que la hipertrofia de los músculos de la masticación está considerada dentro del grupo de patologías musculares, que constituyen un fenómeno natural, fiel representación de la capacidad de adaptación del tejido muscular al medio ambiente, ya que se relaciona con el exceso de trabajo que realiza el músculo sobre todo en aquellos casos de apretamiento de los dientes que realizan algunos pacientes, producto de parafunciones como el bruxismo (Adams, 1975).

La relación entre la oclusión y la actividad masticatoria ha sido descrita por autores que se refieren al hecho de las interferencias en el balance oclusal, las cuales influyen en los trastornos de la función del sistema masticatorio y a menudo asociado con bruxismo y dolor en ambos músculos masetero y temporal y en la articulación temporomandibular (ATM) Grunert (1994).

Dolor Miofacial y Articular de la ATM.

Para el diagnóstico de las patologías témporo-mandibulares la exploración de músculos y articulación es fundamental y requiere la educación y el entrenamiento del examinador. La exploración se basa en la medida del movimiento articular, en la evaluación de la función témporo-mandibular, y en la palpación de los músculos y de la articulación, análisis de la disfunción dolorosa y especialmente, la valoración de los aspectos comportamentales del paciente.

Realizando un diagnóstico preciso y adecuado se puede obtener la aparición de diversos Transtornos Temporomandibulares (TTM) tales como dolor crónico asociado a trastornos del comportamiento, síndrome de dolor miofascial (SDM), desplazamientos discales con o sin reducción, bruxismo, artritis reumatoide y enfermedades degenerativas como la artrosis, entre otros.

El bruxismo por su parte puede causar dolor y disfunción, sin embargo, el trastorno doloroso más común a nivel del sistema craneomandibular es el SDM. Esta entidad se define como una afección de la musculatura esquelética que presenta una serie de signos y síntomas que son causados por los puntos gatillo miofasciales (PGMs). Los PGMs se aprecian clínicamente como bandas tensas localizadas en los músculos esqueléticos donde se encuentran nódulos hipersensibles. La aparición de PGMs puede provocar disminución del rango de movimiento articular, dolor local y un patrón de dolor referido característico, además, de que puede provocar fenómenos autónomos.

Dr. Gregg (1988) concluyen que para implementarse un correcto tratamiento farmacológico debe reconocerse la distribución tisular del dolor, a pesar de que generalmente se presume que el mismo proviene de receptores intramusculares y tendinosos. De la misma forma el dolor puede originarse también en la capsula de la ATM, del periodonto, del periostio, así como receptores vasculares.

Lesiones dentales no cariosas asociadas al bruxismo.

El bruxismo, como parafunción que se tiene la particularidad de causar la fricción y/o apretamiento de los dientes durante movimientos no funcionales de la

mandíbula, puede conducir a un cambio de dirección de las fuerzas aplicadas sobre los dientes originando esfuerzos invertidos en la zona cervical, lo que lleva a la fatiga y fractura en la zona más flexionada. Por lo tanto, el desgaste de la estructura dentaria es facilitado por el cepillado y la acción de sustancias ácidas, que promueven la degeneración superficial colaborando y/o agravando la formación de una lesión no cariosa (LNC).

Las lesiones no cariosas (LNC) se definen como la pérdida o desgaste patológico de la estructura del diente por un proceso diferente al bacteriano. Se pueden clasificar como: abrasión, erosión, atrición y abfracción. Por consiguiente la abfracción fue el término introducido más recientemente, siendo definida como la pérdida patológica de la estructura del diente debido a la flexión producida por las fuerzas oclusales excéntricas, generalmente vinculadas a una interferencia oclusal, contactos prematuros, bruxismo y apretamiento. Esta flexión dental promueve la concentración de fuerzas tensionales en la región cervical, lo que puede producir la ruptura de los enlaces químicos de los cristales del esmalte, dentina y cemento, causando microfracturas (Grunert, 1994).

Es así que, con el paso del tiempo, dichas microfracturas pueden propagarse perpendicularmente al eje mayor del diente presionando hasta que el esmalte y la dentina se rompan, lo que lleva a la formación de una cavidad en forma de cuña con bordes cortantes y definidos en la región dental cervical, el cual es un signo clínico particular del bruxismo. En 1982, McCoy, en su investigación, mencionó por primera vez que el esmalte cerca de la Unión Amelo-Cementaria (UCE) recibe fuerzas de tensión acumuladas y la tensión generada durante el bruxismo pudiera ser uno de los factores causantes de estas lesiones.

Sin embargo, la abfracción no es la única LNC característica del bruxismo, ya que la atrición fue definida como un desgaste por fricción diente a diente que puede ocurrir durante la deglución con movimiento deslizante y apretamiento excéntrico. El desgaste se vuelve severo durante el bruxismo con evidencia de una rápida pérdida de sustancia dental. En el bruxismo excéntrico (BN), la atrición proximal puede provocar una reducción del arco dental. En la atrición, las facetas de desgaste en el borde o cara oclusal del diente, con tendencia a la posición

mesial, pueden ir acompañadas de abfracciones cervicales, con una localización distalizada, hacia donde la flexión tiende a concentrar el estrés.

Transtornos Temporomandibulares (TTM).

El aparato estomatognático es el conjunto funcional del organismo formado por la cavidad bucal propiamente dicha, dientes, músculos, ligamentos, huesos y las articulaciones temporomandibulares. La articulación temporomandibular (ATM) está formada por un conjunto de estructuras anatómicas que establecen una relación entre la base del cráneo y la mandíbula. Es considerada como la única articulación móvil del macizo facial y se clasifica como una articulación diartrodia, bicondílea y biaxial.

Los trastornos temporomandibulares (TTM) son un término que abarca una serie de problemas clínicos que comprometen la ATM, los músculos masticatorios o ambos. Están caracterizados por un conjunto de signos y síntomas, entre ellos el más relevante es el dolor agudo o crónico, en la zona preauricular el cual es agravado con la masticación u otros movimientos mandibulares, dolor de cabeza, bloqueo mandibular, dolor de oído y ruidos articulares, lo cual conduce a trastornos en las relaciones laborales y sociales trayendo como consecuencia una disminución en la calidad de vida.

Algunos autores como Peñón y cols en 2011, sostienen que la patogenia del dolor es en parte un reflejo de la capacidad de las neuronas del sistema nervioso central para sufrir alteraciones dinámicas en las propiedades de respuesta y que las fibras nociceptivas pueden disparar esta plasticidad funcional, esto en presencia de disfunciones craneomandibulares con más asiduidad, incluyendo factores de oclusión y parafunciones mandibulares como el bruxismo. Datos epidemiológicos indican que un 3-4 % de la población general sufre algún TTM que precisa de tratamiento médico u odontológico, pero la prevalencia de síntomas y signos es mucho mayor (50-70 %) durante algún período de la vida.

Disfunciones Cráneo-Mandibulares (DCM).

Las disfunciones craneomandibulares (DCM) han sido estudiadas por largo tiempo, buscando el rol de los diferentes factores que participan en su etiología. Estas, se han relacionado con maloclusiones, bruxismo y estrés. Clínicamente sin embargo, se puede apreciar que en los pacientes disfuncionados existen otras razones para las causas de sus síntomas y molestias que no provienen del sistema craneomandibular.

La estabilidad ortostática del cráneo sobre la columna cervical influye en la etiología de las DCM y del dolor orofacial, porque determina la posición espacial de la mandíbula, influenciando aspectos de la oclusión, como la posición de contacto retruida, el espacio interoclusal, la posición de eje de bisagra terminal de la articulación temporomandibular (ATM) y la relación de contacto de los dientes en la oclusión habitual, además de la actividad electromiográfica de los músculos masticadores y de la nuca, que al alterarse pueden producir disfunciones del sistema craneomandibular.

En los últimos años se ha comunicado que las DCM, no sólo se pueden relacionar con la posición de la mandíbula y del cráneo, sino también con la columna cervical, las estructuras supra e infrahioideas, los hombros y la columna torácica y lumbar, las que funcionan como una unidad biomecánica. Los cambios en algunos de estos componentes también podrían desencadenar alteraciones en el sistema craneomandibular (SCM).

Prevalencia de Bruxismo secundario al consumo de cocaína

A diferencia del bruxismo esencial, esta clase de bruxismo secundario es producida en ocasiones por patologías irreversibles del sistema nervioso central SNC, siendo mucho más grave. Los pacientes que padecen de bruxismo secundario no responden adecuadamente a los tratamientos que hoy en día conoce la medicina.

Hay muchos factores que hacen que la prevalencia del bruxismo sea difícil de establecer. Los índices epidemiológicos varían según la población estudiada, la definición adoptada y según qué criterio diagnóstico clínico se basa el estudio. Se han llevado a cabo muchas investigaciones en distintas comunidades para detectar

la prevalencia de esta patología. Los resultados ponen de manifiesto que: la prevalencia más alta se encontró en una población de asiáticos, intermedia en euroamericanos e hispanos, y la prevalencia más baja se atribuyó en afroamericanos. (Fernández, 2015).

Muchas personas no son conscientes de sufrir este trastorno. Son informadas normalmente, por medio de otras personas con la que el/la afectado/a convive. Algunos autores defienden la idea de que en sujetos con alteraciones del SNC el porcentaje de casos es más alto, estimando una prevalencia entre el 41 y 58% en deficientes mentales y un estimado entre 40% y 55% a los usuarios de cocaína. Estos últimos además de bruxismo el cual derivan dolor muscular y de la mandíbula en la unión temporomandibular pueden presentar también úlceras en la boca y daños en el maxilar (Ruiz, F., 2010). Estos estudios son de gran interés para enfrentar la realidad social y permite a la vez establecer índices actualizados.

2.3 Bases Legales.

En este particular, Roa, (2006) señala. “Las bases y normas legales de los procesos de investigación, proyectos y trabajos de cualquier naturaleza, requieren de la sustentabilidad legal que certifique su validez” (p25). Es así que en las bases legales de un trabajo de investigación, tal como la denominación de la sección lo indica, se incluyen todas las referencias legales que soportan el tema o problema de investigación. Para ello, se pueden consultar: la Constitución Nacional; las leyes orgánicas; leyes ordinarias, reglamentos, decretos, entre otros dispositivos apropiados.

De la misma forma se encuentra estrecha relación con el trabajo de investigación y la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2009), en donde se reconoce la salud como un derecho fundamental (artículo 83), así como las obligaciones y responsabilidades que competen al Estado, la sociedad en su conjunto e incluso las personas para garantizar el disfrute de dicho derecho (artículo 84):

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida,

el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República (p. 18).

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. (p. 18)

En el mismo orden de ideas la toxicomanía es evaluada por Ley Orgánica Contra el Tráfico Ilícito y el Consumo de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (2005), donde se especificó que es competencia del Ministerio Público y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, velar por el desarrollo y funcionamiento de los centros de rehabilitación y desintoxicación, como lo dice el (artículo 79). Igualmente se explica la importancia y obligación que tiene el estado con respecto a estos centros (artículo 87) y como a su vez recae sobre Los gobernadores y gobernadoras de estado, el alcalde o alcaldesa mayor metropolitana y los alcaldes o alcaldesas de los municipios la creación de los ya mencionados centros (artículo 103):

Artículo 79. El órgano desconcentrado en la materia, el Ministerio Público y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, vigilarán y controlarán coordinados por la primera, en el área de su competencia, el funcionamiento de las casas intermedias, de los centros de rehabilitación de cura o desintoxicación y de readaptación social para garantizar el cumplimiento de sus fines.

Artículo 87. Es obligación legal del Estado asegurar la desintoxicación y tratamiento a los fines de rehabilitación, educación y readaptación social de las personas afectadas por el consumo ilícito de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, alcohol, tabaco y sus mezclas, como el chimó. Igualmente proveerá la enseñanza regular y de un arte u oficio para aquellas personas que lo requieran y otorgará prioridad absoluta a los programas destinados a la protección de los niños, niñas y adolescentes con problemas de consumo o que estén siendo utilizados

como distribuidores de sustancias estupefacientes y psicotrópicas para darle protección integral y el Estado prestará la atención a la mujer desde la perspectiva de género.

El Estado creará redes interinstitucionales con los organismos competentes de los Poderes del Estado, en el abordaje de las áreas programáticas contra los delitos de tráfico de sustancias estupefacientes y psicotrópicas y químicos, legitimación de capitales, los cuales se disgregarán a su vez en red nacional, estatal, municipal y parroquial con el objeto de coordinar las políticas, estrategias, planes, programas, operaciones y actividades del Estado en las áreas operativas: administrativas, de control, fiscalización, represión, prevención, tratamiento, rehabilitación y readaptación social.

Estas redes deberán interactuar con las redes sociales comunitarias formalizadas, jerarquizadas y estructuradas, de acuerdo con el rol específico que cumplen quienes colaborarán con las redes interinstitucionales, parroquiales, municipales y estatales en sus respectivas jurisdicciones.

Estas redes serán coordinadas por la red nacional del órgano desconcentrado en la materia, en las políticas públicas del Estado, quien diseñará y aplicará un sistema de seguimiento, evaluación y control de gestión, un reglamento para operativizar esta red en sus áreas de tarea. Asimismo elaborará lineamientos de normas y procedimientos y de líneas de comunicación e información continua y oportuna, así como confidencialidad para jerarquizar la información de acuerdo con las necesidades de seguridad de Estado.

Son responsables de la ejecución de las directrices y lineamientos estratégicos emanadas en la Red Nacional, el Ejecutivo Nacional en concordancia con los gobernadores y gobernadoras, alcaldes y alcaldesas y presidentes y presidentas de los concejos municipales y parroquiales.

Igualmente se estimulará la creación de redes internacionales y regionales en el hemisferio por convenios internacionales promovidos por la República Bolivariana de Venezuela. La Asamblea Nacional, con su facultad constitucional de control de gestión, a través de la Comisión Permanente con competencia en materia de tráfico y consumo ilícito de las drogas, supervisará el cumplimiento de este artículo y su aplicación con un sistema de seguimiento, evaluación y control de gestión permanente.

Artículo 103. Los gobernadores y gobernadoras de estado, el alcalde o alcaldesa mayor metropolitano y los alcaldes o alcaldesas de los municipios, crearán casas intermedias, centros de orientación y centros de rehabilitación para consumidores de las sustancias a que se refiere esta Ley y, en especial, con prioridad absoluta para niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con el índice demográfico de los estados y su territorio, debiendo estar inscritos y bajo la supervisión del órgano desconcentrado en la materia.

En cada estado de la República deberá existir un centro o servicio de salud o una unidad de prevención y tratamiento para pacientes alcohólicos.

A fin de dar cumplimiento a esta norma, se modificarán las constituciones de los estados para incluir disposiciones que obliguen al poder estatal regional a establecer presupuestos programas de prevención integral social en esta materia. Serán sancionados con multas de doscientas unidades tributarias (200 U.T.), los gobernadores y gobernadoras de estado, el alcalde o alcaldesa mayor metropolitanos y los alcaldes y alcaldesas de los municipios, que no cumplan esta disposición en el lapso establecido en esta Ley.

Cabe destacar que los preceptos constitucionales, son ampliados y especificados en lo que a la praxis odontológica se refiere, en la Ley del Ejercicio de la Odontología (1970), donde se delimitan las atribuciones, responsabilidades y deberes de los profesionales (artículo 2) y a la vez se enfatiza su capacitación para la resolución de los diversos problemas de salud bucodental que afectan a la población (artículo 16), respaldando por tanto los propósitos de la presente investigación:

Artículo 2: Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley y su Reglamento (p. 1).

Artículo 16: Los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los problemas de salud pública creados por las enfermedades buco dentarías, y cooperar con los demás profesionales de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran (p. 6).

Para cerrar esta sección, no puede dejar de mencionarse el Código de Deontología Odontológica (1992), en el cual se estipulan los deberes del odontólogo (artículo 1), así como su actuación acorde a principios éticos y morales para garantizar la mejor atención posible a sus pacientes (artículo 30) y la

obligación de informar a los pacientes candidatos a participar en estudios, el propósito de los mismos y su consentimiento por escrito (artículo 99), lo que junto al basamento jurídico previo, ratifica el cumplimiento de los requisitos legales y bioéticos necesarios para el desarrollo de la presente investigación:

Artículo 1: El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo. (p. 1)

Artículo 30: Los Profesionales de la Odontología al servicio de organizaciones dedicadas al ejercicio institucional de la Odontología, deberá cumplir con su trabajo profesional de acuerdo con las normas señaladas en este Código Deontológico. Este se basará, por tanto, en el respeto a la dignidad de la persona, en la relación Odontólogo/Paciente, en la responsabilidad individual y en el secreto profesional. (p. 12)

Artículo 99: El Odontólogo responsable de la investigación clínica está en el deber de:

- a. Ejercer todas las medidas tendentes a proteger la salud de la persona sometida al experimento.
- b. Explicarle con claridad la naturaleza, propósito y riesgos del experimento y obtener de él, por escrito, su libre consentimiento. (p. 25)

2.4 Definición de Términos.

ATM: La articulación temporomandibular (también llamada complejo articular craneomandibular) es la articulación sinovial tipo bicondilea que existe entre el hueso temporal y la mandíbula .

Bruxismo secundario: También denominado por ellos "iatrogénico", corresponde a formas de bruxismo asociados a problemas neurológicos, psiquiátricos, desórdenes del sueño y a administración de sustancias como la cafeína, alcohol y drogas.

Cocaína: Sustancia que se extrae de las hojas de la coca (arbusto eritroxiláceo) y que tras ser sometida a diversos tratamientos químicos se utiliza como droga o como anestésico local en medicina.

DCM: Disfunción Craneomandibular (DCM) hacen referencia a un conjunto de patologías y situaciones clínicas que tienen en común la posibilidad de provocar

dolor o alteraciones funcionales del aparato masticatorio, fundamentalmente en la ATM y la musculatura asociada craneo-cervical.

Drogas ilícitas: Son aquellas sustancias cuyo consumo está prohibido por la ley. Son aquellas que están bajo un control internacional, son producidas, traficadas y/o consumidas fuera del marco legal.

Hipertonicidad o hipertonia muscular: Es el aumento anormal del tono muscular produce un estado de rigidez en los músculos.

Iatrogenia: Es un daño en la salud, causado o provocado por un acto médico. Puede ser producido por una droga, procedimiento médico o quirúrgico, realizado por algún profesional vinculado a las ciencias de la salud.

Parafunción: Son aquellos movimientos del sistema masticatorio que no tienen sentido útil, son involuntarios e incluso desconocidos por la propia persona y que sobrecargan el sistema masticatorio.

Toxicomanía: Estado de intoxicación periódica o crónica originada por el consumo repetido de una droga.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo, es definido como aquel donde se describen los métodos, técnicas y procedimientos aplicados, de modo que el lector pueda tener una visión clara de lo que se hizo, por qué y cómo se hizo, es decir, las estrategias metodológicas conducentes al logro de los objetivos de la investigación (Universidad Pedagógica Experimental Libertador, UPEL, 2011).

Según Tamayo y Tamayo (2007), “Es un procedimiento general para lograr de manera precisa el objetivo de la investigación, por los que nos presenta los métodos y técnicas para la realización” (p. 22), esto refiere, a que se definen de manera detallada y sustentada las distintas técnicas, diseños y métodos que se utilizaron para lograr los propósitos de estudio.

3.1 Diseño y tipo de Investigación

3.1.1 Diseño de la Investigación

El diseño de investigación se refiere a la estrategia planificada por el investigador para lograr los objetivos previstos. En otras palabras, el diseño implica el procedimiento relacionado con la recolección, análisis y presentación de la información relevante para el propósito del estudio. En este sentido, la presente investigación se encuentra enmarcada bajo el diseño no experimental, el cual, según Palella y Martins (2010), define:

Es aquel diseño que se realiza sin manipular en forma deliberada ninguna variable. El investigador no sustituye intencionalmente las variables independientes. Se observan los hechos tal y como se presentan en su contexto real y en un tiempo determinado o no, para luego analizarlos. Por lo tanto en este diseño no se construye una situación específica si no que se observa las que existen. (p.87).

3.1.2 Tipo de la investigación

Uno de los aspectos más importantes de la investigación es el tipo de estudio que se va a realizar. Esta investigación está basada en una investigación de campo, debido a que este modelo de trabajo se caracteriza porque los problemas que

estudia surgen de la realidad y la información requerida debe obtenerse directamente donde ocurren los eventos. Son estos datos obtenidos, los que se procesarán para lograr los objetivos. La UPEL (2003) define la investigación de campo como:

El análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios (p. 14).

En este sentido, se puede decir que este trabajo examinó información directamente de la realidad (datos primarios), es decir, en el centro de internamiento y semi-libertad La Esperanza y el Instituto Autónomo Policía de San Diego, involucrándose los investigadores de forma directa con las personas que son objeto de la investigación.

3.2 Nivel de la Investigación

Arias, (2006) señala que el nivel de investigación se refiere al grado de profundidad con que se aborda un fenómeno u objeto de estudio. En la redacción del objetivo general, el investigador expresa el nivel que le dará a su investigación, establece además que los niveles de investigación de un problema planteado radicada en el grado de alcance, o profundidad, con el que puede ser abordado una interrogante o algún objeto puesto bajo estudio.

Asimismo, al momento de ubicar el problema planteado en los distintos niveles de investigación, el mismo expuesto en esta investigación corresponde con el nivel descriptivo. Partiendo de la definición de Sierra, C. (2004): “La investigación descriptiva, es la base y punto inicial de otros tipos de investigación y está dirigida a determinar cómo es o cómo está la situación de las variables que deben estudiarse en una población” (p.57). La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando ese fenómeno.

En este particular, con qué frecuencia se puede encontrar el bruxismo secundario en pacientes drogodependientes, extraer las relaciones internas del hábito con la sustancia (cocaína) en estudio, a partir de la comprensión de cómo funcionan ambos temas estudiados, describiendo así las características clínicas y epidemiológicas presentes en los pacientes para dar con los objetivos planteados.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

Bajo dicha denominación, Arias (2009), describe el universo afectado por el estudio, grupo seleccionado, características, tamaño y metodología seguida para la selección de la muestra, asignación de las unidades a grupos o categorías "...y otros aspectos que se consideren necesarios" (p.76). Y para la definición de población finita, Ramírez, (2010) opina que "es aquella cuyos elementos en su totalidad son identificables por el investigador" (p.63), por lo menos desde el punto de vista del conocimiento que se tiene sobre su cantidad total.

De acuerdo a estos aportes, en este estudio se trabajó con una población finita constituida por la totalidad de adolescentes que forman parte del Centro de Internamiento y Semi-Libertad la Esperanza, Naguanagua (19 pacientes) y también por los privados de libertad del Instituto Autónomo de Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo (22 pacientes), para complementar una población total de cuarenta y un (41) pacientes.

3.3.2 Muestra

Como muestra, Ávila (2008), define "Una pequeña parte de la población estudiada. La muestra debe caracterizarse por ser representativa de la población" (p.88). En cuanto a su clasificación, la muestra intencional u opinática es para Sierra, (2004), "es aquella en la cual el investigador decide, según sus objetivos, los elementos que integrarán la muestra, considerando aquellas unidades supuestamente típicas de la población que desea conocer" (p.70).

En este sentido, en el presente estudio se utilizó un muestreo intencional u opinático seleccionando bajo el criterio de inclusión sólo para aquellas personas

consumidoras de cocaína, y como criterio de exclusión las que consumen otras sustancias o simplemente no consumen cocaína. En este sentido, en dicha selección se tomó en consideración los datos arrojados en el siguiente cuadro.

TIPO DE DROGA	Mariguana	Cripy	MDMA	LDS	Cocaína	Crack	Fármacos	Alcohol	Cigarrillo	Otros
N° Adolescentes	11	11	06	03	09	05	02	18	12	00
N° Privados de Libertad	17	16	12	13	16	11	11	21	22	08
Total para el consumo de cocaína					25					

Cuadro N°1. Antecedentes de drogadicción: Drogas usadas.

Fuente: Hernández, A.; Pérez, I. (2018).

De este resultado se determina que la muestra está compuesta por nueve (9) adolescentes consumidoras de cocaína y dieciséis (16) adultos privados de libertad, para una muestra total de veinticinco (25) pacientes consumidores de cocaína, las cuales forman parte de la muestra intencional para dar con los objetivos planteados en este estudio.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

3.4.1 Técnica

Como técnicas de recolección de información se conocen según Sierra (2009), "...las estrategias que permiten llevar a cabo el levantamiento de información" (p. 32). En este sentido, se utilizó la observación, la cual es definida por Sierra, (2004) como "la acción de utilizar los sentidos para estudiar un problema de investigación" (p.71). Es el registro visual de lo que ocurre en una situación real, clasificando y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema previsto y según el problema que se estudia.

De manera que, se consideró para ello la observación planificada, por ser la que le permite al investigador previamente establecer un plan de trabajo con los aspectos observables (Sierra, 2004). Esto se llevó a cabo por medio de la revisión bucal de los pacientes objeto de la investigación, considerando los datos arrojados en el odontodiagrama (Observación planificada – revisión bucal).

Además se llevó a cabo, la encuesta para la obtención directa de las personas y/o fuentes primarias de la información, datos, punto de vistas o aspectos relevantes del tema en estudio, para dar con la elaboración de un instrumento que determine la prevalencia de bruxismo secundario al consumo recreacional de cocaína en adolescentes del centro de internamiento y semi-libertad la Esperanza y los privados de libertad del Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo.

3.4.2 Instrumentos

Para Arias (2006), “toda investigación amerita de un elemento, recurso, dispositivo o formato (sea manuscrito o digital), que este dedicado única y exclusivamente a generar, obtener y almacenar información, siendo este último denotado con el nombre de instrumento” (p.25).

Es por ello, que al momento de aplicar la técnica metodológica para lograr el desarrollo de la investigación, se debe contar con un elemento que le de sustento y pueda cubrir cada uno de los aspectos del problema puesto en cuestión. Asimismo, el instrumento debe plantear todo lo que se desea abarcar para conseguir las conclusiones que puedan satisfacer la incógnita de la investigación, a tal punto que puedan representarse tanto las manifestaciones clínicas, como psicológicas, que puedan contener tanto la población como la muestra puesta bajo estudio.

De acuerdo a esto, la presente investigación manejó como instrumento un cuestionario, el cual Arias, F. (2006) refiere como “la modalidad de encuesta que se realiza de forma escrita mediante un instrumento o formato en papel contentivo de una serie de preguntas” (p.74). Se trata de un cuestionario dicotómico con preguntas cerradas con dos opciones de respuestas: (si) ó (no). Dividido en dos

secciones, para conocer información inherente al tema, señaladas de la siguiente manera: A.) Datos del Paciente; B.) Antecedentes de Drogadicción.

De igual manera se implementó otro instrumento para complementar la investigación, siendo éste la guía de observación, la cual Rojas (2002) la define como “un conjunto de preguntas elaboradas con base en ciertos objetivos e hipótesis, formuladas correctamente a fin de orientar nuestra observación” (p. 61). La guía de observación se dividió en dos secciones: C.) Examen intraoral; D.) Bruxismo

3.5. Procedimientos.

Según Mijares y García, (2007), en esta sección, “se presenta un resumen de cada paso de la ejecución de la investigación” (p. 21). En este sentido, a continuación se enumeran los procedimientos realizados en cada una de las fases operativas para la obtención y análisis de los resultados:

Observación planificada y encuesta:

- En primer lugar se realizó una solicitud formal a la dirección del Centro de Internamiento y Semi-Libertad La Esperanza, así mismo en el Instituto Autónomo de la Policía de San Diego, para la revisión bucal de la población (observación planificada), la cual fue aprobada.

- Luego se procedió a encuestar tanto a las adolescentes, como a los adultos privados de libertad respectivamente, por medio del instrumento (cuestionario), elaborado como estrategia para determinar la distribución por edad y sexo, los datos del pacientes, antecedentes de drogadicción, examen intraoral y las características o lesiones dentales asociadas al bruxismo secundario.

Trabajo de Campo:

1. Visita a las instituciones válidas para el trabajo de investigación.
2. Elaboración del cuestionario en función a los indicadores de las variables.
3. Validación del instrumento a través del juicio de expertos.
4. Aplicación del cuestionario a la población para la selección de la muestra.
5. Recopilación de los datos registrados en el instrumento, de acuerdo a la muestra que indicó positivo para el consumo de cocaína.

6. Organización y tabulación de los datos obtenidos, con el apoyo de medios informáticos para sistematizar.
7. Análisis e interpretación de los datos obtenidos a partir de la confrontación entre estos y el marco teórico que define las variables de investigación y sus respectivas dimensiones e indicadores.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Análisis y Discusión de los resultados

Una vez recolectada la información a través de la aplicación del instrumento de recolección de datos, el investigador en posesión de un cúmulo de información, deberá organizarla, tabularla, codificarla con la finalidad de describir o explicar las posibles tendencias que se puedan reflejar para el logro de los objetivos planteados (Sierra, 2004).

En este sentido, el proceso y análisis de la información de la presente investigación, se promueve de la siguiente manera: Revisión, tabulación manual y codificación sistematizada de la información, recopilada en el cuestionario aplicado en la encuesta a las veinticinco (25) personas con criterio de inclusión (consumidores de cocaína), procediendo al análisis de los resultados, empleando una estadística descriptiva; vaciando los datos en un cuadro de frecuencia para el cálculo de porcentaje en cada opción de respuesta, para representar estos datos en el estadígrafo visualizado en gráficos de barras.

Variable: Bruxismo Secundario

Dimensión: Características Epidemiológicas.

EDAD	SEXO			
	MASCULINO	%	FEMENINO	%
15 años	--	--	1	4
16 años	--	--	3	12
17 años	--	--	2	8
18 años	--	--	3	12
20 años	2	8	--	--
23 años	1	4	--	--
25 años	1	4	--	--
29 años	1	4	--	--
30 años	1	4	--	--
32 años	2	8	--	--
33 años	2	8	--	--
35 años	3	12	--	--
38 años	1	4	--	--
40 años	1	4	--	--
43 años	1	4	--	--
TOTALES	16	64%	09	36%

Cuadro N°2: Características epidemiológicas de las adolescentes del centro de internamiento y semi-libertad La Esperanza, Naguanagua y los privados de libertad del Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo (consumidores de cocaína), período Septiembre-Diciembre 2018.

Fuente: Hernández, A.; Pérez, I. (2018).

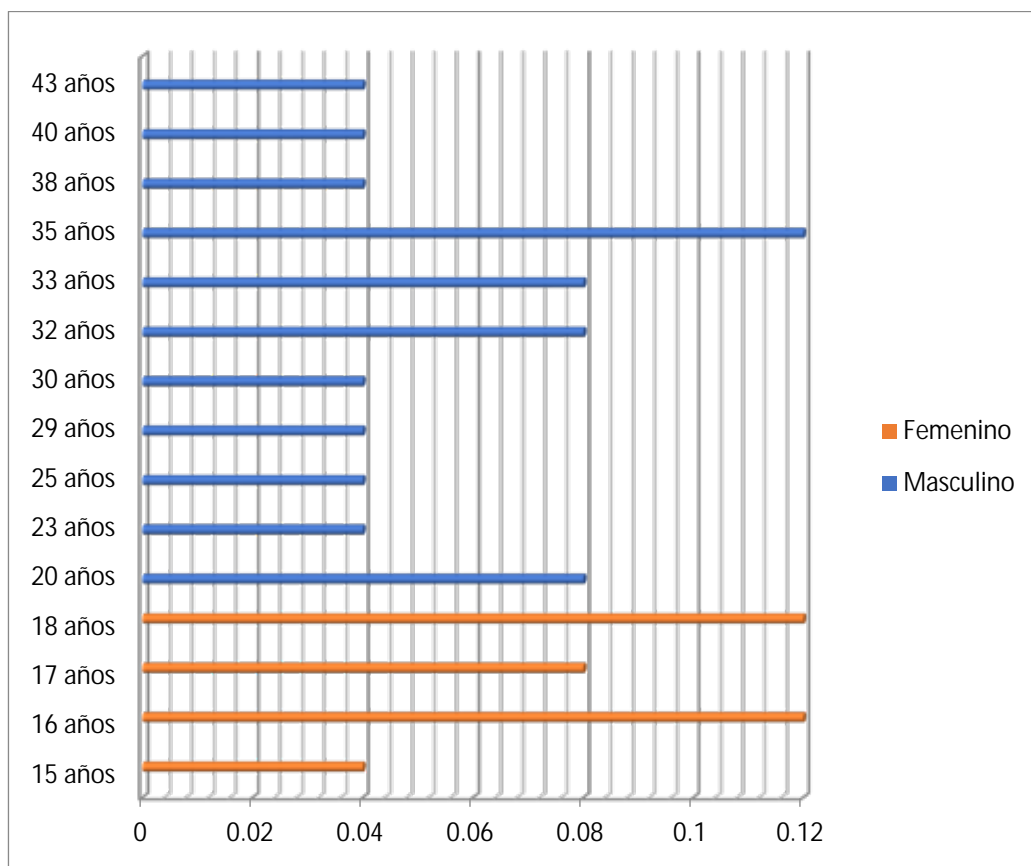


Gráfico N°1. Distribución de los pacientes por edad y sexo.

Análisis: Este gráfico señala la distribución por edad y sexo de la población estudiada. Quedando distribuida de la siguiente manera: El sexo masculino está representado por el 64% equivalente a 16 pacientes, y el 36% de los pacientes en estudio son femeninas, lo que equivale a 09 pacientes. En cuanto a las edades, en orden cronológico: con 15 años existe un 4%, 16 años: 12%, 17 años: 8%, 18 años: 12%, 20 años: 8%, 23 años: 4%, 25 años: 4%, 29 años: 4%, 30 años: 4%, 32 años: 8%, 33 años: 8%, 35 años: 12%, 38 años: 4%, 40 años: 4%, 43 años: 4%.

Mostrando una tendencia superior al resto aquellos pacientes del sexo masculinos y entre las edades superan los 18 y 35 años. De la misma forma la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2003), demostró en un estudio que la prevalencia de vida del uso de alguna droga ilegal se encuentra asentada en los varones en edad adolescente, mostrando un rango de consumo más alto que el de las mujeres.

Variable: Consumo Recreacional - Cocaína.

Dimensión: Consumo – uso de cocaína.

1 ERA. EDAD DE CONSUMO	Nº PACIENTES FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 años	01	4%
12 años	03	12%
13 años	05	20%
14 años	11	44%
15 años	03	12%
16 años	01	4%
17 años	01	4%
TOTAL	25	100%

Cuadro N°3. Distribución de frecuencia del indicador: Primera edad de consumo.

Fuente: Hernández, A.; Pérez, I. (2018).

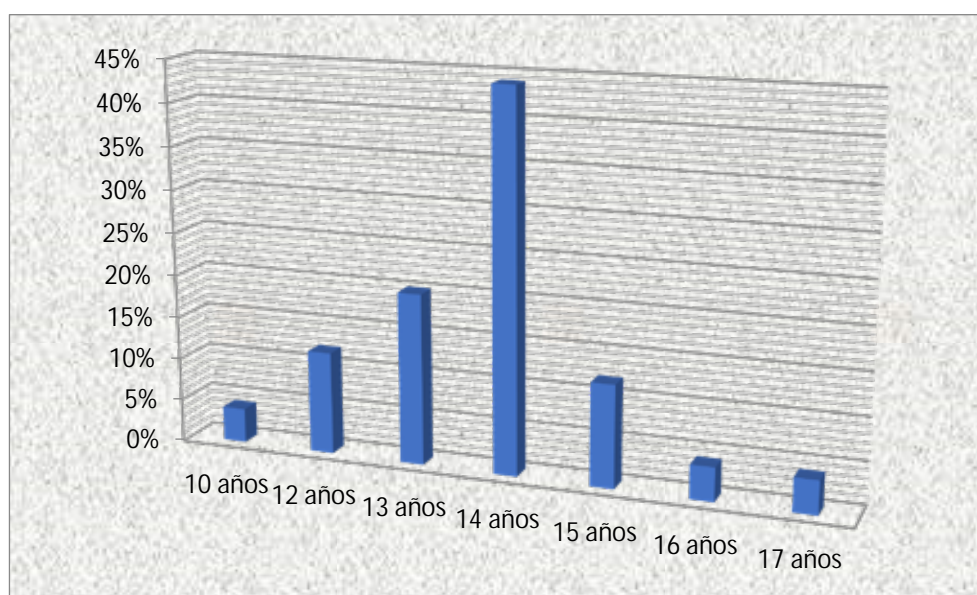


Gráfico N°2. Primera edad de consumo.

Análisis: Para la primera edad de consumo el mayor porcentaje fue 14 años: 44%, continuando así 13 años: 20%, 12 y 15 años: 12% cada una, 10, 16 y 17 años: 4% cada una. Este resultado, está acorde con los señalamientos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (2005), donde cuantificando

epidemiológicamente el consumo de drogas ilícitas, en el cual se demuestra en varias oportunidades de estudio que la edad más frecuente de comienzo en el consumo de cocaína es entre los 14 - 15 años.

Variable: Consumo Recreacional - Cocaína.

Dimensión: Consumo – uso de cocaína.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
Inhalado	25	100%
Fumado	25	100%
Oral	25	100%
Mucosa directa	07	28%

Cuadro N°4. Distribución de frecuencia del indicador: Vía de administración.

Fuente: Hernández, A.; Pérez, I. (2018).

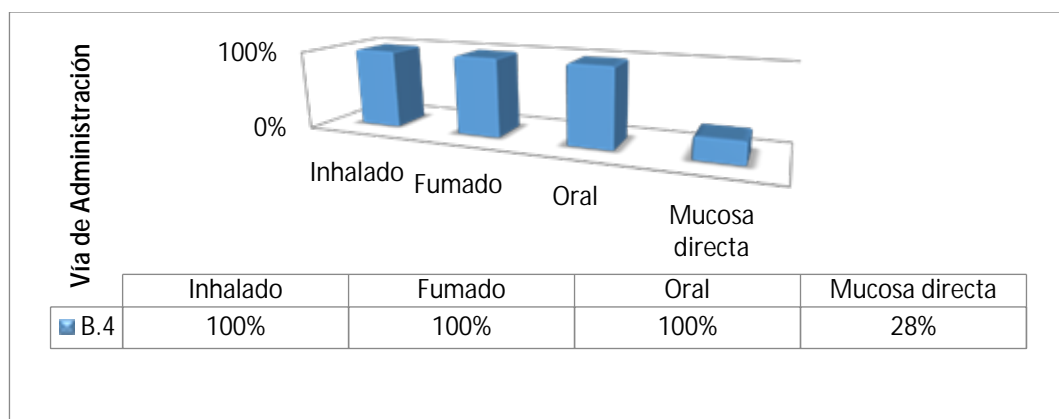


Gráfico N°3. Vía de administración.

Análisis: Con respecto a la vía utilizada para el consumo de la droga, cada persona señaló consumirla por diferentes vías. En este sentido, los datos arrojados señalan lo siguiente: con una frecuencia alta del 100%, los 25 encuestados admiten haber practicado el consumo de la cocaína por medio de las vías: Inhalado – Fumado – Oral; y el 28% es decir 07 personas describen la práctica por otro medio de consumo: mucosa directa.

En concordancia con este resultado, Flores y otros (1992), señala que los modos de administración son las vías por las cuales la droga entra en el organismo; y esta guarda relación con la velocidad con que la droga llega al cerebro, y por tanto, produce su efecto. Además, influyen en el riesgo de dependencia y tienen un papel determinante en la aparición de cuadros de intoxicación. También, señala que la vía oral, es la más lenta y la que comporta menor riesgo de intoxicación y dependencia.

Variable: Consumo Recreacional - Cocaína.

Dimensión: Consumo – uso de cocaína.

N° ÍTEM	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	SP		NP	
		%		%	
D.1.	Hipertrofia de los músculos de la masticación	15	60	10	40
D.2.	Dolor miofacial	09	36	16	64
D.3.	Dolor articular	13	52	12	48
D.4.	Lesiones dentales no cariosas asociadas al bruxismo	19	76	06	24
D.5.	Ruidos patológicos articulares	14	56	11	44

Cuadro N°5. Características clínicas de las adolescentes del centro de internamiento y semi-libertad La Esperanza, Naguanagua y los privados de libertad del Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo (consumidores de cocaína), período Septiembre-Diciembre 2018.

Leyenda: SP: Si presenta, NP: No presenta.

Fuente: Hernández, A.; Pérez, I. (2018).

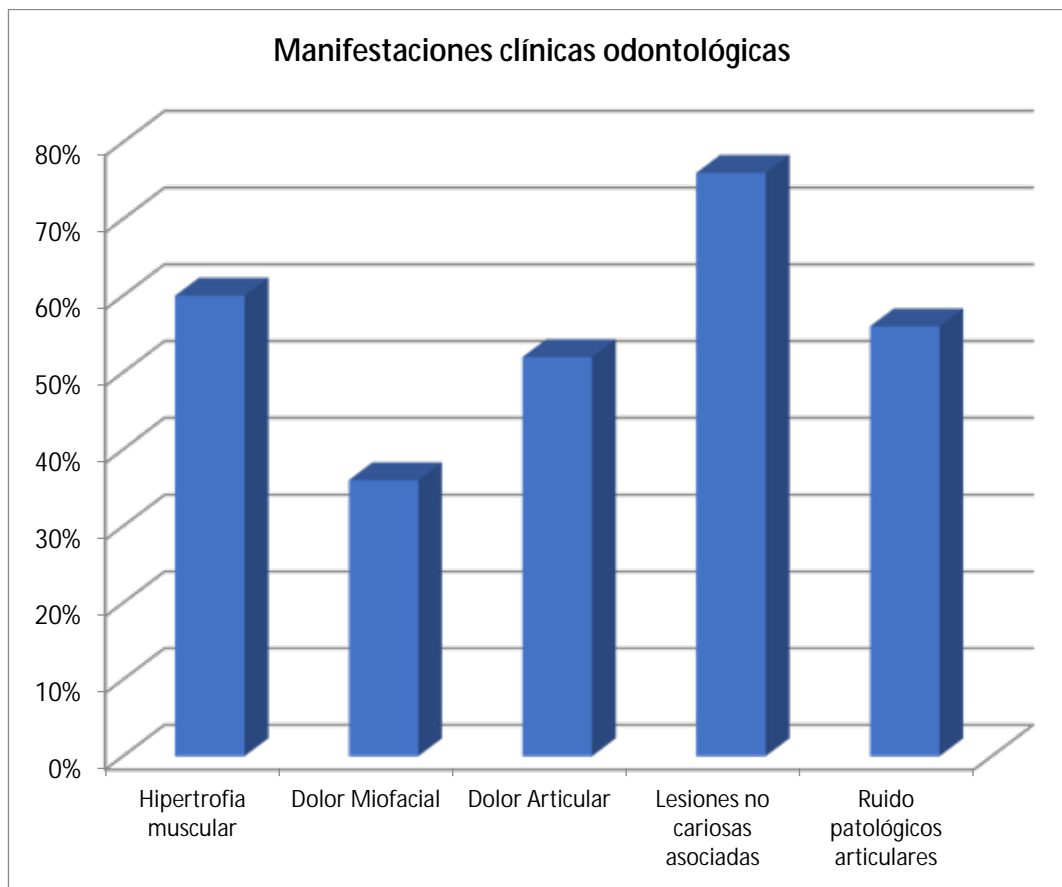


Gráfico N°4. Manifestaciones clínicas odontológicas relacionadas con el consumo de cocaína.

Análisis: Este gráfico señala que la característica clínica más relevante es: Las lesiones dentales no cariosas asociadas al bruxismo con un 76%, le sigue la Hipertrofia de los músculos de la masticación representada por un 60%; los ruidos patológicos arrojaron un 56%. Por otra parte, los dolores articulares se perciben en un 52% y por último el dolor miofacial se detectó en el 36% de la muestra.

En este sentido, la población estudiada en su mayoría presenta lesiones dentales no cariosas asociadas al bruxismo, además de otra serie de características que permiten reconocer la prevalencia de bruxismo secundario, dando relevancia a la presente investigación.

Al respecto, los estudios de Grunert (1994), describen que el bruxismo causa fricción y/o apretamiento de los dientes durante movimientos no funcionales de la mandíbula, lo cual, puede conducir a un cambio de dirección de las fuerzas

aplicadas sobre los dientes acarreado esfuerzos invertidos en la zona cervical, esto causa fatiga y fractura en la zona más flexionada.

De allí que, la degeneración superficial colabora o agrava la formación de una lesión no cariosa (LNC), definida como la pérdida o desgaste patológico de la estructura del diente por un proceso diferente al bacteriano. Se pueden clasificar como: abrasión, erosión, atrición y abfracción.

Por su parte, la abfracción, promueve la concentración de fuerzas tensionales en la región cervical, causando microfracturas, en forma de cuña con bordes cortantes y definidos en la región dental cervical. En la atrición, las facetas de desgaste en el borde o cara oclusal del diente, con tendencia a la posición mesial, pueden ir acompañadas de abfracciones cervicales, con una localización distalizada, hacia donde la flexión tiende a concentrar el estrés. Todas estas lesiones dentales no cariosas permiten reconocer la prevalencia de características pertinentes para el estudio.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Realizado el análisis de los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento de recolección de datos, se procedió a la elaboración de las conclusiones y recomendaciones, tomando en cuenta las cifras obtenidas en cada dimensión establecida como aspectos relevantes para dar respuesta a los objetivos planteados, a fin de determinar la prevalencia de bruxismo secundario al consumo recreacional de cocaína en adolescentes del centro de internamiento y semi-libertad La Esperanza de Naguanagua y los privados de libertad del Instituto Autónomo Policía de San Diego Estado Carabobo, de esta manera, se refiere lo siguiente.

5.1. Conclusiones

Conforme a los planteamientos formulados durante el transcurso de esta investigación y en función de los objetivos propuestos se concluye:

- Referente a descripción de las características epidemiológicas del bruxismo secundario en adolescentes consumidoras de cocaína del centro de internamiento y semi-libertad La Esperanza y en los privados de libertad del Instituto Autónomo Policía de San Diego, se utilizó el rango “A. Datos del paciente”; obteniendo la siguiente información: se trata de una población mixta, distribuida en dos grupos con características en común (consumidores de cocaína); el primero lo compone una población femenina representada por adolescentes con edades entre 15-19 años, siendo la minoría y el otro grupo de adultos masculinos, la mayoría, entre 20-43 años de edad.

- En cuanto, a la determinación de las características de consumo recreacional de cocaína en adolescentes del centro de internamiento y semi-libertad La Esperanza y los privados de libertad del Instituto Autónomo Policía de San Diego se usaron los ítems del rango “B. Antecedentes de drogadicción”; a fin de dar respuesta al objetivo

específico N°2. De acuerdo a los datos arrojados en el instrumento se pudo constatar que la primera edad de consumo prevalece entre los 10 -17 años, de la cual se conoció la tendencia más alta para la edad de los 14 años. En el resultado arrojado en relación a la vía de consumo, los 25 encuestados, el total de la muestra, admitieron practicar el consumo de la cocaína por medio de las vías de administración: Inhalado – Fumado – Oral; y sólo 07 personas describen la práctica por otro medio de consumo: mucosa directa.

-Por último, el objetivo N°3, se llevó a cabo para describir las manifestaciones clínicas odontológicas relacionadas con el consumo de cocaína, tomando en consideración los datos recopilados en los ítems descritos en el rango “D. Bruxismo”; donde se pudo conocer el estado actual de los pacientes en cuanto a la presencia de las siguientes manifestaciones clínicas: Lesiones dentales no cariosas asociadas al bruxismo con el mayor porcentaje, seguido de Hipertrofia de los músculos de la masticación, luego Ruidos patológicos articulares, Dolor articular con un menor porcentaje y Dolor miofacial fue la manifestacion que menos se presentó.

Siendo el porcentaje más alto para pacientes que presentan lesiones dentales no cariosas asociadas al bruxismo. Por consiguiente, se concluye que la situación actual (período septiembre-diciembre 2018) de la muestra estudiada arrojó características que señalan la proporción de la población afectada por la presencia de bruxismo secundario, por lo cual es necesario considerar la ejecución de acciones pertinentes para el tratamiento odontológico, hacerle seguimiento y procurar al máximo el apoyo necesario para alcanzar una buena salud bucal tanto en las adolescentes que forman parte del centro de internamiento y semi-libertad La Esperanza, Naguanagua, como en los privados de libertad del Instituto Autónomo Policía de San Diego Estado Carabobo.

Recomendaciones:

Al Centro de internamiento y semi-libertad La Esperanza / Instituto Autónomo Policía de San Diego:

- Procurar la atención odontológica para la población que presentó características clínicas y epidemiológicas de bruxismo secundario.

- Realizar trabajos cooperativos vinculantes con entes gubernamentales para el tratamiento del bruxismo secundario en los pacientes estudiados, sobre todo en las adolescentes por tratarse de una institución con más posibilidades para realizar este tipo de atención, por el tipo de actividades que allí se realizan y las atribuciones que le conciernen.

A la Universidad José Antonio Páez:

- Se recomienda incentivar a la población estudiantil a elaborar proyectos factibles para la atención de los casos aquí determinados de bruxismo secundario.

REFERENCIAS

- Adams R (1975) Diseases of muscle 3^{ra} Edic. Harper and Ro Publisher USA pp 32-36
- Adrián. (2015). Estudio pericial sobre la dosis de consumo de sustancias ilícitas en los procedimientos establecidos en la ley orgánica de drogas venezolana.
- Arias, F. (2009). El proceso de Investigación. (6^a edición). Caracas: Oriol.
- Arrue, A.; Gómez, F. M. & Giralt, M. T. Effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine ('Ecstasy') on the jaw-opening reflex and on the alpha-adrenoceptors which regulate this reflex in the anesthetized rat. *Eur. J. Oral Sci.*, 112(2):127-33, 2004. Ávila, H. (2008). Introducción a la Metodología de la Investigación. Bogotá: ExLibris.
- American Psychiatric Publishing (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2. Arlington, VA
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1999). Smoking cessation and weight gain in smokers participating in a behavioral treatment at 3-year follow-up. *Psychological Reports*, 82, 999- 1005.
- Carlsson G., Magnusson T. Bruxism and other oral parafunctions(1999). En: Carlsson G., Magnusson T. Management of Temporomandibular Disorders in the General Dental Practice. Cap. 5. Quintessence Publ. Co. Inc. 1999.
- Castillo, R. y Cols. (2001). Hábitos parafuncionales y ansiedad versus disfunción temporomandibular. Facultad de Estomatología de Villa Clara. *Revista Cubana Ortod* 2001:16(1):14-23. Publicada en la web. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_1_01/ord03101.htm Consultado: [11/12/18].
- Córdoba D, Toledo D(2011). Cocaína y base de cocaína. Basuco. En: Córdoba D. Bogotá "Toxicología". ed Editorial El Manual Moderno.
- Código de Deontología Odontológica (1992). XXXIX Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela, efectuada en la ciudad de San Felipe, Estado Yaracuy, los días 13, 14 y 15 de Agosto de 1992.

- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2009). Gaceta Oficial N° 36.860 Extraordinario. 5 de agosto de 2009.
- D'Addino JL, Pigni MM, Venegas S. (2014). Lesión de paladar duro por uso crónico de cocaína. Reporte de un caso. *Avan Biomed*.
- Fernández, E. (2015). *Bruxismo: Tipos de Bruxismo*. Editorial Alhambra, s.a. Madrid.
- Flores A. y Valera M. (2014).
- Flores, J. Armijo, J. A. y Mediavilla, A. (1992). *Farmacología humana*. Ed. Científicas y Técnicas, S.A. Ed. MASSON 2ª ed. Barcelona.
- Fuentes, S. (2016). *Salud y Sociedad*. Guía de observación. Artículo publicado en la web. Disponible en: <http://stepfuentes.blogspot.com/2016/02/guia-de-observacion.html> Consultado: [20/10/18]
- Gregg J., Rugh J.: *Pharmacological Therapy*. In Mohl and others, (eds): *A textbook of Occlusion*. Quintessence Publishing Co. Inc. 1988. 351-356.
- Grunert I.,Kofler M., gausch K. And Kronenberg M. (1994) "Masseter and temporalis surface electromiography in patients wearing complete denture comparing anterior and posterior oclusalconcepts a pilot study" *Journal and rehabilitation vol21 pp337-347*
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescent and early adulthood: Implications for substance abuse problems. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hernández, I., Lumbreras, B., Jarrín, I. (2014). La epidemiología en la salud pública del futuro. *Rev Esp Salud Publica*; 80(5): 469-474.
- Hernández Sampieri, Fernández, C., Baptista, P. (2009). *Metodología de la Investigación*. (7ª edición). México: McGraw-Hill Interamericana
- Hofmann W. (1980) " Mechanisms of muscular hypertrophy" *Journal of neurological Sciencs* 45 pp 205-216
- Ladrón de Guevara J; Moya PV. *Psicoestimulantes*(1995). En: "Toxicología Médica, Clínica y Laboral". McGraw-Hill- Interamericana. Primera edición. Madrid, España.

- Lavigne, G. J.; Kato, T.; Kolta, A. & Sessle, B. J. Neurobiological mechanisms involved in sleep bruxism. *Crit. Rev. Oral Biol. Med.*, 14(1):30-46, 2003.
- Ley de Ejercicio de la Odontología (1970). *Gaceta Oficial* N° 29.288. 10 de agosto de 1970.
- Ley Orgánica de Drogas (2010). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela* N° 39.510 de fecha 15 de septiembre de 2010.
- Ley Orgánica Contra el Tráfico Ilícito y el Consumo de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (2005) *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela* N° 5.789 Extraordinario
- Lobbezoo, F.; Soucy, J. P.; Hartman, N. G.; Montplaisir, J. Y. & Lavigne, G. J. Effects of the D2 receptor agonist bromocriptine on sleep bruxism: report of two single-patient clinical trials. *J. Dent. Res.*, 76(9):1610-4, 1997.
- Malagón G., Moncayo, A. (2011). *Salud Pública: Perspectivas*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Martínez, N., Antó, J., Castellanos, P., Gili, M.. (2010). *Salud Pública y Epidemiología*. 3ª edición. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.
- Mijares, H. y García, L. (2007). *Nomas para la elaboración y presentación de los Anteproyectos, proyectos y trabajos de grado*. Universidad José Antonio Páez. San Diego, Carabobo. Venezuela.
- Molina, M., Ochoa, C. (2014). *Fundamentos de Medicina basada en la Evidencia*. *Rev. Evidencias en Pediatría*; 10(3): 52-58.
- Mosby, L. (2003). *Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud* (6a. ed., Volumen 2). Madrid: Elsevier.
- Muñoz, L. D.; Bugue, O, V. I. M.; Romo, O. F. & Garrido-Urrutia, C. (2015). Bruxismo secundario al consumo recreacional de éxtasis. Revisión de la literatura. *Int. J. Odontostomat.*
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). (2005). *Informe mundial sobre las drogas*.

- Organización Panamericana de la Salud (2009). Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública. Washington, D. C.: OPS.
- Orozco, J. (2016). Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud. Descargado desde: <http://www.eumed.net/libros/2016c/199/.htm>.
- Ortiz, E. (2004). Niveles teóricos y metodológicos de la investigación. Centro de Estudios sobre Ciencias de la Educación Superior, Universidad de Holguín (Holguín, Cuba).
- Parella S., Martins, F. (2009). Metodología de la Investigación Cuantitativa. (4ª edición). Caracas: FEDUPEL. Venezuela.
- Ramírez, T. (2010). Cómo hacer un proyecto de investigación. Editorial PANAPO. Corporación Marca, s.a. Caracas – Venezuela.
- Riva, R. y otros (2014). Drogodependencia, Bruxismo y trastornos temporomandibulares. Odontoestomatología, versión On-Line. ISSN 1688-9339. Vol. 16, N°24. Montevideo.
- Rodrigues CK, Ditterich RG, Shintcovsk RL, Tanaka. O. (2006) Bruxismo: uma revisão de literatura. UEPG Ci. Biol. Saúde 12:13-21.
- Rojas, R. (2002). Guía para realizar investigaciones sociales (6ª edición). Ciudad de México: Plaza y Valdes.
- Rothman, K., Greenland, S., Lash, T. (2008). Epidemiología Moderna. 3a ediciónh. Madrid: Lippincott.
- Ruiz, F., (2010). Bruxismo Secundario. Ediciones Daimon. Manuel Tamayo. Barcelona, España.
- Sabino (2007) El proceso de Investigación.
- Schatzbowberg A, Nemeroff Ch. Textbook of Psychopharmacology(1988). The American Psychiatruc Publishing. Washington.
- Sierra, C. (2004). Estrategias para la elaboración de un proyecto de investigación. Universidad de Carabobo. Aragua, Venezuela.

- Sierra, C. (2009). *Cómo realizar el proyecto de investigación*. (3ª edición). Maracay: Insertos Médicos de Venezuela.
- Tamayo y Tamayo, M. (2007). *El proyecto de investigación*. (5ª edición). México: Limusa.
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2011). *Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales*. (7ª edición). Caracas: FEDUPEL
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (2016). *Manual de Trabajo de Grado de Especialización, Maestría y Tesis Doctorales*. Caracas: Autor.
- Velásquez A y León O (2014). *Estudio Pericial sobre la dosis de consumo de sustancias ilícitas en los procedimientos establecidos en la Ley Organica de Drogas Venezolanas*. Venezuela.
- Verma, P., Gupta, L. y Sarabahi, S. (2013). *Diccionario Dental de Jaypee*. México: Jaypee-Highlights.
- Villafranca, D. (2002). *Metodología de la Investigación*. (2a. Ed.). Bogotá: McGraw-Hill. Interamericana.
- Winocur, E.; Gavish, A.; Voikovitch, M.; Emodi-Perlman, A. & Eli, I. Drugs and bruxism: a critical review. *J. Orofac. Pain*, 17(2):99-111, 2003.

ANEXOS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL
<p>Describir las características epidemiológicas del bruxismo secundario en adolescentes consumidores de cocaína del Centro de Internamiento y Semi-Libertad la Esperanza y privados de libertad en el Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo.</p>	<p>Bruxismo secundario</p>	<p>El bruxismo secundario, también denominado por ellos "iatrogénico", corresponde a formas de bruxismo asociados a problemas neurológicos, psiquiátricos, desórdenes del sueño y a administración de drogas</p>
<p>Determinar las características de consumo recreacional de cocaína en adolescentes del Centro de Internamiento y Semi-Libertad la Esperanza y privados de libertad en el Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo.</p>	<p>Consumo Recreacional Cocaína</p>	<p>Es un patrón de uso de drogas o alcohol que causa problemas en la vida de una persona.</p> <p>Sustancia que se extrae de las hojas de la coca (arbusto eritroxiláceo) y que tras ser sometida a diversos tratamientos químicos se utiliza como droga o como anestésico local en medicina</p>
<p>Describir las manifestaciones clínicas odontológicas del bruxismo secundario relacionadas con el consumo de cocaína en adolescentes del Centro de Internamiento y Semi-Libertad la Esperanza, Naguanagua y privados de libertad en el Instituto Autónomo Policía Municipal de San Diego Estado Carabobo.</p>	<p>Manifestaciones clínicas odontológicas</p>	<p>Llamadas también signos clínicos odontológicos, son manifestaciones objetivas, clínicamente fiables y observadas en la exploración buco-dental, es decir en el examen físico de la cavidad bucal del paciente</p>

Sistema de variables.

Fuente: Hernández, Pérez (2018).

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	
Bruxismo Secundario	Características Epidemiológicas	<ul style="list-style-type: none"> · Sexo. Edad. · Nivel socioeconómico. 	
Consumo Recreacional.	Consumo	<ul style="list-style-type: none"> · Edad de consumo. · Frecuencia. · Vías de Administración. 	
Cocaína	Uso de cocaína	<ul style="list-style-type: none"> · Intoxicación por cocaína. 	
Manifestaciones Clínicas odontológicas	Características Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> · Hipertrofia de los músculos de la masticación. · Dolor miofacial. · Dolor articular. · Lesiones dentales no cariosas asociadas al bruxismo. · Ruidos patológicos articulares. 	

Operacionalización de variables.

Fuente: Hernández, Pérez (2018).



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

CUESTIONARIO

El presente instrumento tiene como finalidad recoger los datos requeridos para desarrollar la investigación titulada: **“Prevalencia de bruxismo secundario en adolescentes y privados de libertad consumidores de cocaína”**. Estudio realizado en la Universidad José Antonio Páez San Diego, Estado Carabobo durante los meses Septiembre-Diciembre 2018. Su uso será netamente de carácter confidencial e investigativo y serán recaudados por los autores de la investigación.

A. DATOS DEL PACIENTE		
Fecha: / /	Sexo: M _____ F _____	Edad: _____
1. Nivel socioeconómico: Alto _____ Medio _____ Bajo _____		
B. ANTECEDENTES DE DROGADICCIÓN		
<p>1. Primera edad de consumo: _____</p> <p>2. Frecuencia de consumo: _____</p> <p>3. Drogas usadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Marihuana: Si _____ No _____ · Cripý: Si _____ No _____ · MDMA: Si _____ No _____ · LSD: Si _____ No _____ · Cocaína: Si _____ No _____ · Crack: Si _____ No _____ · Fármacos: Si _____ No _____ · Alcohol: Si _____ No _____ · Cigarrillo: Si _____ No _____ · Otros: _____ <p>4. Vías de administración:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Inhalado: Si _____ No _____ · Fumado: Si _____ No _____ · Intravenoso: Si _____ No _____ · Oral: Si _____ No _____ · Otros: _____ 		



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

GUIA DE OBSERVACION

El presente instrumento tiene como finalidad recoger los datos requeridos para desarrollar la investigación titulada: **“Prevalencia de bruxismo secundario en adolescentes y privados de libertad consumidores de cocaína”**. Estudio realizado en la Universidad José Antonio Páez San Diego, Estado Carabobo durante los meses Septiembre-Diciembre 2018. Su uso será netamente de carácter confidencial e investigativo y serán recaudados por los autores de la investigación.

C. EXAMEN INTRAORAL

1. Odontodiagrama:

CUADRANTE 1

18	17	16	15	14	13	12	11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	54	53	52	51			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

CUADRANTE 2

21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	62	63	64	65			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

CUADRANTE 3

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
85	84	83	82	81			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41

CUADRANTE 4

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
71	72	73	74	75			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	32	33	34	35	36	37	38

D. BRUXISMO

1. **Hipertrofia de los músculos de la masticación:** Si _____ No _____
2. **Dolor miofacial:** Si _____ No _____
3. **Dolor articular:** Si _____ No _____
4. **Lesiones dentales no cariosas asociadas al bruxismo:** Si _____
No _____
5. **Ruidos patológicos articulares:** Si _____ No _____



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Consentimiento informado

Al firmar este documento. Doy mi consentimiento para que el Br. Alberto Hernández CI: V-25.165.839 y el Br. Ilich Pérez CI:V-23.828.023, realicen un trabajo de investigación y autorizo mi participación en el mismo. Observarán algunos detalles de mi boca, me harán diferentes preguntas referente a mi salud bucal y acerca del consumo de drogas recreacionales, el equipo de trabajo asume preservar la confidencialidad de mis datos por completo. Al ser elegido para este estudio por contar con los requisitos buscados por los investigadores, se me han notificado que es del todo voluntario y que aun iniciada la investigación puedo rehusarme a responder alguna pregunta o de permitir que me hagan una revisión bucal, así como también retirarme en el momento que yo decida de la investigación, sin que se vean afectados los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia pueda necesitar de alguno de los investigadores o de algún prestador de servicio médico u odontológico ya sea público o privado. El objetivo principal de esta investigación: **“Prevalencia de bruxismo secundario en adolescentes y privados de libertad consumidores de cocaína”**. Estudio realizado en la Universidad José Antonio Páez, San Diego – Estado Carabobo durante los meses Septiembre - Diciembre 2018. Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que el Br. Alberto Hernández, cuyo número telefónico es: _____ y el Br. Ilich Pérez, cuyo número telefónico es: _____ son las personas que debo buscar en caso de que tenga alguna duda o pregunta sobre la investigación o sobre mis derechos como participante.

Nombre y apellido del participante: _____

Cédula de identidad: _____

Fecha: _____

Firma



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA




ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO


El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "PREVALENCIA DE BRUXISMO SECUNDARIO EN ADOLESCENTES Y PRIVADOS DE LIBERTAD CONSUMIDORES DE COCAINA", realizado por Ilich Perez C.I. 23.828.023, Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: VEINTE (20) PUNTOS.


Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Mauren García
C.I.: 4064708


Jurado
Nombre: Melba Oviedo de Jiménez
C.I.: 5385110


Jurado
Nombre: Elio Álvarez
C.I.: 16.153.201

Fecha: 21-01-2019

Se concede "Mención Publicación"





CRITERIOS PARA EVALUAR EL TRABAJO FINAL DE GRADO

1.
 Nombre y Apellido: **Hich Pérez, J. 23.828.023**
 Título del Trabajo: **"Prevalencia de bruxismo secundario en adolescentes y privados de libertad consumidores de cocaína"**
 Código del trabajo: N°
Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Odontología
 Instrucciones: Asigne la puntuación teniendo como máximo la puntuación colocada en la columna de la derecha.

A). EN CUANTO A LOS ASPECTOS INTRODUCTORIOS Y DE CARACTER GENERAL

		Puntuación Máxima
1	La presentación cumple con las normas fijadas por la Coordinación en cuanto a: fecha de entrega, portada, imágenes, paginación, espacio entre líneas, mismo tipo de letra, centrado de títulos y subtítulos.	(1) 1
2	La introducción es clara y orientada en cuanto a que se realizó, que se logró, cómo y cuales fueron las limitaciones.	(1) 1
3	Incluye portada interior, aprobación de tutores, tabla de índices.	(1) 1
4	Redacta en tercera persona o de forma impersonal. El lenguaje es claro, conciso y preciso de acuerdo con la especialidad. Presenta coherencia de la información, redacción y adecuado uso de los signos de puntuación.	(1) 1
		4 4

B). EN CUANTO AL DESARROLLO

1	Se expone de manera clara y precisa el problema o situaciones problemáticas.	(2) 2
2	El objetivo general y los objetivos específicos están formulados en forma clara y precisa.	(2) 2
3	El marco teórico y el marco metodológico están presentados en la forma apropiada.	(2) 2
4	Se presentan los resultados en la forma apropiada.	(3) 3
5	Se genera propuesta con aportes significativos.	(3) 3
6	Las conclusiones son acertadas y de acuerdo con el contenido del informe final.	(3) 3
		15 15

C). EN CUANTO A LOS ANEXOS Y BIBLIOGRAFIA

1	Los anexos presentados se justifican, son pertinentes y están debidamente numerados e identificados.	(0,5) 0,5
2	Las referencias bibliográficas están en escritas en orden alfabético y siguen las normas de la UIAP de acuerdo al contenido de la asignatura Metodología de la Investigación.	(0,5) 0,5
		1 1
		20 20

Puntuación Asignada (suma de los totales de cada factor (A,B,C))

Miembro

Puntaje Obtenido: _____

Nombre del Tutor Académico

Fecha: 24/01/19





UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "PREVALENCIA DE BRUXISMO SECUNDARIO EN ADOLESCENTES Y PRIVADOS DE LIBERTAD CONSUMIDORES DE COCAINA", realizado por : Alberto Hernández C.I 25.165.839. Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: VEINTE (20) PUNTOS.

mej2
 Tutor Académico (Coordinador)
 Nombre: Mauren Conica
 C.I.: 4064708



[Signature]
 Jurado
 Nombre: Evo Alvarez
 C.I.: 16103301

[Signature]
 Jurado
 Nombre: Melba Oviedo de Gésime
 C.I.: 5385110

Fecha: 21/01/19

se otorga "mención publicación"