

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS ORALES DE PACIENTES
CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

LILIANA CANDAMIL MARÍN

SANDRA MILENA CÁRDENAS

RICARDO CARDOZO

LIZETH ESPINOSA CÁRDENAS

LINA KATHERINE PÉREZ

SANDRA TORRES BERRÍO



COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA E INVETIGACIÓN
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.

1998

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS ORALES DE PACIENTES
CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

LILIANA CANDAMIL MARÍN
SANDRA MILENA CÁRDENAS
RICARDO CARDOZO
LIZETH ESPINOSA CÁRDENAS
LINA KATHERINE PÉREZ
SANDRA TORRES BERRÍO

Director Científico

RAFAEL PALENCIA

Odontólogo Especialista en Farmacología

Asesor Metodológico

MARTHA INÉS VÁSQUEZ

Odontólogo Maestría en Administración de Salud

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA E INVESTIGACIÓN
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.

1998

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS ORALES EN PACIENTES
CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

LILIANA CANDAMIL MARÍN
SANDRA MILENA CÁRDENAS
RICARDO CARDOZO
LIZETH ESPINOSA CÁRDENAS
LINA KATHERINE PÉREZ
SANDRA TORRES BERRÍO

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para
optar el Título de Odontólogo

Director Científico
RAFAEL PALENCIA
Odontólogo Especialista en Farmacología

Asesor Metodológico
MARTHA INÉS VÁSQUEZ
Odontólogo Maestría en Administración de Salud

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA E INVETIGACIÓN
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.
1998

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2. JUSTIFICACIÓN	12
1..3 PROPÓSITO	13
1.4 MARCO TEÓRICO	14
1.4.1 Cocaína	16
1.4.1.1 Aspecto Histórico	16
1.4.1.2 Botánica y Química	17
1.4.1.3 Efectos Farmacológicos	18
1.4.1.4 Efectos Sistémicos	22
1.4.1.5 Manifestaciones Clínicas Orales	23
1.4.1.6 Incidencia y Formas de Uso	24
1.4.1.7 Dependencia	25
1.4.1.8 Toxicidad Aguda	26
1.4.1.9 Tolerancia	28

1.4.1.10	Síndrome de Abstinencia	28
1.4.2	Marihuana	29
1.4.2.1	Aspecto Histórico	29
1.4.2.2	Origen y Química de la Marihuana	29
1.4.2.3	Efectos Farmacológicos de la Marihuana (Estimulante del SNC)	31
1.4.2.4	Efectos Sistémicos	31
1.4.2.5	Manifestaciones Clínicas Orales del Adicto a la Marihuana	34
1.4.3	Bazuco	34
1.4.3.1	Aspecto Histórico	34
1.4.3.2	Origen y Química del Bazuco	34
1.4.3.3	Efectos Farmacológicos del Bazuco (Estimulantes del SNC)	35
1.4.3.4	Efectos Sistémicos	35
1.4.4	Absorción, Destino y Excreción de las Sustancias Psicoactivas	36
1.4.5	Modalidades de Uso	37
1.4.6	Formas de Abuso	38
1.4.7	Patrones de Consumo	38
1.4.7.1	Consumo Experimental	39
1.4.7.2	Consumo Recreativo	39

1.4.7.3	Consumo circunstancial	39
1.4.7.4	Consumo Intensificado	39
1.4.7.5	Consumo Compulsivo	39
1.4.8	Farmacoterapia de la Drogadependencia Cocaínica y Otras Sustancias Psicoactivas	40
1.4.9	Simpaticomiméticos del SNC: Anfetaminas, Cocaína y Drogas Afines	41
1.4.10	Tolerancia, Toxicidad, Dependencia Física y Síntomas de Abstinencia	44
1.4.11	Farmacocinética	45
1.4.12	Incidencia de la Farmacodependencia en Colombia	46
1.4.13	Datos de Consumo de Marihuana, Cocaína y Bazuco	48
1.4.13.1	Marihuana	49
1.4.13.2	Cocaína	50
1.4.13.3	Bazuco	51
1.5	OBJETIVOS	52
1.5.1	General	52
1.5.2	Específicos	52
2.	MÉTODO	53

2.1	TIPO DE ESTUDIO	53
2.2	DEFINICIÓN DE VARIABLES	53
2.3	INSTRUMENTO	54
3.	RESULTADOS	63
4.	DISCUSIÓN	65
5.	CONCLUSIONES	66
6.	RECOMENDACIONES	68
	BIBLIOGRAFÍA	69
	ANEXO A	71
	ANEXO B	72
	ANEXO C	73
	ANEXO D	74
	ANEXO E	75
	ANEXO F	76

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas, como medio para evadir la realidad y alterar el estado de ánimo, es una práctica que se remonta a los primeros tiempos de la humanidad, trayendo consigo innumerables alteraciones psicológicas de comportamiento.

Con este trabajo se pretende dar a conocer de manera detallada, las características clínicas en consumidores de sustancias psicoactivas como bazuco, marihuana, cocaína, observados desde un enfoque básicamente relacionado con el sistema estomatognático, haciendo repercusión con el contexto socio cultural e interpersonal que este tipo de comportamiento pueda acarrear.

Las características inherentes a cada sustancia psicoactiva, así como su composición y mecanismo de acción, también son de relevante importancia en este trabajo.

Se espera despertar el interés del lector con respecto al tema en cuestión contribuyendo, de manera directa a la visión del paciente por parte del profesional de la salud, no solo como una alternativa para demostrar sus capacidades o expresar

sus conocimientos, sino como individuo integral que siente de manera extraña; y que solo con una adecuada preparación se puede llegar a comprender y a mejorar el trato y la interrelación.



1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Falta de conocimiento por parte del odontólogo acerca de las más comunes manifestaciones clínicas orales de los pacientes farmacodependientes.

1.2. JUSTIFICACIÓN

* Falta de conocimiento de la odontología con respecto a las más comunes manifestaciones clínicas orales de pacientes farmacodependientes.

* Es importante el convencimiento acerca de las transformaciones que sufre una mucosa oral normal al ser incidida por sustancias psicoactivas.

* El conocimiento e identificación de características clínicas orales de pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, contribuye a un mejor diagnóstico y más eficaz tratamiento.

* En nuestro país el fenómeno de la farmacodependencia se constituye en uno de los de mayor incidencia negativa a nivel social.

* Hay varios estudios (Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Fundación Santafé, 1993) que demuestran que la mayor incidencia de consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país, oscila en muchachos de edades entre los 12 y 17 años.

* El consumo de estas sustancias tiene repercusión en los campos morbilidad oral, siendo esta una condición ignorada o desconocida por muchos de los consumidores.

1.3 PROPÓSITO

* Contribuir a hacer más eficaz el plan de tratamiento en un paciente farmacodependiente.

* Incentivar a los estudiantes y profesionales de esta y otras facultades de odontología para que se interesen en el tema de las manifestaciones orales en pacientes farmacodependientes.

* Este trabajo tiene el fin de recopilar la suficiente información en el campo de la farmacodependencia para que el profesional de la salud y más concretamente, el odontólogo tenga mayor conocimiento sobre el mecanismo de acción de las sustancias psicoactivas, sus consecuencias orales y fisiológicas, encaminadas hacia un plan de tratamiento adecuado.

1.4 MARCO TEÓRICO

La farmacodependencia en nuestros tiempos se constituye en una de los más notorios casos de producción y perjuicio en nuestra sociedad. definida como la acción o hecho mediante la cual un individuo depende de una sustancia estimulante para lograr un equilibrio emocional y en algunos casos físico y mental, resulta una influencia suficientemente negativa y relevante como para ser tomada en cuenta por un profesional de la salud.

La farmacodependencia está íntimamente ligada a la drogadicción, lo cual conlleva al individuo a ser adicto a una o varias drogas psicoactivas, las cuales deben ser administradas en dosis periódicas y cada vez más constantes reflejando un paulatino proceso de drogadicción y degeneración personal y social en el individuo.

Un paciente sano presenta características típicas como:

- * Encía de color rosado pálido con márgenes regulares y continuos, un punteado en cáscara de naranja y terminaciones en filo de cuchillo.
- * Mucosa brillante de color rosado más oscuro, acompañado de un conjunto de características que se asocian con los principios más elementales de higiene y salud.

Con importante soporte teórico y científico, comenzando por una exhaustiva investigación acerca de las más comunes drogas, sus manifestaciones, características y reacciones; se realizará una actividad de tipo descriptivo, soportado dentro de una concienzuda revisión bibliográfica, asociada básicamente al sistema estomatognático.



1.4.1 Cocaína.

1.4.1.1. Aspecto Histórico. Del erythroxylian coca, se obtiene la cocaína. Hallazgos en Ecuador establecen una antigüedad de por lo menos 3000 años a.C. Fue conocida en Europa hace más de 400 años.

En la época colonial ya se perseguía por ser “hierba diabólica”. El consumo por los Incas, data del siglo VI. En el imperio Inca, la coca fue utilizada como medicamento y en funciones religiosas, existían reglas precisas sobre su uso contra el hambre, la sed y como reconstituyente.

Durante la época de la conquista y el apogeo del imperio, su consumo se generalizó entre los soldados, agricultores y especialmente entre los mensajeros de correo quienes tenían que emprender grandes jornadas.

En 1885, Gaedike aisló la cocaína; en 1880, fue introducida en oftalmología y en la práctica quirúrgica por Koller; y ya en 1883 y 1884, era muy popular para el

tratamiento de la adicción al alcohol y ala morfina; estas posibilidades terapéuticas fueron sugeridas por Sigmund Freud.

A finales del siglo XIX, la casa Parke Davis en Estados Unidos, la comercializó en cigarrillos, soluciones, etc. Ello ha hecho sugerir una subcultura que se inicia en Perú en 1976 y en Colombia hacia 1980.

1.4.1.2 Botánica y Química. La cocaína es el principal alcaloide de la hojas de *Erythoxilon coca*, arbusto de la familia de las eritroxiláceas, originario de la zona tropical de los Andes.

El arbusto de coca es una planta leñosa de color pardo-rojizo y rugosa que se da en regiones cálidas y húmedas situadas entre 600 y 1500 metros sobre el nivel del mar, sobre todo Perú, Bolivia, Brasil y Chile; también crece espontáneamente en Nueva Granada, Argentina y Las Antillas e Isla de Java (introducida por los colonos holandeses) entre otras regiones.

La cocaína es una amina estrechamente relacionada con la atropina (amino-alcohol de la atropina) y tiene la estructura fundamental de los anestésicos locales sintéticos.

Químicamente es la benzoilmetil-ecgonina, es un ester del ácido benzoico y una base que contiene nitrógeno, relacionado con la atropina, por ello, la cocaína y la atropina son químicamente semejantes. Otros esteres de ecgonina están también presentes en la hoja de la coca, los cuales en el proceso de obtención se convierten en cocaína aumentando la cantidad original contenida de la planta.

La cocaína es cristalina, inolora que funde entre 36° y 98° C., su solución saturada es alcalina a prueba de tornasol. Es de sabor amargo con posterior insensibilidad gustativa.

Las hojas de coca contienen 14 alcaloides psicoactivos, ácidos grasos y otras sustancias nutritivas, como carbohidratos, proteínas, vitaminas B1, B2, niacina, nitrógeno, calcio, fósforo, hierro, caroteno entre otros.

La coca es un arbusto de configuración piramidal, de unos 3 a 5 metros, con flores blanco, amarillento, de frutos rojos, hojas ovoides. Se cultiva en zonas de temperatura entre los 15° y 20° C. y bosques húmedos andinos.

1.4.1.3 Efectos Farmacológicos. El principal efecto de la cocaína, ha sido como estimulante del Sistema Nervioso Central, cuya acción se inicia en la corteza cerebral y continúa de arriba hacia abajo.

Sin dejar a un lado el efecto que causa sobre el sistema cardiovascular, ya que en dosis pequeñas produce estimulación vagal y bradicardia; y en dosis altas, produce taquicardia. En cuanto al sistema muscular, no existen pruebas de que aumente la fuerza física, pero sí aumenta la resistencia física y ello lo hace por un efecto central.

El consumo de cocaína durante el embarazo puede dar lugar a graves trastornos fetales tales como: parto prematuro, retardo en el crecimiento, microcefalia, lesiones cerebrales, infarto cerebral, alteraciones del desarrollo cerebral, etc., debido en gran parte a la disminución del flujo placentario. Después del parto, puede aparecer un síndrome neurológico.

Rutas de Administración:

Ruta intranasal. Esta ruta resulta el método más común para el uso de la cocaína cristalizada. Según en estudio realizado por Lewison y colaboradores, encontraron que después de la administración intranasal de

1,5 mg/kg. de cocaína (dosis media 11 amp.) a 13 pacientes, demostraron que los niveles plasmáticos alcanzaban su máxima concentración de 120 a 474 mg/kg. de 15 a 60 minutos después de la administración.

La cocaína en el plasma a los 3 minutos, contrariamente a la noción popular que la droga se desvanece, la cocaína persistió en el plasma por un total de 4 a 6 horas y se detectó cocaína en la mucosa nasal 3 horas después de la administración.

La cocaína se absorbe muy bien y rápidamente de todos los sitios de aplicación, particularmente en presencia de edemas.

Los fármacos, tanto por vía oral como nasal, se describen como un modelo de comportamiento abierto con dos pasos de entrada consecutivos y con degradación con hígado y en plasma por hidrólisis efectuada por colinesterasas.

- * **Ruta oral.** Se plantea que la cocaína es inactivada cuando se consume oralmente, ya que se hidroliza por la acidez del estómago y se toma inactiva. Esto explica en parte el poco interés en esta forma por los consumidores de la

droga. No obstante, la carencia de que la cocaína es inefectiva se ve contradicha por investigadores y hallazgos recientes.

Las culturas indígenas masticaban hojas de coca, desconociéndose por un tiempo si los efectos se podrían atribuir a la cocaína presente en las hojas, teniendo en cuenta que las hojas solo contienen aproximadamente 0.6% de cocaína, pero Lasinso en su estudio determinó que si se consumían más de 2 gramos de hoja de coca por 40 minutos (hojas, 5%), con una dosis total de 60 mg., se encontró que los niveles plasmáticos promedios serían de 95 mg.

Estos niveles plasmáticos son del mismo orden de magnitud a los observados después de una dosis intranasal y pueden explicar que la cocaína se absorbe no solo a través de la mucosa oral, sino a través del tracto gastrointestinal.

Por esta vía oral, su absorción es muy similar como se hace por vía mucosa, su vida media es aproximadamente de 45 minutos. Su eliminación se efectúa por vía renal con varios metabolismos de la ecgonina y con una pequeña cantidad de cocaína libre.

* **Ruta intra venosa.** Un número considerable de investigadores han examinado los resultados de esta ruta, con una dosis de 4 a 32 mg. Dosis alrededor de 10 mg produce altas y agradables sensaciones aproximadamente de 30 a 40 minutos. El inicio de estos efectos comenzaron después de la inyección y alcanzó su punto máximo de 5 a 10 minutos después.

1.4.1.4 Efectos Sistémicos. Una dosis disipa el hambre, imparte una sensación de bienestar, aumenta resistencia física al disminuir la sensación de fatiga; su uso prolongado se asocia con enflaquecimiento, insomnio, ansiedad, ideas referenciales, sensación de parestesias y alucinaciones en particular visuales.

Sobre el sistema cardiovascular, a dosis pequeñas produce estimulación vagal y bradicardia, pero a dosis altas desencadena taquicardia y en su administración venosa directa produce paro cardíaco por acción tóxica del miocardio.

Sobre el ojo provoca midiasis, vaso constricción y anestesia corneal.

En el sistema nervioso central, se inicia en la corteza y continúa de arriba hacia abajo, y es capaz de bloquear la conducción nerviosa. Este efecto es reversible y el nervio recupera su función al terminar la acción de la droga. La muerte ocurre

generalmente por paro respiratorio. Sus efectos inmediatos son exaltación del estado de ánimo, vigor, infatigabilidad y aparentemente mayor lucidez intelectual que pasa después de unos minutos, sobreviniendo luego cansancio, apatía y angustia que induce a tomar una nueva dosis.

La dosis mortal por vía endovenosa para el adulto es de 1 gramo por toxicidad directa sobre el miocardio.

La dosis de abuso por vía inhalatoria o vía oral se estima entre 8.7 y 14 miligramos, pero puede ser del orden de los 200 miligramos.

1.4.1.5 Manifestaciones Clínicas Orales. Estas manifestaciones se observan en los casos crónicos y consiste en abrasión severa a nivel cervical por causa excesiva e inconsciente vigor en el cepillado, lo cual también conduce a laceraciones gingivales.

También el bruxismo es marcado y frecuentemente lo que implica atricción y desarreglos de la articulación temporomandibular, lo cual lleva inclusive a provocar dolor miofacial.

Cuando el adicto a la cocaína en su hábito con el consumo de alcohol se presenta manifestaciones de xerostomía, con el tiempo es alta la incidencia con enfermedad periodontal, atricción generalizada hipertrofia bilateral y caries múltiples. Con el paso del tiempo, la disminución que se presenta conlleva a una candidiasis y otras infecciones oportunistas en cavidad oral.

El daño hepático, que con cierta frecuencia se agrega a la precaria salud a estos adictos suele generar síndromes hemorrágicos. Llama la atención la presencia relativamente alta de gingivitis ulcero necrotizante (GUN).

1.4.1.6 Incidencia y Formas de Uso. El uso no médico de los simpaticomiméticos del SNC fluctúa ampliamente según los ciclos temporales de popularidad. En Estados Unidos, el consumo de cocaína aumentó de manera pronunciada a fines de la década de 1970. Para 1982, el 28% de los adultos jóvenes (18 a 25 años) habían tomado cocaína por lo menos una vez; el 7% dijeron haberla usado el mes precedente. El 18% de los individuos de estas edades mencionaron experiencias con estimulantes como la anfetamina (Miller y col., 1983).

Hay numerosas formas diferentes de abuso de cocaína. Una de las que más afecta a quienes obtuvieron la droga por primera vez de un médico durante un tratamiento

por obesidad y luego pasaron por una fase de habitualidad como se ha explicado para los barbitúricos. Los camioneros y los estudiantes que usan la droga para mantenerse despiertos pueden también corresponder a esta forma. Al disminuir las prescripciones de cocaína ha disminuido la incidencia de estos patrones de dependencia. Más a menudo, el individuo obtiene la droga específicamente por sus efectos eufóricos, así como los que se inyectan por vía intravenosa cocaína cristalina fabricada en laboratorios ilegales.

1.4.1.7 Dependencia. La cocaína es la droga que por sus efectos sobre la conducta , tiene mayor capacidad de recompensa o refuerzo positivo; y esto ocurre tanto en experimentación animal como por observaciones de la especie humana.

Según los criterios propuestos por la DSM-III-R, la cocaína es una droga psicoactiva y la dependencia psicológica a la cocaína entra en la clasificación dentro del grupo de “trastornos mentales por dependencia de drogas”, considerándose poderosamente adictiva.

La cocaína genera un alto potencial de abuso y puede crear gradualmente una genuina necesidad que en individuos susceptibles suple otros intereses.

Aunque se utilice de forma aparentemente inocua o recreativa, los cambios bioquímicos en el sistema central producidos de forma acumulativa y combinados con el apoyo psicológico progresivo en la droga pueden hacer que el consumo se convierta en compulsivo.

La cocaína es por tanto, un potente reforzante en animales de experimentación, dando lugar a consumo a una mortalidad superior a la producida por la heroína. (American Association DSM-III-R, 1987).

1.4.1.8 Toxicidad Aguda. La intoxicación aguda por cocaína se caracteriza por manifestaciones de hiperactividad noradrenérgica y dopaminérgica fundamentalmente, que afecta a los distintos aparatos y sistemas. Las manifestaciones clínicas son:

- * **Aparato cardiovascular:** taquicardia o bradicardia, arritmias, palpitaciones, infarto de miocardio, espasmo cerebrovascular, hemorragia cerebral, vasoconstricción periférica, coagulación intravascular diseminada, hipertensión y paro cardíaco.
- * **Aparato respiratorio:** taquipnea, respiración irregular, paro respiratorio.

- * **Aparato digestivo:** anorexia, náuseas, vómitos, diarreas.
- * **Metabolismo:** hipertemia con sudoración y acidosis láctica.
- * **Ojo:** midriasis, vasoconstrucción conjuntival, nistagmus vertical.
- * **Sistema Nervioso Central:** ansiedad a medida que desaparecen los efectos euforizantes, confusión, irritabilidad, euforia, alucinaciones visuales (copos de nieve brillantes) y táctiles (bichos en la piel), alteraciones de la percepción, reacciones paranoides y convulsiones tónico-clónica.

El cocainómano puede sufrir reacciones adversas por mezclar la cocaína con otras drogas: con la heroína, benzodiacepinas, alcohol, o ambos. El alcohol induce la activación de la enzima carboxilesterasa, que convierte la cocaína en etilcocaína, un metabolismo activo que puede aumentar la cardiotoxicidad y la frecuencia de muerte súbita en individuos que ingieren conjuntamente ambas drogas (lo cual ocurre en elevados casos).

La dosis mortal de cocaína en inyección endovenosa única es de 1 gramo, aproximadamente. El tratamiento incluye, además de medidas generales, la

administración de fármacos beta-bloqueantes (Gawing y Ellinwood, 1988; Cregler, 1989).

1.4.1.9 Tolerancia. Ya hemos señalado el fenómeno de tolerancia aguda a la euforia que tiene lugar con dosis altas y repetidas de cocaína, por agotamiento de los niveles de dopamina y que se manifiesta por depresión de rebote crash y deseo intenso de droga.

Con dosis bajas y repetidas se ha descrito la llamada “tolerancia inversa” por sensibilización del sistema nervioso central a los efectos de la cocaína, de tal manera que se consiguen los mismos efectos con dosis menores o administradas intermitentemente. Este tipo de sensibilización se cree está mediada por la liberación de dopamina, que es el responsable de la conducta estereotipada observada en adictos a cocaína y también a anfetaminas.

Se ha observado tolerancia a algunos efectos centrales de la cocaína y muchos cocainómanos refieren que necesitan aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos subjetivos de refuerzo positivo (euforia, elevación del estado de ánimo). También se desarrolla tolerancia a los efectos convulsivos y cardiorrespiratorios.

1.4.1.10 Síndrome de Abstinencia. A pesar de la idea de que los estimulantes del sistema nervioso central (cocaína, anfetaminas) no produce dependencia física ni síndrome de abstinencia, sino sólo dependencia psicológica, ocurre que la suspensión brusca de la administración de cocaína da lugar a una sintomatología que reúne las condiciones fijadas para ser considerada como Síndrome de Abstinencia.

1.4.2 Marihuana

1.4.2.1 Aspecto Histórico. La cannabis sativa - variedad americana, es la planta de nuestro medio de la que se obtiene la marihuana. Se diferencia de la cannabis sativa - variedad índica y arábica, por el número de hojas de que se desprende cada tallo.

Fue considerada por los hindúes de la era precristiana como planta sagrada. La elevación del estado de ánimo que producía se consideraba como un don de los dioses, clasificándose en la literatura sánscrita como “alimento de los dioses”. El uso de la cannabis ha sido reconocida por miles de años, especialmente en los países orientales, China e India.

1.4.2.2 Origen y Química de la Marihuana. La cannabis es una planta que crece con facilidad en climas templados. Los ingredientes psicoactivos se encuentran en toda la planta, sobre todo en la resina que produce, en las zonas floridas en las hojas jóvenes, que son las de la parte superior de la planta. Las partes superiores de la planta masculina son pequeñas y se marchitan muy pronto después de la polinización, por lo que generalmente no se recogen. Ella seguramente ha dado a la idea de que únicamente los especímenes femeninos contienen principios psicoactivos.

Si la tierra y el agua son propicios pueden levantarse tallos hasta de 5 metros de altura. Es una planta pelada, áspera al tacto, de color verde oscuro, en la que la hembra es más hojosa y es la que produce el cáñamo.

En cuanto a sus componentes, han sido hallados: cannacoidiel (CB), delta 9 tetrahidrocannabidol (THC), cannabidol (CBN). La vía bicigótica comienza con CBN, entonces podemos deducir de las proporciones de estos cannabinoides en el material de la planta y la edad de la misma; muchas otras variantes de estas estructuras han sido halladas en la cannabis, pero con la excepción de la THC y sus homólogos; ningún otro cannabis se ha definido como psicoactivo. El contenido del THC varía considerablemente entre las plantas, así que líneas genéticas especiales

pueden producir entre 4% y 9.6% de contenido de THC en muy seleccionados materiales, muchas plantas contienen THC en un rango de 1% al 2%.

1.4.2.3 Efectos Farmacológicos de la Marihuana (Estimulante del SNC).

Rutas de Administración. La forma de administración puede ser inhalación (humo de cigarrillo) o diferentes preparaciones para ingerir, algunas veces mezclan alcaloide con tabaco, azúcar o miel.

La ruta preferente de los países orientales es de fumarla, la alta solubilidad lipida del TCH (tetrahidrocalabino) es fácil al tratamiento en superficie de revestimiento del pulmón. Los estudios farmacológicos indican que fumar es equivalente al menos a la administración endovenosa.

En algunos países orientales, el cannabis es fumado oralmente. la tasa de absorción por esta ruta es baja y altamente variables, aunque la duración de la acción es mayor.

En nuestro medio, la forma de presentación más común es por “puchos” o “tacos”.

El pucho es para una dosis individual y el taco, para varias dosis; el pucho suele

tener un peso entre 5 mg, y el taco, de más o menos 200 a 400 mg, dado el contenido activo del producto. Un “pucho” suele tenerse entre 4 y 8 mg. de 9-D-THC.

14.2.4 Efectos Sistémicos. Los efectos de la marihuana son a corto plazo, los efectos a corto plazo corresponden a las alteraciones derivadas del estado de intoxicación y fundamentalmente se produce sobre el sistema nerviosos central.

Los síntomas dependen de la presentación del principio activo y de la vía de penetración al organismo que puede ser respiratoria y digestiva, así cuando es inhalada, los efectos aparecen a los 10 a 20 minutos siguientes, son intensos y duran 3 y 4 horas y al ser ingeridas, los efectos se presentan a los 30 y 60 minutos y son menos intensos pero más duraderos, ya que pueden permanecer por 12 horas.

Principalmente lo que la droga produce es estimular la posición parasimpática del sistema límbico que a su vez produce una disminución de la actividad adrenérgica cortical. La disminución de la actividad adrenérgica cortical explica en parte la producción de sueño durante el período de intoxicación, la disminución del nivel de alerta, posterior a un nivel de euforia, todo esto se traduce en una dosis, disminución de la capacidad del aprendizaje, que cede al finalizar los efectos de la droga.

Por efecto periférico de la sustancia, se produce una disminución discreta de la tensión arterial y relajación muscular y viceversa; además produce el típico e indiscreto enrojecimiento conjuntival, debido a la dilatación de los vasos de la conjuntiva.

Respecto a los efectos a largo plazo, se ha podido determinar algunos, pero otros permanecen en discusión. La disminución en el funcionamiento del sistema adrenérgico cortical es importante, ya que a largo plazo va a explicar el “síndrome amotivacional” que se presenta en consumidores crónicos. Son personas que no se vinculan a nada. En general caen en un estado de improductividad y de embotamiento vital.

La actividad cognitiva decrece, el campo de la conciencia se estrecha ocurriendo fenómenos alucinatorios y se interpreta mal la realidad. Su uso diario puede llevar a acumulación en el organismo, pues la vida media del 9-DELTA-THC en el cuerpo humano es de siete días, desaparece muy rápido del plasma; cuando se fuma pasa un 50% a la sangre y cuando se impregna pasa solo el 5% al 10%.

Produce efectos nocivos sobre el metabolismo, principalmente en glóbulos blancos y espermatozoides, inhibe la espermatogénesis reduce la hormona folículo estimulante, lutenizante y la prolactina. Existen alteraciones en el pulso, mareos y náuseas.

1.4.2.5 Manifestaciones Cínicas Orales del Adicto a la Marihuana. Como hallazgos llamativos pudimos encontrar principalmente hiperqueratosis, espongiosis y oralmente resequedad labial, placas descamativas, ardor en los labios y hongos, disminución del fluido salival xerostomía, inflamación y leucoplasia.

1.4.3 Bazuco.

1.4.3.1 Aspecto Histórico. Los altos costos que implica el consumo de cocaína para llevar a la producción de “base de cocaína”, pasta de coca, sulfato de cocaína o bazuco, como generalmente se conoce en los medios de comunicación. esta modificación hizo posible la invasión de este terrible flagelo a capas sociales menos favorecidas económicamente en este siglo. Puesto que la impureza del producto y las sustancias agregadas, permiten un costo menor.

1.4.3.2 Origen y Química del Bazuco. Es una sustancia blanca o parduzca, semisólida, que contiene sulfato de cocaína, otros alcaloides de la coca, ecgonina, ácido benzoico, metanol, queroseno, sustancias alcalinas, ácido sulfúrico y otras sustancias muy variables a fin de aumentar el peso.

La gran variabilidad del compuesto, puede modificar los cuadros clínicos. Se puede encontrar en el comercio como pasta blanca o lavada y pasta parda o bruta.

El bazuco es la parte o paso intermedio en la preparación del clorhidrato de cocaína y el bazuco es un remanente en el segundo paso de la pasta de coca a cocaína base.

1.4.3.3 Efectos Farmacológicos del Bazuco (Estimulantes del SNC). Esta sustancia se fuma; con gran frecuencia su inicio se realiza alrededor del licor, pero pronto lo desplaza y se convierte en única sustancia usada. Un gramo alcanza para 8 a 12 cigarrillos.

1.4.3.4 Efectos Sistémicos. La sintomatología se asemeja a la descrita en caso de intoxicación por cocaína, pero en ocasiones el paciente manifiesta estado de angustia y disforia, con fenómenos compulsivos, acompañados de anorexia, insomnio y verborrea.

La intoxicación crónica se divide en 4 fases a saber:

1. Euforia: Excitación placentera, habilidad efectiva, hipervigilancia, anorexia, insomnio, hipersexualidad.
2. Disforia: Angustia, tristeza, melancolía, compulsión de fumar, apatía, agresividad, anorexia, insomnio, indiferencia sexual.
3. Alucinaciones: Visuales, táctiles, auditivas y/o olfativas, excitación psicomotriz, tendencia a la huida, agresividad, indiferencia sexual.
4. Psicosis: Hipervigilancia, paranoia, persecución, alucinaciones, insomnio, agresividad, tendencia a homicidio, tendencia al suicidio, muerte.

1.4.4 Absorción, Destino y Excreción de las Sustancias Psicoactivas. Se estima que aún fumando con máxima eficiencia no se absorbe en realidad más del 60% del A-THC de un cigarrillo de marihuana. De este modo, un cigarrillo de 1 gramo que contiene 2% de A-THC llevaría como máximo 10 mg. de este último a los pulmones. Los efectos farmacológicos se producen minutos después de empezar a fumar, y las concentraciones plasmáticas llegan al máximo en 7 a 10 minutos; los efectos psicológicos y subjetivos culminan a los 20 a 30 minutos (Pérez, Reyes y col., 1982).

Los efectos subjetivos de un cigarrillo duran pocas veces más de 2 o 3 horas. Después de la administración oral, los efectos se inician generalmente en media a una hora; los efectos máximos pueden aparecer en la segunda o tercera hora y tienen buena correlación con las concentraciones plasmáticas. Aunque la absorción gastrointestinal es casi completa, el A-THC se metaboliza extensamente a su paso a través del hígado. La biodisponibilidad del A-THC administrado por vía oral es 6 a 20%. (Institute of Medicine, 1982; Wall y col., 1983).

1.4.5 Modalidades de Uso. En Estados Unidos y en otros muchos países, el fumar marihuana (también conocido como pasto, té, yuyo, hierba, etc.) aumentó mucho desde comienzos de la década de 1960 hasta la de 1970; pero desde entonces ha comenzado a declinar. En 1982, el 64% de los adultos jóvenes de Estos Unidos dijeron haber tenido alguna experiencia con la marihuana. En el mes previo a la encuesta, el 28% habían fumado marihuana por lo menos una vez y el 7% informaron fumarla todos los días; el 11% de los individuos de estas edades dijeron haberla fumado todos los días 3 años antes.

Aunque todavía es común en los grandes centros urbanos, en la actualidad, la marihuana se consume en todos los niveles socioeconómicos y grupos étnicos, así como en las áreas rurales (Miller y col., 1983).

1.4.6 Formas de Abuso. Las formas de abuso de cocaína y otras sustancias psicoactivas son de gran interés toxicológico, ya que van a condicionar la farmacocinética, la actividad farmacológica, la toxicidad y el grado de adicción de la droga.

1.4.7 Patrones de Consumo. La cocaína y otras sustancias psicoactivas se pueden utilizar de distintas maneras para lograr distintos objetivos y aparte de conocer los efectos de la droga es útil, desde el punto de vista médico y social, conocer su patrón de uso por el adicto. Por aplicación de las categorías propuestas por la National Commission on Marijuana and Drugs Abuse, se describe patrones de cocaína:

1.4.7.1 Consumo Experimental. Es un patrón periódico común para todas las drogas psicoactivas no limitado a cocaína, siendo el consumo de cocaína una parte del proceso de la politoxicomanía.

1.4.7.2 Consumo Recreativo. Excluye al resto de los patrones de consumo. Los seguidores de este patrón de asemejan a los bebedores sociales y consumen la cocaína de manera controlada y raramente derivan a un consumo más intenso; la utilizan generalmente como facilitador del contacto social y como estimulante.

1.4.7.3 Consumo circunstancial. Consiste en consumir cocaína y otras sustancias psicoactivas en determinadas ocasiones o situaciones particulares excluyendo su uso en otras circunstancias distintas.

1.4.7.4 Consumo Intensificado. Es el patrón de uso intranasal y de periodicidad diaria, en cuantía que normalmente no produce alteración del nivel de conciencia o problema en el trabajo o relaciones sociales.

1.4.7.5 Consumo Compulsivo. Las sustancias psicoactivas se convierten en el modelo organizador de la propia vida; las consecuencias negativas en la esfera personal psicofísica, social y profesional son muy visibles; la cantidad de cocaína consumida, la frecuencia y duración de uso y el coste económico que conllevan se incrementan de tal modo que el individuo no puede controlar su propia situación.

1.4.8 Farmacoterapia de la Drogadependencia Cocaínica y Otras Sustancias Psicoactivas. Los intentos farmacoterapéuticos en el enfermo cocainómano están orientados a revertir las alteraciones producidas por la cocaína y otras sustancias psicoactivas en el sistema dopaminérgico, especialmente la hipersensibilidad de receptores por el uso prolongado de la droga y el agotamiento del neurotransmisor, con manifestaciones clínicas de disforia, síndrome de abstinencia.

Los fármacos antidepresivos tricíclicos parecen conseguir al menos parcialmente este propósito. Estos fármacos compiten con la cocaína por el bloqueo de la recaptación del neurotransmisor sin llegar a agotarlo a corto plazo. Por otra parte, a largo plazo, revierten la hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos por el uso prolongado de la cocaína, induciendo subsensibilidad receptoral, incluidos los autorreceptores dopaminérgicos inhibidores, equilibrando la neurotransmisión

dopaminérgica; de esta manera mejoran el síndrome de abstinencia cocaínica y revierten los síntomas de anhedonia.

Así mismo, y partiendo del modelo del agotamiento de la neurotransmisión, pueden ser útiles algunos antiparkinsonianos, tales como: benzotropina, bromocriptina, amantadina, L-Dopa, apomorfina, pergolida, lisurida, etc.

Los estimulantes centrales metilfenidato y pemolina se han limitado al subgrupo de cocainómanos con síndrome de "déficit de atención". El litio se ha mostrado útil en cocainómanos con síndrome maníaco o trastornos ciclotímicos en pacientes con trastornos afectivos por el uso de la cocaína. Los inhibidores de MAO parecen eficaces para evitar las recaídas, pero debe advertirse el peligro de la asociación del IMAO con sustancias estimulantes (crisis hipertensivas).

1.4.9 Simpaticomiméticos del SNC: Anfetaminas, Cocaína y Drogas

Afines. Los efectos subjetivos de los simpaticomiméticos del sistema nervioso central, como los de las de todas las drogas de acción central, dependen del consumidor, del ambiente, de la dosis de la droga y de la vía de administración. Por ejemplo, dosis moderadas de anfetamina por vía oral en sujetos normales producen comúnmente una elevación del ánimo, una sensación de mayor energía y lucidez, y

menor apetito; mejora el desempeño de tareas dañado por fatiga o aburrimiento. Algunos individuos pueden volverse ansiosos, irritables o locuaces. Unos pocos pueden experimentar somnolencia transitoria, pero el insomnio es más común. Cuando se comparan igualando las diferencias de potencia, muchos otros simpaticomiméticos del sistema nervioso central y agentes afines, pueden producir subjetivos parecidos a los de la anfetamina. Estas drogas incluyen: dextroanfetamina, metanfetamina, fenmetrazina, melilfenidato y dietilpropin.

Algunos análogos con sustituciones en el anillo aromático (fenfluramina) no producen efectos subjetivos tipo anfetamina y tienen poco o ningún potencial de refuerzo. La fenipropanolamina suprime el apetito, pero los animales no se ha autoadministran y los sujetos humanos no la reconocen como anfetamina, ni siquiera en dosis mayores de las necesarias para causar anorexia. El mazindol también produciría menos refuerzo que la anfetamina.

Los adictos a la cocaína describen los efectos eufóricos de la misma en términos casi idénticos a los usados por los adictos a la anfetamina. En el laboratorio, los sujetos familiarizados con la cocaína no pueden distinguir entre los efectos subjetivos de 16 miligramos de cocaína y los de 10 miligramos de dextroanfetamina cuando ambas se administran por vía intravenosa (Fishchman y Schuster, 1982). Lo

mismo que la anfetamina, la cocaína reduce la sensación de fatiga y el deterioro del desempeño ocasionado por la privación del sueño (Fischman, 1984).

El síndrome tóxico de cocaína parece clínicamente idéntico al producido por las anfetaminas. Además, los animales muestran formas semejantes de autoadministración de cocaína y anfetamina. En resumen, aunque se supone comúnmente que los efectos objetivos de la cocaína son más intensos y su potencial de abuso más significativo que los de la anfetamina, las semejanzas en término de efectos subjetivos de conducta, farmacológicos y tóxicos son más llamativos que las diferencias. Otro miembro de este grupo es la catinona, ingrediente activo de las hojas frescas de *catha-edulis*, sus acciones son muy similares a las anfetaminas, la anfetaminas como prototipo de este grupo de drogas.

La consideración de estas drogas como una clase no implica que tenga idénticos mecanismos de acción ni que quienes abusan de las drogas no puedan distinguirlas. Por ejemplo, después de la administración intravenosa de cocaína, los efectos son breves y dura solo minutos, mientras que los de las metanfetaminas pueden durar horas.

Con dosis y tareas apropiadamente seleccionadas es posible demostrar diferencias entre los efectos de la anfetamina y de la cocaína en el desempeño motor, la agresión y la autoestimulación con la corriente eléctrica.

1.4.10 Tolerancia, Toxicidad, Dependencia Física y Síntomas de Abstinencia.

Se desarrolla tolerancia a algunos de los efectos centrales de las anfetaminas (sus acciones euforígenas, anoréxicas, hipertérmicas y letales) y el consumidor crónico aumenta a menudo la dosis para seguir obteniendo el efecto deseado. Algunos pueden tomar varios cientos de miligramos por día durante mucho tiempo. Al suprimir el apetito, las dosis altas de anfetamina se excreta mucho más rápidamente por la orina ácida; parte de la tolerancia aparente puede deberse a una eliminación más rápida de la droga. Al mismo tiempo hay mayor sensibilidad a otros efectos sobre el sistema nervioso central. Aunque se ha observado tolerancia a los efectos convulsivos y cardiorrespiratorios de la cocaína, la opinión que prevalece es que puede haber mayor sensibilidad del sistema nervioso central a los efectos de la cocaína cuando la droga se administra repetidamente.

La posibilidad de tolerancia aguda a los efectos de la cocaína se mencionó antes. La tolerancia cruzada entre los agentes simpaticomiméticos tipo anfetamina se ha

observado clínicamente y la tolerancia cruzada entre el efecto anoréxico de la cocaína y de la anfetamina se ha demostrado en ratas (Woolverton y co., 1978).

No se desarrolla tolerancia a ciertos efectos tóxicos de la anfetamina sobre el sistema nervioso central, y es posible una psicosis tóxica después de semanas o meses de uso continuo. Los que presentan esta psicosis pueden tener menor umbral durante los episodios posteriores si reanudan el uso de antónima.

La cocaína es la benzoilmetilecgonina. La ecgonina es una base aminoalcohólica estrechamente relacionada con la atropina; es por tanto un éster del ácido benzoico y una base nitrogenada. Tiene aspectos de cristales blancos escamosos, de sabor amargo, con posterior insensibilidad gustativa.

1.4.11 Farmacocinética. La cocaína se absorbe por todas las vías de administración y es metabolizada por esterases plasmáticas y hepáticas que la convierten en benzoilecgonina y ecgonina metil-éster, metabolitos inactivos que se eliminan por orina. Una pequeña parte se elimina inalterada. La vida media plasmática es de una hora aproximadamente.

1.4.12 Incidencia de la Farmacodependencia en Colombia. El consumo alguna vez en la vida de cualquier sustancia ilegal tipo marihuana, bazuco, cocaína, fue de 5.9%, según el Estudio Nacional sobre el Consumo de Sustancia Psicoactivas en Colombia, estimado en más de un millón cien mil hombres (11.4%) y casi trescientas mil mujeres (1.9%). Existe un incremento sostenido del consumo de estas sustancias con el aumento de la escolaridad, alcanzando el valor más alto en el nivel universitario incompleto (13.8%). Entre los residentes de zona con mayor nivel de urbanización, existen los niveles más altos de consumo 10.1%. El consumo de marihuana, al menos una vez en la vida es de 5.3%, el de la cocaína similar al del bazuco, se estima en 1.5% y el de la heroína en 0.04%.

Casi ciento ochenta mil personas (0.8%) han consumido alguna vez de estas sustancias, encontrándose que la diferencia entre hombres y mujeres es de amplia notación.

Por grupo de edad, predomina significativamente el consumo entre los 18 a 24 años (17 %). El consumo de marihuana en los últimos tiempos fue de 0.6%, cocaína 0.3% y bazuco 0.1%.

El consumo alguna vez en la vida de tranquilizantes como el diazepam, librium o equanil, para la población total fue de 4.1%. Más de las dos terceras partes son

mujeres, el consumo de sedantes como barbitúricos se estima en 0.4% y de anfetamina en 0.6%.

Respecto a las percepciones que tiene la población de 12 a 60 años se encontró que aproximadamente el 44% considera fácil o muy fácil conseguir marihuana para el consumo, lo mismo opina el 37% con referencia a las posibilidades de obtener bazuco; el porcentaje disminuye al 24% cuando se trata de la cocaína y el 13.5% al indagar sobre la heroína y más del 87% de la población considera que la marihuana, bazuca y cocaína son muy perjudicial para la salud.

También la propagación de personas que estiman como muy graves los problemas de tipo familiar que fije consigo el consumo de las sustancias psicoactivas ilegales, resultan más del 87% para más del 83% de la población es evidente que el consumo de sustancias psicoactivas fije problemas con la justicia, sobre la permisividad hacia el consumo.

Se encontró que alrededor del 90% de la población estima que el gobierno no debe permitir o legalizar el consumo de sustancias ilegales.

El consumo de drogas psicoactivas como la marihuana, cocaína y bazuco en Colombia no difiere marcadamente en los resultados sobre el consumo de estas

drogas en países como el Ecuador, Bolivia, Panamá, sin embargo, si existe una gran diferencia de consumo entre los países latinoamericanos diferentes mencionados y los Estados Unidos donde es mayor.

1.4.13 Datos de Consumo de Marihuana, Cocaína y Bazuco. El consumo global es definido como haber consumido o estar consumiendo una o más de las sustancias psicoactivas ilegales en Colombia, alguna vez en la vía - prevalencia de vida- se estimó en 6.5%, que corresponde aproximadamente a 1.576.924 personas; de estos, 1.301.243 son los hombres y en su mayoría corresponden al grupo de edad entre 18 y 44 años. la prevalencia de consumo es aproximadamente cuatro veces mayor en hombres que en mujeres. (Anexo A).

Por región geográfica, se encontró que Antioquia es la de mayor consumo 12.3% en contraste con la región Atlántica, que presentó una prevalencia de 2.9%. De otra parte se puede observar que los niveles más altos de consumo se presentan en las zonas de mayor grado de urbanización.

Con respecto al riesgo de iniciar consumo en el último año, se estima en 117.453 el número de nuevos consumidores de alguna ilegal. De estos 47.492 son hombres, que en su gran mayoría corresponden al grupo de edad de 12 a 17 años, están

estudiando y su nivel de instrucción es la secundaria. Por ubicación geográfica, los consumidores nuevos se encuentran en los sitios de mayor concentración de gente, donde existe mayor desarrollo económico como son el eje cafetero y las regiones con capitales como Santafé de Bogotá, D.C., Medellín y Cali.

Los resultados indican que el 79.8% de los consumidores en el último año son hombres, el 37.7% está en el grupo de 25 a 44 años, el 38.8% posee secundaria incompleta y el 46.5% está trabajando. Por región geográfica se observa que la Pacífica es la que más consumidores aporta 28.6%, seguida por Bogotá y Antioquia, cada una con alrededor de 21%.

1.4.13.1 Marihuana. Como se esperaba, el consumo de marihuana ha sido, y sigue siendo el de mayor aporte de sustancias psicoactivas ilegales. El 5.4% de la población ha consumido al menos una vez en la vida, siendo consumo entre los hombres.

La distribución del consumo por grupos de edad, se observa que el grupo de 12 a 17 y el de 45 a 60 años, muestran los valores significativamente más bajos, mientras que el consumo en el grupo de edad de 25 a 44 años presenta la estimación más alta. (Anexo D).

La razón más frecuente que lleva al consumo es la presión de los amigos y es en compañía de ellos que más se fuma, en parques o sitios recreativos. De los consumidores de marihuana en el último año, el 48.3% consume 3 a más veces a la semana y el 51.3% nunca consume estando solo.

1.4.13.2 Cocaína. La prevalencia de vida de consumo de cocaína en la población total se estima en 1.6%, un poco más de 400 mil personas al restituir la población. Es un poco más de cinco veces mayor en hombres que en mujeres.

Resulta razonable afirmar que las personas entre 12 y 17 años muestran el consumo más bajo, menos de 25 mil consumidores estimados, y significativamente diferente al resto de los intervalos de edades. (Anexo E). Al igual que las otras sustancias ilegales, su consumo se concentra en los grandes centros urbanos.

La edad promedio de inicio fue de 21 años y, al igual que para la marihuana, los promedios varían de acuerdo con el grupo de edad. La razón más frecuente para consumir cocaína es por la presión de los amigos y se hace en compañía de ellos, en la propia casa o en bares, discotecas, etc.

1.4.13.3 Bazuco. El consumo de bazuco al menos una vez en la vida muestra porcentajes similares (1.5%), a los de cocaína en la población total, con unos 385 consumidores estimados. La distribución del consumo por género, también se comporta de forma muy parecida a lo descrito para la cocaína; predomina el consumo en el sexo masculino (2.5%), frente al femenino (0.6%), siendo unos 282 mil consumidores hombres y 61 mil mujeres.

la prevalencia por grupo de edad muestran que en el grupo de mayor consumo es de 25 a 44 años, doblando al grupo de los adultos jóvenes. Al igual que en el consumo de otras sustancias ilegales, la prevalencia es más alta en las personas desplazadas; sin embargo, al observar el número de casos de consumidores que trabajan, la cifra es cuatro veces más grande.

los consumidores de bazuco se encuentran en las grandes urbes y por eso se refleja en las regiones que tienen grandes concentraciones de población y en los departamentos de Antioquia, Valle, Bogotá y los del eje cafetero.

La edad promedio de inicio (18 años) es la menor, comparada con otras sustancias ilegales.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General. Es importante identificar y descubrir clínicamente las principales manifestaciones orales que se presentan en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas como bazuco, marihuana y cocaína.

1.5.2 Específicos

- * Identificar los mecanismos de acción y efectos sistémicos de las sustancias psicoactivas como bazuco, marihuana y cocaína.
- * Determinar la edad y el género más frecuente que se presentan en los pacientes consumidores de bazuco, marihuana y cocaína.
- * Determinar las manifestaciones orales más representativas en pacientes consumidores de bazuco, marihuana y cocaína.
- * Establecer relaciones existentes entre manifestaciones orales y sus posibles asociaciones a patologías generales.

2. MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se empleó en esta investigación es el descriptivo.

2.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES

* Manifestaciones clínicas orales

* Tipo de drogas consumidas

- Marihuana: Origen de la cannabis sativa, variedad americana, sólo los especímenes femeninos contienen principios psicoactivos, estimulante del sistema nervioso central.

Cocaína: Se obtiene del Erythroxylian coca, de sabor amargo, estimulante del sistema nervioso central, aparato cardiovascular.

Bazuco: Llamada “base de cocaína”, pasta de coca o sulfato de cocaína, la impureza y sustancias agregadas permiten un costo menor

Edad: Tiempo que ha vivido una persona o animal desde su nacimiento.

Género: Conjunto de seres con caracteres comunes.

2.3 INSTRUMENTO

Los instrumentos utilizados para esta investigación fueron la ficha de trabajo y la matriz.

FICHA DE TRABAJO

Autor: Rodríguez Ospina Edgar; Duque Luis F.; Rodríguez Jesús.

Título: "Estudio nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia".

Fecha: Marzo de 1993.

Revista: Fundación Santafé de Bogotá, E.C.M. Dirección Nacional de Estupefacientes.

Factor Etiológico: Sustancias psicoactivas (cocaína, bazuco, marihuana)

Edad Mayor incidencia: 12 a 17 años.

Género Mayor incidencia: hombres.

Mayor incidencia: Zona urbana

Complicaciones:

- * Problemas sistémicos a nivel de sistema nervioso central
- * Lesiones hepáticas, renales y hemáticas
- * Falla cardíaca y depresión del miocardio

Las manifestaciones anteriormente descritas están relacionadas con pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en un estado crónico.

FICHA DE TRABAJO

Autor: Universidad nacional de Colombia con la colaboración del Hospital San Juan de Dios.

Título: "Manifestaciones Clínicas e Histopatológicas Orales, Presentada por Consumidores de Bazuco y/o Marihuana"

Fecha: 1989.

Factor Etiológico: Bazuco y marihuana.

Población: 33 pacientes.

Porcentaje según la incidencia de la patología:

22.5%	Pigmentaciones amarillentas en paladar duro.
20.2%	Gengivitis.
13.5%	Lengua saburral
4.5%	GUN.
4.5%	Retracción lingual.
4.5%	Erosión cervical.

Complicaciones:

- * Sequedad en mucosa.
- * Abrasión severa a nivel cervical
- * Ulceraciones a nivel gingival.
- * Disfunción de la ATM.
- * Alta incidencia GUN.
- * Hipertrofia glándulas salivales.



FICHA DE TRABAJO

Autor: Motta y Colon.

Título: "Efectos ocasionados por el consumo de cocaína y marihuana en el campo de la salud oral"

Fecha: 1980.

Factor Etiológico: Cocaína y Marihuana

Localización: Mucosa oral

Complicaciones:

- * Enfermedad periodontal.
- * Papilomas.
- * Leucoedemas.

FICHA DE TRABAJO

Autor: Pereira Ramón, Hernández Germán, Ferro Emilia.

Título: “Manifestaciones Clínicas e Histopatológicas Orales en Consumidores de Bazuco y/o Marihuana”.

Fecha: Septiembre de 1.989.

Revista: Federación Odontológica Colombiana.

Factor Etiológico: Bazuco y Marihuana.

Complicaciones:

- * Gengivitis.
- * Retracción gingival.
- * GUN.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS ORALES DE PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PCSICOACTIVAS

MATRIZ

FECHA	TÍTULO	REVISTA	VOL.	RESULTADOS
1989	Manifestaciones Clínicas e Histopatológicas Orales, Presentada por Consumidores de Bazuco y/o Marihuana.	Universidad Nacional de Colombia,		Factor Etiológico: Bazuco y marihuana. Población: 33 pacientes. Porcentaje según la incidencia de la patología: 22.5% Pigmentaciones amarillentas en paladar duro. 20.2% Gengivitis. 13.5% Lengua saburral 4.5% GUN. 4.5% Retracción lingual. 4.5% Erosión cervical. Complicaciones: * Sequedad en mucosa. * Abrasión severa a nivel cervical * Ulceraciones a nivel gingival. * Disfunción de la ATM. * Alta incidencia GUN. * Hipertrofia glándulas salivales.
1980	Efectos ocasionados por el consumo de cocaína y marihuana en el campo de la salud oral	Revista Científica Escuela Colombiana de medicina	1	Factor Etiológico: Cocaína y Marihuana Localización: Mucosa oral Complicaciones: * Enfermedad periodontal. * Papilomas. * Leucoedemas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS ORALES DE PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PCSICOACTIVAS

MATRIZ

FECHA	TÍTULO	REVISTA	VOL.	RESULTADOS
Sept. 1989	Manifestaciones Clínicas e Histopatológicas Orales, Presentada por Consumidores de Bazuco y/o Marihuana.	Revista Científica Escuela Colombiana de Medicina	1	Factor Etiológico: Bazuco y marihuana. Edead: 12-17 años, y 7-8 años Género: Masculino Complicaciones: * Gengivitis. * Retracción gingival. * GUN.
Marzo 1993	Estudio Nacional de Consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia,	Fundación Santafé, Escuela Colombiana de Medicina. Dirección Nacional de Estupefacientes	1	Factor Etiológico: Sustancias Psicoactivas (Bazuco y marihuana). Edad Mayor incidencia: 12 a 17 años. Género Mayor incidencia: hombres. Mayor incidencia: Zona urbana Complicaciones: * Problemas sistémicos a nivel de sistema nervioso central * Lesiones hepáticas, renales y hemáticas * Falla cardíaca y depresión del miocardio Las manifestaciones anteriormente descritas están relacionadas con pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en un estado crónico.

3. RESULTADOS

- * La edad más representativa en el consumo de sustancias psicoactivas fue de 17 a 22 años.
- * El género masculino resultó ser el más representativo con respecto al consumo de sustancias psicoactivas.
- * El tipo de droga más consumida fue la marihuana con un 0.6%.; cocaína 0.3%; bazuco 0.1%
- * La patología más representativa en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas fue la pigmentación en paladar duro seguida de la gingivitis, lengua saburral, GUN, retracción gingival y erosión cervical.
- * Las manifestaciones orales que presentan los pacientes consumidores también están relacionadas con manifestaciones generales como problemas sistémicos,

alteraciones del sistema nervioso central, lesiones hepáticas, renales, hemáticas, fallas cardíacas y depresión del miocardio.

4. DISCUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos, resulta interesante destacar que la mayoría de los individuos pertenecen al sexo masculino. La edad predominante de consumo oscila entre 11 y 22 años.

La presencia de lesiones tuvo mayor incidencia en los individuos que llevaban mayor tiempo y frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas.

Las pigmentaciones amarillas en paladar duro, podrían clasificarse como un signo patognomónico en los pacientes farmacodependientes acompañado de gengivitis, resequedad en mucosas, GUN, hipertrofia de glándula salivales, retracciones gingivales, erosiones cervicales.

5. CONCLUSIONES

- * La edad más frecuente de consumo de sustancias psicoactivas es de 12 a 17 años, según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas realizada por la Fundación Santafé y E.C.M., Dirección Nacional de Estupefacientes.
- * El género masculino fue el más predominante en el consumo de sustancias psicoactivas según el estudio de consumo de sustancias psicoactivas realizado por la Fundación Santafé y la Escuela Colombiana de Medicina.
- * El hallazgo clínico más importante fue la pigmentación amarilla en paladar duro, con un 22.5% que podría clasificarse como un signo patognomónico de este hábito.
- * Otro hallazgo clínico fue la GUN (45%) relacionada con factores etiológicos como la desnutrición, altos niveles de stress propios de estos individuos y su entorno social.

- * No todos los hallazgos clínicos encontrados tuvieron relación estrictamente directa con el factor de riesgo (bazuco, marihuana, cocaína).
- * Se pudo establecer que según el tiempo de consumo, las manifestaciones orales que se presentaron están altamente relacionadas con patologías generales.
- * Se logró identificar que el porcentaje de consumo más alto lo obtuvo la marihuana con un 0.6% de la población seguido de la cocaína con 0.3% y bazuco, 0.1%.
- * Patologías como la lengua saburral, retracción gingival y erosión cervical, aunque suelen estar presentes en pacientes farmacodependientes no se pueden relacionar directamente con el uso de sustancias psicoactivas.

6. RECOMENDACIONES

- * Una vez realizada la parte teórica, se deja a criterio del profesional de la salud, el retornar esta información para realizar un estudio clínico.
- * Se recomienda a todas las facultades de odontología organizar programas para pacientes farmacodependientes, facilitándoles ayuda en el tratamiento odontológico y psicológico.
- * Incentivar a los profesionales de la salud y especialmente al odontólogo, interesarse más por el tema para poder un tratamiento adecuado para estos pacientes.



BIBLIOGRAFÍA

ARISMENDI, B.; ARISTIZÁBAL, P.; BALLESTEROS, R.; BENÍTEZ, M.

hallazgos Clínicos Orales Característicos en Consumidores de Bazuco,
Cocaína y/o Marihuana. Estomatología. Junio de 1991.

DRUG ENFORCEMENT ADMINISTRATION. Drogas de las que se Abusa.

Departamento de Justicia. Estados Unidos.

GENCO R, Cohen Goldman. Periodoncia. Editorial Interamericana. 1990.

GOODMAN y GILMAN, Louis S.; GOODMAN, Theodore W; RALL, F. Las bases

Farmacológicas de la Terapéutica. 7a edición. Editorial Médica
Panamericana. 1986.

PEREIRA, Ramón; HERNÁNDEZ Germán; FERRO, Emilia. Manifestaciones

Clínicas e Histopatológicas orales en Consumidores de Bazuco y/o
Marihuana. Rev. Federación Odontológica Colombiana. Septiembre de 1989,
Vol. 40 No. 169.

RODRÍGUEZ OSPINA, Edgar; DUQUE, Luis Fernando; RODRÍGUEZ, Jesús.

Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia.

Fundación Santafé, E.C.M. Dirección Nacional de Estupefacientes. Marzo de 1993.

VELÁZQUEZ; VELASCO, Alfonso; SERRANO, José; TELLEZ, Fernando Andrés.

Farmacología. 16a Edición. Interamericana, McGraw Hill. 1993.

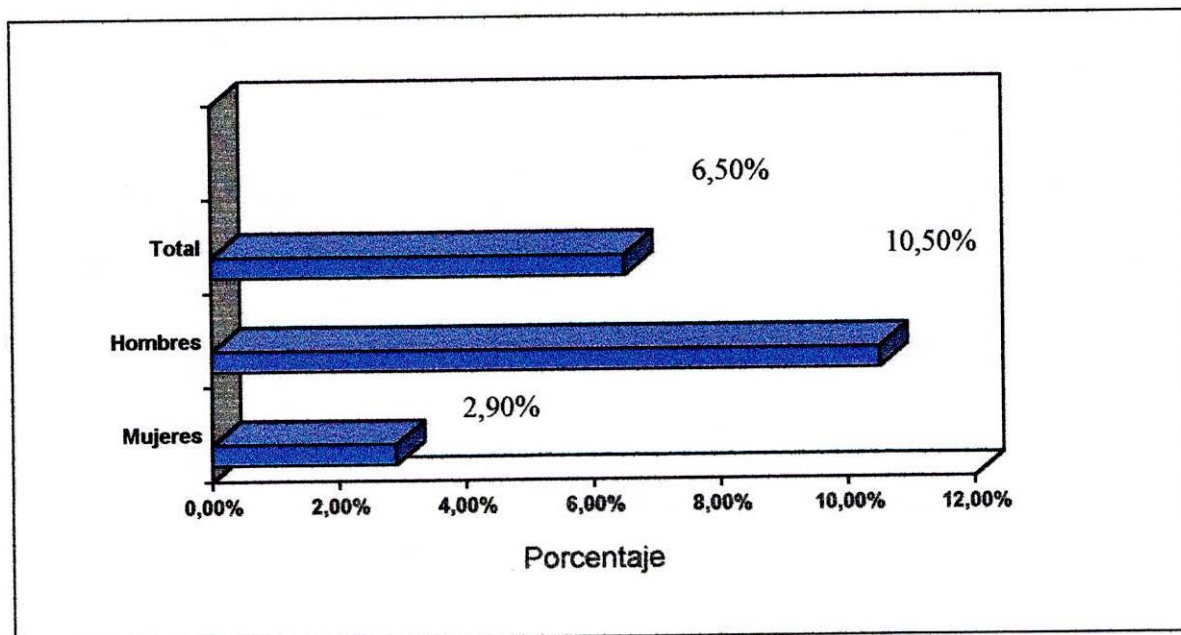
YUKNA A., Raymond. The International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry. Vol. 11, No. 1. 1991.



ANEXO A

Consumo Global de Sustancias Psicoactivas Alguna vez en la Vida

Género	Númeo de Personas	%
Hombres - De 18 a 44 años	1.301.243	10.50
Mujeres	375.681	2.9
Total	1.676.924	6.5

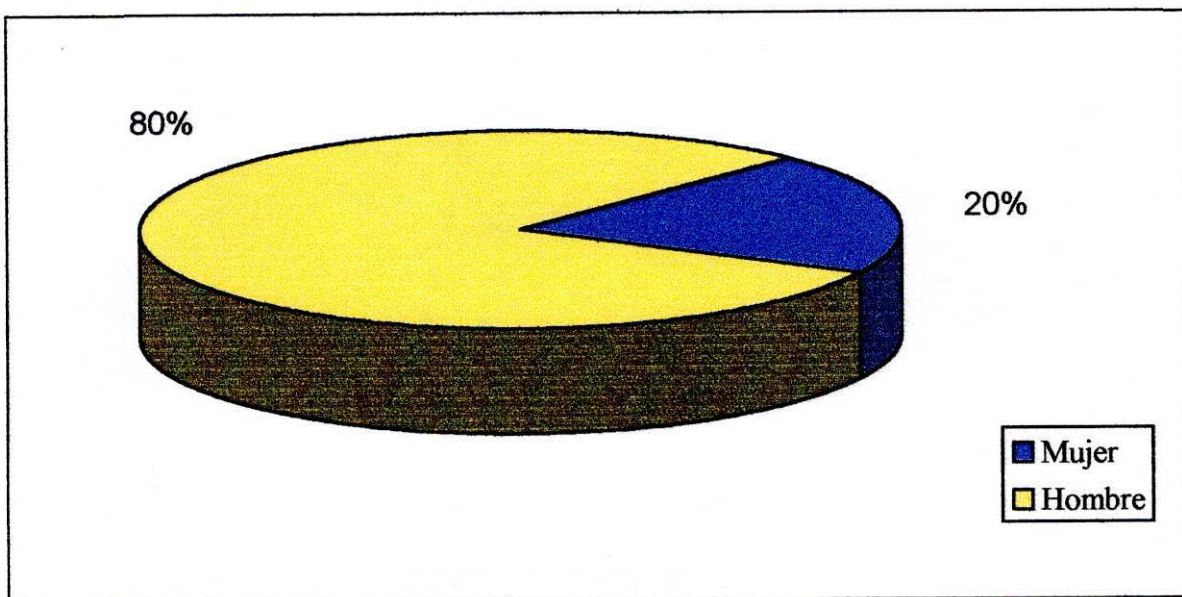


Gráfica No. 1.

ANEXO B

Prevalencia y Proporciones Relativas del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia en el año de 1996

Género

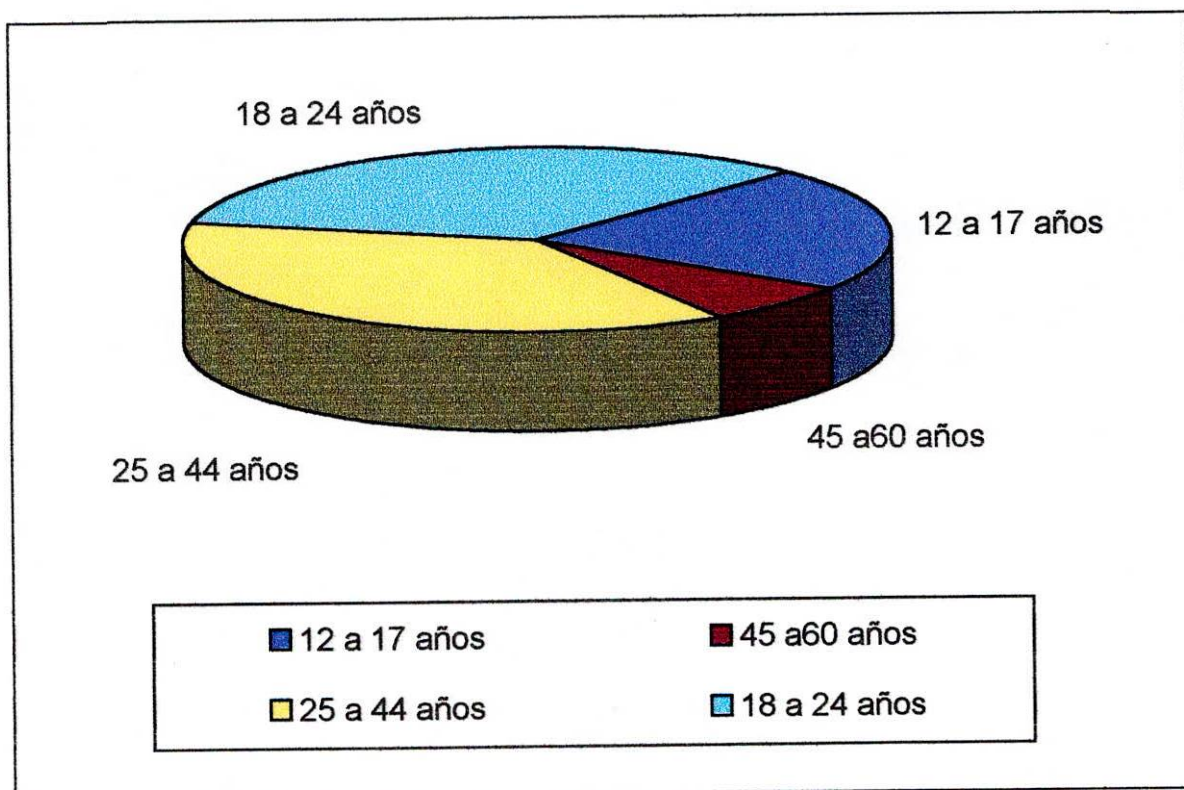


Gráfica No. 2.

ANEXO C

Prevalencia y Proporciones Relativas del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia en el año de 1996

Edad

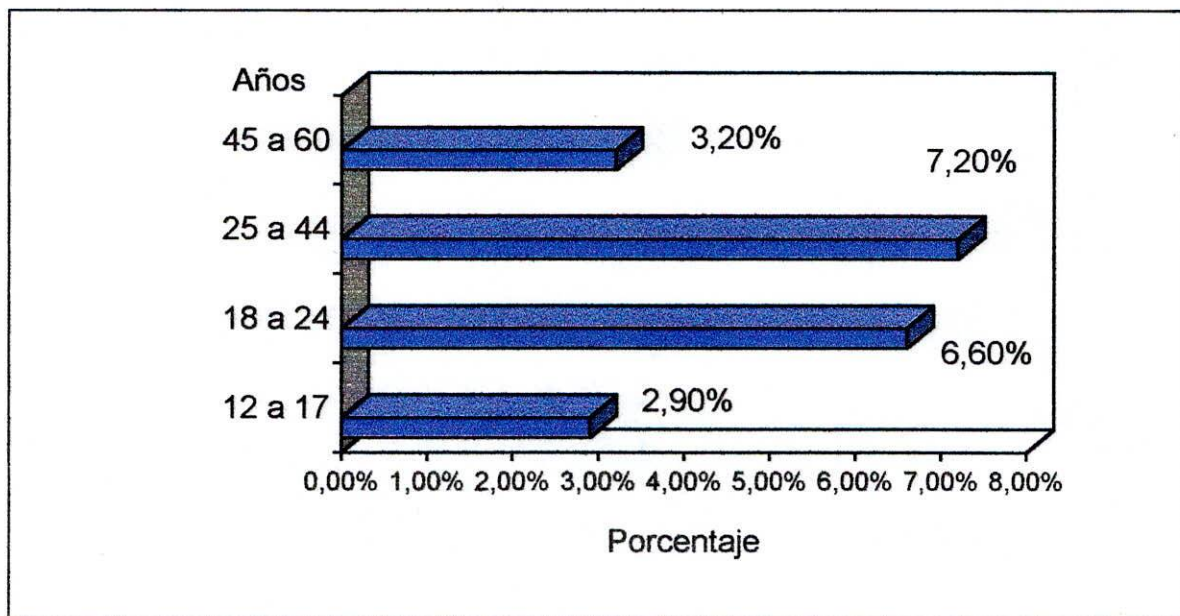


Gráfica No. 3.

ANEXO D

Consumo de Marihuana alguna vez en la Vida en Colombia en el año de 1996

Edad

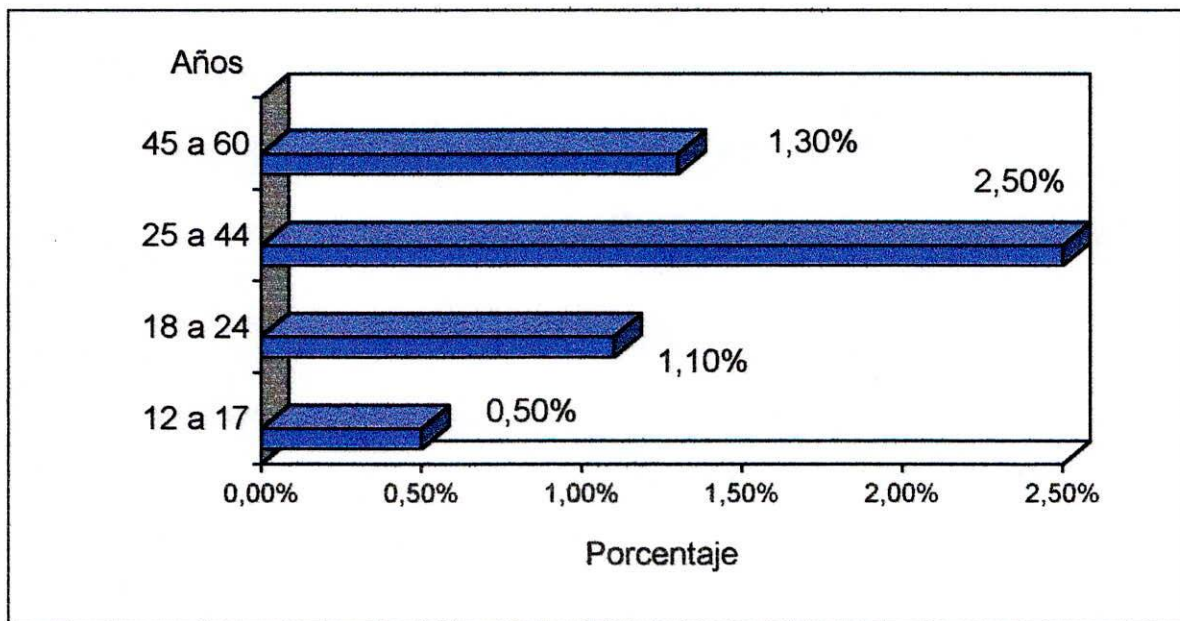


Gráfica No. 4.

ANEXO E

Consumo de Cocaína alguna vez en la Vida en Colombia en el año de 1996

Edad



Gráfica No. 5.