

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



**“PREVALENCIA DE ALTERACIONES CLÍNICAS DE LA ESTRUCTURA
DENTARIA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES EN RECUPERACIÓN DE
18-50 AÑOS DE EDAD EN LA PROVINCIA DE TRUJILLO- 2017”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

AUTORA

Bach. DIANA CATHERINE MORALES DE LA CRUZ

ASESOR

Dr. EDWARD HENRY MIRANDA GUTIERREZ

**TRUJILLO – PERÚ
2017**

DEDICATORIA

A mis padres José y Rosa, con mucho cariño, por darme siempre su amor, fortaleza, paciencia, confianza, apoyo ilimitado e incondicional durante toda mi vida y más aún en mis duros años de formación profesional sin importar los obstáculos.

A mi abuelo Leoncio, por su gran ejemplo de responsabilidad, puntualidad y sencillez, que ha marcado mi vida y formado gran parte de todo lo que soy. Por su apoyo constante en mis cinco años de carrera profesional con anécdotas divertidas y tristes, pero siempre firme en su apoyo.

A mi hermana María Fernanda, por ser un pilar importante en mi vida que me impulsa siempre ha mejorar cada día para ser un ejemplo a seguir. Por brindarme tu cariño y ánimos en todos los momentos de mi vida.

A mi enamorado Yuri, por tu amor, paciencia y apoyo permanente brindado justo en los ciclos más duros de mi carrera profesional, donde nos conocimos. Por ser como eres y siempre sacarme una sonrisa, con tu singular personalidad, en los momentos más difíciles de mi carrera y vida personal.

AGRADECIMIENTOS

- ✓ Al Dr. Weyder Portocarrero Reyes, por su estimada y valorada ayuda en la elaboración de esta investigación desde los cursos de pregrado, por su trabajo, generosidad y disponibilidad con una categoría profesional y personal admirable.

- ✓ Al Dr. Edward Henry Miranda Gutierrez, por su valiosa colaboración, por su tiempo brindado, por su apoyo incondicional y por su gran aporte intelectual para la realización de este proyecto de investigación.

- ✓ Al CD. Juan Alberto Sánchez Haro, CD. Luis Orlando Castillo Stoll y al CD. Otto Ajalcriña Hernández por su cooperación en la revisión de la presente investigación y a la vez agradecer sus sugerencias y observaciones.

- ✓ A los directores de cada Centro de Rehabilitación, por apoyar de manera desinteresada este estudio. Así mismo, a los sujetos drogodependientes por participar y hacer posible esta tesis.

- ✓ A mis padres, hermana, familia, enamorado y amigas, por su apoyo constante durante el desarrollo de mi carrera y en especial durante la elaboración, ejecución e informe final de la presente tesis.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo establecer la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la provincia de Trujillo. El tipo de estudio es prospectivo, transversal, descriptivo y observacional; se recolectó una muestra de 104 pacientes drogodependientes de seis diferentes Centros de Rehabilitación que cumplían los criterios de inclusión, realizado en agosto del 2017; siendo sometidos a un test para evaluar el nivel de dependencia a la nicotina, cuestionarios para evaluar los criterios de abuso y dependencia al alcohol y el otro para evaluar el tipo de droga(s) consumida(s) y el tiempo de consumo; y una ficha estomatológica para diagnosticar las alteraciones clínicas de la estructura dentaria. Se empleó la prueba paramétrica Chi-Cuadrado con un nivel de significancia del 5%. En los resultados se obtuvo una mayor prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes de 18-25 años de edad, que consumen en su mayoría Marihuana-PBC, con un tiempo de consumo mínimo de 1-5 años, el grupo dentario más afectado respecto a la Abrasión son Incisivos-Caninos-Premolares (37%), en Abfracción son Premolares (38%), en Atrición son Incisivos-Caninos-Premolares (44%) y en Erosión son los Incisivos-Caninos (66%); la superficie más afectada respecto a Abrasión y Abfracción es de 94% y 80% respectivamente; según el grado de atrición, para Incisivos y Caninos es de grado 3, para premolares es grado 2 y para molares es grado 3 y 5; según el grado de erosión, es mayor grado en Incisivos y Caninos con grado 2, y para premolares y molares es de grado 0; y según índice de Caries (CPOD) se obtuvo un riesgo alto de 18.42. Se concluye que todo paciente consumidor de droga(s) con un tiempo mínimo de un año de consumo va a presentar alteraciones clínicas de la estructura dentaria.

PALABRAS CLAVE: Drogodependientes, abrasión, abfracción, erosión, atrición, CPOD.

ABSTRACT

The present study had as objective to establish the prevalence of clinical alterations of the dental structure in drug-dependent patients in recovery of 18-50 years of age in the province of Trujillo. The type of study is prospective, transverse, descriptive and observational; a sample of 104 drug-dependent patients from six different Rehabilitation Centers that met the inclusion criteria was collected in August 2017; being submitted to a test to evaluate the level of dependence to nicotine, questionnaires to evaluate the criteria of abuse and dependence to alcohol and the other to evaluate the type of drug (s) consumed and the time of consumption; and a stomatological record to diagnose the clinical alterations of the dental structure. The Chi-Square parametric test was used with a significance level of 5%. The results showed a higher prevalence of clinical alterations of the dental structure in drug-dependent patients 18-25 years of age, who consume mostly Marihuana-PBC, with a minimum consumption time of 1-5 years, the dental group (37%), Abfraction are Premolar (38%), Attrition are Incisors-Canine-Premolar (44%) and Erosion are Canine Incisors (66%), the most affected are Acision-Canine-Premolar ; the area most affected with respect to Abrasion and Abfraction is 94% and 80% respectively; according to the degree of attrition, for Incisors and Canines is grade 3, for premolars is grade 2 and for molars is grade 3 and 5; according to the degree of erosion, is higher grade in incisors and canines with grade 2, and for premolars and molars is grade 0; and according to Caries Index (CPOD) a high risk of 18.42 was obtained. It is concluded that all patients consuming drug (s) with a minimum time of one year of consumption will present clinical alterations of the dental structure.

KEYWORDS: Drug addicts, abrasion, abfraction, erosion, attrition, CPOD.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	9
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
2. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	18
3. OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN.....	18
3.1 Objetivo General.....	18
3.2 Objetivos Específicos.....	18
II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	20
1. MATERIAL DE ESTUDIO.....	20
1.1 Tipo de investigación.....	20
1.2 Área de estudio.....	20
1.3 Definición de la población muestral.....	21
1.3.1 Características generales.....	21
1.3.1.1 Criterios de inclusión.....	21
1.3.1.2 Criterios de exclusión.....	22
1.3.2 Diseño estadístico de muestreo.....	22
1.3.2.1 Unidad de análisis.....	22
1.3.2.2 Unidad de muestreo.....	22

1.3.2.3 Marco de muestreo.....	23
1.3.2.4 Cálculo del tamaño muestral.....	23
1.3.3 Método de selección.....	24
1.4 Consideraciones éticas.....	25
2. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
2.1 Método.....	25
2.2 Descripción del procedimiento.....	26
2.3 Instrumento de recolección de datos.....	30
2.4 Identificación de Variables.....	31
III. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN.....	32
IV. RESULTADOS.....	33
V. DISCUSIÓN.....	48
VI. CONCLUSIONES.....	59
VII. RECOMENDACIONES.....	61
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS.....	67
FOTOGRAFÍAS.....	88

I. INTRODUCCIÓN

La adicción y las enfermedades asociadas impactan cada vez más en la salud y el bienestar de la población del mundo entero.¹

El Informe Mundial sobre las Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) estima que un total de 246 millones de personas, o una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en 2013.²

El Perú tiene la particularidad de ser uno de los más importantes productores de drogas cocaínicas del mundo, que alimentan los mercados externos y cada vez más también los internos³. Sin lugar a dudas el negocio de las drogas concentra toda su atención y mantiene una fuerte presencia en aquellos territorios donde la materia prima “la coca” crece espontáneamente.^{3,4}

La producción de hoja de coca en el año 2010 de 129,500 TM. representa 14.4 veces la demanda legal estimada en 9,000 TM. , para el uso tradicional, equivalente al 8% de la producción; mientras menos del 1% el destinada a usos industriales (producción de filtrantes, saborizantes y gaseosas) y en la industria químico-farmacéutica. Por lo que la diferencia (120,500 TM.) está dirigida al tráfico ilícito de drogas.^{5,6}

Diversos estudios epidemiológicos coinciden con el Observatorio Peruano de Drogas, que en el año 2006, reportó que la población joven del Perú (entre los 12 y 18 años de edad) generan más dependencia originando mayor cantidad de

problemas de salud pública, que son el alcohol, por el lado de las drogas socialmente aceptadas, y la marihuana seguida de la cocaína, en el rubro de las drogas ilegales.^{7, 8}

De acuerdo al II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Regional (2012), reporta que el 20% de los estudiantes universitarios consumen marihuana y presentan signos de dependencia.⁹

El IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria, realizado por DEVIDA (2012), 250 mil escolares de nivel secundario evidencia una fuerte disposición favorable al consumo de drogas ilegales, más de 80 mil reportan consumo de drogas ilegales en los últimos 12 meses y 23 mil son consumidores problemáticos de marihuana. En nuestro departamento de La Libertad, con un muestra de 85 299 estudiantes en las ciudades urbanas encuestadas de Chepén, Pacasmayo y Trujillo; reportaron en el 2012 un 26.7% consume drogas legales (alcohol y tabaco) y un 3.8% consume drogas ilegales (marihuana, PBC, cocaína, éxtasis e inhalantes).¹⁰

El abuso de sustancias es un problema de salud pública, que no solo afecta al individuo sistémicamente, sino que también tiene efectos sobre la salud bucal.⁷ Entre las drogas legales, los sujetos dependientes del alcohol tiene efectos nocivos en la cavidad oral tales como: cáncer oral, estomatitis, periodontitis, pérdida de dientes, lesiones dentarias no cariosas, atrición o desgaste dental, caries, sarro, bruxismo, halitosis, etc.^{11, 12}; y los sujetos dependientes del tabaco hacen un recorrido del humo, entrando por la boca y expulsado por la boca o

nariz, teniendo como repercusiones en la cavidad oral: cáncer oral, leucoplasia oral, palatitis nicotínica, exceso de sarro, gingivitis, periodontitis y bolsas periodontales, doble de riesgo de perder los dientes que quienes no fuman, caries, lesiones dentarias no cariosas, desgaste o atrición dental (masticar tabaco), tinción y alteración del color dental (pardo amarronado), etc. ^{13,14,15}

Referente a las drogas ilegales, existe mayor consumo de marihuana y drogas cocaínicas en el Perú ⁷, su consumo de forma periódica y crónica genera intoxicación o narcodependencia. ¹⁶

La marihuana, deriva de la planta cannabis sativa. La planta contiene más de 60 tipos de cannabioide, pero el principal componente psicoactivo es el cannabioide delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), responsable de las distorsiones mentales que acompaña la intoxicación ^{16, 17, 18}. Mientras que las drogas cocaínicas, se extraen de las hojas de la planta erithroxylon coca originaria de la región andina ³, contiene hasta 14-17 alcaloides distintos de los que el más conocido es la cocaína ¹⁹. La manera como la cocaína se encuentra en las diversas formas de presentación conocida (hoja de coca, clorhidrato de cocaína, pasta básica/basuco, crack), es de suma importancia, debido a que esto condiciona de forma especial su farmacocinética, su grado de toxicidad, la magnitud de las complicaciones y la disposición del usuario a su adicción. ²⁰

Las manifestaciones orales que se observan con mayor frecuencia en las personas con problemas de drogadicción son: ulceración de las mucosas, queilitis angular, xerostomía, enfermedad periodontal, adormecimiento de la lengua y encías, alteración del gusto ⁷, perforación del tabique nasal ²⁰,

perforación del paladar, lesiones gingivales ²¹, hipertrofia bilateral maseterina, dolor miofacial ²², trastornos temporomandibulares, bruxismo, halitosis, liquen plano erosivo ¹⁸; referente a las lesiones en tejidos duros encontramos: caries dental, erosión o corrosión, abrasión, abfracción y atrición. ^{7,16-25}

El incremento de la caries dental se debe a varios factores: por el azúcar utilizado para cortar la droga ²⁴, la alta ingesta de bebidas carbonadas para superar la sensación de boca seca ²⁶ y una dieta insalubre, ya que el consumo de drogas suprime el apetito y afecta la sensación de sabor. ²⁷

La abfracción, es ocasionada por sobrecargas biomecánicas debido a fuerzas oclusales deflexivas producto de la ansiedad y estrés propia de los pacientes drogodependientes. ¹⁶

La abrasión, puede ser producida por la frotación de la droga sobre los dientes y encías para probar su calidad ^{16, 20, 26}, cepillado dentario excesivamente vigoroso durante los picos de acción de la droga. ²³

La erosión, es provocada por la droga que tiene un pH entre 5 y 6, encontrándose este en el límite del punto crítico de la hidroxiapatita (\pm pH 5), por lo que la droga en contacto con la saliva se transforma en un ácido capaz de destruir la hidroxiapatita dental ²⁰. Además, los drogodependientes sufren de polidipsia tendiendo a beber bebidas ácidas o cerveza para neutralizar la boca seca. ^{7, 25}

Finalmente, la atrición, es causada por el bruxismo severo marcado en drogodependientes. ^{22, 23}

Estos tipos de lesiones dentales, presentan alteraciones clínicas de la estructura dentaria muy bien definidas para su correcta valoración clínica.

La abfracción, es la pérdida microestructural de tejido dentario a nivel de la UCA (unión cemento adamantina) siendo su principal etiología trauma deslizante o excéntrico en donde cargas de diversa intensidad, frecuencia, duración y dirección (uno vertical que se transmitirá a lo largo del eje axial del diente para ser disipado y absorbido posteriormente por el ligamento periodontal y otro horizontal), provocando deformación lateral y flexión del diente a nivel cervical. Durante esta flexión el diente se curva formando una concavidad llamada “cuña”, con márgenes agudos y superficie rugosa.²⁸⁻³²

Por otro lado, la abrasión es el desgaste patológico de la estructura dentaria causada por procesos mecánicos (frotado, raspado o pulido) ajenas al aparato estomatognático, provenientes de objetos extraños, sustancias, hábitos u ocupaciones laborales; que al contactar con los dientes generan la pérdida de los tejidos duros a nivel de la UCA.^{29, 33, 34}

Mientras que la erosión o corrosión, se define como la pérdida localizada, crónica y patológica de la superficie de la estructura dental por acción química ante la presencia de soluciones químicas, especialmente ácidos, y que no involucra la presencia de bacterias.^{33, 35}

Por último, la atrición es la pérdida progresiva de tejido dental de forma fisiológica o patológica, como resultado del contacto diente a diente, que involucra las superficies incisales y oclusales. La forma patológica se asocia a hábitos parafuncionales como el bruxismo.^{31, 34, 36}

Existe la posibilidad, de que los mecanismos de daño y desgaste dental no sean procesos puros sino compuestos: atrición-abfracción, atrición-erosión, abrasión-atrición y múltiple (cuando más de dos factores se presentan).³⁰

Gigena PC, Bella MI, Cornejo LS.¹ (2012), analizaron la situación clínica-odontológica en relación al consumo de sustancias psicoactivas (PSA), en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación, en Córdoba, Argentina. Participaron 61 adolescentes y jóvenes de 15 a 30 años de edad. Se realizó examen clínico odontológico y se tomaron muestras de saliva total. Se observó asociación entre tiempo de exposición a SPA, lesión-estomatológica y componente C del CPOD. El análisis de correspondencia, en sujetos con exposición a SPA >7 años mostró asociación entre Mancha blanca, C, IPC grado 4 y policonsumo diario. Se concluyó que el policonsumo, la frecuencia y el tiempo de exposición SPA, fueron los factores de mayor impacto negativo en la salud del componente bucal, en este estudio.

Marques TC y cols.¹² (2015), el objetivo de este estudio transversal fue evaluar el impacto de las condiciones de salud oral, el nivel socioeconómico y el uso de determinadas sustancias en la calidad de vida de personas dependientes del alcohol y drogas, que reciben atención en los centros de tratamiento ambulatorio en Brasil. Con una muestra aleatoria de 262 participantes, edad media 37 años de los Centros de Atención Psicosocial para Alcohol y Drogas, ubicado en tres ciudades del estado de Sao Paulo; fueron examinados por la experiencia de

caries (índice CPOD) además se les pidió que completen una serie de cuestionarios, incluyendo el alcohol, cigarro, características socioeconómicas y participación de sustancias ilícitas. Concluyendo demostrar que la calidad general de vida de las personas adictas se asocia con la experiencia de caries, bajos ingresos y el consumo de cocaína/ crack.

Basov K, Sanabria Z, Aguilera MC. ¹⁶ (2012), en este estudio tipo descriptivo está conformado por 628 pacientes que asistieron a la unidad odontológica del Instituto Hogares Crea, durante el período 2006-2010. Recolectando la información a través de los datos presentes en las historias clínicas del servicio. Los resultados indican que 89,81% de la muestra presentó lesiones cariosas, 17,04% lesiones blancas, 16,04% lesiones en tercio cervical, 15,61% lesiones traumáticas y el 0,16% perforación en el paladar. Se concluyó que las lesiones más frecuentes son las lesiones en tejidos duros (100%) y un 32,8% presentan lesiones en tejidos blandos.

Solórzano E, Dávila L, Premoli G. ²⁰ (2008), en este trabajo se pretendió demostrar in vitro, que la aplicación por frotación de la cocaína sobre la superficie dentaria produce erosión del esmalte. Se seleccionaron 30 dientes sanos, distribuidos aleatoriamente en 3 grupos, a los cuales se frotó sobre la superficie vestibular: clorhidrato de cocaína, basuco y limón (grupo control) respectivamente, durante 40 semanas. Las lesiones caracterizadas fueron fractura y pérdida de sustancia dura, demostrando así que la aplicación tópica y

continua de droga en cavidad bucal produce lesiones en los tejidos duros del diente.

Gándara JM, Diniz M, Gándara P, Blanco A, García A. ²³ (2002), el objetivo de este artículo es presentar las lesiones, en cuatro pacientes, que surgen como consecuencia de la aplicación tópica de cocaína sobre la mucosa alveolar y nasal con la finalidad de aliviar el dolor producido por algias faciales, tipo cefaleas en racimos. Esa práctica ha producido lesiones eritematosas en tres de estos pacientes y rápida recesión gingival y secuestro ósea en otro de ellos. El potencial vasoconstrictor de la cocaína, asociado con el efecto caucásico de la droga sobre la mucosa, son probablemente los factores responsables de estas lesiones.

Robinson PG, Acquah S, Gibson B. ²⁷ (2005), en este trabajo se explora las actitudes y comportamientos de los consumidores de drogas relacionados con la salud oral. Estudio cualitativo mediante grupos focales y entrevistas semi-estructuradas en el sur de Londres. Las participantes son 26 hombres y 14 mujeres que están recuperándose del uso de drogas. Estos participantes describen muchos cambios en el estilo de vida asociados con el consumo de drogas: los hábitos de alimentarios, las limitaciones de organización y tiempo, y condiciones sociales desfavorables que no eran propicias para la salud bucal. Ellos asocian los problemas de salud general y los problemas con los dientes, las encías y los tejidos blandos de la boca a los efectos directos e indirectos del uso de drogas.

Di Cugno F.³⁷ (1979), en el presente estudio se ha tratado de determinar si las drogas, en particular las anfetaminas y sus derivados, y la marihuana, actúan directamente sobre el esmalte dental y de la dentina como agentes cariogénicos, o si otros factores relacionados con el consumo de drogas, tales como la alimentación inadecuada, las deficiencias vitamínicas, la xerostomía y la falta de higiene desempeñan también un papel fundamental en ese proceso. Se practicó un examen odontoestomatológico en 65 pacientes de sexo masculino en el Centro de Reeducción Social y en 51 pacientes de ambos sexos que acudían a los servicios de consulta externa de dicho centro, de los cuales 26 (51%) consumían anfetaminas y 25 (49%) eran dependientes de otro tipo de drogas o no hacían uso excesivo de ellas. Se determinó que la edad promedio de los 65 pacientes jóvenes de sexo masculino era de 20 años y presentaban promedios de obturaciones, caries y piezas dentales extraídas eran dos, cuatro y tres respectivamente. El grupo de 51 pacientes de ambos sexos tenían también un promedio de 20 años, encontrándose los promedios de obturaciones, caries y piezas dentales extraídas eran tres, cinco y uno respectivamente.

4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la provincia de Trujillo-2017?

5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Implícita

6. OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

6.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la provincia de Trujillo- 2017.

6.2 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la provincia de Trujillo- 2017, según edad.
- Determinar la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la provincia de Trujillo- 2017, según tipo de droga(s) consumida(s).
- Determinar la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-

50 años de edad en la provincia de Trujillo- 2017, según tiempo de consumo de droga(s).

- Determinar la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la provincia de Trujillo- 2017, según el grupo dentario (incisivo, canino, premolar y molar).
- Determinar la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la provincia de Trujillo- 2017, según superficie afectada de las piezas dentarias respecto a abrasión y abfracción.
- Determinar la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la provincia de Trujillo- 2017, según el grado respecto a atrición y erosión.
- Determinar la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la provincia de Trujillo- 2017, según índice de caries (CPOD).

II. DISEÑO METODOLÓGICO

3. MATERIAL DE ESTUDIO

3.1 Tipo de investigación

Según el periodo en que se capta la información	Según la evolución del fenómeno estudiado	Según la comparación de poblaciones	Según la interferencia del investigador en el estudio
Prospectivo	Transversal	Descriptivo	Observacional

3.2 Área de estudio

El estudio se desarrollará en la provincia de Trujillo, departamento de La Libertad, 2017.

- Comunidad Cristiana “Despertar” – Trópico, Huanchaco.
- Refugio Temporal de la Asociación Civil Buenos Aires – Buenos Aires Sur.
- Casa de Retiro “Las Lomas”- Huanchaco.
- Asociación Cultural Comunidad Terapéutica “Jesús y María”- Nuevo Barraza, Laredo.
- La Casa del Gran Pastor – Urb. Santa Teresita, Trujillo.
- Comunidad Terapéutica “Jesús Te Ama”- Moche.

3.3 Definición de la población muestral

3.3.1 Características generales

La población estará constituida por los drogodependientes de los seis Centros de Rehabilitación de la provincia de Trujillo en el año 2017, que cumplan con los criterios establecidos.

3.3.1.1 Criterios de inclusión

- Personas entre 18 y 50 años de edad con un tiempo de consumo de drogas ilegales mayor de 6 meses.
- Personas que ingresaron hasta el mes de agosto del 2017 a los seis Centros de Rehabilitación.
- Personas que aceptaron ser parte del estudio a través de un consentimiento informado.
- Personas que calificaron dependencia leve o moderada al Test de Fagestrom.³⁹
- Personas que calificaron de 0-2 en el cuestionario CAGE.⁴⁰
- Personas sin alguna enfermedad sistémica.
- Personas que no presenten alteraciones psiquiátricas ni antecedentes de agresividad.

3.3.1.2 Criterios de exclusión

- Personas que no aceptaron ser parte del estudio a través de un consentimiento informado.
- Personas con alguna enfermedad sistémica.
- Personas que presenten alteraciones psiquiátricas o antecedentes de agresividad.
- Personas medicadas.

3.3.2 Diseño estadístico de muestreo

3.3.2.1 Unidad de análisis

Pieza dentaria del sujeto drogodependiente que esté recibiendo tratamiento en su Centro de Rehabilitación.

3.3.2.2 Unidad de muestreo

Sujeto drogodependiente que cumpla con los criterios de selección establecidos, atendido en uno de los centros de rehabilitación.

3.3.2.3 Marco de muestreo

Relación de los sujetos drogodependientes pertenecientes a cada Centro de Rehabilitación, mencionados en la presente investigación.

3.3.2.4 Cálculo del tamaño muestral

$$n_o = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{(N-1) \times e^2 + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

n_o : Muestra previa

n : Muestra de investigación

N : Población (150)

Z : Nivel estándar del nivel de confianza al 95% de confianza (1.96)

p : Proporción de éxito (0.50)

q : Proporción de fracaso (0.50)

e : Error muestral (5%)

Reemplazando:

$$n_o = \frac{150 \times 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}{(150-1) \times 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50} = 108$$

Ajustando:

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} = \frac{108}{1 + \frac{108}{150}} = 63$$

Muestra estratificada:

ESTRATO: CENTROS DE REHABILITACIÓN	N_h DROGODEPENDIENTES	n_h DROGODEPENDIENTES
“La casa Gran Pastor” – Urb. Santa Teresa	30	12
“Las Lomas” – Huanchaco	35	15
“Comunidad terapéutica Jesús te ama” – Moche	40	17
Casa de la Juventud” – El Milagro	45	19
TOTAL	150	63

Nota: Se obtuvo un tamaño mínimo de 63 sujetos drogodependientes, se considerará el mayor tamaño por grupo posible según los criterios de inclusión.

3.3.3 Método de selección

Muestreo no probabilístico: Por conveniencia.

3.4 Consideraciones éticas

Para la ejecución de la presente investigación, se seguirá los siguientes principios:

- La Declaración de Helsinki, adoptada por la 18^o Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), y modificada en Fortaleza – Brasil. Octubre 2013.
- Ley General de Salud N^o 26842. ⁴¹
- Código de Ética y Deontología del Colegio Odontológico del Perú. ⁴²
- Código de Ética de la Investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego. ⁴³

4. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1 Método

Observación, un test, cuestionarios y ficha estomatológica, realizada a los drogodependientes de los Centros de Rehabilitación en la provincia de Trujillo -2017.

4.2 Descripción del procedimiento

A. De la aprobación del proyecto:

El primer paso para la realización del presente estudio de investigación será la obtención del permiso de ejecución, tras la aprobación del proyecto por parte de la Comisión de Investigación de la Escuela de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego con la correspondiente Resolución Decanal.

B. De la autorización para la ejecución:

Autorización de los Centros de rehabilitación:

Una vez aprobado el proyecto, se procederá a solicitar a los directores de los cuatro Centros de Rehabilitación, de la provincia de Trujillo, obtener los permisos correspondientes para la ejecución del estudio. Así mismo, se les explicó la importancia de la presente investigación. **(Anexo 1)**

Autorización de los sujetos drogodependientes:

Se entregó un consentimiento informado a cada sujeto drogodependiente para solicitar su participación en el estudio. **(Anexo 2)**

C. Del test y cuestionario:

El Test de Fagerstrom y el Cuestionario CAGE están ampliamente usados y validados (Anexo 3). El Test de Fagestrom es utilizado para evaluar el nivel de dependencia a la nicotina y consiste en seis preguntas: unas con cuatro respuestas y otras con dos respuestas. Las preguntas con cuatro respuestas tienen un puntaje de 0 a 3 con relación a las letras a– d según se marque; y las preguntas de dos respuestas tienen puntaje 0= Sí y 1= No.

La puntuación es:

- 0-3: Dependencia Baja
- 4-6: Dependencia Moderada
- 7-10: Dependencia Alta.

Así mismo, el cuestionario CAGE es utilizado para evaluar los criterios de abuso y dependencia al alcohol, consiste en cuatro preguntas con respuestas cerradas: “Sí” o “NO”, otorgándole un puntaje de “1” y” 0” respectivamente.

La puntuación es:

- 0-1: Bebedor social
- 2: Consumo de riesgo
- 3: Consumo perjudicial
- 4: Dependencia alcohólica

D. De la realización de la prueba piloto

Se realizó la prueba piloto, para el Test de Fagerstrom y el Cuestionario CAGE, con 20 personas que fuman y beben alcohol a la vez, en el distrito de Trujillo.

E. Del cuestionario de drogas

Se elaboró un cuestionario donde se marcará la(s) droga(s) más consumida(s) en nuestra provincia, con los nombres más populares que son reconocidos por estos sujetos drogodependientes ³; y el tiempo que lo venía consumiendo.

(Anexo 4)

F. De la ficha estomatológica

Se realizó una ficha llamada “ficha estomatológica” que comprende: odontograma, Índice de caries (CPOD), índice de Alexeev y Debetz³⁶ (para evaluar Desgaste o Atrición dental), índice de Smith y Knight³⁵ (para evaluar Erosión o corrosión) y para las lesiones no cariosas faltantes de Abrasión y Abfracción se realizó cuadros que contienen la información de: superficies y grupo dentario afectado. **(Anexo 5)**

G. Calibración Interexaminador

Para adiestrarse en el manejo y aplicación de la ficha estomatológica, se realizó una calibración interevaluador teniendo como tutor al especialista Dr. Edward Henry Miranda Gutiérrez, para ello se aplicó este instrumentos en todos los pacientes que llegaban a consulta dental en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el mes de Mayo-Junio 2017, obteniendo la constancia de calibración (Anexo 6). De antemano, se alcanzó un consentimiento informado para cada paciente que llegaba a consulta dental en dicho hospital. **(Anexo 7).**

H. Recolección de la muestra

Se procederá a ir a los Centros de Rehabilitación correspondientes con previa autorización del Director responsable.

Se dará inducción a sujetos drogodependientes y se les entregará los consentimientos informados solo a los que cumplan con los criterios de inclusión del presente estudio. Una vez confirmada su participación, se procederá a entregar el Test de Fagerstrom y el Cuestionario CAGE, los que obtengan en el Test de Fagerstrom dependencia baja o moderada y en el cuestionario CAGE 0-2 puntos, serán seleccionados para el

siguiente paso que corresponde a llenar el cuestionario de drogas y tiempo de consumo de la(s) droga(s).

Finalmente, se evaluará las alteraciones clínicas de la estructura dentaria a través de la “ficha estomatológica”.

4.3 Instrumento de recolección de datos

Se utilizó primeramente el Test de Fagerstrom y el Cuestionario CAGE para determinar el abuso y dependencia a la nicotina y el alcohol, respectivamente. Luego, con el cuestionario del tipo de droga(s) consumida(s) y el tiempo de abuso de las mismas. Finalmente, con la “ficha estomatológica” elaborada por la investigadora Diana Catherine Morales De La Cruz, específicamente para los fines que pretende esta investigación sobre las alteraciones clínicas de la estructura dentaria.

2.4 Identificación de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE: Según su naturaleza	Escala de Medición
Alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes.	Cambios que modifican la normalidad de la pieza dental, alterando solo el esmalte, solo la dentina o todos los tejidos dentarios. Siendo un proceso crónico destructivo e irreversible, al que están expuestos los pacientes consumidores de drogas ilegales.(34,38)	Abrasión	Se calcula el número de abrasiones presentes en el cuello dentario.	Cuantitativa	De razón
		Abfracción	Se calcula el número de abfracciones presentes en el cuello dentario.	Cuantitativa	De razón
		Atrición	Índice de Alexeev y Debetz: - Grado 1 - Grado 2 - Grado 3 - Grado 4 - Grado 5 - Grado 6	Cualitativa	Ordinal
		Erosión o Corrosión	Índice de Smith y Knight. - Grado 0 - Grado 1 - Grado 2 - Grado 3 - Grado 4	Cualitativa	Ordinal
		Caries Dental	CPOD	Cuantitativa	De razón

III. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Los datos recolectados serán procesados de manera automatizada en el programa estadístico SPSS Statistics vrs 23.0, para luego presentar los resultados en tablas y/o gráficos mostrando los resultados de acuerdo a los objetivos planteados. Se realizará la prueba paramétrica Chi-Cuadrado, para el análisis descriptivo para las Alteraciones de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la provincia de Trujillo-2017. Se considerará un nivel de significancia del 5%.

IV. RESULTADOS

- La población estuvo constituida por 104 pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la provincia de Trujillo-2017, observándose en la Figura 1 que el porcentaje de la Prevalencia total de alteraciones clínicas de la Estructura Dentaria, es del 100% en Atrición y Erosión, respectivamente; mientras que en Abrasión es de 94% y de Abfracción de 79%.
- En la Figura 2, se observa que el porcentaje de alteraciones clínicas de la Estructura dentaria, según edad, es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-25 años con un 35% en Atrición y Erosión, respectivamente, y 33% en Abrasión; y el menor porcentaje se halló en pacientes de 34-41 años con un 15% en Abrasión, Atrición y Erosión; respectivamente, y un 13% en Abfracción; mientras que el mayor porcentaje en Abfracción es en pacientes drogodependientes en recuperación de 42-50 años con un 25%, y menor, en pacientes de 34-41 años con un 13%.
- En la Figura 3, se observa que el porcentaje de alteraciones clínicas de la Estructura dentaria, según tipo de droga(s) consumida (s), en Abrasión es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación que consumen Marihuana-PBC (19%), Marihuana (14%), Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína (13%) y Marihuana-Clorhidrato de Cocaína (10%); en Abfracción es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación que consumen

Marihuana-PBC (14%), Marihuana y Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína (11%), respectivamente; y Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína-Crack-Otros (8%); en Atrición es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación que consumen Marihuana-PBC (19%), Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína (15%), Marihuana (14%) y Marihuana-Clorhidrato de Cocaína y Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína-Crack-otros (10%), respectivamente; mientras que, en Erosión es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación que consumen Marihuana-PBC (17%), Marihuana y Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína (13%), respectivamente; Marihuana-Clorhidrato de Cocaína y Marihuana-PBC-Clorhidratode Cocaína-Crack-Otros (8%); respectivamente.

- En la Figura 4, se observa que el porcentaje de alteraciones clínicas de la Estructura dentaria, según tiempo de consumo de droga(s), es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación que han tenido un tiempo de consumo de 1-5 años con un 32% en Abrasión, Atrición y Erosión, respectivamente, y 20% en Abfracción; mientras que el menor porcentaje se halló en pacientes que han tenido un tiempo de consumo de 6 meses- 1 año con un 7% en Abrasión, Atrición y Erosión, respectivamente, y 4% en Abfracción.
- En la Figura 5, se observa que el porcentaje de alteraciones clínicas de la estructura dentaria, según el grupo dentario, es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación, referente a Abrasión, en el grupo dentario Incisivos-Caninos-Premolares (37%), Caninos-Premolares (18%),

Incisivos-Caninos-Premolares-Molares (13%) y Premolares (10%); referente a Abfracción, es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación en el grupo dentario Premolares (38%), Caninos-Premolares (22%), Caninos (7%) y Caninos-Premolares-Molares (4%); referente a Atrición, es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación en el grupo dentario Incisivos-Caninos-Premolares (44%), Incisivos-Caninos-Premolares-Molares (40%), Incisivos-Caninos (8%) e Incisivos (3%); mientras que referente a Erosión, es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación en el grupo dentario Incisivos-Caninos (66%), Incisivos-Caninos-Premolares (24%), Incisivos (7%) e Incisivos-Caninos-Premolares-Molares (2%).

- En la Figura 6, se observa que el porcentaje de alteraciones clínicas de la Estructura dentaria, en Abrasión es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación según la superficie afectada de las piezas dentarias: Vestibular con un 94%, mientras que los menores porcentajes se hallaron en la superficie afectada de las piezas dentarias Vestibular-Lingual y Lingual con un 2% y 0%, respectivamente; así mismo, en Abfracción es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación según la superficie afectada de las piezas dentarias: Vestibular con un 80%, mientras que los menores porcentajes se hallaron en la superficie afectada de las piezas dentarias Vestibular-Lingual y Lingual con un 0%, respectivamente.
- En la Figura 7, se observa que el porcentaje de alteraciones clínicas de la Estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación según

el grado de Atrición, la mayoría de Incisivos y Caninos se encuentran en Grado 3 con un 50% y 53%, respectivamente; y el menor porcentaje, se encuentra en Grado 5 con un 2% y 1%, respectivamente; en Premolares la mayoría se encuentra en Grado 2 con un 34%, y el menor porcentaje en Grado 5 con un 6%; mientras que los Molares se encuentran en Grado 0 con un 57%(esto quiere decir que no hay piezas dentales molares o si las hay no se diagnostica ninguna atrición), y el menor porcentaje se encuentra en Grado 4 con un 5%.

- En la Figura 8, se observa que el porcentaje de alteraciones clínicas de la Estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación según el grado de Erosión, la mayoría de Incisivos se encuentran en Grado 2 con un 51% y el menor porcentaje de 1% se encuentra en grado 0 y 4, respectivamente; en Caninos la mayoría se encuentra en Grado 2 y 3 con un 40% y 39, respectivamente, y el menor porcentaje en Grado 4 con un 2%; en Premolares se encuentran en Grado 0 un 73%, y el menor porcentaje se encuentra en Grado 4 con un 2%; mientras que los Molares se encuentran en Grado 0 con un 97%, y el menor porcentaje se encuentra en Grado 1,3 y 4 con un 1%, respectivamente.
- En la Figura 9, se observa que según Índice de Caries (CPOD) en pacientes drogodependientes en recuperación, es de 18.42 siendo un resultado de Alto Riesgo.
- En la figura 10, se observa que el porcentaje del número de piezas totales, en pacientes drogodependientes en recuperación que tienen 18-25 años,

26-33 años y 34-41 años tienen mayormente 25-32 piezas presentando un porcentaje de 35%, 22% y 10%, respectivamente; mientras que los pacientes que tienen 32-50 años tienen mayormente 17-24 piezas presentando un porcentaje de 13%.

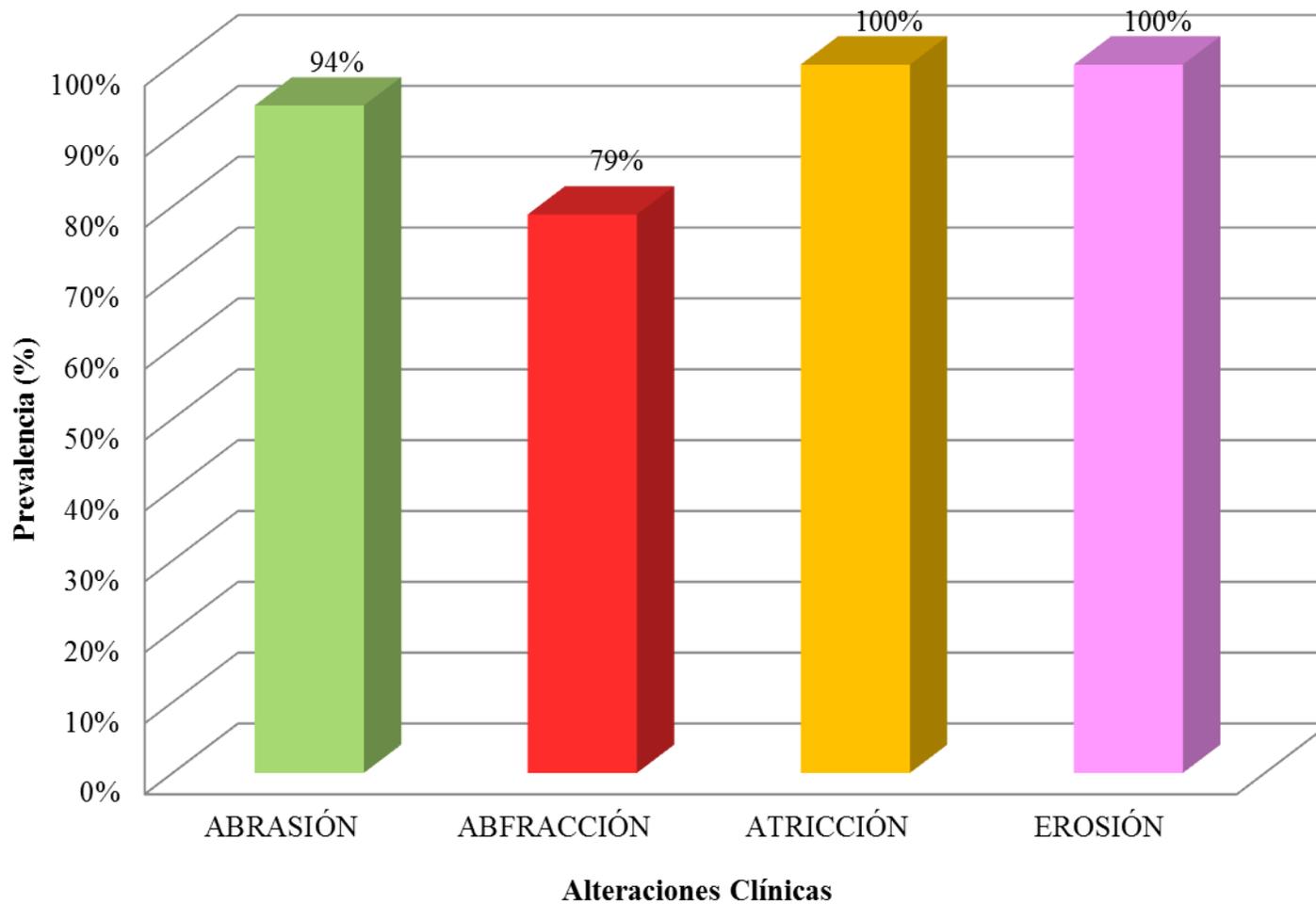


Fig. 1. Prevalencia Total de Alteraciones Clínicas de la Estructura Dentaria en Pacientes Drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017

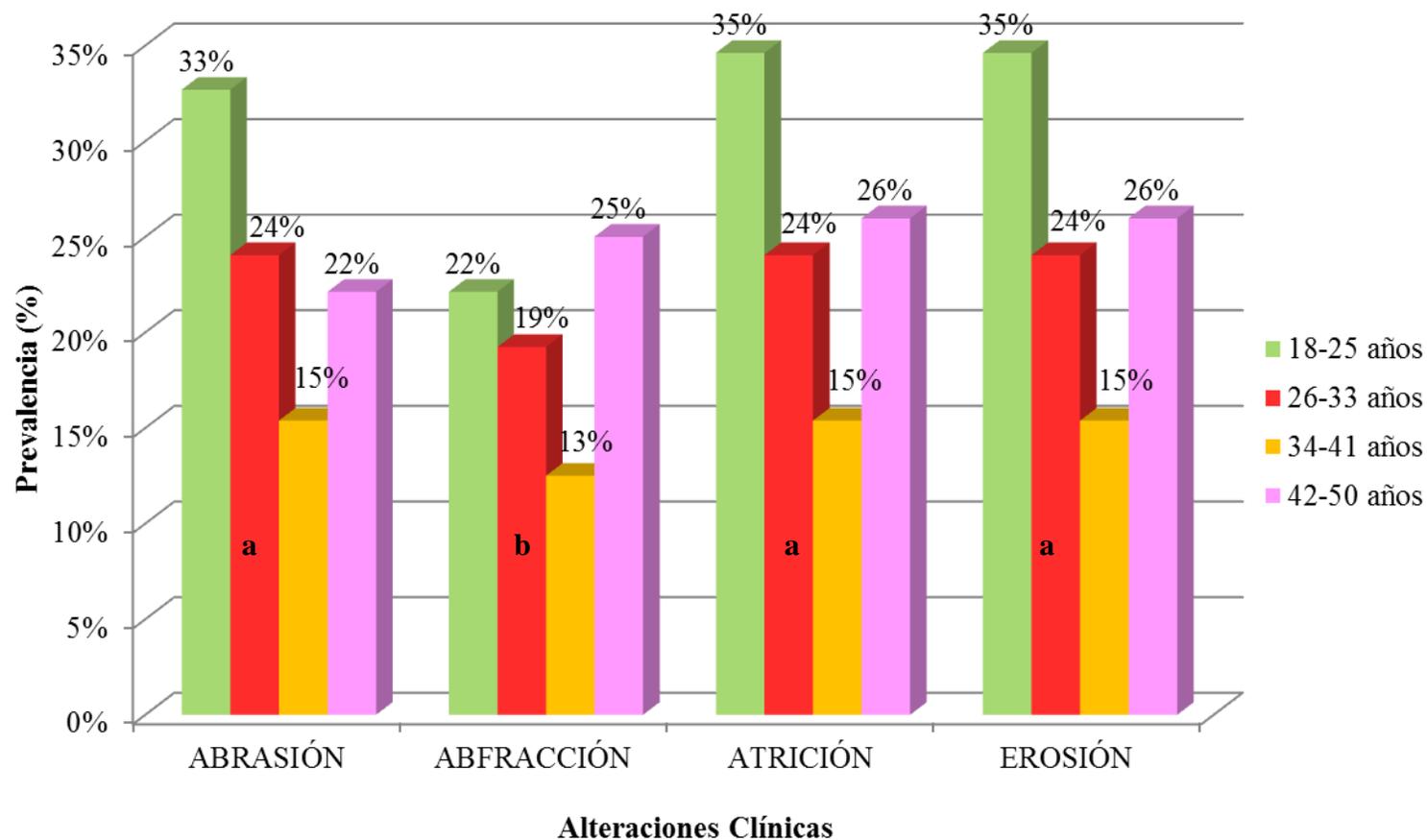


Fig. 2. Prevalencia de Alteraciones Clínicas de la Estructura Dentaria en Pacientes Drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según edad.

a: $p < 0.05$ (hay diferencia significativa)

b: $p > 0.05$ (no hay diferencia significativa)

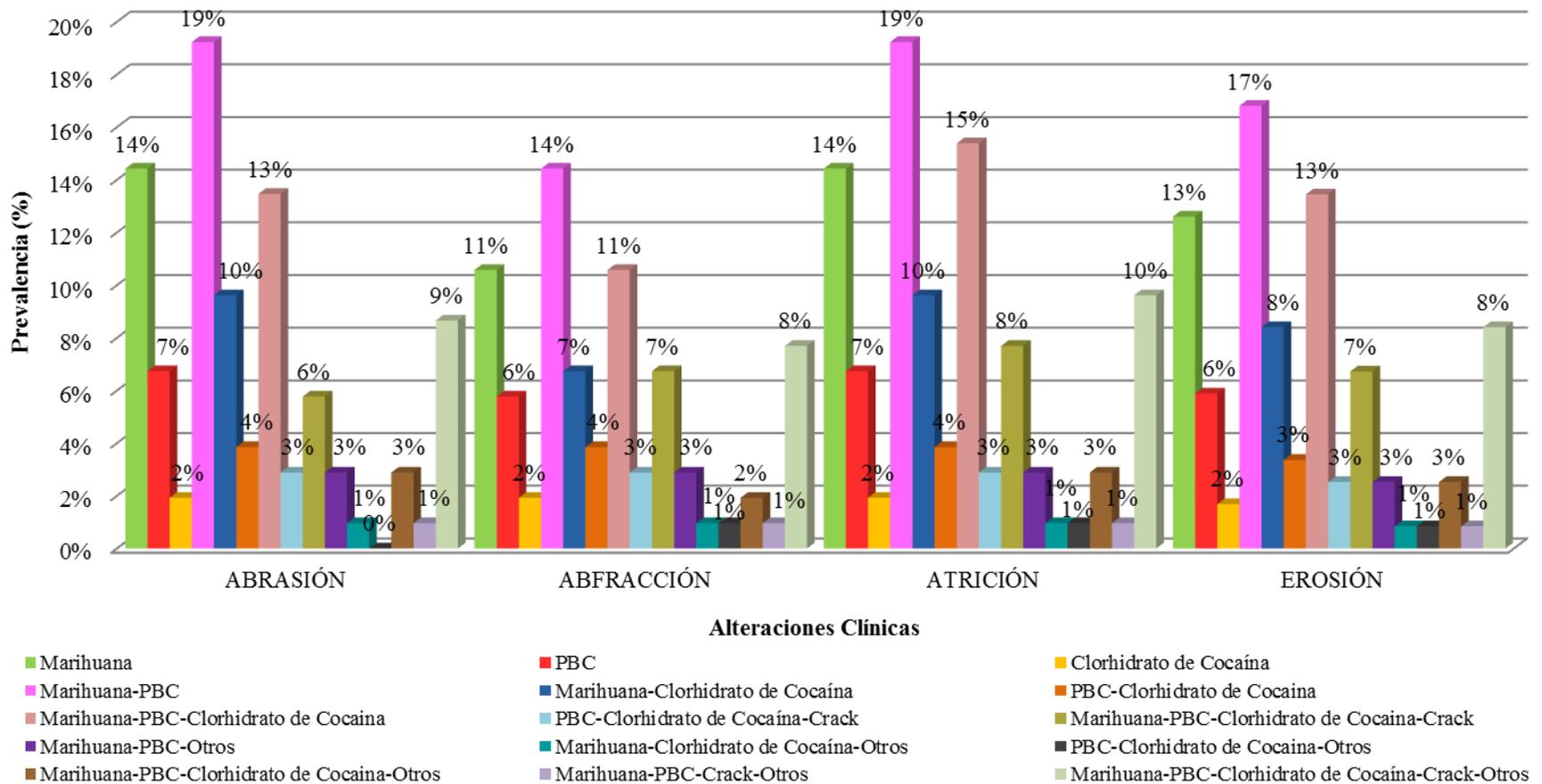


Fig. 3. Prevalencia de Alteraciones Clínicas de la Estructura Dentaria en Pacientes Drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según tipo de droga (s) consumida (s).
a: $p < 0.05$ (hay diferencia significativa)
b: $p > 0.05$ (no hay diferencia significativa)

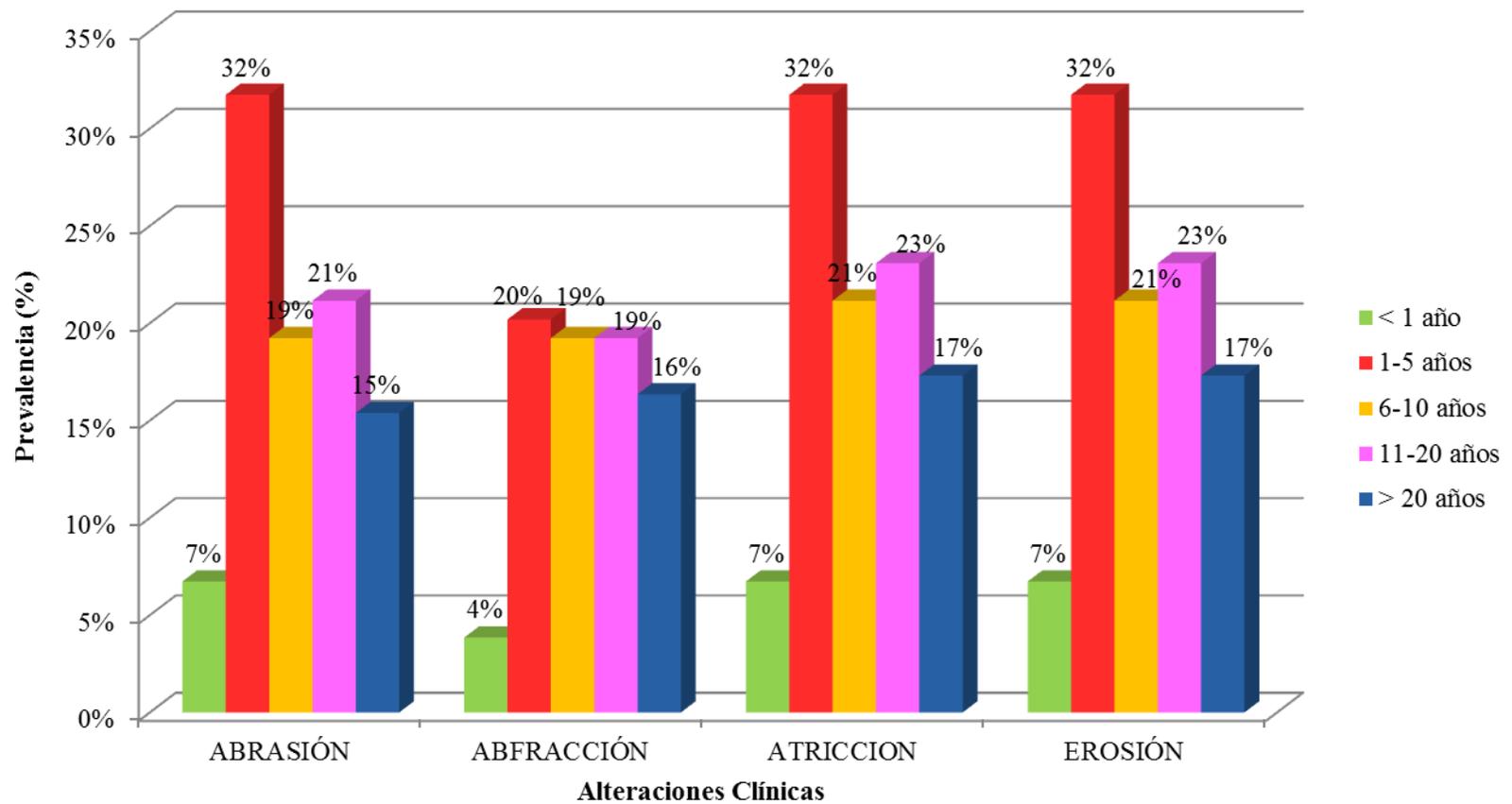


Fig. 4. Prevalencia de Alteraciones Clínicas de la Estructura Dentaria en Pacientes Drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según tiempo de consumo.

a: $p < 0.05$ (hay diferencia significativa)

b: $p > 0.05$ (no hay diferencia significativa)

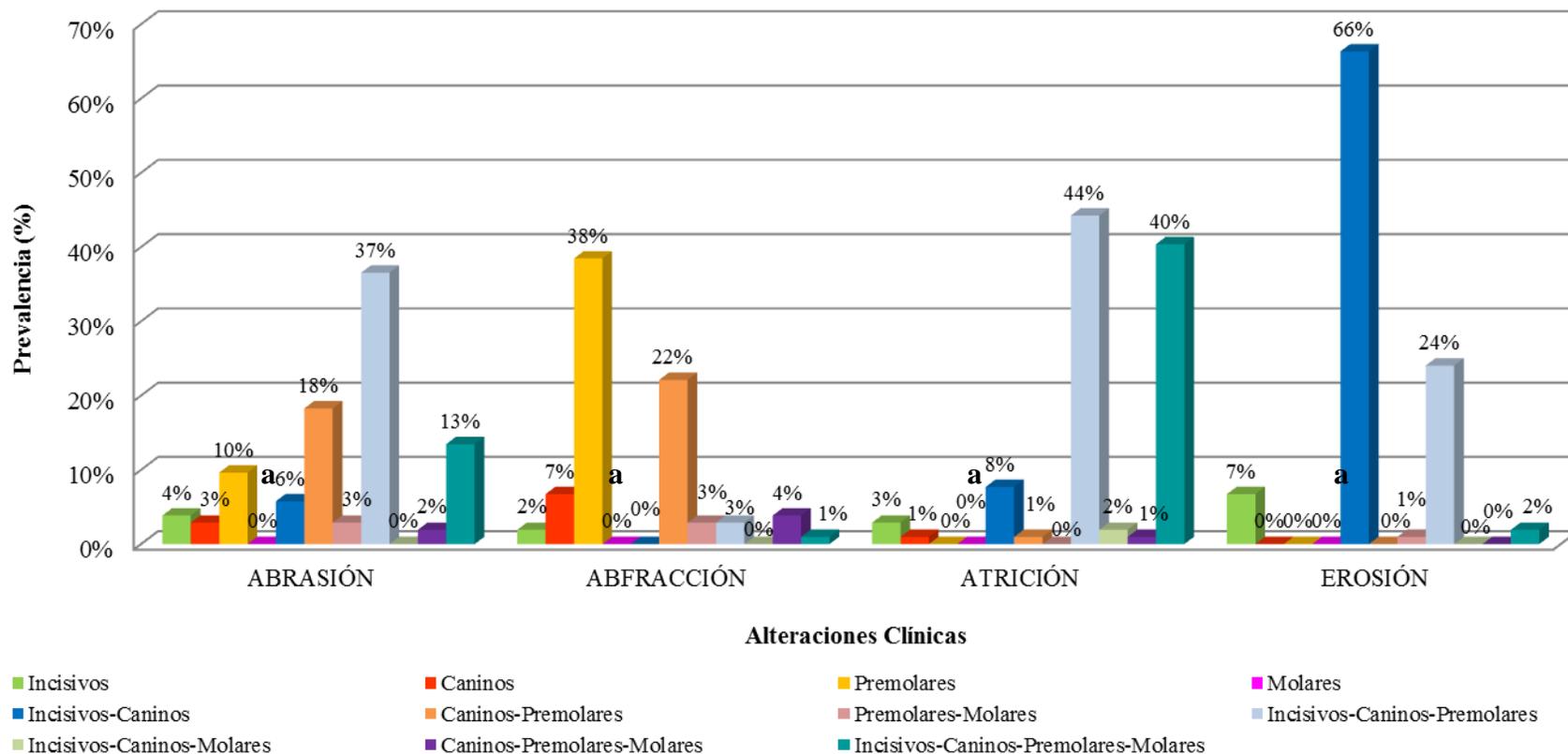


Fig. 5. Prevalencia de Alteraciones Clínicas de la Estructura Dentaria en Pacientes Drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según el grupo dentario.

a: $p < 0.05$ (hay diferencia significativa)

b: $p > 0.05$ (no hay diferencia significativa)

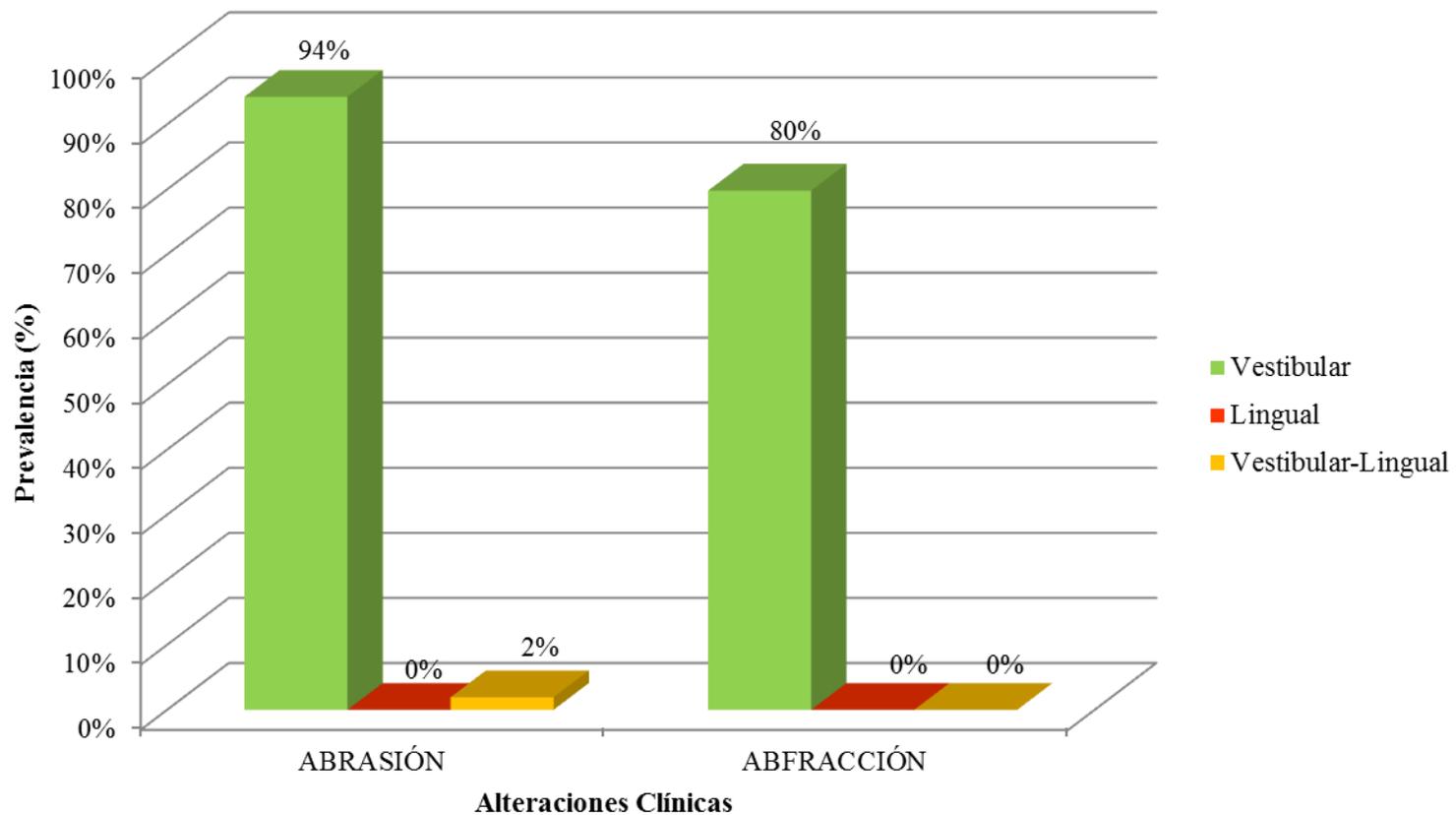


Fig. 6. Prevalencia de Alteraciones Clínicas de la Estructura Dentaria en Pacientes Drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según superficie afectada de las piezas dentarias
a: $p < 0.05$ (hay diferencia significativa)
b: $p > 0.05$ (no hay diferencia significativa)

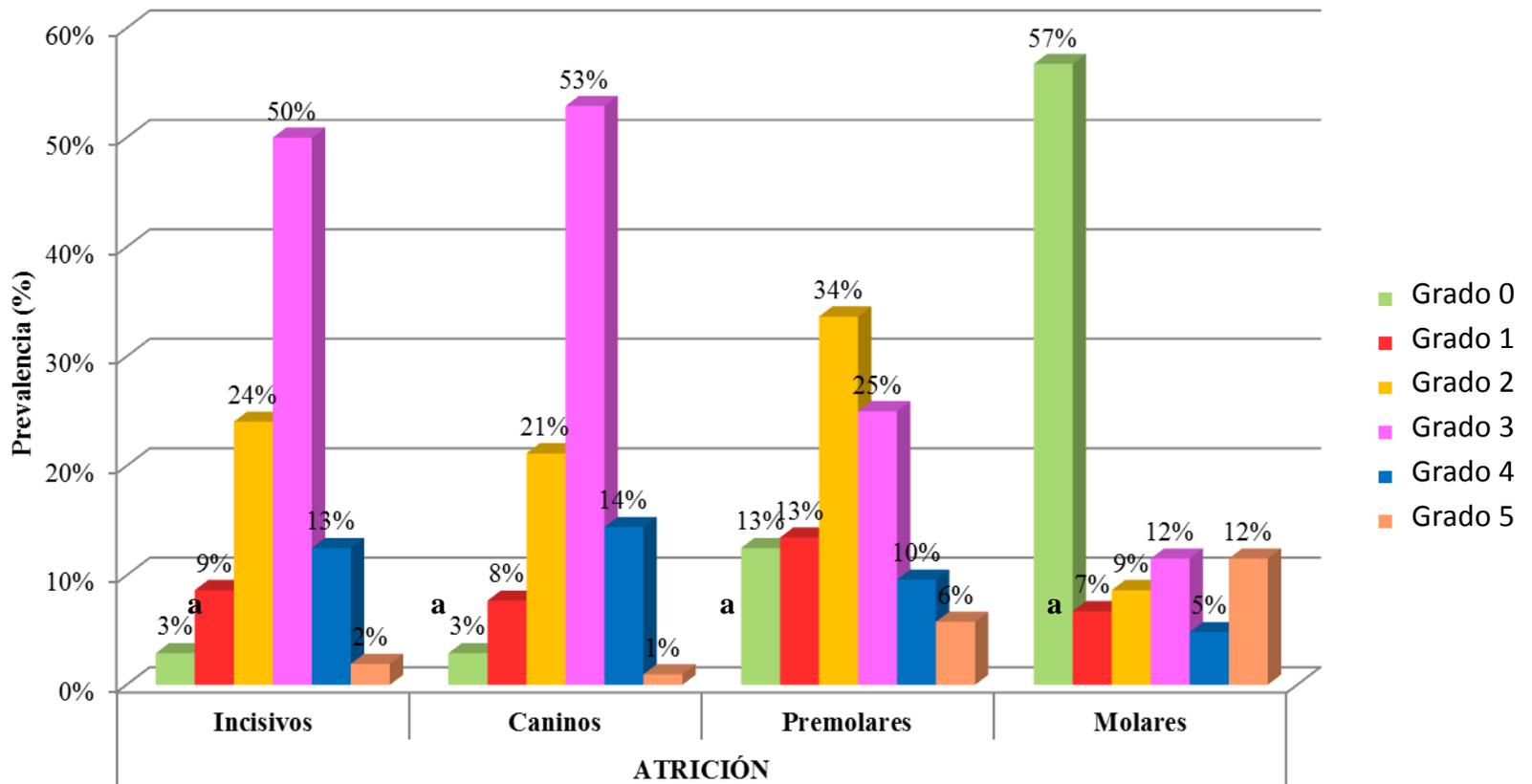


Fig. 7. Prevalencia de Alteraciones Clínicas de la Estructura Dentaria Atrición en Pacientes Drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según grado.

a: $p < 0.05$ (hay diferencia significativa)

b: $p > 0.05$ (no hay diferencia significativa)

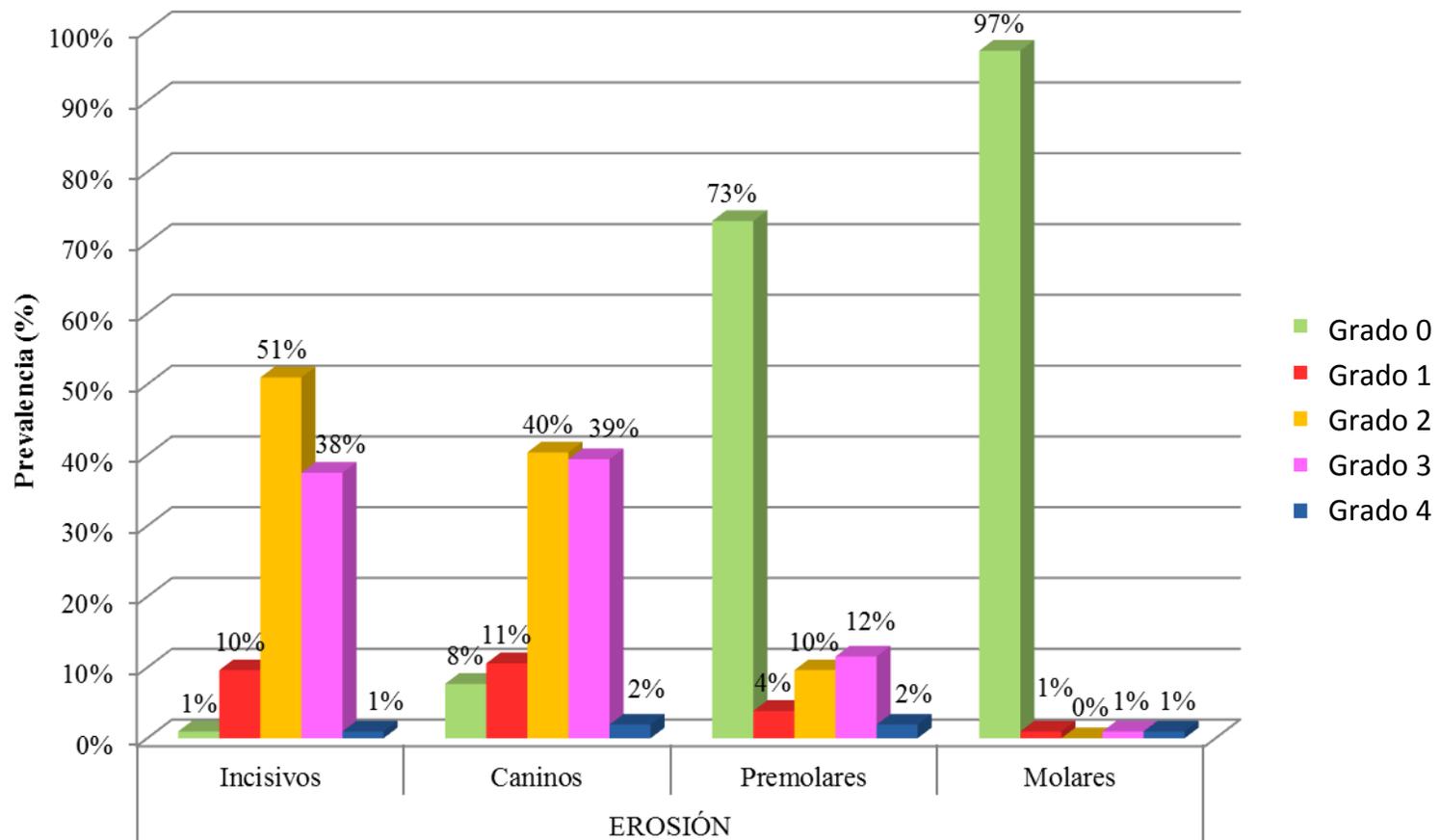


Fig. 8. Prevalencia de Alteraciones Clínicas de la Estructura Dentaria Erosión en Pacientes Drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según grado.

a: $p < 0.05$ (hay diferencia significativa)

b: $p > 0.05$ (no hay diferencia significativa)

CPOD TOTAL =1916	Índice comunitario: 18.42
Total de Examinados =104	

Fig. 9. Prevalencia Total de Alteraciones Clínicas de la Estructura Dentaria en Pacientes Drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según índice de Caries (CPOD).

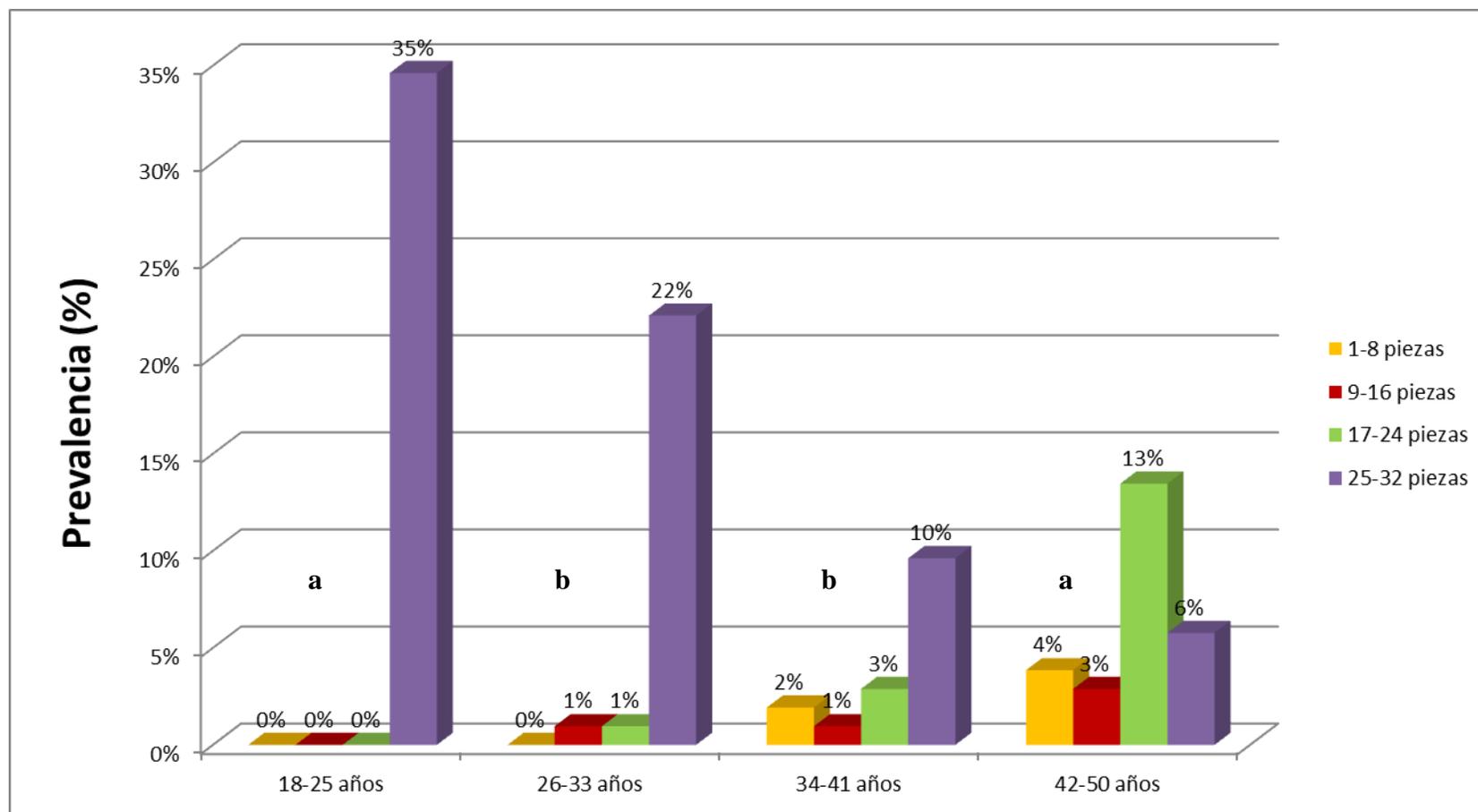


Fig. 10. Prevalencia de Alteraciones Clínicas de la Estructura Dentaria en pacientes Drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según el Número de Piezas

a: $p < 0.05$ (hay diferencia significativa)

b: $p > 0.05$ (no hay diferencia significativa)

V. DISCUSIÓN

El abuso de sustancias ilícitas es un problema de salud pública, que no solo afecta al individuo sistémicamente, sino que también tiene efectos sobre la salud bucal ⁷. Los sistemas de salud de todo el mundo ofrecen servicios para adictos, pero la mayoría carecen de programas de atención de la salud oral ²⁶. En un artículo científico se manifestó que las lesiones en tejidos duros corresponde a un 100%; mientras que, las lesiones en tejidos blandos corresponde a un 32.8%, de esta manera se evidenció la necesidad de conocer las lesiones más predominantes en el sistema estomatognático ¹⁶. Por ello, el cirujano dentista, debe ser consciente de este mal con el fin de diagnosticar adecuadamente y tomar las precauciones necesarias en los tratamientos de estos individuos drogodependientes ¹⁸.

La presente investigación se realizó en 104 pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la provincia de Trujillo-2017. Encontré en mis resultados, que la prevalencia total de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en Atrición y Erosión es del 100%, es decir, que todo paciente consumidor de drogas ilícitas va a tener siempre estas dos alteraciones clínicas, luego le sigue abrasión con 94% y abfracción con 79% de prevalencia. Estos hallazgos coinciden con la referencia bibliográfica de Brand HS y cols. ²¹ (2008) ellos encontraron un aumento significativo en la tasa de atrición, abrasión y erosión.

Según la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación y su edad, en mi estudio se encontró el mayor porcentaje en pacientes de 18-25 años con un 35% en Atrición y Erosión, respectivamente, y un 33% en Abrasión; mientras que, el menor porcentaje se halló en pacientes de 34-41 años con un 15% en Abrasión, Atrición y Erosión, respectivamente, y un 13% en Abracción. Estos resultados se debe a que en los últimos tiempos adolescentes y jóvenes tienen más facilidad para conseguir drogas ilícitas y su dependencia es más rápida ya que hay un policonsumo ⁸, según el Observatorio Peruano de Drogas en el año 2006 la población que más consume drogas en el Perú se encuentra entre los 12 y 18 años de edad ⁷ y de acuerdo al II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Regional (2012), reporta que el 20% de los estudiantes universitarios consumen drogas ilícitas con signos de dependencia ⁹. Si bien los pacientes drogodependientes de 34-41 años presentan menos prevalencia, esto puede deberse al número de piezas dentarias que aun presentan (véase Figura 10), nivel de educación, dieta, etc.

Según la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación y el tipo de droga (s) consumida (s), en mi estudio se observa que: en Abrasión es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación que consumen Marihuana-PBC (19%), Marihuana (14%) y Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína (13%) ,en todos estos tres mayores porcentajes incluye siempre la marihuana sola o con una o dos formas de presentación de la cocaína, lo que nos lleva a concordar con lo

manifestado por la referencia bibliográfica de Shekarchizadeh H y cols ²⁶ (2013) que los adictos aplican localmente estas drogas sobre la encía para probar su calidad generando recesión gingival y abrasiones a nivel del cuello cervical dental. Otro resultado similar es de Solórzano E y cols.²⁰ (2008) que refiere en la superficie del esmalte observar zonas pequeñas y puntuales de pérdida de sustancia dura y líneas en distintas direcciones que presume se debe a abrasiones producidas por la frotación de la droga, esto referente a drogas cocaínicas. Además hay otros estudios como Basov K y cols. ¹⁶ (2012) y la referencia bibliográfica de Arizmendi BG y cols.²², que manifiestan también encontrar abrasiones en consumidores de estas drogas pero causadas por el excesivo e inconsciente vigor en el cepillado. Referente a la lesión de Abfracción , es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación que consumen Marihuana-PBC (14%), Marihuana y Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína (11%)nuevamente vemos la marihuana sola o combinada con una, dos y hasta tres formas de presentación de la cocaína, con los mayores porcentajes de prevalencia; es necesario decir que, la marihuana tiene como efecto la relajación mientras que los derivados de la cocaína tienen efectos de euforia, infatigabilidad, excitación, entre otros ³. Lo que nos lleva a suponer que por lo menos un grupo de pacientes consumidores de alguna presentación de cocaína debería tener exclusivamente abfracciones, pero es la marihuana la que tiene un grupo exclusivo de solo consumidores de esta, que presentan el segundo porcentaje mayor de abfracciones, esto puede deberse a que pacientes consumidores de marihuana están bajo estrés, combinado con la participación de agentes

ambientales o psicosociales³⁰, sobre su misma condición de drogodependientes; lo que hace que la consuman para sentirse “relajados”. Por otro lado, referente a Atrición es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación que consumen Marihuana-PBC (19%), Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína (15%) y Marihuana (14%), la atrición al igual que en la abfracción, tienen casi las mismas etiologías por referirse de pacientes drogodependientes bajo el mismo estrés multifactorial, presentan gran desgaste en las superficies incisales como oclusales³¹; si bien hay más porcentaje de prevalencia de atrición que de abfracción por un 5% de diferencia, esto también se debe a que hay gran pérdida de piezas dentales sobretodo posteriores (premolares-molares) donde se visualiza más abfracciones que atriciones²¹. Finalmente, la erosión tiene mayor prevalencia de alteraciones clínicas en pacientes drogodependientes en recuperación que consumen Marihuana-PBC (17%), Marihuana y Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína (13%); respectivamente. Estos hallazgos coinciden, en parte, con los de Ksenia B y cols.¹⁶ (2012) para ellos los pacientes narcodependientes presentan pérdida del esmalte dentario, a nivel cervical, producto de la acción química de sustancias desmineralizantes por el consumo de las drogas; pero en nuestro estudio la pérdida del esmalte dentario se encontró más a nivel de las caras palatinas y linguales, sobretodo de las piezas anteriores, refiriendo de los pacientes una “manía” de probar la droga colocándola en el dorso de la punta de su lengua y pasarla por las caras palatinas y linguales de los dientes. Así mismo, con las referencias bibliográficas de Brand HS y cols.²¹ (2008) y Shekarchizadeh H y cols.²⁶ (2013), referente al uso de las presentaciones de la

cocaína, manifiestan que a través de su aplicación oral este polvo reduce el pH de la saliva, haciendo la dentición susceptible a la erosión, observándose el efecto de una superficie dental lisa y vidriosa. Coincidiendo su efecto con los resultados obtenidos ya que en todos los resultados de porcentajes elevados se ha encontrado las combinaciones con algunas y todas las presentaciones de la cocaína. Además, hay un estudio *in vitro* de Eduvigis SN y cols ²⁰ (2008) donde explica solo las presentaciones de clorhidrato de cocaína y PBC y la erosión dental, hallando que el clorhidrato de cocaína posee un pH entre 5 y 6, este pH se encuentra en el límite del punto crítico de la hidroxiapatita (\pm pH 5), por lo que la cocaína en contacto con la saliva se transforma en un ácido capaz de destruir la hidroxiapatita dental, esto coincide con nuestros resultados pero con un porcentaje del 13% (que es donde aparece el clorhidrato de cocaína mezclada con otras drogas) mientras que, el PBC combinado con marihuana presenta un 19% y según este mismo estudio explica que el PBC tiene un pH alcalino de (8-8.5), y no debería actuar como una sustancia erosiva; no obstante se presentaron lesiones compatible con erosión dental, confirmado que la saliva ejerce una función importante transformando la poca cantidad de cocaína que hay en el PBC en una sustancia ácida capaz de destruir la hidroxiapatita; y comparando con nuestro estudio observamos mayor ingesta de PBC que de Clorhidrato de cocaína, que presenta mayor erosión dental, esto puede deberse a que el consumidor prefiere gastar 0.30-0.50 cts. por “kete” de PBC que S/.20 soles por un “Paco” de Clorhidrato de Cocaína ⁴ .

Según la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación y su tiempo de consumo, en nuestro estudio se encontró que tanto en abrasión, abfracción, atrición y erosión presentan menos alteraciones los pacientes que consumen drogas entre 6 meses-1 año, esto puede deberse justamente al poco tiempo de su uso siendo la acción de las drogas en las piezas dentarias muy mínima. Entre 1-5 años de consumo de drogas hay un alto porcentaje de alteraciones clínicas 32% abrasión, atrición y erosión, respectivamente; y 20% de abfracción, esto puede deberse al inicio fuerte de dependencia que generan las drogas en su organismo, refiriendo el uso reiterado y prolongados de la sustancia, para evitar la presencia de la abstinencia con sus correlatos psíquicos y físicos ³, por otro lado, entre los 6-20 años de consumo de drogas hay un promedio de 21% de prevalencia de alteraciones clínicas, mucho menor al de 1-5 años, esto puede deberse a los múltiples intentos de rehabilitarse por mínimo 8 meses por cada recaída (según refieren los centros de rehabilitación), finalmente los pacientes que consumen drogas de 20 años a más presentan un porcentaje promedio de 16%, una posible explicación es por la gran falta de piezas dentarias, haciendo que su prevalencia de alteraciones clínicas dentarias sea menor.

Según CPOD en pacientes drogodependientes en recuperación, es de 18.42 siendo un resultado de Alto Riesgo ⁴¹, estos hallazgos a nivel de dientes Cariados en personas drogodependientes de marihuana es debido a los efectos de la intoxicación como: hambre, sed intensa y xerostomía ²² generando la alta ingesta de bebidas carbonadas (ingesta de azúcar) para neutralizar la boca seca ^{3,7,26} ; y

en personas cocainómanas algunos de los efectos de intoxicación son: ausencia de hambre y pérdida del gusto ^{3,4,27} en este último, los cocainómanos necesitan altas dosis de azúcar para no sentir la comida con sabor a “cartón” ²⁷, a todo esto debe agregarse la falta de higiene y a una inapropiada nutrición ²⁶. Por el lado de dientes Perdidos, los pacientes drogodependientes refieren que cuando hay dolor simplemente consumen más droga, llevando sus piezas dentarias ya no a una restauración si no a una exodoncia, otros refieren el poco interés por su salud bucal y la falta económica para acceder al servicio dental; llevándolos a tener inicialmente gingivitis, que luego terminará en periodontitis y consecuentemente la pérdida del hueso alveolar ^{17,18}. Con respecto a dientes Restaurados, ha dependido mucho de cada Centro de Rehabilitación, el nivel académico y económico de cada paciente drogodependiente.

Según la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación y el grupo dentario, en mi estudio se encontró mayor Abrasión en Incisivos-Caninos-Premolares (37%) y Caninos-Premolares (18%); una posible explicación de estos resultados es que el grupo de Incisivos-Caninos-Premolares están en contacto más directo y rápido para que los consumidores apliquen localmente la droga sobre sus encías, rozando estas piezas ²⁰, y generando dichas abrasiones. Por el lado de la Abfracción, es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación en el grupo dentario Premolares (38%) y Caninos-Premolares (22%), el hallazgo del gran porcentaje en premolares se debe a que las fuerzas biomecánicas concentran su tensión a nivel cervical principalmente en piezas posteriores, en especial premolares ²⁹. Mientras que, en

Atrición es mayor en pacientes drogodependientes en recuperación en el grupo dentario de Incisivos-Caninos-Premolares (44%) , debiéndose el mayor porcentaje en ese grupo mencionado por la mayor ausencia de piezas Molares, de igual forma los pacientes drogodependientes bajo el estrés multifactorial, entre otros, presentan gran desgaste en las superficies incisales como oclusales³¹. Finalmente, con respecto a la Erosión es mayor la prevalencia en el grupo dentario de Incisivos-Caninos (66%) e Incisivos-Caninos-Premolares (24%), sobretudo en las caras palatina y lingual, esto se debe a que los pacientes drogodependientes refirieron que tienen la “manía” de colocar el polvo de la droga sobre la punta del dorso de la lengua y pasarla sobre estas caras dentales, para “probar su calidad”. Según la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación y la superficie afectada de las piezas dentarias, en nuestro estudio se encontró tanto para Abrasión como para Abracción, 94% y 80% respectivamente para la superficie vestibular, concordando así con toda bibliografía consultada como: Henostroza G.²⁹ (2005), Vásquez M y cols ³¹ (2008) y Cuniberti N y col. ³³ (2009).

Según la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación y el grado en Atrición, en mi estudio se encontró con grado 3 para Incisivos (50%) y Caninos (53%), este grado significa que “aparecen puntos aislados de la dentina expuesta”, con grado 2 para Incisivos (24%) y Caninos (21%) que significa “desgaste de las cúspides de la corona en incisivos y caninos se aprecia desgaste de la superficie incisal”, y con grado 4 para Incisivos (13%) y Caninos (14%) significando “desgaste afecta la

cavidad pulpar”, con estos resultados es posible explicar que la atrición en pacientes drogodependientes oscila entre grado 2 y 4 pudiéndose deber al estrés multifactorial, gran pérdida de piezas posteriores, alteración en su oclusión, hábitos, etc.³⁶ En el caso de premolares hay mayor atrición con grado 2 (34%) y grado 3 (25%), pudiéndose explicar que estas piezas no están en contacto directo con ningún hábito al momento de “fumar”; finalmente en los Molares hay un 57% de grado 0 (este grado, no existe en el índice de Alexeev y Debetz ³⁶, si no que se colocó por un tema estadístico, este porcentaje alto en sí representa a pacientes que no tenían molares y otros , como los jóvenes, que sí tenían, pero como recién iniciaban en su consumo, la atrición no estaba muy marcada) es por ello que la prevalencia de atrición en molares es de un 12% para el grado 3 y 5 respectivamente , explicándose que hay un número bajo de molares presentes en boca y los pocos que quedan presentan un grado alto, debiéndose al mayor tiempo de exposición de las drogas sobre las piezas dentarias y a los hábitos alimenticios.

Según la prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación y el grado en Erosión, en mi estudio se encontró con mayor porcentaje a nivel de Incisivos (51%) y Caninos (40%) con Grado 2 [significado, consultar bibliografía de Fajardo MC y col ³⁵ (2011)], esto explica lo mencionado por los pacientes drogodependiente, que tienen la “manía” de colocar el polvo de la droga sobre la punta del dorso de la lengua y pasarla sobre las caras palatina y lingual, para “probar su calidad”, estos resultados coinciden, en parte, con los de Ksenia B y cols.¹⁶ (2012) para ellos los

pacientes narcodependientes presentan pérdida del esmalte dentario, a nivel cervical, producto de la acción química de sustancias desmineralizantes por el consumo de las drogas; pero en nuestro estudio la pérdida del esmalte dentario se encontró más a nivel de las caras palatinas y linguales. Para los grupos dentarios de Premolares y Molares, su mayor prevalencia es en Grado 0, con 73% y 97% respectivamente, una posible explicación es que son piezas dentarias posteriores que no están en contacto directo según la “manía” relatada por el paciente drogodependiente.

Según CPOD en pacientes drogodependientes en recuperación, es de 18.42 siendo un resultado de Alto Riesgo ⁴¹, estos hallazgos a nivel de dientes Cariados en personas drogodependientes de marihuana es debido a los efectos de la intoxicación como: hambre, sed intensa y xerostomía²² generando la alta ingesta de bebidas carbonadas (ingesta de azúcar) para neutralizar la boca seca ^{3, 7, 26}; y en personas cocainómanas algunos de los efectos de intoxicación son: ausencia de hambre y pérdida del gusto^{3, 4, 27} en este último, los cocainómanos necesitan altas dosis de azúcar para no sentir la comida con sabor a “cartón” ²⁷, a todo esto debe agregarse la falta de higiene y a una inapropiada nutrición ²⁶. Por el lado de dientes Perdidos, los pacientes drogodependientes refieren que cuando hay dolor simplemente consumen más droga, llevando sus piezas dentarias ya no a una restauración si no a una exodoncia, otros refieren el poco interés por su salud bucal y la falta económica para acceder al servicio dental; llevándolos a tener inicialmente gingivitis, que luego terminará en periodontitis y consecuentemente la pérdida del hueso alveolar ^{17,18}. Con respecto a dientes Restaurados, ha

dependido mucho de cada Centro de Rehabilitación, el nivel académico y económico de cada paciente drogodependiente.

VI. CONCLUSIONES

- Los pacientes drogodependientes siempre van a presentar las alteraciones clínicas dentales de Atrición y Erosión; y en menor medida abrasión y abfracción, respectivamente.
- Los pacientes drogodependientes con 18-25 años presentan mayor prevalencia de alteraciones clínicas dentales, que los pacientes de edades comprendidas entre los 26-50 años de edad.
- No importa el tipo de droga(s) consumida(s), siempre van a presentar alteraciones clínicas de la estructura dentaria, pero sobretodo van a tener más prevalencia los pacientes consumidores de Marihuana-PBC, Marihuana y Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína.
- El tiempo de consumo mínimo de los pacientes drogodependientes para presentar alteraciones clínicas de la estructura dentaria es de 1-5 años de consumo.
- El grupo dentario más afectado por el consumo de drogas respecto a la Abrasión son Incisivos-Caninos-Premolares, respecto a la Abfracción son Premolares, respecto a la Atrición son Incisivos-Caninos-Premolares y respecto a la erosión son los Incisivos-Caninos.
- La superficie más afectada respecto a Abrasión y Abfracción, es la superficie vestibular.
- El mayor grado en Atrición para Incisivos y Caninos es de grado 3, para premolares es grado 2 y para molares es grado 3 y 5.

- El mayor grado en Erosión para Incisivos y Caninos es grado 2.
- El CPOD es de riesgo alto, debido a los múltiples efectos de intoxicación de cada droga.

VII. RECOMENDACIONES

- Estudiar la relación entre las alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes según el grupo socioeconómico, nivel de educación, dieta y hábitos de consumo de drogas ilegales.
- Realizar investigaciones sobre alteraciones en tejidos blandos en pacientes drogodependientes de la provincia de Trujillo.
- Presentar un programa de Apoyo a la Salud Bucal en pacientes drogodependientes en recuperación.
- Analizar el nivel de conocimiento de estudiantes de estomatología y Cirujanos Dentistas sobre estas alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes consumidores de drogas ilegales.
- Realizar estudios de concientización tanto a estudiantes de estomatología y cirujanos dentistas sobre estas alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes consumidores de drogas; y a los drogodependientes, sobre su salud oral.
- Agregar en la Historia Clínica Estomatológica UPAO, en la parte de Cuestionario de Salud, la pregunta de consumo de drogas ilegales.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(Según Normas Vancouver)

1. Gigena PC, Bella MI, Cornejo LS. Salud bucal y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación. 2012: 49-59.
2. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Informe Mundial sobre las Drogas: Resumen Ejecutivo. Lima: UNODC; 2015.
3. Centro De Información Y Educación Para La Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO). El Problema de la Drogas en el Perú. Lima: CEDRO; 2015.
4. Zavaleta A. El impacto del narcotráfico en la salud pública. Coca y derivados cocaínicos. 2009: 59-81.
5. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA). Estrategia Nacional de lucha contra las Drogas 2012-2016. Lima: DEVIDA; 2016.
6. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA). Reporte estadístico sobre consumo de Drogas en el Perú 2015. Lima: DEVIDA; 2016.
7. Asián DJ. Implicancias odontológicas en el uso de drogas en adolescentes. Odontol Pediatr. 2011; 10(2): 122-130.
8. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Lima: Macole; 2013.

9. Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina (PRADICAN). II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria: Informe Regional 2012. Lima: PRADICAN; 2013.
10. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA). IV Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012. Lima: DEVIDA; 2013.
11. Cope G. Alcohol and recreational drug use: The effect on oral health. Dental Nursing. 2012; 8(1): 14-17.
12. Marques TC y cols. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. BMC Oral Health. 2015; 15: 1-38.
13. Guillermo Machuca P. Relación de la salud bucodental con el Tabaco y patologías respiratorias. [Internet]. 1era ed. Barcelona: Glosa; [citado 25 de Jun 2017]. Disponible en:
<http://www.lacerodontologia.com/resources/publipropias/06%20relacion%20de%20la%20salud%20bucodental%20con%20el%20tabaco.pdf>
14. DENTAID. El Tabaco y sus consecuencias en la Salud Bucal. Dentaïd. 2008; (14): 1-24.
15. DELTA DENTAL. El uso del Tabaco y tu Salud Bucal. Delta Dental [Internet]. 2008 [citado 25 de Jun 2017]: 1-2. Disponible en:
https://www.deltadentalins.com/group_sites/gov/education/tobacco_sp.pdf
16. Basov K, Sanabria Z, Aguilera MC. Prevalencia de manifestaciones bucales en individuos narcodependientes. Odous Científica. 2012; 13(1): 7-12.

17. Cho CM, Hirsch R, Johnstone S. General and Oral health implications of cannabis use. *Australian Dental Journal*. 2005; 50(02): 70-74.
18. Maloney W. The significance of illicit drug use to dental practice. *Webmedcentral* [Internet]. 2010 [citado 25 de Jun 2017]; 1(7): 1-10. Disponible en:
https://www.webmedcentral.com/wmcpdf/Article_WMC00455.pdf
19. Pascual F, Torres M, Calafat A. Monografía Cocaína. 2001; 13(2): 7-22.
20. Solórzano E, Dávila L, Premoli G. Estudio *in vitro* sobre los efectos de la cocaína sobre los tejidos duros del diente. *Rev Cubana Estomatol*. 2008; 45(3-4):1-8.
21. Brand HS, Gonggrijp S, Blanksma CJ. Cocaine and oral health. *British Dental Journal*. 2008; 204(7): 365-369.
22. Arizmendi BG, Aristizábal JF, Ballesteros RE, Benítez MS. Hallazgos clínicos orales característicos en consumidores de basuco, cocaína y/o marihuana. [Internet]. [citado 25 de Jun 2017]. Disponible en:
<http://www.juanfernandoaristizabal.com/pdf/12.pdf>
23. Gándara JM, Diniz M, Gándara P, Blanco A, García A. Lesiones inducidas por la aplicación tópica de cocaína. *Medicina Oral*. 2002; 7(2): 23-25.
24. Arocena J, Alcanzar J, Arnau G, Violant D, Santos A. Lesiones orales y gingivales asociadas al consumo de cocaína. Revisión de la literatura y presentación de un caso clínico. *Periodoncia y Osteointegración*. 2009; 19(1): 27-34.

25. Bassiouny MA. Dental erosion due to abuse of illicit drugs and acidic carbonated beverages. *General Dentistry*. 2013; 38-44.
26. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Ekhtiari H, Virtanen JI. Oral Health of drug abusers: A review of health effects and care. *Irian J Publ Health*. 2013; 42(9):929-940.
27. Robinson PG, Acquah S, Gibson B. Drug users: Oral health-related attitudes and behaviours. *British Dental*. 2005; 198(4): 219-224.
28. Díaz OE y cols. Lesiones no cariosas: atrición, erosión, abrasión, abfracción, bruxismo. *Oral*. 2012; (38): 742-744.
29. Henostroza G. Diagnóstico de caries dental. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2005.
30. González EM, Midobuche EO, Castellanos JL. Bruxismo y desgaste dental. *ADM*. 2015; 72(2):92-98.
31. Vásquez M, Sánchez C, Junquera M, Herrera U. Revisión de la literatura: Lesiones cervicales no cariogénicas. *Cient Dent*. 2008; 5(3): 215-224.
32. Cuniberti N, Rossi G. Un punto de vista diferente en las lesiones cervicales no cariosas: Por qué las lesiones cervicales en cuña no son producidas por la erosión ácida. *Rodyb*. 2017; 6(2): 1-10.
33. Cuniberti N, Rossi G. Lesiones Cervicales no Cariosas: La lesión dental del futuro. 1era ed. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2009.
34. Ochoa MM. Otras condiciones de los tejidos dentales. [Internet]. [citado 25 de Jun 2017]. Disponible en:

https://es.slideshare.net/margarita8a5662/desgastes-dentales2-1?qid=01d25abf-e845-4cec-9660-767d7d0a399e&v=&b=&from_search=1

35. Fajardo MC, Mafla AC. Diagnóstico y epidemiología de erosión dental. Salud UIS. 2011; 43(2): 179- 189.
36. García JC, Carmona JA, González X, González R, Labrador D. Atrición dentaria en la oclusión permanente. Ciencias Médicas. 2014; 18(4): 566-573.
37. Di Cugno F. Efecto del consumo de drogas sobre tejidos y órganos bucales. Bol Of Sanit Panam. 1979; 87(4): 300-308.
38. Morales R, Guevara JO. Alteraciones estructurales de los dientes. Kiru. 2010; 7(2): 83-90.
39. Bello S, Flores A, Bello M, Chamorro H. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. Rev Chil Enf Respir. 2009; 25: 218-230.
40. O'Brien CP. The CAGE Questionnaire for Detection of Alcoholism. JAMA. 2008; 300(17): 2054–2056.
41. Indicadores epidemiológicos para la caries dental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de salud de la nación; 2013.
42. Ley N°26842, de 24 de Junio, General de Salud. 2012.
43. Ley N°29016, de 10 de Julio, Código de Ética y Deontología del Colegio Odontológico del Perú. 2015.
44. Código de Ética para la Investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego. 2016.

ANEXOS

ANEXO 1

SOLICITO: Permiso para realizar Trabajo de Investigación

SEÑOR.....

DIRECTOR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN

Yo, DIANA CATHERINE MORALES DE LA CRUZ, identificada con DNI N° 71667240, domiciliada en Jirón Jaime de Hermosilla N° 126 –Urbanización Los Jardines del distrito de Trujillo. Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado la carrera profesional de **ESTOMATOLOGÍA** en la Universidad Privada Antenor Orrego, solicito autorización para realizar un trabajo de Investigación en su Institución sobre **“PREVALENCIA DE ALTERACIONES CLÍNICAS DE LA ESTRUCTURA DENTARIA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES EN RECUPERACIÓN DE 18-50 AÑOS DE EDAD”** para optar el grado de Cirujano Dentista.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Trujillo,.....de.....del 2017

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes una clara explicación de la naturaleza de la investigación: **“PREVALENCIA DE ALTERACIONES CLÍNICAS DE LA ESTRUCTURA DENTARIA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES EN RECUPERACIÓN DE 18-50 AÑOS DE EDAD”**; así como, su rol en la misma.

Dicha investigación es conducida por la bachiller en estomatología **Diana Catherine Morales De La Cruz**, de la Universidad Privada Antenor Orrego para optar el grado de Cirujano Dentista.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar el cuestionario y someterse a una evaluación estomatológica.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y anónima. La información que se recoja será confidencial y no será de uso para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradezco su participación.

He leído el documento proporcionado o me han informado del mismo. Además, he tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y me han contestado satisfactoriamente. Por tanto, consiento voluntariamente participar de esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera

.....
FIRMA DEL PARTICIPANTE

.....
HUELLA DIGITAL

Trujillo,.....de..... del 2017

ANEXO 03



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

1. Se le presenta una serie de preguntas de opción múltiple donde debe escoger la opción que mejor se identifique con usted, encerrándolo en un círculo.

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
a) 10 o menos b) 11 a 20 c) 21 a 30 d) 31 o más

2. ¿Cuánto tiempo pasa, desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?
a) Menos de 5 minutos b) 6 a 30 minutos c) 31 a 60 minutos

d) Más de 60 minutos

3. ¿Fuma más en las mañanas?
a) SI b) NO

4. ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido?
a) SI b) NO

5. ¿a qué cigarrillo le costaría más renunciar?
a) El primero del día b) Cualquier otro

6. ¿Fuma cuando no se encuentra bien o cuando está enfermo?
a) SI b) NO

2. A continuación, se le realiza cuatro preguntas donde debe responder SI o NO.

C: ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?

A: ¿Le ha molestado que la gente critique por su forma de beber?

G: ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?

E: ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?

ANEXO 04



CUESTIONARIO



Edad:

Género:

Centro de Rehabilitación:

.....

1. Marque con una equis "X" la(s) droga(s) que ha consumido.

- () Marihuana ("toque", "mota", "hierba", "pito", "tola", "grass")
- () Drogas Cocaínicas ("coca", "blanca nieves", "perico")
 - () PBC ("pye", "pastel", "pasta", "quete")
 - () Clorhidrato de cocaína ("coca", "blanca", "paco")
 - () Crack ("base", "baserola")
- () Anfetaminas ("anfetas", "pepas")
- () Metanfetaminas ("speed", "crank", "shabu", "Sharon", "ice")
- () Éxtasis ("pepas", "tachas")
- () LSD ("ácido", "micropuntos", "trip")

Otros:

.....

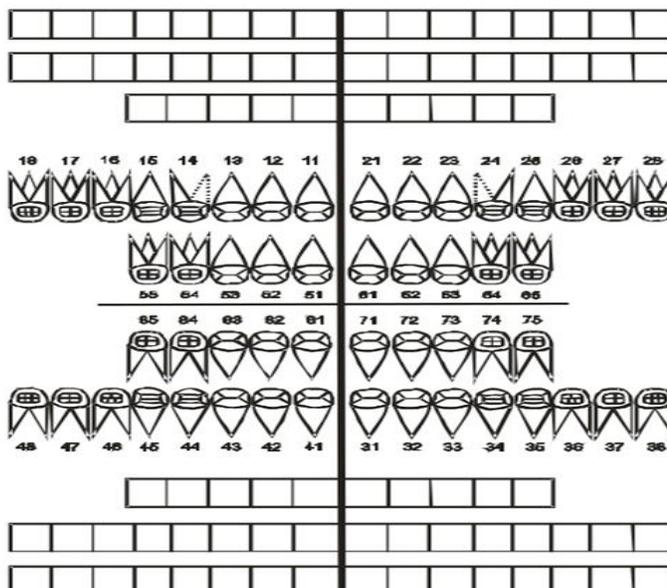
2. ¿Cuánto tiempo usted ha consumido drogas?

.....

.....

ANEXO 05

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**



C:	
P:	
O:	
Total:	

ABRASIÓN

DIENTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
SUPERFICIE AFECTADA																
DIENTE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
NÚMERO DE PIEZAS DENTARIAS AFECTADAS	I:			C:			PM:			M:			TOTAL:			

ABFRACCIÓN

DIENTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
SUPERFICIE AFECTADA																
DIENTE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
NÚMERO DE PIEZAS DENTARIAS AFECTADAS	I:			C:			PM:			M:			TOTAL:			

DESGASTE O ATRICIÓN DENTAL: Índice de Alexeev y Debetz.

Grado 1: Desgaste del esmalte

Grado 2: Desgaste de las cúspides de la corona, en incisivos y caninos se aprecia desgaste de la superficie inicial.

Grado 3: Aparecen puntos aislados de la dentina expuesta.

Grado 4: El desgaste afecta la cavidad pulpar.

Grado 5: La corona está completamente expuesta.

Grado 6: La corona se aprecia completamente desgastada.

DIENTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
GRADO																
DIENTE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
NÚMERO DE PIEZAS DENTARIAS AFECTADAS	I:			C:			PM:			M:			TOTAL:			

EROSIÓN: ÍNDICE DE SMITH Y KNIGHT

Grado	Superficie	Criterio
0	V/L/O/I	Ninguna característica de pérdida de esmalte
	C	Ninguna pérdida de contorno
1	V/L/O/I	Características de pérdida de esmalte
	C	Mínima pérdida de contorno
2	V/L/O	Pérdida de esmalte exponiendo la dentina menos de un 1/3 de la superficie.
	C	Pérdida de esmalte solo exponiendo la dentina.
	I	Defecto menor de 1mm de profundidad
3	V/L/O	Pérdida de esmalte exponiendo la dentina por más de un 1/3 de la superficie.
	C	Pérdida de esmalte y pérdida sustancial de la dentina.
	I	Defecto menos de 1-2 mm de profundidad
4	V/L/O	Completa pérdida de esmalte, exposición pulpar y exposición de dentina secundaria.
	C	Exposición de la pulpa o exposición de dentina secundaria.
	I	Defecto de más de 2 mm de profundidad, exposición pulpar, exposición de dentina secundaria.

DIENTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
GRADO																
DIENTE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
NÚMERO DE PIEZAS DENTARIAS AFECTADAS	I:			C:			PM:			M:			TOTAL:			

ANEXO 06

CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN

Yo, Edward Henry Miranda Gutierrez, Cirujano Dentista en el Hospital Regional Docente de Trujillo, hace CONSTAR que en el mes de Mayo-Junio del año 2017 ha realizado una calibración INTEREXAMINADOR en el tema de “Prevalencia de alteraciones clínicas de la estructura dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la provincia de Trujillo- 2017” con la alumna Diana Catherine Morales De La Cruz identificada con ID. N° 000112472.

Se expide el presente para los fines convenientes.

Trujillo, 08 de Junio del 2017

Dr. Edward Henry Miranda Gutierrez

ANEXO 07

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....
identificado con DNI..... domiciliado en
..... con teléfono

Autorizo a la bachiller Diana Catherine Morales De La Cruz de la Universidad Privada Antenor Orrego, me realice la evaluación odontológica, que comprende el llenado de odontograma e índices de lesiones no cariosas, bajo la supervisión del tutor CD. Miranda Gutierrez, Edward Henry, llevado a cabo en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

Así mismo, se me ha comunicado que la información que se recoja de esta evaluación será confidencial y no será usado para ningún otro propósito.

Además, he tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y se me ha contestado satisfactoriamente. Por tanto, consiento voluntariamente participar de esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

.....

FIRMA DEL PARTICIPANTE

.....

HUELLA DIGITAL

Trujillo,.....de..... del 2017

ANEXO 08:

MEDIDAS DE CONCORDANCIA DOCTOR - INVESTIGADORA		KAPPA DE COHEN K_{ho}	CASOS N	SIGNIFICANCIA P	CONCORDANCIA
Abrasión	Vestibular	1.000	10	0.000	Muy buena
	Lingual	0.796	10	0.000	Buena
	Número	1.000	10	0.000	Muy buena
	Incisivos	1.000	10	0.002	Muy buena
	Caninos	1.000	10	0.002	Muy buena
	Premolares	1.000	10	0.002	Muy buena
	Molares	1.000	10	0.002	Muy buena
Abfracción	Vestibular	0.750	10	0.000	Buena
	Lingual	Invaluable	Invaluable	Invaluable	Invaluable
	Número	0.872	10	0.000	Muy buena
	Incisivos	1.000	10	0.000	Muy buena
	Caninos	1.000	10	0.002	Muy buena
	Premolares	1.000	10	0.002	Muy buena
	Molares	1.000	10	0.002	Muy buena
Atrición	Número	0.677	10	0.000	Buena
	Incisivos	1.000	10	0.000	Muy buena
	Caninos	1.000	10	0.002	Muy buena
	Premolares	1.000	10	0.002	Muy buena
	Molares	1.000	10	0.002	Muy buena
Erosión	Número	0.677	10	0.000	Buena
	Incisivos	1.000	10	0.002	Muy buena
	Caninos	1.000	10	0.002	Muy buena
	Premolares	1.000	10	0.002	Muy buena
	Molares	1.000	10	0.002	Muy buena

ANEXO 9:

Análisis de Prueba de Normalidad para la prevalencia de alteraciones clínicas de la Estructura Dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según edad.

Kolmogorov-Smirnov(a)				
	Edad	Estadístico	gl	Sig.
Abrasión	18-25 años	0.092	36	0.200
	26-33 años	0.104	25	0.200
	34-41 años	0.126	16	0.200
	42-50 años	0.197	27	0.009
Abfracción	18-25 años	0.187	36	0.002
	26-33 años	0.172	25	0.056
	34-41 años	0.250	16	0.009
	42-50 años	0.237	27	0.000
Atrición	18-25 años	0.104	36	0.200
	26-33 años	0.171	25	0.059
	34-41 años	0.137	16	0.200
	42-50 años	0.140	27	0.190
Erosión	18-25 años	0.321	36	0.000
	26-33 años	0.374	25	0.000
	34-41 años	0.293	16	0.000
	42-50 años	0.174	27	0.035

ANEXO 10:

Análisis de Prueba de Normalidad para la prevalencia de alteraciones clínicas de la Estructura Dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según tipo de droga (s) consumida (s).

Kolmogorov-Smirnov(a)				
	Tipo de Droga	Estadístico	gl	Sig.
Abrasión	Marihuana	0.167	15	0.200
	PBC	0.197	7	0.200
	Clorhidrato de Cocaína	0.260	2	0.000
	Marihuana-PBC	0.106	20	0.200
	Marihuana-Clorhidrato de Cocaína	0.244	10	0.095
	PBC-Clorhidrato de Cocaína	0.215	4	0.000
	Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína	0.190	16	0.125
	PBC-Clorhidrato de Cocaína-Crack	0.305	3	0.000
	Marihuana-PBC- Clorhidrato de Cocaína-Crack	0.188	8	0.200
	Marihuana-PBC-Otros	0.253	3	0.000
	Marihuana- PBC-Clorhidrato de Cocaína-Otros	0.282	3	0.000
	Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína-Crack-Otros	0.124	10	0.200

Abfracción	Marihuana	0.196	15	0.126
	PBC	0.324	7	0.025
	Clorhidrato de Cocaína	0.260	2	0.000
	Marihuana-PBC	0.212	20	0.019
	Marihuana-Clorhidrato de Cocaína	0.266	10	0.044
	PBC-Clorhidrato de Cocaína	0.307	4	0.000
	Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína	0.184	16	0.149
	PBC-Clorhidrato de Cocaína-Crack	0.219	3	0.000
	Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína-Crack	0.182	8	0.200
	Marihuana-PBC-Otros	0.385	3	0.000
	Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína-Otros	0.385	3	0.000
	Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína-Crack-Otros	0.184	10	0.200
Atrición	Marihuana	0.197	15	0.123
	PBC	0.185	7	0.2000
	Clorhidrato de Cocaína	0.260	2	0.000
	Marihuana-PBC	0.137	20	0.200
	Marihuana-Clorhidrato de Cocaína	0.175	10	0.200
	PBC-Clorhidrato de Cocaína	0.253	4	0.000
	Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína	0.258	16	0.006
	PBC-Clorhidrato de Cocaína-Crack	0.385	3	0.000
	Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína-Crack	0.143	8	0.200

	Marihuana-PBC-Otros	0.210	3	0.000
	Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína-Otros	0.227	3	0.000
	Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína-Crack-Otros	0.183	10	0.200
<hr/>				
	Marihuana	0.396	15	0.000
	PBC	0.263	7	0.155
	Clorhidrato de Cocaína	0.260	2	0.000
	Marihuana-PBC	0.408	20	0.000
	Marihuana-Clorhidrato de Cocaína	0.378	10	0.000
	PBC-Clorhidrato de Cocaína	0.307	4	0.000
Erosión	Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína	0.292	16	0.001
	PBC-Clorhidrato de Cocaína-Crack	0.385	3	0.000
	Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína-Crack	0.238	8	0.200
	Marihuana-PBC-Otros	0.385	3	0.000
	Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína-Otros	0.253	3	0.000
	Marihuana-PBC-Clorhidrato de Cocaína-Crack-Otros	0.344	10	0.001
<hr/>				

ANEXO 11:

Análisis de Prueba de Normalidad para la prevalencia de alteraciones clínicas de la Estructura Dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según tiempo de consumo.

Kolmogorov-Smirnov(a)				
	Tiempo de Consumo	Estadístico	gl	Sig.
Abrasión	<1 año	0.277	7	0.113
	1-5 años	0.106	33	0.200
	6-10 años	0.129	22	0.200
	11-20 años	0.096	24	0.200
	> 20 años	0.135	18	0.200
Abfracción	<1 año	0.280	7	0.104
	1-5 años	0.191	33	0.003
	6-10 años	0.144	22	0.200
	11-20 años	0.191	24	0.023
	> 20 años	0.233	18	0.011
Atrición	<1 año	0.171	7	0.200
	1-5 años	0.119	33	0.200
	6-10 años	0.205	22	0.016
	11-20 años	0.130	24	0.200
	> 20 años	0.170	18	0.182
Erosión	<1 año	0.373	7	0.004
	1-5 años	0.343	33	0.000
	6-10 años	0.353	22	0.000
	11-20 años	0.259	24	0.000
	> 20 años	0.153	18	0.200

ANEXO 12:

Análisis de Prueba de Normalidad para la prevalencia de alteraciones clínicas de la Estructura Dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según el grupo dentario.

Kolmogorov-Smirnov(a)				
	Grupo dentario	Estadístico	gl	Sig.
Abrasión	Incisivos	0.329	4	0.000
	Caninos	0.385	3	0.000
	Premolares	0.230	10	0.142
	Incisivos-Caninos	0.272	6	0.189
	Caninos-Premolares	0.138	19	0.200
	Premolares-Molares	0.385	3	0.000
	Incisivos-Caninos-Premolares	0.114	38	0.200
	Caninos-Premolares-Molares	0.260	2	0.000
	Incisivos-Caninos-Premolares-			
	Molares	0.190	19	0.069
Abfrasión	Incisivos	0.260	2	0.000
	Caninos	0.357	7	0.007
	Premolares	0.240	40	0.000

	Caninos-Premolares	0.134	23	0.200
	Premolares-Molares	0.385	3	0.000
	Incisivos-Caninos-Premolares	0.219	3	0.000
	Caninos-Premolares-Molares	0.159	4	0.000
	Incisivos-Caninos-Premolares- Molares	0.539	22	0.000
Atrición	Incisivos	0.253	3	0.000
	Incisivos-Caninos	0.182	8	0.200
	Incisivos-Caninos-Premolares	0.171	46	0.002
	Incisivos-Caninos-Premolares- Molares	0.132	42	0.062
Erosión	Incisivos	0.258	7	0.174
	Incisivos-Caninos	0.386	69	0.000
	Incisivos-Caninos-Premolares	0.236	25	0.001
	Incisivos-Caninos-Premolares- Molares	0.260	2	0.000

ANEXO 13:

Análisis de Prueba de Normalidad para la prevalencia de alteraciones clínicas de la Estructura Dentaria en pacientes drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según superficie afectada de las piezas dentarias.

Kolmogorov-Smirnov(a)				
	Superficie afectada	Estadístico	gl	Sig.
Abrasión	Vestibular	0.091	98	0.042
	Vestibular-Lingual	0.376	6	0.008
Abfracción	Vestibular	0.185	83	0.000

ANEXO 14:

Análisis de Prueba de Normalidad para la prevalencia de alteraciones clínicas de la Estructura Dentaria Atrición en pacientes Drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según grado.

Kolmogorov-Smirnov(a)				
	GRADO	Estadístico	gl	Sig.
Incisivos	Grado 1	0.348	9	0.002
	Grado 2	0.453	25	0.000
	Grado 3	0.390	52	0.000
	Grado 4	0.335	13	0.000
	Grado 5	0.260	2	0.000
Caninos	Grado 1	0.325	8	0.013
	Grado 2	0.413	22	0.000
	Grado 3	0.518	55	0.000
	Grado 4	0.353	15	0.000
Premolares	Grado 1	0.223	14	0.058
	Grado 2	0.276	35	0.000
	Grado 3	0.155	26	0.110
	Grado 4	0.204	10	0.200
	Grado 5	0.333	6	0.036
Molares	Grado 1	0.159	7	0.200
	Grado 2	0.278	9	0.044
	Grado 3	0.149	12	0.200
	Grado 4	0.270	5	0.200
	Grado 5	0.182	12	0.200

ANEXO 15:

Análisis de Prueba de Normalidad para la prevalencia de alteraciones clínicas de la Estructura Dentaria Erosión en pacientes Drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según grado.

Kolmogorov-Smirnov(a)				
	GRADO	Estadístico	gl	Sig.
Incisivos	Grado 1	0.475	10	0.000
	Grado 2	0.417	53	0.000
	Grado 3	0.398	39	0.000
Caninos	Grado 1	0.395	11	0.000
	Grado 2	0.494	42	0.000
	Grado 3	0.472	41	0.000
	Grado 4	0.260	2	0.000
Premolares	Grado 1	0.441	4	0.000
	Grado 2	0.271	10	0.036
	Grado 3	0.260	12	0.024

ANEXO 16:

Análisis de Prueba de Normalidad para la prevalencia de alteraciones clínicas de la Estructura Dentaria en pacientes Drogodependientes en recuperación de 18-50 años de edad en la Provincia de Trujillo -2017, según el Número de Piezas.

Kolmogorov-Smirnov(a)				
GRADO		Estadístico	gl	Sig.
18-25 años	25-32 años	0.350	75	0.000
	9-16 piezas	0.473	5	0.001
26-33 años	17-24 años	0.538	18	0.000
	25-32 años	0.439	75	0.000
34-41 años	1-8 piezas	0.4071	6	0.002
	9-16 piezas	0.473	5	0.001
	17-24 años	0.501	18	0.000
	25-32 años	0.518	75	0.000
42-50 años	1-8 piezas	0.407	6	0.002
	9-16 piezas	0.367	5	0.026
	17-24 años	0.476	18	0.000
	25-32 años	0.535	75	0.000

FOTOGRAFÍAS

FOTOGRAFÍA 01:

Fotografía referencial del consentimiento informado para los pacientes atendidos en el área de Dental en el Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) para poder realizar la calibración interevaluador.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Elvia Santos Rodriguez Vial
identificado con DNI 78125177 domiciliado en La Espinosa
Los Rios 198 con teléfono 969901767

Autorizo a la bachiller Diana Catherine Morales De La Cruz de la Universidad Privada Antenor Orrego, me realice la evaluación odontológica, que comprende el llenado de odontograma e índices de lesiones no cariosas, bajo la supervisión del tutor CD. Miranda Gutierrez, Edward Henry, llevado a cabo en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

Así mismo, se me ha comunicado que la información que se recoja de esta evaluación será confidencial y no será usado para ningún otro propósito.

Además, he tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y se me ha contestado satisfactoriamente. Por tanto, consiento voluntariamente participar de esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.



FIRMA DEL PARTICIPANTE



HUELLA DIGITAL

Trujillo, 03 de Junio del 2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Rudily Antonia Mercedes Loaiza
identificado con DNI 78117835 domiciliado en Calle E de setiembre
nº 1248, Florencia de Mora con teléfono 999480091

Autorizo a la bachiller Diana Catherine Morales De La Cruz de la Universidad Privada Antenor Orrego, me realice la evaluación odontológica, que comprende el llenado de odontograma e índices de lesiones no cariosas, bajo la supervisión del tutor CD. Miranda Gutierrez, Edward Henry, llevado a cabo en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

Así mismo, se me ha comunicado que la información que se recoja de esta evaluación será confidencial y no será usado para ningún otro propósito.

Además, he tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y se me ha contestado satisfactoriamente. Por tanto, consiento voluntariamente participar de esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.



FIRMA DEL PARTICIPANTE



HUELLA DIGITAL

Trujillo, 07 de Junio del 2017

FOTOGRAFÍA 02:

Fotografías referenciales de consentimiento informado de pacientes drogodependientes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes una clara explicación de la naturaleza de la investigación: **"PREVALENCIA DE ALTERACIONES CLÍNICAS DE LA ESTRUCTURA DENTARIA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES EN RECUPERACIÓN DE 18-50 AÑOS DE EDAD"**; así como, su rol en la misma.

Dicha investigación es conducida por la bachiller en estomatología **Diana Catherine Morales De La Cruz**, de la Universidad Privada Antenor Orrego para optar el grado de Cirujano Dentista.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar el cuestionario y someterse a una evaluación estomatológica.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y anónima. La información que se recoja será confidencial y no será de uso para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradezco su participación.

He leído el documento proporcionado o me han informado del mismo. Además, he tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y me han contestado satisfactoriamente. Por tanto, consiento voluntariamente participar de esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.



FIRMA DEL PARTICIPANTE



HUELLA DIGITAL

Trujillo, 05 de AGOSTO del 2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes una clara explicación de la naturaleza de la investigación: **"PREVALENCIA DE ALTERACIONES CLÍNICAS DE LA ESTRUCTURA DENTARIA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES EN RECUPERACIÓN DE 18-50 AÑOS DE EDAD"**; así como, su rol en la misma.

Dicha investigación es conducida por la bachiller en estomatología **Diana Catherine Morales De La Cruz**, de la Universidad Privada Antenor Orrego para optar el grado de Cirujano Dentista.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar el cuestionario y someterse a una evaluación estomatológica.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y anónima. La información que se recoja será confidencial y no será de uso para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradezco su participación.

He leído el documento proporcionado o me han informado del mismo. Además, he tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y me han contestado satisfactoriamente. Por tanto, consiento voluntariamente participar de esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.



FIRMA DEL PARTICIPANTE



HUELLA DIGITAL

Trujillo, 06 de Agosto del 2017

FOTOGRAFÍA 03:

Fotografías referenciales en la Comunidad Cristiana “Despertar” – Trópico, distrito de Huanchaco.



FOTOGRAFÍA 04:

Fotografías referenciales en el “Refugio Temporal de la Asociación Civil Buenos Aires” – distrito Buenos Aires Sur.



FOTOGRAFÍA 05:

Fotografías referenciales en: Casa de Retiro “Las Lomas”- distrito de Huanchaco.



FOTOGRAFÍA 06:

Fotografías referenciales en la Asociación Cultural Comunidad Terapéutica “Jesús y María”- Nuevo Barraza, distrito de Laredo.



FOTOGRAFÍA 07:

Fotografías referenciales en: La Casa del Gran Pastor – Urb. Santa Teresita, distrito de Trujillo.



FOTOGRAFÍA 08:

Fotografías referenciales en la Comunidad Terapéutica “Jesús Te Ama”- distrito de Moche.

