

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa “volver a reír”. Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social*

TESIS DOCTORAL

***Luis El Khoury Moreno***

DIRECTORES

**Antonio Castaño Seiquer**

**José Antonio Coello Suanzes**

**David Ribas Pérez**



**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**



DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**D. Antonio Castaño Séiquer**, Doctor en Medicina y Cirugía, y Profesor Titular de Universidad adscrito al Departamento de Estomatología de la Universidad de Sevilla, **D. David Ribas Pérez**, Doctor en Medicina y Profesor Asociado del Departamento de Estomatología de la Universidad de Sevilla y **D. Jose Antonio Coello Suanzes**, Profesor Asociado adscrito al Departamento de Estomatología de la Universidad de Sevilla,

CERTIFICAN:

Que la Tesis Doctoral con el título "**Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación buco-dental. Programa -Volver a reír-. Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social**" ha sido realizada por D. Luis El Khoury Moreno, bajo nuestra dirección y reúne los requisitos y méritos suficientes para optar al Grado de Doctor.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmamos el presente certificado en Sevilla, a 29 de septiembre de 2015.



Prof. Antonio Castaño Séiquer



Prof. David Ribas Pérez



Prof. Jose Antonio Coello Suanzes



TESIS DOCTORAL  
Luis El Khoury Moreno

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

## Agradecimientos

Comienzo mis agradecimientos por mi director el Prof. Antonio Castaño Seiquer, por su empeño, y especialmente por su confianza en ofrecerme la responsabilidad de tan exigente y bonito proyecto.

A D. Antonio Torné Pérez, creador del Programa "Volver a reír". Trabajador, honesto, responsable, generoso... son algunas de su larga lista de virtudes.

A D. Juan Antonio García López, mi mano derecha social. No puedo dejar de hacer mención a Juan Molde, gracias por cada una de las prótesis.

Al Catedrático José Ramón Casado Llompart y el Prof. Juan Silvestre Segovia por su formación académica en la rehabilitación bucodental. A todos los alumnos que han pasado por el Máster Odontología Familiar y Comunitaria por su solidaridad con cada uno de los pacientes.

Al Prof. Luis Luque Romero, por sus horas de ayuda en los datos estadísticos.

D. Pablo Núñez Arcos, compañero y amigo. Gracias por hacer que el trabajo diario sea ameno y más sencillo y por su compromiso personal con el proyecto.

A mi madre María del Carmen, a mi padre Rafael, a mi hermano Rafael y demás familiares. Soy lo que soy gracias a ellos, nunca podré agradecerles llevarme siempre por el buen camino. El mejor regalo que he recibido ha sido la educación que me han dado, es imposible hacerlo mejor, gracias.

A mi prometida, Pilar López Fernández. Por su paciencia, por darme la tranquilidad que necesito, por su cariño constante y por soportar tantas horas dedicadas al trabajo.

Y principalmente a mi codirector el Dr. José Antonio Coello Suanzes. Ejemplo de constancia, moralidad, generosidad, sabiduría... y un largo etcétera de valores que a diario me transmite. Gracias por no dejar nunca de ayudarme.

## ÍNDICE

<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>12</b>
1.1.    IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.1.1.    Patología oral en drogodependientes.....	19
1.1.1.1. Cannabis.....	21
1.1.1.2. Opiáceos.....	21
1.1.1.3. Estimulantes.....	22
1.1.1.4. La drogas de club.....	24
1.1.1.5. Psicotrópicos.....	24
1.1.1.6. Causas indirectas.....	25
1.1.2.    Servicios asistenciales.....	26
1.2.    ANTECEDENTES CONOCIDOS.....	29
1.2.1.    Programas de asistencia odontológica a consumidores de drogas ilegales.....	29
1.2.2.    Modelos de colaboración.....	30
1.2.3.    Fundación Odontología Social Luis Seiquer.....	33
1.2.4.    Programa "Volver a reír".....	38
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>43</b>

2.1.	CARIES DENTAL.....	43
2.2.	ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	45
2.3.	TABAQUISMO.....	46
2.4.	CONSUMO DE ALCOHOL.....	48
2.5.	HEROÍNA.....	49
2.6.	COCAÍNA.....	52
2.7.	SÍNDROME DE ABSTINENCIA.....	54
2.8.	SÍNDROME DE DEPENDENCIA.....	54
<b>3.</b>	<b>HIPÓTESIS.....</b>	<b>56</b>
<b>4.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>58</b>
4.1.	OBJETIVO GENERAL.....	58
4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	58
<b>5.</b>	<b>MATERIAL, SUJETOS Y MÉTODO.....</b>	<b>61</b>
5.1.	BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	61
5.1.1.	Descriptores.....	61
5.1.2.	Bases de datos consultadas.....	61
5.1.3.	Estrategias de búsqueda.....	61
5.2.	DISEÑO.....	62
5.3.	ÁMBITO DE ESTUDIO.....	63

5.4.	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	64
5.4.1.	Criterios de inclusión.....	65
5.4.2.	Criterios de exclusión.....	65
5.4.3.	Tamaño de la muestra.....	65
5.5.	PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO.....	66
5.5.1.	Primera consulta.....	66
5.5.2.	Consultas sucesivas.....	67
5.6.	ENCUESTA "VOLVER A REÍR" .....	67
5.7.	RECOGIDA DE DATOS.....	68
5.8.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	68
5.8.1.	Análisis estadístico descriptivo.....	68
5.8.2.	Análisis estadístico bivalente.....	69
5.8.3.	Análisis multivariable.....	69
5.9.	ASPECTOS ÉTICOS.....	70
<b>6.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>72</b>
6.1.	Resultados descriptivos de la muestra.....	73
6.2.	Resultados clínicos.....	76
6.3.	Resultados de utilización de servicios.....	77

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

6.4.	Resultados de efectividad de integración social.....	83
6.5.	Difusión de resultados.....	115
<b>7.</b>	<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>118</b>
<b>8.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>133</b>
<b>9.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>135</b>
<b>10.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>156</b>

## JUSTIFICACIÓN

El abuso de drogas es un problema de salud de los más devastadores del mundo y de alta prevalencia, que conlleva múltiples problemas de salud tanto directos como indirectos, tanto físicos como psíquicos y un gran impacto sobre aspectos socioeconómicos e integración social de las personas afectadas. La pérdida de la salud oral es una de las consecuencias más prevalentes en la población con adicción a drogas y probablemente uno de los aspectos menos contemplados y atendidos en su rehabilitación, siendo importante su rehabilitación para conseguir su integración socio laboral.

Además existe una estrecha relación entre la salud oral y la salud general de las personas, así como su bienestar, siendo la pérdida de la salud oral algo que afecta en la actualidad con más frecuencia a los grupos más vulnerables de la sociedad, pobres, ancianos, minorías étnicas, marginados sociales, población infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) etc.

Existen múltiples iniciativas de tratamiento de personas adictas en todo el mundo con equipos multidisciplinares que atienden los diferentes ámbitos sociales y de salud de la persona, pero existen pocas experiencias en los que se integre y contemple la rehabilitación de su salud oral, a pesar de la estrecha relación entre esta y la salud general. No hemos encontrado publicada ninguna actuación en España.



*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

Consideramos necesario evaluar el posible impacto de la atención odontológica y rehabilitación de la salud oral a pacientes con adicción a drogas en su integración socio laboral.



TESIS DOCTORAL  
Luis El Khoury Moreno

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

## **1 .-INTRODUCCIÓN**

### **1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

El abuso de drogas es un problema de salud de los más devastadores del mundo(1) y según datos publicados podríamos decir también que se trata de un problema de salud de alta prevalencia. En 2009 se estimó que entre 149 y 272 millones de personas entre los 15 y 64 años de todo el mundo, informó del consumo de drogas ilegales de al menos una vez durante un año. Los informes mostraban que entre ellos, entre 11 y 21 millones fueron usuarios de drogas inyectadas, principalmente de China, EE.UU. y Rusia(2).

En España se realizan encuestas bienalmente desde el año 1995 sobre población general entre 15 y 64 años(3), realizándose la última en 2013 y publicada por el Observatorio europeo de las drogas en su página Web, sobre una muestra de 23136 encuestados. En ella podemos observar que el cannabis es la sustancia más consumida en España según los encuestados (30,4%), seguida de la cocaína (10,3%), éxtasis (4,3%) y las anfetaminas (3,8%), siendo la prevalencia de uso de sustancias ilegales mayor entre adultos jóvenes (15-34 años). En este grupo de edad se dan los mayores consumos de cannabis y cocaína. Es el grupo de edad entre 15 y 24 años donde se presenta el mayor consumo de cannabis en el último mes, y entre los 15 y 34 años es la cocaína donde se dan los consumos más recientes en el último mes. Por encima de los 34 años las mayores prevalencias son para la cocaína y la heroína. El uso de sustancias ilegales es más prevalente en hombres que en mujeres(4).

El policonsumo de drogas sigue siendo un patrón de consumo muy común, afectando prácticamente a la mitad y en el que el alcohol suele estar siempre presente (4).

En 2012, la edad media de todos los pacientes en tratamiento en España era de 34 años. La distribución por sexo fue de 84% varones y 16% mujeres(4).

Los abusos de consumo de drogas conllevan múltiples problemas de salud directos, tanto psíquicos como físicos y entre ellos caben destacar los problemas cardíacos, depresión respiratoria, nefropatías, cirrosis hepática, enfermedades infecciosas tales como la hepatitis, SIDA y tuberculosis, desórdenes mentales tales como la depresión, y las patologías orales. Como problemas indirectos que recaen sobre el entorno social caben destacar la reducción y pérdidas de tiempos de trabajo, violencia, delincuencia, prostitución, transmisión de enfermedades infecciosas e incremento de costos de atención sanitaria(5)(6)(7). En años de vida ajustados por discapacidad, entre el 0,4% y el 0,8% de las muertes en el mundo durante el año 2000 fueron debidas al consumo de drogas, lo que en relación a la mortalidad supone una mediana de riesgo relativo de 2. (8)

En mayo del año 2000, David Satcher, (9) Subsecretario de salud y Director General de Sanidad de los EE.UU. dio a conocer el primer informe de salud bucodental realizado en los EE.UU. En dicho informe se hizo hincapié en la estrecha relación existente entre la salud oral y la salud general de las personas así como su bienestar, junto con las principales desigualdades en salud existente en la población

general. La salud oral es algo más que los propios dientes, se refiere a todo el complejo craneofacial, y es éste el que nos permite hablar, sonreír, suspirar, besar; el que incluye nuestros sentidos y que nos permite oler, degustar, tocar, masticar y tragar, gritar de dolor, transmitir nuestras emociones y sentimiento mediante expresiones faciales, además de suponer una barrera frente a las agresiones del medio ambiente y las infecciones.

Es por estas fechas cuando comienzan las primeras publicaciones científicas en las que inician el establecimiento de relaciones entre la salud oral y la salud general, estableciéndose la misma con enfermedades como la enfermedad periodontal y enfermedades cardiovasculares(10), enfermedad periodontal e infarto agudo de miocardio(11), enfermedad periodontal y enfermedad crónica respiratoria (12)(13) (14),o salud oral y diabetes(15)

A pesar de los grandes avances científicos y de la mejora de la salud oral de la población, Allukian M (2000)(16) preconiza que existe una epidemia silenciosa y olvidada que afecta a la salud oral y que se centra en los grupos de población más vulnerables de la sociedad, pobres, ancianos, minorías étnicas, marginados sociales, población infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) etc., lo que los coloca en una situación de vulnerabilidad y desventaja desproporcionada, y que no solo se centra en los dientes, sino en todos los componentes del complejo craneofacial(9)(16).

Celberg, L. y cols. (1988)(17) en un estudio sobre población adulta y sin hogar observaron que el 27% habían presentado odontalgias en el mes anterior y que de éstos, sólo el 10% buscó ayuda de un dentista para solucionar su dolor. Además observaron que las personas sin hogar tienen la mitad de probabilidades que la población general de haber realizado una visita al dentista en el último año (26,7% frente al 50%). También observaron que los individuos que presentaban mayor número de dientes cariados y perdidos presentaban mayor hábito de consumo de tabaco y alcohol, tienen mayores problemas de salud general, peor higiene bucodental y mayor edad media, por lo que concluyen que estos presentan mayor proporción de patología dental y hacen un menor uso de los servicios dentales que la población general, por lo cual sugieren que se debe de incrementar y mejorar la accesibilidad de estos a dichos servicios.

Metsch, L. y cols (2002)(18), en su estudio en el que analizan las necesidades satisfechas y no satisfechas por los servicios dentales en el grupo de población de consumidores crónicos de drogas, concluyen que los problemas dentales se encuentran entre los más frecuentes que padecen, así como que existe una asociación independiente con la necesidad de servicios dentales y el uso de drogas, lo que sugiere la necesidad de implementar políticas que incrementen el acceso de los usuarios de drogas a los servicios dentales, así como para otros grupos desfavorecidos socialmente. La prevalencia de necesidades de tratamiento dental insatisfechas varía en relación con las características demográficas y económicas. Así mismo establecen que las diferencias entre el nivel de salud oral en diferentes

grupos sociales se pueden ver agravadas e incrementadas por las diferencias existentes en la accesibilidad y utilización de los recursos sanitarios.

Robbins, JL. y cols (2010)(19) en su estudio sobre necesidades de salud general y salud oral, realizado en la ciudad de San Francisco sobre población adicta a drogas inyectables y sin hogar, concluyen que presentan altas necesidades de salud oral y que el 64 % de los pacientes han presentado necesidades de atención de salud oral en los últimos 6 meses. Así mismo refieren una alta automedicación mediante el consumo de opiáceos para el tratamiento del dolor crónico y que el hecho de que dispongan de una asistencia dental gratuita incrementa significativamente las probabilidades de que ellos mismos demanden asistencia para su salud oral.

Abott, P. (2010)(20) en su trabajo sobre evaluación de necesidades de tratamiento en pacientes en programas por opioides, también establece que las necesidades dentales se encuentran entre las primeras, junto con las de empleo, transporte, apoyo emocional y cese del hábito tabáquico.

D'Amore, MM. (2011)(21) en su trabajo sobre 563 personas dependientes a drogas, destacan la mala salud oral de estos pacientes así como la insatisfacción personal de los mismos sobre su propia salud oral.

Los consumidores de drogas se han mostrado menos propensos que los no consumidores a recibir medidas sanitarias preventivas, y más propensos a la utilización de servicios sanitarios de emergencias(7) (22)(23)(24). Por otro lado, no

hay suficiente información sobre como accede la población drogodependiente a los servicios sanitarios comunitarios y las dificultades de acceso que encuentran para ello, así como la difusión entre ellos de los diferentes programas de atención establecidos por la comunidad para el tratamiento de las diferentes adicciones a drogas(25). Sí es conocido que son más propensas a entrar en programas de tratamiento por abusos de drogas y alcohol las personas de mayor edad, y que generalmente no buscan apoyo terapéutico hasta que sus problemas se han convertido en graves o existen problemas sociales importantes como pueda ser problemas en el lugar de trabajo o problemas penales con la justicia que favorecen su derivación a programas de tratamiento(26).

Mulligan, R. y cols. (2008)(27), llevaron a cabo un estudio para valorar las relaciones entre la salud oral y la calidad de vida general sobre un grupo de mujeres infectadas de VIH y otro no infectadas pero en riesgo, y observaron, que existe una relación inversa entre la calidad de vida general y la presencia de enfermedades dentales y periodontales, el consumo de tabaco y el consumo de cocaína.

Además, en los pacientes drogodependientes sometidos a tratamientos de deshabituación, la retirada del tóxico puede desembocar en la aparición de dolor de origen dental, lo que puede interferir en el tratamiento y en la búsqueda abstinencia, así como en posibles recaídas. Madinier, I. y cols (2003)(28) en un estudio de casos y controles observaron que un 52% de adictos a heroína intravenosa, admitieron haber utilizado la droga con fines analgésicos. El alivio del dolor dental que puede

proporcionar la heroína, la cocaína y la metadona puede ser también un factor que ayude a entender la causa de la baja asistencia dental de los adictos a drogas. También tendríamos que considerar la tendencia en estos pacientes a la automedicación para el dolor dental(29)

La mayoría de los sistemas de salud del mundo ofrecen servicios sanitarios para el tratamiento e integración de las personas con adicción a drogas, pero la mayoría carecen de programas de atención a la salud oral, a pesar de que el consumo de drogas se asocia con graves problemas de salud oral. Entre las patologías más frecuentes encontramos caries generalizadas, patologías periodontales, displasia de mucosas, xerostomía, bruxismo y pérdidas de dientes. Además, los cuidados en salud oral tienen efectos positivos en los consumidores de drogas, como es su necesidad de control del dolor y su desestigmatización(30). Estos programas de salud oral deberían además incluir diferentes aspectos de la atención sanitaria como la educación para la salud y prevención, y no sólo atención clínica, máxime cuando la insatisfacción personal con su propia salud oral no es infrecuente en contarla entre los adictos a drogas(21).

Como dice el profesor Allukian (2000)(16), es hora de asumir la voluntad de modificar las políticas de salud e incluir la salud bucodental dentro de todas las políticas y programas específicos de salud, puesto que la salud oral debe ser un componente integral e importante dentro de todos los programas de salud, y aunque él se refiere a su país, EE.UU., es una aseveración perfectamente extrapolable a

nuestro país y a nuestra comunidad autónoma andaluza. Es la forma más justa de luchar contra las desigualdades en salud oral que encontramos en la actualidad.

### **1.1.1 Patología oral en drogodependientes:**

Los problemas de salud oral son de los más prevalentes que podemos encontrar en los consumidores de drogas(18). En la literatura científica se describe con claridad la alta prevalencia de patología oral que podemos detectar en relación con la población general, siendo muy marcada esta diferencia en relación con la caries dental y no siendo significativa las diferencias existentes en dicha prevalencia entre los diferentes tipos de consumo.(18) (31) (32). También encontramos información no sólo sobre la presencia de mayor prevalencia de caries, sino de una mayor progresión y gravedad de la misma en pacientes adictos a drogas(28)(33).

Junto con la mayor prevalencia de caries también encontramos descritos la mayor prevalencia de gingivitis, enfermedad periodontal y presencia de mayores índices de placa bacteriana y menores de higiene oral(18)(34). Los problemas periodontales que podemos ver con frecuencia no sólo están causados por la presencia de bajos índices de higiene oral, sino potenciados por la presencia de xerostomía y por el efecto inmunosupresor de los opioides(34).

También encontramos en la literatura científica mención a la mayor presencia de traumatismos alveolodentarios(33).

No sólo se va a relacionar el consumo de drogas con un incremento de la prevalencia de las enfermedades orales, sino también con la presencia de cuadros clínicos más severos, como ocurre con los consumidores de heroína y cocaína en relación con la periodontitis, donde son más prevalentes las formas severas de la enfermedad(35) o con la caries dental (33).

Además el consumo de drogas puede exacerbar problemas orales en relación con determinados comportamientos y estilos de vida que conllevan *per se* el consumo de drogas como conductas de riesgo, agresiones, descuido y abandono personal. Del mismo modo, los estudios existentes han demostrado la existencia de una asociación entre el consumo de drogas y la presencia de hábitos deficientes de higiene oral, consumo abundantes de azúcares refinados así como consumo abundante de tabaco y alcohol(30)(32).

Según Titsas y cols. (2002)(36) las alteraciones bucodentales presentes en los consumidores habituales de opiáceos se han atribuido a las limitaciones de recursos económicos y al descuido personal de su propia salud oral, sin embargo ellos establecen que existen consecuencias específicas asociadas a la propia sustancia consumida, y que su tratamiento se puede ver complicado por alteraciones de conductas asociadas al consumo así como por la posible presencia de infecciones orales. A continuación se describen algunas variaciones de las diferentes patologías en función del tipo de droga consumida.

#### **1.1.1.1 Cannabis**

La mayor evidencia científica que disponemos evidencia el mayor riesgo entre consumo de cannabis y boca seca(37).

También se recoge en la revisión sistemática llevada a cabo por Versteeg y cols. (38), un incremento de la prevalencia de xerostomía, leucoedema y presencia de *Cándida albicans*, que no de candidiasis. También establecen que el cannabis por sí mismo no incrementa el riesgo de caries aunque si existe un mayor riesgo secundario a la xerostomía.

#### **1.1.1.2 Opiáceos**

Dentro de este grupo se incluyen el opio, sus componentes psicoactivos como la morfina, sus derivados semisintéticos como la heroína y los sintéticos como la metadona.(30).

Entre sus consumidores habituales vamos a encontrar patología oral variada como xerostomía, sensación de boca seca, dificultades para la masticación y deglución, alteraciones del gusto, e infecciones de mucosa. A nivel periodontal encontraremos enfermedad periodontal del adulto y gingivitis ulceronecróticas. A nivel dental encontramos pérdidas de dientes, y caries dentales múltiples, principalmente cervicales y de superficies lisas (bucal y vestibular)(34)(36)(39).

Podemos encontrar también mayor prevalencia de bruxismo, atrición dentaria, trismus, infecciones micóticas como la candidiasis y displasia de mucosas(36)(40)

También encontraremos peores índices de higiene oral que la población general(21)(34) (41)

Determinadas enfermedades orales propias de pacientes con adicción a drogas podrán ver incrementada su severidad en combinación con otras adicciones como el alcohol y el tabaco, adicciones que con cierta frecuencia son concomitantes(42).

### **1.1.1.3 Estimulantes**

Los estimulantes también pueden tener múltiples efectos adversos directos sobre la salud oral, incluyendo en este grupo las anfetaminas, metanfetaminas, la cocaína y el crack, y estos efectos variaran en función de la forma de consumo(30).

Las metanfetaminas se han asociado de forma significativa con la presencia de patología oral. Ravenel y cols. (2012) (43), mediante un estudio de casos y controles en el que intentan analizar la relación entre el consumo de metanfetaminas y la presencia de enfermedades orales observan tasas significativamente más altas de caries de superficies dentales, pérdidas dentarias, atrición dental, presencia de tártaro e incremento de placa bacteriana, así como una

tendencia significativa a presentar índices de pH más bajos que los no consumidores, por lo que piensan , la saliva podría jugar un papel importante en las diferencias entre ambos grupos. Esta relación de metanfetaminas y aumento de la prevalencia de caries ya había sido observada anteriormente por otros autores(44)(45)

La forma inhalada de tomar la cocaína provocará los ya conocidos efectos de necrosis del tabique nasal y su consecuente perforación que también se puede acompañar de necrosis y perforación del paladar, sinusitis crónica y alteraciones del gusto. La administración oral conlleva alteraciones de las encías incluidas recesiones, así como la aparición de bruxismo y atrición dental, favorecida también por los cambios de pH con disminución del mismo que conlleva su administración oral y que favorecen la erosión dental(46).

El Crack fumado provoca llagas en los labios e interior de la boca lo que puede conllevar incremento del riesgo de transmisión oral del VIH y hepatitis C(47).

Marques, T. y cols. (2015)(48) en su estudio transversal sobre 262 pacientes de centros de atención para adictos a alcohol y drogas, en el cual analizan la asociación entre calidad de vida general y adicción a drogas. Observan que existe una asociación entre la calidad de vida general de las personas adictas a drogas y la experiencia de caries, bajos ingresos económicos y consumo de cocaína/crack.

#### **1.1.1.4 Las Drogas de Club**

Constituyen un grupo farmacológicamente heterogéneo de compuestos psicoactivos que tienen tendencia a consumir adolescentes y adultos jóvenes en clubs nocturnos, bares, fiestas, concentraciones musicales, etc.

Las drogas de Club incluyen el GHB (gammahidroxitirato, y denominado vulgarmente como éxtasis líquido), LSD (dietilamida de ácido lisérgico, y denominado vulgarmente como ácido o micropuntos), Ketamina® (denominada vulgarmente como keta, K especial o vitamina K), Rohypnol®, PCP (fenciclidina, y denominada vulgarmente como polvo de Ángel, hierba mala o píldora de la paz), MDMA (éxtasis) y las metanfetaminas (denominadas vulgarmente como meta o tiza)(49). El uso de drogas alucinógenas, principalmente éxtasis y LSD provocan principalmente la aparición de boca seca y bruxismo(30).

#### **1.1.1.5 Psicotrópicos**

Los fármacos psicotrópicos a menudo forman parte del arsenal farmacológico utilizado en el tratamiento de diversas adicciones a drogas. Es conocido el efecto que el uso de estos fármacos tienen sobre la salud oral de los pacientes y el incremento que supone en la prevalencia de enfermedades orales, por lo que hemos de considerar que los mismos se sumaran a aquellos específicos inherentes al consumo de las diferentes drogas, y que habrán de ser tenidos en cuenta por los profesionales que cuidan de la salud oral de los pacientes con

adicciones a drogas. Entre los más comunes encontramos los antidepresivos, antipsicóticos y diazepam.

Fratto, G. y cols.(50), en su revisión bibliográfica establecen diferentes manifestaciones orales en función del perfil farmacológico del medicamento empleado. Los efectos extrapiramidales de estos fármacos se relacionan con la presencia de bruxismo, distonía orofacial, disquinesia oromandibular y el síndrome de conejo, todo ello debido a su actividad antagonista sobre los receptores dopaminérgicos. Los efectos anticolinérgicos y/o antiadrenérgicos se relacionan con la presencia de boca seca y sus consecuencias como infecciones por Cándidas y otras infecciones orales.

Con los estabilizadores del ánimo como la sales de litio, podemos encontrar una gama más variadas de efectos indeseables en la salud oral como la presencia de sequedad de boca, sialorrea, infecciones y ulceraciones de la mucosa oral.

Los psicoestimulantes pueden provocar agrandamientos gingivales, bruxismo, erosión dental, úlceras orales y lesiones nasales y/u orales.

#### **1.1.1.6 Causas indirectas**

En las personas adictas a drogas se dan una serie de circunstancias concomitantes con el consumo que es difícil de valorar su participación concreta sobre el estado de salud oral de la persona, pero que sin duda contribuyen a

incrementar la incidencia y gravedad de los problemas orales, y que todas tiene en común el ser conductas no saludables como son la pobre higiene oral, el alto consumo de azúcares refinados, escasa prioridad sobre su salud oral en contraposición con su necesidad de obtener droga, el miedo al dentista y la fobia a las agujas, la automedicación y el bajo índice de utilización de servicios dentales(7)(29)(34).

### **1.1.2 Servicios asistenciales**

La población drogodependiente presenta escasa frecuencia a los servicios sanitarios odontológicos, estando ello motivado por múltiples causas entre las que podríamos destacar la exclusión en el mercado de trabajo, la escasez de recursos económicos y situaciones de exclusión social. Su alta prevalencia de patología oral en relación con la población general y sus problemas de accesibilidad a los servicios sanitarios odontológicos no son compensados por la existencia de programas comunitarios de captación e integración por parte de los servicios públicos, ni por la existencia de servicios odontológicos específicos atendidos por profesionales capacitados, provocando todo ello la presencia de alta incidencia y prevalencia de patología oral y de barreras de accesibilidad a los servicios sanitarios difíciles de superar para este grupo de población. Existen pocas experiencias en la literatura científica sobre dispositivos odontológicos gratuitos, integrados con los demás servicios comunitarios y localizados en el medio social de los pacientes adictos a drogas ilegales. Sí es más frecuente en la literatura científica dispositivos asistenciales destinados a personas sin hogar(51)(52)(53)(54).

Scheutz, F. (1984) describe que el errático comportamiento social de este grupo de pacientes hace casi imposible el mantenimiento adecuado de una atención bucodental regular en el tiempo. Describe que la anulación de citas y la falta de asistencia a las mismas es un problema que se presenta con mucha frecuencia, lo que dificulta enormemente tanto el tratamiento como el seguimiento clínico del paciente(33), punto este también aseverado por Molendijk, B. Y cols. (1996)(31) y lo cual favorece que los pacientes consumidores de drogas ilegales puedan ser estigmatizados por los profesionales de la salud(23).

Sheridan, J. y cols (2001)(55) realizan a través de las farmacias comunitarias, un estudio en población de drogodependientes sobre una muestra de 125 pacientes analizando el nivel de salud bucodental de los mismos, la accesibilidad a los servicios dentales y la frecuentación a los mismos realizados en los últimos 12 meses. Concluyen que los consumidores de drogas presentan diferencias significativas con la población general presentando mayores problemas de salud bucodental, tienen mayores dificultades para acceder a tratamientos dentales y presentan una menor frecuentación de servicios dentales. También concluyen que los consumidores de drogas deben de ser animados a utilizar servicios dentales gratuitos que deben de incluirse en el Sistema Nacional de Salud, así como que debe de existir una estrecha relación entre los profesionales de la salud oral y otras instituciones comunitarias para mejorar la utilización de los servicios dentales.

No obstante, como publica Van Hout, MC y cols. (2014)(29) la negligencia habitual de los pacientes con adicciones en relación a su salud oral, se ve acompañada en las fases de rehabilitación de su adicción de una gran preocupación por la pérdida de dicha salud y su apariencia externa, y desean la existencia de centros que les permitan una rehabilitación oral.

Charnock, S. y cols. (2004) (23) en South Lancashire, Inglaterra, realizaron una encuesta anónima y voluntaria a los usuarios de un grupo comunitario de atención a drogas y alcohol con el fin de detectar necesidades, sobre un total de 188 personas, de las cuales respondieron 63 (32%) y de estos, 43 (68%) respondieron que en ese momento manifestaban problemas bucodentales. Sólo 18 (29%) manifestaron realizar visitas al dentista al menos una vez al año, 29 (46%) manifestaron acudir sólo cuando tenían dolor y el resto, 16 (25%) no habían visitado nunca un dentista. El miedo al dentista era el motivo más común para justificar la no asistencia al dentista, un 57% de los encuestados. Un 50% de los mismos referían que consideraban que los dentistas eran indiferentes hacia ellos no mostrando interés, y sólo el 32% aducían los problemas económicos como causa principal para la no asistencia, pero sin embargo el 89% veía útil que en sus sesiones se introdujera alguna sobre consejos bucodentales y de sensibilización.

## **1.2 ANTECEDENTES CONOCIDOS**

### **1.2.1 Programas de asistencia odontológica a consumidores de drogas ilegales**

Scheutz F. (1984) publica el único antecedente que conocemos en la literatura científica, sobre un centro de atención odontológica a pacientes drogodependientes de adscripción municipal y con atención gratuita, en Dinamarca, ofreciendo una evaluación de cinco años de actividad(33). En el destaca el comportamiento errático de estos pacientes y las grandes dificultades que ello supone para una mantenimiento regular de la salud oral, mencionando la anulación de citas y la falta a las mismas como un problema de gran trascendencia. Así mismo destaca el gran incremento de prevalencia de caries/año que presentan estos pacientes y que cifra en 2,5 caries/año, junto con los traumatismos dentolaveolares. Consigue reducir las necesidades de tiempo de trabajo de cinco horas al inicio del tratamiento a 1, o 2 horas por paciente/año.

Charnock, S. Y cols. (2004) (23) presentan un plan de mejora de la salud oral elaborado por las autoridades sanitarias e implantado en South Lancashire, Inglaterra, a petición del grupo comunitario de atención de drogas y alcohol de dicha localidad, que detectan las dificultades de acceso de sus miembros a la atención bucodental. Para ello realizaron una encuesta previa anónima y voluntaria a los usuarios con el fin de detectar necesidades, sobre un total de 188 personas, de las cuales respondieron 63 (32%) y de estos, 43 (68%) respondieron que en ese momento manifestaban problemas bucodentales. Sólo 18 (29%) manifestaron

realizar visitas al dentista al menos una vez al año, 29 (46%) manifestaron acudir sólo cuando tenían dolor y el resto, 16 (25%) no habían visitado nunca un dentista.

Tras su análisis inicial establecieron un servicio de asesoramiento dental básico mediante una sesión con una periodicidad semanal, basado en promoción de la salud y en una atención de emergencia que incluía cirugía oral, impartido por un dentista y un técnico de promoción de la salud y haciéndola coincidir con la administración de metadona u otros fármacos. De 105 beneficiarios, 93 fueron referidos para tratamiento dental.

### **1.2.2 Modelos de colaboración**

La atención odontológica comunitaria a grupos socialmente vulnerables y/o marginados mediante modelos de colaboración entre instituciones académicas e instituciones públicas regionales o locales, y/o políticas, no es un modelo nuevo, existiendo múltiples experiencias conocidas en diferentes países, con colectivos sociales variados(56). Como característica principal de estos modelos es que están basados en el voluntariado y con un fin docente y solidario.

La Harvard School of Dental Medicine (EEUU), desarrolla desde hace tiempo diversos programas de odontología social y comunitaria para grupos sociales vulnerables, que son desarrollados por alumnos predoctorales, y entre los cuales encontramos el programa "Acción", para población infantil con escasos recursos; el "Proyecto Puente", dirigido a niños, adolescentes y jóvenes sin techo, programa de

salud oral dirigido a los hispanohablantes con el objeto de superar barreras idiomáticas y mejorar la accesibilidad a servicios sanitarios(57).

La Harvard School of Dental Medicine (EEUU) también desarrolla el "Proyecto de extensión a los sin techo", con el objetivo de mejorar el acceso al cuidado de la salud oral a individuos sin techo residentes en el gran área de Boston. Está dirigido a una población que incluye familias con niños pequeños, personas con discapacidad física y mental y personas adictas a drogas y alcohol(57).

De igual modo la Universidad de Búfalo (EEUU), viene desarrollando desde hace años programas de odontología social y comunitaria a través de una institución propia que se denomina, Buffalo Outreach and Community Assistance (BOCA), y que mediante la participación de estudiantes y profesionales intentan proveer de atención dental gratuita a zonas del mundo que carecen de acceso adecuado a ella. Ha realizado más de 30 misiones en el extranjero con la atención de más de 13.000 pacientes y la participación de 355 estudiantes, 30 residentes de postgrado y 40 miembros del profesorado(58).

La Universidad Autónoma de San Luis de Potosí desarrolla un programa de salud oral en región de San Luis de Potosí, México(59), y es un programa que forma parte integral de aquellos que se dirigen a la población en los servicios de salud del estado y en los que participan de forma conjunta los colegios profesionales, los colegios y las universidades, y dirigido principalmente a grupos vulnerables de población, entre los que se incluyen escolares, embarazadas, diabéticos e

hipertensos, tercera edad, población de bajos recursos y población rural. Al igual que el desarrollado por la universidad de Harvard y Buffalo (57)(58), se trata de un programa comunitario con fines además docentes y solidarios con participación conjunta de alumnos en formación y profesorado de las universidades, que además de formación técnica y adquisición de competencias profesionales busca formar en valores, un modelo de servicio, docencia e investigación.

Existen también programas odontológicos comunitarios destinados a la atención de comunidades étnicas desfavorecidas como los desarrollados con la comunidad de Auyantepuy (Venezuela) por la profesora Hernández, C. (60), o el desarrollado con la población Kolla por los profesores Williams EA. y Williams EM. en la República de Argentina(61).

Conocemos múltiples programas odontológicos comunitarios que comparten la misma participación de instituciones públicas, privadas y universidades, así como similar justificación, visión y misión, pero ninguno con el objetivo de incluir la población adicta a drogas, a excepción del mencionado desarrollado por la Harvard School of Dental Medicine (EEUU) (57), y la desarrollada en España por la Fundación Odontología Social Luis Seiquer (FOS)(56)(62)

### **1.2.3 Fundación Odontología Social Luis Seiquer**

La FOS, una organización no gubernamental sin ánimo de lucro y con sede en la ciudad de Sevilla (España), que nace en el año 2009 y entre sus objetivos

fundacionales se encuentran el acercar la odontología al mayor número de personas, creando un puente entre sociedades, personas y cultura, priorizando por los más necesitados, marginados y excluidos, así como el formar a través de la solidaridad a los nuevos profesionales en valores, conocimientos y habilidades despertando la sensibilización de los futuros odontólogos en tareas de desarrollo.

En sus estatutos fundacionales se recogen como principales fines, los fines sanitarios y de asistencia social: promover la salud, con especial incidencia en la salud bucodental, de manera que sea accesible a las capas más desfavorecidas de la sociedad, preferentemente personas con discapacidad social, grupos de riesgo y países en vías de desarrollo. Fines educativos, culturales y científicos, desarrollo de campañas educativas para alumnos de pre/postgrado de ramas sanitarias, con filosofía preventiva y de promoción de la salud, orientado a los fines de asistencia social(62).

La FOS es una institución con acreditada y solvente experiencia en el desarrollo de programas comunitarios de atención a la salud oral, y ha desarrollado diferentes programas de cooperación internacional en países de Centroamérica, Sudamérica y norte de África, así como en España.

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---



Fotografía 1: centro asistencial de la FOS en Sevilla

En Sudamérica ha trabajado conjuntamente con la Universidad Autónoma de Santo Domingo(63) entre los años 2005 y 2011 junto con la Universidad de Sevilla, y con la Universidad del Mayad, en la república de México, desde el año 2012; en el norte de África ha trabajado en Marruecos de forma conjunta con la Fundación Hannan en los centros de acogida que dicha fundación posee en Tetuán para población con discapacidad, principalmente población infantil(64).

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---



Figura 2: Presidente y cooperantes de la FOS en la UASD, República Dominicana

En España desarrolla varias actividades. En 2013 ha creado un centro dental en Sevilla para intervenciones odontológicas, prevención de hábitos de riesgo y promoción de la salud, destinado a personas en situación de exclusión social residentes en zonas de transformación social de Sevilla. Se han desarrollado proyectos en relación con población con discapacidad y proyectos en la ciudad autónoma de Ceuta en relación con población infantil (65).

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---



Fotografía 3: cartel de organización de la 6ª jornadas odontológicas Dominicano-Españolas

De forma simultánea desarrolla un programa como entidad prestadora de servicios denominado "Volver a Reír", programa odontológico para la integración de drogodependientes del barrio sevillano del "polígono sur" en situación de máxima exclusión social, diseñado y financiado por el Excmo. ayuntamiento de Sevilla (62), e implementado por la Fundación Odontología Social Luis Seiquer, mediante la firma de un convenio de prestación de servicios entre ambas instituciones (anexo 1)

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental.  
Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---



Fotografía 4: centro de salud Polígono Sur, Sevilla.



Fotografía 5: asistencia odontológica en el centro de Salud

#### **1.2.4 Programa Volver a Reír. Ayuntamiento de la ciudad de Sevilla**

En la literatura científica se encuentran experiencias en las que se constata que diferentes tipos de incentivos pueden incrementar la participación de población en determinados programas preventivos y terapéuticos. Así Díaz y cols. (2009) (66) nos muestran como pequeños incentivos económicos pueden mejorar la participación de las familias en los programas de prevención de consumo de drogas y reducir el absentismo escolar.

García-Rodríguez y cols. (2007)(67) en un estudio de casos controles sobre 66 sujetos en tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína, nos muestran como la instauración de diversos tipos de incentivos mejoran claramente la retención de los pacientes adictos a la cocaína en los tratamientos ambulatorios.

La barriada del Polígono Sur es quizá el mayor exponente de zona degradada social y económicamente de la ciudad de Sevilla, estando incluida como Zona de Necesidad de Transformación Social (ZNTS), encontrando en ella precariedad económica, desempleo, multietnicidad, niveles elevados de drogadicción y delincuencia(68). En Abril de 2008 se celebra una reunión de coordinación en el despacho del Comisionado para el Polígono Sur, en el que se transmite una información de la Policía Autonómica relativa a un volumen de, al menos, veinte personas drogodependientes en situación de indigencia absoluta, con las que no se sabe cómo actuar. Esta situación, unida al conocimiento que ya se tenía de un número mayor de afectados/as, y que a pesar de existir recursos socio sanitarios en

la zona no acudían a ellos, llevó a que por parte del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla se planteara algún tipo de actuación en el ámbito de la salud y adicciones que fuese atractiva a la vez de necesaria para estas personas, posibilitando de este modo la captación de las mismas para acercarlas a los diferentes programas y dispositivos que la comunidad ofrece.

Desde las dependencias municipales de la Sección de Prevención y Atención a las Adicciones del Servicio de Salud el Sr. D. Antonio Enrique Torné Pérez (Jefe del Negociado de Incorporación Sociolaboral y Reducción de Daños) diseñó un proyecto que, después de varios nombres más o menos ocurrentes, se denominó *Volver a Reír* por las connotaciones de rehabilitación de la vida personal y social, rotas por la dependencia a las drogas. Este proyecto contemplaba por tanto la intervención con una población renuente a acudir a los dispositivos de salud, servicios sociales, adicciones, etc., a pesar de padecer enfermedades y condiciones de habitabilidad ínfimas, sin poder beneficiarse de recursos a los que como ciudadanos tenían derecho y que incidirían en la mejora de sus condiciones de vida. Se trataba de introducir un programa de asistencia odontológica, preventivo, de promoción de la salud y rehabilitador, que pudiera servir de incentivo para la captación de personas drogodependientes en riesgo de máxima exclusión social y conseguir su integración e incorporación a los dispositivos de salud, servicios sociales y adicción.

Una vez diseñado el proyecto por D. Antonio Enrique Torné Pérez contactó con el Prof. Antonio Castaño Seiquer, titular de Odontología Preventiva y Comunitaria del Departamento de Estomatología de la Universidad de Sevilla.

Tras el contacto inicial se conoció de la existencia de actividades junto con la Universidad de Sevilla con población inmersa en la pobreza de varios países de América y África(63)(64), aprovechando los recursos proporcionados por un *master* (Máster Propio de Odontología Familiar y Comunitaria de la Universidad de Sevilla), con clara vocación social y la firme voluntad de acercar la odontología a quienes carecen de recursos para sufragarla. Rápidamente se vio la posibilidad de intervenir en nuestra ciudad al amparo del proyecto antes mencionado, cosa que fue posible a finales del año 2008.

Al poco de iniciarse el proceso se constituyó la Fundación de Odontología Social Luis Seiquer con el fin de actuar como entidad sin ánimo de lucro y que a través de recursos propios y contratos por distintas cuantías financiados por el Ayuntamiento de Sevilla (anexo I), se pudiera prestar la atención odontológica a dicho colectivo. Desde entonces, ha continuado realizando a plena satisfacción de usuarios/as y entidades el trabajo clínico correspondiente, lo que ha permitido al programa municipal "Volver a Reír" en casi cinco años, alcanzar unos resultados impensables al inicio del mismo, cuando vio la luz sin existir precedente conocido alguno, y del que ahora recibimos peticiones de información desde otras localidades para su implantación.

Para su puesta en marcha fue preciso destinar 12.000 € de presupuesto municipal mediante contrato para ejecución de la actividad odontológica, que complementarían el resto de intervenciones en el ámbito de lo social, sanitario, adicciones y en algunos casos empleo, coordinadas en todo momento desde la Sección de Adicciones del Ayuntamiento de Sevilla. Para la captación de usuarios/as se entendió imprescindible el concurso de las entidades de mayor referencia para la población diana en la zona, y al efecto se convocó en una reunión a Akherdi (etnia gitana), Centro de Tratamiento Ambulatorio (Diputación Provincial), Centro de Salud de Polígono Sur (S.A.S.), Programa +Salud/-Riesgo (Fundación Atenea) y Médicos del Mundo, las cuales aceptaron participar en el programa no sólo derivando personas del perfil buscado (boca "catastrófica", grave exclusión social y carencia económica más adicción activa), sino comprometiéndose al seguimiento del proceso, aprovechando la adherencia que generaba la intervención bucodental para avanzar en la labor integradora.

Las expectativas fueron superadas con creces teniendo que establecer una lista de prioridad según los tres parámetros del perfil, con el lógico enfado y situaciones de tensión entre los que no eran seleccionados según el criterio mencionado.



TESIS DOCTORAL  
Luis El Khoury Moreno

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1 CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad crónica consistente en una desmineralización del esmalte provocada por bacterias autóctonas, siendo el principal patógeno primario el *Streptococcus mutans* (*S. mutans*)(69) (70). Para que exista tal afectación es fundamental el consumo de azúcares libres y con ello provocar un medio ácido que desencadene la desmineralización(71)(72).

La caries dental no es un proceso estático, se deben favorecer cuatro factores simultáneamente para el desarrollo del proceso(73):

- Una superficie dental desmineralizada
- Bacterias (especialmente el *S. mutans*).
- Hidratos de carbono con especial atención a los carbohidratos fermentables (glucosa, sacarosa y fructosa)
- El tiempo suficiente para que los 3 factores anteriormente mencionados interactúen.

El proceso de desmineralización y remineralización de un diente se produce porque las bacterias, que se encuentran en la cavidad bucal se adhieren a la superficie dental para formar una biocapa, y esta interactúa con la saliva(74). En dicha biocapa y gracias a los procesos metabólicos favorecidos por los carbohidratos fermentables, se produce un ácido que disminuye el pH de la saliva

que provoca la pérdida de minerales de la superficie dental, y a este proceso se le denomina desmineralización. En cambio cuando disminuyen los azúcares y aumenta el pH se produce el fenómeno contrario, los minerales que están en solución en la saliva se integran de nuevo a la estructura del diente, y a este proceso se le denomina remineralización(75). En el caso que exista un desajuste de estos dos procesos en favor del primero, comienza una lesión cariosa, se ha iniciado por tanto la enfermedad de caries dental(76).

La caries dental es una de las enfermedades más prevalentes que afectan al ser humano. La afectación en la población infantil es de un 60% a un 90% y casi de la totalidad en los adultos(77). En la Encuesta de Salud Oral en España de 2005(78), la prevalencia de historia de caries en los grupos de edad de 35-44 años y 65-74 años es de 98,1% (IC-95%: 96,7-99,6) y 99,8% (IC-95%: 99,4-100) respectivamente. Así mismo, la prevalencia de caries activa para ambos grupos de población son respectivamente de 50,6% (IC-95%:44,3-56,8) y 47,2% (IC-95%: 38,6-55,8), estando en ambos grupos de edades muy en relación con el nivel social, siendo mayor la prevalencia en los niveles sociales bajos. En relación al índice de Restauración, que nos aporta información sobre la proporción de dientes restaurados dentro del CAOD, los datos obtenidos son del 54% para el grupo de edad de 35-44 años y del 9,6% para el de 65-74 años, con un componente AD (ausentes) que representa el 82% de la totalidad del índice CAOD en el grupo de 65-74 años.

## 2.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es un grupo de enfermedades inflamatorias que afectan a los tejidos de soporte del diente, al periodonto. Podemos distinguir dentro de las enfermedades periodontales:

- Gingivitis. La inflamación se limita a la encía y es reversible
- Periodontitis. La inflamación no se limita a los tejidos blandos, afectando también al tejido óseo. Existe reabsorción de tejido óseo y es irreversible, y se produce debido a la pérdida de fibras de colágeno del ligamento periodontal. Una vez que se comienzan a perder se forma una bolsa entre la encía y el diente que conlleva una posterior pérdida ósea

La etiología de la enfermedad periodontal es la placa bacteriana, y se produce cuando existe un desajuste del equilibrio entre los microorganismos patógenos y la respuesta inmune del huésped.

En las últimas dos décadas se han realizado muchos estudios acerca de la posibilidad de que la enfermedad periodontal sea un factor de riesgo para enfermedades sistémicas(79) como la diabetes(80), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)(12-14)(81), enfermedades cardiovasculares(10)(82), afectaciones en el embarazo(83), Cáncer de cabeza y cuello(84), osteoporosis(85), o artritis reumatoide(86)

Junto con la caries dental, la enfermedad periodontal es la enfermedad más prevalente del ser humano. Afecta al 90% de la población(87), siendo de afectación grave de un 10% a un 15% en las poblaciones estudiadas(88,89), aumentando de forma considerable su prevalencia en un 40-60% en la periodontitis moderada. En España en relación a las enfermedades periodontales y tomando como referencia el Índice Periodóntico Comunitario (IPC) en los grupos de edad de 35-44 años y 65-74 años, sólo el 14,8% y 10,3% respectivamente se encontraban ausentes de enfermedad, y el 3,9% y el 10,8% respectivamente, presentaban bolsas periodontales profundas. Al igual que en relación con la caries, estos indicadores empeoran en niveles sociales bajos(78)

### **2.3 TABAQUISMO**

El tabaco es un preparado de las hojas de *Nicotiana tabacum*, de la familia de las Solanáceas siendo su principal sustancia es la nicotina(90).

La nicotina es un alcaloide que tiene efectos relajantes y estimulantes, existiendo estudios que revelan que la nicotina aumenta los niveles de dopamina(91). Numerosos estudios demuestran que el aumento de la dopamina provoca unos efectos gratificantes y una necesidad de dependencia a las drogas(92-94).

La sintomatología que acarrea el consumo de nicotina puede ser muy variada: desde el aumento en la capacidad de concentración, a la reducción de la irritabilidad o la ansiedad, y su forma de presentación y consumo también es variada: el humo

del tacaco, el tabaco de mascar, los chicles y el rapé son las presentaciones más comunes de la nicotina

Tras consumir la nicotina, su concentración en el cerebro disminuye rápidamente debido a su gran velocidad de metabolización, por lo que el consumidor necesita otro cigarro antes de los 30 minutos de haber acabado el anterior. El síndrome de abstinencia adquiere su mayor nivel a las 24 horas y disminuye a lo largo de las semanas, aunque es probable que el usuario padezca episodios debido a los hábitos de su vida cotidiana que le hacen recordar el querer consumir nuevamente. En el periodo del síndrome de abstinencia existe una sintomatología variada entre la que cabe destacar irritabilidad, enfado, ansiedad, el deseo de fumar "cravings", hiperfagia, bradicardia, cefaleas y somnolencia.

Aunque la nicotina sea la principal sustancia adictiva del tabaco, los científicos investigan otros componentes del tabaco que pueden implicar repercusiones a nivel físico y de adicción. La monoaminoxidasa (MAO) es la enzima responsable de la descomposición de la dopamina, Fowler y cols. (1996) (95) en sus estudios ha observado que cuando se fuma tabaco disminuye la MAO, pero a su vez en los mismos se ha demostrado que la nicotina no altera la MAO.

El tabaco está vinculado a enfermedades crónicas con alto riesgo de mortalidad (8,96) como el cáncer de cabeza y cuello, pulmón, estómago, páncreas, cérvix, riñones, uretra, vejiga y leucemia mieloide aguda, enfermedades cardiacas

(destacando las enfermedades coronarias, en las que aumenta de dos a cuatro veces la probabilidad de desarrollar la enfermedad en comparación con las personas que no fuman), y bronquitis crónica.

En España, el consumo de tabaco ha ido descendiendo en los últimos años, se ha encontrado una bajada significativa de 2009 a 2011 (última encuesta registrada). El 40.2% dice haber fumado en los últimos 12 meses y el 37.6% en los últimos 30 días. También es significativo que en todos los rangos de edad y sexo, salvo en mujeres de 15 a 34 años que se mantiene estable, exista una disminución del consumo diario(97).

## **2.4 CONSUMO DE ALCOHOL**

Los alcoholes en términos químicos constituyen un grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). Dentro de este amplio grupo se encuentra el etanol ( $C_2H_5OH$ ), que se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura con una concentración máxima de 14% mientras que las "bebidas espirituosas" se destilan, el etanol se evapora por ebullición de la mezcla fermentada y se acumula luego en forma condensada casi pura. El etanol es el mayor psicoactivo dentro de los alcoholes(90).

El alcohol tiene unos efectos semejantes a los de los barbitúricos: sedante e hipnótico. Puede llevar por un exceso de ingesta a un estado de intoxicación etílica,

envenenamiento y la muerte. El consumo en un tiempo prolongado puede causar dependencia. Actualmente existe farmacoterapia que ayuda en a la dependencia del alcohol (98-100)

El alcohol está vinculado a enfermedades agudas y a enfermedades crónicas con bajo y alto riesgo de mortalidad. Ejemplos de bajo riesgo de mortalidad sería la depresión o el síndrome de abstinencia por alcohol mientras de alto riesgo sería el cáncer orofaríngeo, la pancreatitis crónica o la cirrosis hepática(8,101).

El consumo de alcohol a diferencia de otras drogas y según los volúmenes consumidos, puede tener efectos beneficiosos sobre la salud(102), especialmente sobre enfermedades cardiacas con afectación de las arterias coronarias(103,104).

En España, el consumo de alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva de mayor consumo. El 76.6% de la población entre 15 y 64 años ha consumido en el último año, el 62.3% en los últimos 30 días, siendo un 10.2% los que lo hicieron con un consumo diario(97) .

## **2.5 HEROÍNA**

La heroína (diacetilmorfina) es un opioide semisintético derivado de la morfina y originada a partir de la adormidera, de la que se extrae el opio(90). Se suele vender en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra pegajosa conocida en la calle como "goma" o "alquitrán negro"

La heroína una vez que está en el torrente sanguíneo alcanza el cerebro, donde, se convierte en morfina y rápidamente se une a los receptores de opioides preferentemente a los receptores  $\mu$  por lo que producen cambios en el estado de ánimo, desde euforia a apatía o disforia, analgesia, somnolencia, alteración de la memoria o la concentración, alteración del juicio, retraso psicomotor y depresión respiratoria(105).

Las vías de administración de la heroína son:

- Sublingual. Se disuelve con otras sustancias y se masca. Es la forma menos peligrosa.
- Oral. Puede ser pura o disuelta en una solución al 30-40% de alcohol u otro disolvente no tóxico.
- Piel. Se realizan unas incisiones en la piel y se frota, en estos casos son típicas las cicatrices queloides.
- Rectal o vaginal. Ayudados con supositorios por vía rectal o vaginal.
- Inhalatoria. Se inhala la sustancia de forma directa, o se puede fumar con cualquier sustancia de relleno como el tabaco o en papel de aluminio. Se observan sus máximos efectos los 10-15 minutos.
- Intramuscular. Los efectos vía intramuscular se retrasan hasta los 5-8 minutos(105).
- Intravenosa. En estos casos se hierve el agua para una esterilización y disolución. Se puede inyectar en cualquier vena, pero suele administrarse

con mayor frecuencia por las venas de las extremidades. Es la vía de administración por la que se produce la manifestación de los efectos de forma más rápida, unos 7 segundos.

Inicialmente las dosis son de 5 a 10 mg de heroína pura, pudiendo aumentar hasta 20 o 40mg. Actualmente existe farmacoterapia eficaz en el tratamiento de la heroína(106-108)

El síndrome de abstinencia de la heroína radica en un impulso insaciable por consumirla de nuevo, ansiedad, miosis, sudoración, sequedad de la boca, náuseas e incluso vómitos, diarreas, hipotensión, piloerección, insomnio, calambres, dolores musculares, disminución de la función cardiaca y depresión respiratoria que puede llegar hasta la muerte. El síndrome de abstinencia aparece entre las ocho y las doce horas del último consumo, llegando a su máximo nivel a las 24 - 48 horas y desapareciendo a la semana.

Según las encuestas de consumo de drogas en España(97), entre la población de 15 a 64 años existe un 0.6% que han consumido heroína alguna vez en su vida, y un 0.1% en el último año, pero realmente es difícil calcular con exactitud la población de heroinómanos debido a que es una población problemática, se especula que es mayor, pero es difícil de calcular.

## 2.6 COCAÍNA

La cocaína es un alcaloide que se obtiene o de las hojas de la coca del género *Erythroxylum* o sintetizándola a través de la ecgonina(90). Su forma de presentación suele ser en copos blancos, cristalinos, translúcidos o en polvo. En polvo se aspira (en la lenguaje de la calle comúnmente de denomina "esnifar"), normalmente se adultera con algún anestésico local o con azúcares y sus efectos comienzan a producirse de uno a tres minutos, y su duración es de aproximadamente treinta minutos. Los consumidores de cocaína y heroína suelen inyectársela, la suelen llamar "speedball", "revuelto", "rebujo", "francés" o "café con leche" mientras que los consumidores de cocaína y alcohol prefieren administrársela vía oral(109).

La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que se emplea para provocar efectos de euforia, autoestima, confianza exagerada o desaparición de la ansiedad. Normalmente se produce una alteración del juicio, de manera que el consumidor realiza actividades peligrosas e irresponsables sin pensar en las posibles consecuencias. A su vez la cocaína es un vasoconstrictor y su consumo de forma reiterada produce dependencia de la misma. Cuando se interrumpe el consumo aparece el síndrome de abstinencia, apareciendo sintomatología de somnolencia, apatía, aprensión y depresión profunda.

Existen formas para potenciar el efecto de la cocaína como el "freebasing" y "crack", o "rock". El "freebasing" o base libre es más dificultosa y peligrosa su obtención, ya que es necesario disolventes orgánicos como el éter o el hexano; en

cambio el "crack" consiste en calentar la sal de cocaína con bicarbonato (su nombre proviene del sonido que se produce al calentarlo), es de color beige y su efecto es instantáneo (cuatro a siete segundos). La duración es de unos cinco a siete minutos de efectos placenteros tras los cuales existe un episodio de disforia. Debido a este "bajón" el toxicómano necesita una nueva dosis. Dentro de los cocainómanos los consumidores de crack son los que más sobredosis padecen.

Se han realizado 4 revisiones sobre la eficacia de diversos tratamientos ante la dependencia de cocaína: con anticonvulsiantes(110,111), antipsicóticos(112), psicoestimulantes(113) y agonistas de la dopamina(114), no siendo en la actualidad ninguna eficaz.

Todos los consumidores de cocaína sin distinción de ser su primera vez o ser consumidores crónicos pueden llegar a sufrir sintomatología de pánico, hiperpirexia, hipertensión, arritmias cardiacas, infarto de miocardio, colapso cardiovascular, crisis convulsivas, estado epiléptico y la muerte. En algunas ocasiones por motivos de la hipertensión puede existir hemorragia subdural o subaracnoidea. Entre la sintomatología neuropsiquiátrica hallamos delirios paranoides, alucinaciones auditivas y visuales. Los efectos pueden llegar a deformidades de las extremidades y anomalías en el tracto urinario.

En las encuestas de consumo de drogas en España se observa como existe una disminución del consumo de cocaína en la población desde el 2007, en gran parte incumbida por el decrecimiento de consumo en los hombres. El 8.8% de la

población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez cocaína en su vida, el 2.2% en el último año, mientras que el 1.1% en el último mes(97).

## **2.7 SÍNDROME DE ABSTINENCIA**

Se denomina síndrome de abstinencia (withdrawal syndrome), al conjunto de síntomas que comienza al suspenderse o reducirse el consumo de una sustancia psicoactiva que se había estado administrando con asiduidad, normalmente durante un periodo de tiempo amplio y/o a unas dosis altas(90).

## **2.8 SÍNDROME DE DEPENDENCIA**

Se denomina síndrome de dependencia (dependence syndrome), al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que pueden llegar a producirse tras consumir de forma reiterada una sustancia(90). Para establecer como síndrome de dependencia deben producirse 3 o más criterios según el CIE-10(115): necesidad de tomar drogas, consumir constantemente aunque las consecuencias sean perjudiciales, y priorizar consumir drogas a otras actividades u obligaciones, el deterioro del control del consumo, el aumento de tolerancia a una sustancia y una reacción de abstinencia física si deja de consumirla.



TESIS DOCTORAL  
Luis El Khoury Moreno

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

### **3 HIPÓTESIS**

La inclusión de la atención odontológica en los programas comunitarios multidisciplinares de atención a drogodependientes, contribuye a incrementar su captación y facilita su rehabilitación e integración social.



TESIS DOCTORAL  
Luis El Khoury Moreno

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Conocer el impacto en la integración social de drogodependientes tras la implementación de atención odontológica mediante tratamientos rehabilitadores, preventivos y de promoción de la salud, dentro de los programas comunitarios multidisciplinares de atención a los mismos.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

OBJETIVO 1: conocer la prevalencia de enfermedades transmisibles (VIH, hepatitis C, enfermedades venéreas) en la población de drogodependientes del Polígono Sur de Sevilla.

OBJETIVOS 2: conocer las necesidades de tratamiento odontológico de la población drogodependiente del Polígono Sur de Sevilla.

OBJETIVO 3: conocer el grado de utilización de los servicios odontológicos puestos a disposición de la población drogodependiente, así como su índice de abandono de la asistencia prestada.

OBJETIVO 4: conocer la eficacia como incentivo de participación en programas para drogodependencia de la inclusión de prestaciones odontológicas en los servicios comunitarios.

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

OBJETIVO 5: conocer los factores que se relacionan con la mejora de integración social tras la administración de tratamiento odontológicos rehabilitadores.



TESIS DOCTORAL  
Luis El Khoury Moreno

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

## **5 MATERIAL, SUJETOS Y MÉTODO**

### **5.1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

#### **5.1.1 Descriptores**

Se han utilizado múltiples descriptores, todos términos Mesh: "Dentistry"[Mesh], "Cocaine-Related Disorders"[Mesh], "Heroin Dependence"[Mesh], "Amphetamine-Related Disorders"[Mesh], "Street Drugs"[Mesh], "Substance Abuse, Intravenous"[Mesh], "Substance-Related Disorders"[Mesh], "Substance Abuse Treatment Centers"[Mesh], "Community Dentistry"[Mesh], "Program Development"[Mesh], "Homeless Persons"[Mesh].

#### **5.1.2 Bases de datos consultadas**

Las bases de datos consultadas han sido Medline mediante el buscador Pubmed, y Scopus-El Sevier

#### **5.1.3 Estrategias de búsqueda**

(("Cocaine-Related Disorders"[Mesh] OR "Heroin Dependence"[Mesh]) OR "Amphetamine-Related Disorders"[Mesh]) AND "Community Dentistry"[Mesh].

"Street Drugs"[Mesh] AND "Community Dentistry"[Mesh].

"Community Dentistry"[Mesh] AND "Substance-Related Disorders"[Mesh]

((("Substance Abuse, Intravenous"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders"[Mesh])  
OR) AND "Community Dentistry"[Mesh]

("Program Development"[Mesh] AND "Substance Abuse Treatment  
Centers"[Mesh]) AND "Dentistry"[Mesh]

"Program Development"[Mesh] AND "Dentistry"[Mesh]

"Homeless Persons"[Mesh] AND "Dentistry"[Mesh]) AND "Substance-Related  
Disorders"[Mesh]

## **5.2 DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se trata de un estudio analítico (cuasi experimental) prospectivo sin grupo control tras una intervención odontológica. El periodo incluido es el que va desde enero de 2010 hasta marzo de 2015.

Realizamos un análisis descriptivo inicial de nuestra población de variables dependientes y que son: el sexo, la edad, la presencia o no de VIH, de Hepatitis B, Hepatitis C y sífilis. El estar inmerso en un programa de metadona, y el ser o no consumidor de heroína, cocaína, tabaco o alcohol. El número de revisiones, faltas a citas, meses de seguimiento, exodoncias realizadas, tratamiento periodontales realizados y colocaciones de prótesis completas o parciales por pacientes. También analizamos el número de abandonos del programa y el consumo de cocaína y/o heroína en los 12 meses y 30 días previos a comenzar el programa.

Nuestra variable dependiente son las mejoras de la integración social obtenidas mediante la aplicación de la atención odontológica, manifestadas por los pacientes y recogidas mediante la encuesta de "Volver a reír".

### **5.3 ÁMBITO DE ESTUDIO**

La barriada del Polígono Sur es quizá el mayor exponente de zona degradada social y económicamente de la ciudad de Sevilla, estando incluida como Zona de necesidad de transformación Social (ZNTS), encontrando en ella precariedad económica, desempleo, multietnicidad, niveles elevados de drogadicción y delincuencia(68). Uno de los pilares básico del programa era que la atención odontológica debería de prestarse en el mismo ámbito social en el que residían los pacientes, sin necesidad de desplazar a los mismos para recibir la asistencia. La atención odontológica a los pacientes drogodependientes se ha llevado a cabo en una consulta del centro de salud Polígono Sur, generosamente cedida para tal fin por el Servicio Andaluz de Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Para su puesta en marcha fue preciso destinar 12.000 € de presupuesto municipal mediante contrato para ejecución de la actividad odontológica, que complementaría el resto de intervenciones en el ámbito de lo social, sanitario, adicciones y en algunos casos empleo, coordinadas en todo momento desde la Sección de Adicciones del Ayuntamiento de Sevilla.

## **5.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población de estudio ha sido pacientes drogodependientes en riesgo de máxima exclusión social y perteneciente al barrio sevillano del Polígono Sur.

Para la captación de usuarios/as se entendió imprescindible el concurso de las entidades sociales de mayor referencia para la población diana en la zona, y al efecto se convocó en una reunión a Akherdi (etnia gitana), Centro de Tratamiento Ambulatorio (Diputación Provincial), Centro de Salud de Polígono Sur (S.A.S.), Programa +Salud/-Riesgo (Fundación Atenea) y Médicos del Mundo, las cuales aceptaron participar en el programa no sólo derivando personas del perfil buscado (boca "catastrófica", grave exclusión social y carencia económica más adicción activa), sino comprometiéndose al seguimiento del proceso, aprovechando la adherencia que generaba la intervención bucodental para avanzar en la labor integradora.

Todos los servicios odontológicos prestados son totalmente gratuitos para el paciente.

### **5.4.1 Criterios de inclusión**

Los pacientes incluidos en el estudio no eran seleccionados por los profesionales de la Fundación Odontología Social ni tenían libre acceso, sino sólo aquellos que eran remitidos por la Sección de Prevención y Atención a las Adicciones del Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla tras su valoración individualizada. Pacientes drogodependientes, con alto riesgo de exclusión social y que no hacían uso de las

prestaciones socio sanitarias puestas a su disposición por los servicios comunitarios, salud, servicios sociales y adicciones.

#### **5.4.2 Criterios de exclusión**

Todo paciente que no cumpliera los criterios de inclusión a criterio de la Sección de Prevención y Atención a las Adicciones del Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla. Han sido excluidos todos aquellos pacientes que no cumplieran los requisitos de drogodependencia, riesgo de exclusión social y bajo o nulo uso de los recursos socio sanitarios dispuestos por los servicios comunitarios. Los criterios de exclusión han sido establecidos por la Sección de Prevención y Atención a las Adicciones del Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla.

#### **5.4.3 Tamaño de muestra**

No hemos hecho una determinación de tamaño de muestra, motivado por el hecho de que el objetivo es la máxima captación de pacientes (teniendo en cuenta que la captación es el elemento más complicado en este tipo de población) con criterios de inclusión, y éticamente no permite la elección. En relación a la encuesta el objetivo era obtener el máximo número de ellas dentro de la población captada, consciente del bajo índice de respuesta según la literatura científica(23).

## **5.5 PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO**

### **5.5.1 Primera consulta**

En la primera visita se realiza la exploración bucodental, valoración de necesidades de tratamiento y plan de tratamiento, así como la solicitud de determinaciones hematológicas, bioquímicas e inmunológicas que incluyen hematemetría, perfil bioquímico general y determinación de anticuerpos frente a VIH, hepatitis C, hepatitis B y VDRL. El paciente es informado de sus necesidades de tratamiento, posibles efectos adversos, limitaciones del mismo, y posibilidades de éxito, así como se le ofrece que realice todas las preguntas y dudas que considere oportuno, tomándose el tiempo que considere necesario para ello, tras lo cual se le solicita firme su consentimiento informado (anexo II)

Además se le instruye en técnicas de higiene oral y consejos de promoción de salud oral y general.

### **5.5.2 Consultas sucesivas**

Llevamos a cabo la cumplimentación del plan de tratamiento y técnicas de refuerzo de motivación en relación con los cuidados de salud oral y general.

Una vez finalizado, el paciente es citado a revisiones periódicas según riesgo de caries, al menos una vez al año.

## **5.6 ENCUESTA "VOLVER A REÍR"**

A los 6 meses de haber terminado su tratamiento odontológico, en consulta, al paciente se le ofrece la posibilidad de cumplimentar voluntariamente una encuesta de satisfacción sobre el servicio y atención recibida, así como impresiones personales del mismo y sensación de mejora personal. Se le explica el motivo de la encuesta y el objeto de poder valorar hasta qué punto, la inclusión de un programa de atención odontológica dentro de los recursos comunitarios gratuitos para la población adicta a drogas, puede contribuir a su integración social.

Se trata de una encuesta elaborada por la Sección de Prevención y Atención a las Adicciones del Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla y que es auto administrada, contando con la colaboración de un odontólogo en caso de que lo solicite para solventar alguna duda.

La encuesta consta de 24 ítems y se encuentran divididos en tres áreas. La primera de ella está referida a un área médica general y agrupa 8 ítems. La segunda se refiere al área social y agrupa 6 ítems. La tercera se refiere al área personal y agrupa a 8 ítems (anexo III.)

## **5.7 RECOGIDA DE DATOS**

Se lleva a cabo en un registro de datos diseñado al efecto que se incorpora a la historia clínica del paciente. Los datos son vaciados en una base de datos Excel elaborada específicamente para el estudio que permita su almacenamiento y manipulación. Los datos así almacenados pudieron manejarse con comodidad, y exportarse o importarse sin problemas al programa de tratamiento de textos, a la hoja de cálculo, al de gráficos y a los de análisis estadístico.

El investigador principal revisó personalmente cada uno de los registros.

## **5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El análisis estadístico se realizará mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 20.

### **5.8.1 Análisis estadístico descriptivo**

Las variables cualitativas las presentamos en número y porcentaje (%) y sus intervalos de confianza (IC).

Las variables cuantitativas las presentamos con la media (Md) y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según sigan o no distribución normal.

### **5.8.2 Análisis estadístico bivariante**

Para comparar dos variables cualitativas hemos utilizado el test de Chi-cuadrado o el Test exacto de Fisher en el caso de que la tabla de contingencia este poco poblada en al menos una celda ( $n < 5$ ).

Para comparar una variable cuantitativa contra una cualitativa hemos utilizado la T-Student si sigue una distribución normal, o pruebas no paramétricas (U-Mann Whitney) en caso contrario.

Si en el estudio inferencial encontramos diferencias estadísticamente significativas, hemos calculado la razón de Odds con el fin determinar las diferencias de probabilidad de riesgo entre ambos grupos.

### **5.8.3 Análisis multivariable**

No ha sido posible realizar un análisis multivariante debido a que no se han encontrado suficientes variables con diferencia estadísticamente significativas ( $p < 0,15$ ) como para generar un modelo de análisis mediante regresión logística binaria.

## 5.9 ASPECTOS ÉTICOS

Todo paciente ha sido informado previa y detalladamente por el odontólogo de las intervenciones que se realizarán así como de los efectos que se esperan obtener. Se les ha ofrecido tiempo suficiente y oportunidad para realizar las preguntas y exponer las dudas que consideren oportunas. Así mismo se les ha informado que en cualquier momento su consentimiento puede ser revocado.

Todos los pacientes fueron informados del objetivo de la encuesta "Volver a reír", así como de su voluntariedad en el momento de la entrega de la misma.

Este proyecto de investigación ha sido aprobado y autorizado por el Comité de ética de la Investigación de la Universidad de Sevilla.

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

## **6 RESULTADOS**

La preceptiva analítica completa previa a cualquier intervención ha facilitado restablecer el contacto entre la persona afectada y su referente médico, lo que ha

permitido detectar patologías infectocontagiosas, enfermedades metabólicas, y lesiones en la mucosa oral altamente sospechosas de malignidad, y con ello disponer del tratamiento indicado(116). No sólo la salud física, sino también la mental han sido beneficiadas, con la detección de personas afectadas por psicopatologías y discapacidad intelectual leves-moderadas.

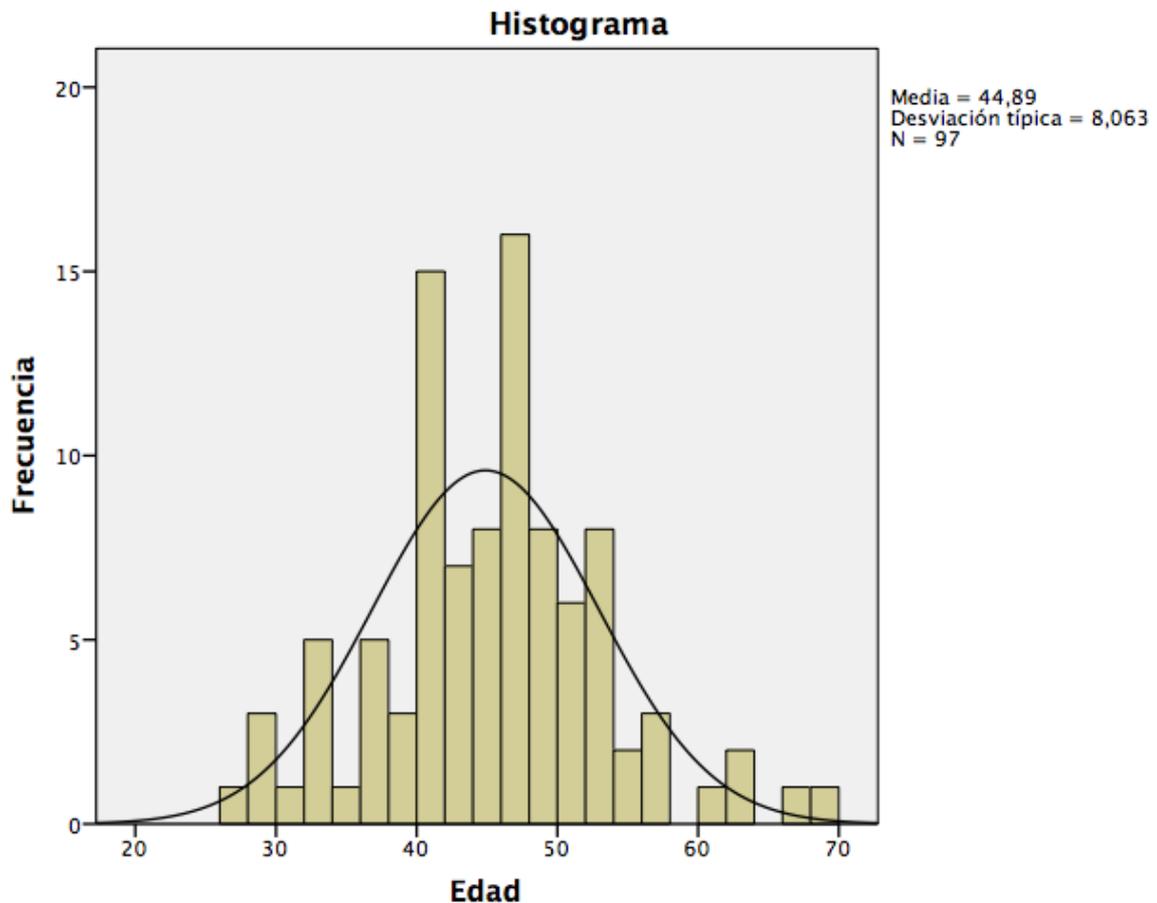
El abordaje desde las unidades de trabajo social comunitario y los propios equipos profesionales de las entidades colaboradoras, ha permitido buscar alternativas a la situación de calle de algunos/as, conflictos en la unidad de convivencia, así como a acceder incluso a programas sociales de empleo del Ayuntamiento de Sevilla y de la Junta de Andalucía.

No menos del 25% de las mujeres atendidas ejercía la prostitución como medio básico de subsistencia y para costear el consumo, soportando la violencia inherente a esta actividad. En todos los casos se ha trabajado el abandono de la misma directamente por las entidades municipales, así como desde la referencia de los Puntos municipales de Información a la Mujer. También nos ha permitido la detección en dos casos de violencia de género con dependencia de psicofármacos.

## **6.1 Resultados descriptivos de la muestra**

Desde enero de 2010 hasta marzo de 2015 han sido remitidos para su inclusión en el programa 97 pacientes, con una edad media de 44,89 años (DS: 8,063) (IC 95%: 1,5-8,4) y un rango de 27-68. La edad media en los hombre fue de

46,37 años (DS: 8,28) y en las mujeres de 41,44 (DS: 6,40), encontrando diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,005$ ).



En relación al sexo la distribución ha sido de 68 hombres (70,1%) y de 29 mujeres (29,9%) no encontrando diferencias estadísticamente significativas. Sólo 3 (3,1%) pacientes presentaban nacionalidad no española.

En relación con enfermedades infecciosas se valoró la presencia de infección por VIH, por virus de la hepatitis B y por virus de la hepatitis C, y la presencia de sífilis mediante VDRL. En relación a la infección por VIH, esta estaba presente en 22 casos (22,7%) y ausente en 58 casos (59,8%), con 17 casos perdidos.

En relación a la hepatitis B, 20 casos presentaron antígeno positivo (20,6%), 27 casos presentaban anticuerpo (27,8%) y 35 (36,1%) estaban sanos, con 15 casos perdidos. La distribución por sexo fue de 14 (70 %) casos en los varones y de 6 (30 %) casos en las mujeres para el antígeno positivo y de 23 (85,2 %) casos en los varones y 4 (14,8 %) en las mujeres para la presencia de anticuerpos, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,290$ ). En relación a la hepatitis C, ésta estaba presente en 45 casos (46,4%) y ausente en 38 (39,2%), con un total de 14 casos perdidos. La distribución por sexo fue de 34 (75,6 %) casos en los varones y de 11 (24,4 %) casos en las mujeres, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,328$ ).

En relación con la presencia de sífilis, ésta estaba presente en 16 casos (16,5%) y ausente en 63 casos (64,9%), con un total de 18 casos perdidos. La distribución por sexo fue de 10 (62,5 %) casos en los varones y de 6 (37,5 %) casos en las mujeres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,209$ ).

En relación al consumo de tóxicos se consideró la inclusión o no en programas de metadona y el consumo o no de heroína, cocaína, tabaco y alcohol.

Del total de la muestra, 70 pacientes (72,2%) se encontraban incluidos en programas de metadona y 26 (26,8%) no, con un caso perdido. La distribución por sexo fue de 47 (67,1 %) casos en los varones y de 23 (32,9 %) casos en las mujeres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,354$ ).

Considerando la droga consumida y en relación con la heroína, 77 (79,4%)

casos referían consumirla y 20 (20,6%) lo negaban, siendo la distribución por sexo de 59 (76,6 %) casos en los varones y de 18 (23,4 %) casos en las mujeres, encontrando diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,01$ ). Para ellos calculamos la Odds Ratio obteniendo el resultado de OR: = 4,0 (IC 95%: 1,43 – 11,19) ( $p = 0,01$ ). De ellos, 38 (39,2%) casos referían haberla consumido al menos una vez en los últimos 12 meses, con una distribución por sexo de 26 (68,4 %) casos en los varones y de 12 (31,6 %) casos en las mujeres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,772$ ). En relación al consumo de heroína en los últimos 30 días, 25 (25,8%) casos referían haberlo hecho, con una distribución por sexo de 16 (64 %) casos en los varones y de 9 (36 %) casos en las mujeres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,439$ ).

En relación con la cocaína, 85 (87,65%) casos referían consumirla y 12 (12,4%) casos negaban su consumo, siendo la distribución por sexo de 59 (69,4 %) casos en los varones y de 26 (30,6 %) casos en las mujeres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,491$ ). De ellos, 51 (52,6%) casos referían haberla consumido el menos una vez en los últimos 12 meses, con una distribución por sexo de 31 (60,8 %) casos en los varones y de 20 (39,2 %) casos en las mujeres, existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,035$ ). En relación al consumo de cocaína en los últimos 30 días, 35 (36,1%) casos referían haberlo hecho, con una distribución por sexo de 22 (62,9 %) casos en los varones y de 13 (37,1 %) en las mujeres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,242$ ).

En relación al tabaco, 92 (94,8%) referían consumo habitual y 5 negaban su consumo, siendo su distribución por sexo de 65 (70,7 %) casos en los varones y de 27 (29,3 %) casos en las mujeres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,472$ ).

En relación al alcohol 82 (84,5%) referían su consumo y 15 (15,5%) lo negaban, siendo su distribución por sexo de 59 (72 %) casos en los varones y de 23 (28 %) casos en las mujeres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,353$ ).

## **6.2 Resultados clínicos**

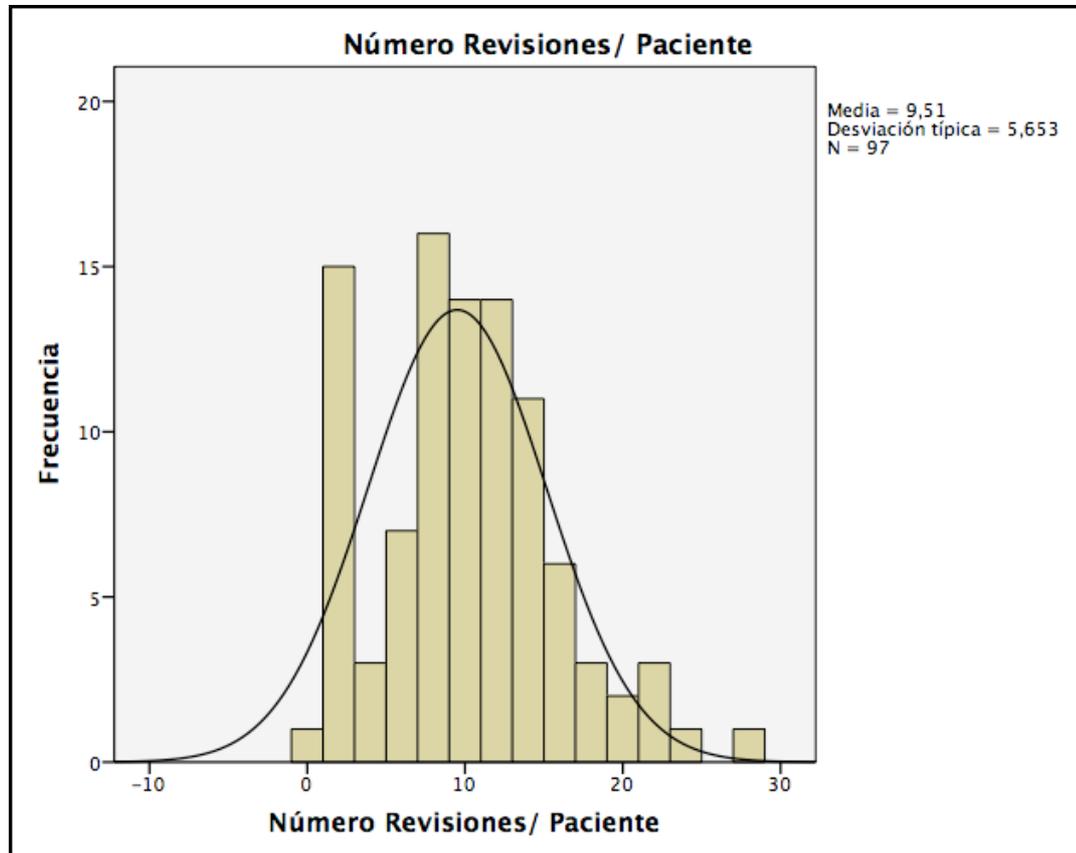
Valoramos las necesidades de tratamiento según necesidades de exodoncias, necesidad de atención periodontal y necesidad de rehabilitación protésica. Se realizaron un total de 414 exodoncias, con una media por paciente de 3,94 (DS: 5,11) y un rango de 0-22, siendo su distribución por sexo de 3,63 (DS: 5,36) de media en los varones y de 4,66 (DS: 4,52) de media en las mujeres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,120$ ).

En relación a las necesidades periodontales, 46 (47,4 %) de total precisaron alguna intervención (tartrectomía o raspado y alisado radicular) y 51 (52,6 %) no precisaron intervención alguna. La distribución por sexo arrojó 33 (71,7 %) tratamientos periodontales en los varones, y de 13 (28,3 %) tratamientos periodontales en las mujeres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,290$ ).

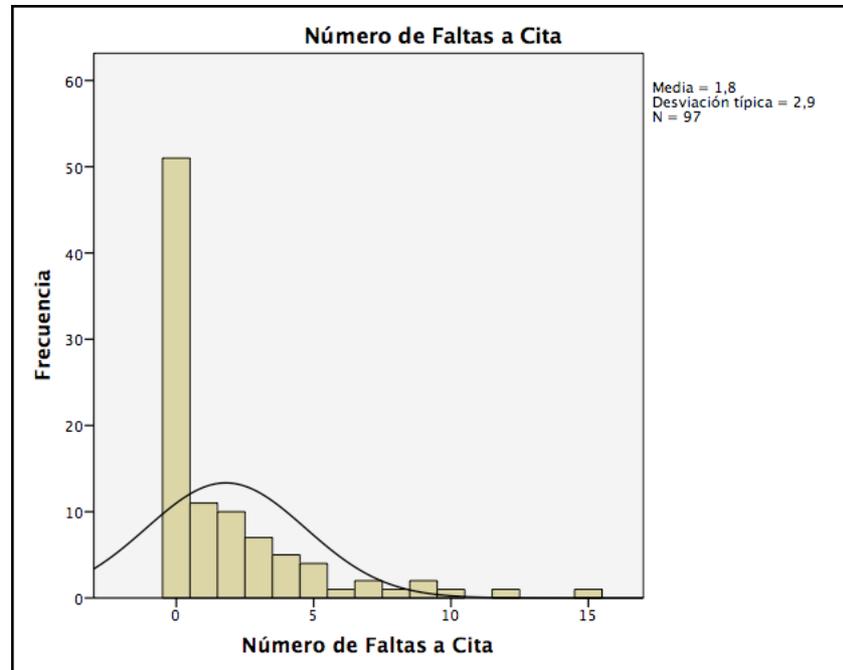
Se ha valorado la necesidad y tratamiento rehabilitador mediante la colocación de prótesis dentales, tanto parciales como completas. La necesidad de prótesis parcial removible así como su elaboración fue necesaria en 45 (46,4 %) ocasiones. La distribución por sexo fue de 33 (73,3 %) prótesis parciales en los varones y de 12 (26,7 %) prótesis parciales en las mujeres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,518$ ). La necesidad de prótesis completa removible y su elaboración fue necesaria 42 (43,3 %) casos, siendo su distribución por sexo de 32 (76,2 %) prótesis completas en los varones y de 10 (23,8 %) prótesis completa en las mujeres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,252$ ).

### **6.3 Resultados de utilización de servicios**

En relación con la utilización de servicios hemos valorado el número de consultas por paciente, las faltas a las citas, el tiempo medio de seguimiento medido en meses y el número de abandonos del programa. En relación a las consultas por paciente hemos obtenido una media de 9,51 (DS: 5,65) consultas por paciente, con un rango de 0-22. Su distribución por sexo ha sido de una media de 1,15 (DS: 1,84) faltas a citas en los varones y de 3,38 (DS: 4,14) en las mujeres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,007$ ).

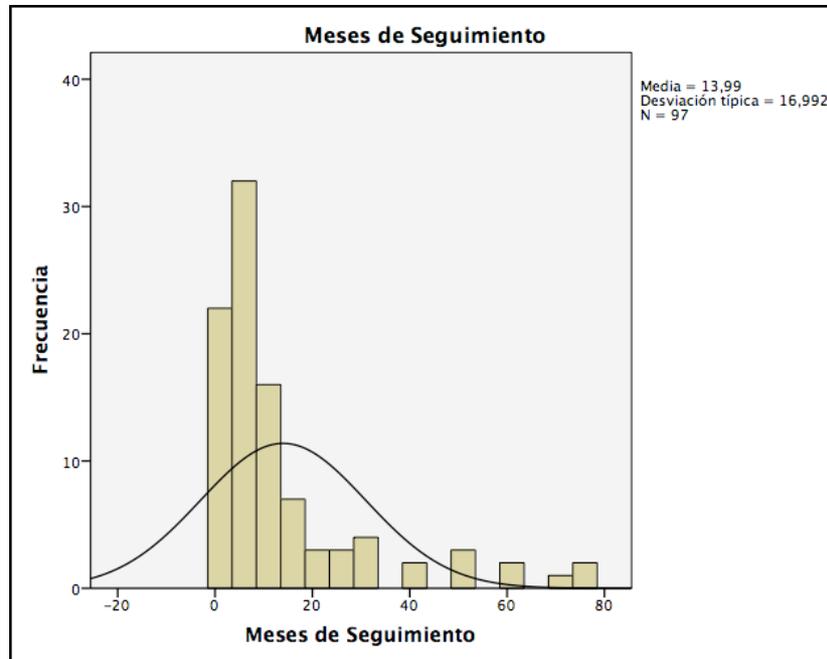


En relación con las faltas a las citas hemos obtenido una media de 1,80 (DS: 2,9) faltas por paciente con un rango de 0-15. Del total, 51 (52,6 %) pacientes no faltaron a ninguna cita. En su distribución por sexo, observamos una media 1,15 (DS: 1,84) faltas en los varones y de 3,38 (DS: 4,14) faltas en la mujeres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,007$ ).



En relación con el seguimiento de los pacientes en meses hemos obtenido una media de 13,99 (DS: 16,99) meses con un rango de 1-77. La distribución por sexo ha sido de una media de 14,75 (DS: 18,80) meses de seguimiento en los varones y de 12,62 (DS: 12,20) meses de seguimiento en las mujeres, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,782$ ).

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*



En relación con los abandonos del programa de atención odontológica, hemos registrado unos valores de 22 (22,7%) abandonos. En la distribución por sexo, se han producido 12 (54,5 %) abandonos entre los varones y 10 (45,5 %) entre las mujeres, no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,07$ ).

Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental.  
Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.

Tabla 1: análisis estadístico descriptivo de la muestra

	Hombre	Mujer	IC 95%	<i>P</i> < 0,05
<b>N= 97</b>	68	29		
<b>Edad X (DS)</b>	46,37 (8,28)	41,41 (6,40)	(1,5-8,4)	<i>p</i> = 0,005
<b>Sexo n (%)</b>	68 (70,1)	29 (29,9)		
<b>VIH n (%)</b>	17 (77,3)	5 (22,7)		<i>p</i> = 0,66
<b>Hepatitis B n (%)</b>				
	<i>NO</i> 24 (68,6)	11 (31,4)		<i>p</i> = 0,290
	<i>AC</i> 23 (85,2)	4 (14,8)		<i>p</i> = 0,290
	<i>SI</i> 14 (70)	6 (30)		<i>p</i> = 0,290
<b>Hepatitis C n (%)</b>	34 (75,6)	11 (24,4)		<i>p</i> = 0,328
<b>Sífilis n (%)</b>	10 (62,5)	6 (37,5)		<i>p</i> = 0,209
<b>Programa metadona n (%)</b>	47 (67,1)	23 (32,9)		<i>p</i> = 0,354
<b>Heroína n = (%)</b>	59 (76,6)	18 (23,4)	<b>OR = 4,0 (1,43- 11,19)</b>	<i>p</i> = 0,01
<b>Cocaína n (%)</b>	59 (69,4)	26 (30,6)		<i>p</i> = 0,491
<b>Tabaco n (%)</b>	65 (70,7)	27 (29,3)		<i>p</i> = 0,472
<b>Alcohol n (%)</b>	59 (72)	23 (28)		<i>p</i> = 0,353
<b>Nº Revisiones X (DS)</b>	10 (5,60)	8,45 (5,82)		<i>p</i> = 0,156
<b>Nº Faltas Citas X (SD)</b>	1,15 (1,84)	3,38 (4,14)		<i>p</i> = 0,007
<b>Meses seguimiento X (DS)</b>	14,75 (18,80)	12,62 (12,20)		<i>p</i> = 0,782
<b>Nº Exodoncias X (DS)</b>	3,63 (5,36)	4,66 (4,52)		<i>p</i> = 0,120
<b>Ttº Periodontal X (DS)</b>	33 (71,7)	13 (28,3)		<i>p</i> = 0,738
<b>Prótesis Parcial</b>	33 (73,3)	12 (26,7)		<i>p</i> = 0,518

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

<i>n (%)</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>IC 95%</i>	<i>p &lt; 0.05</i>
<i>Prótesis Completa</i> <i>n (%)</i>	32 (76,2)	10 (23,8)		<i>p = 0,252</i>
<i>Abandonos prog</i> <i>Odontológico</i> <i>n (%)</i>	12 (54,5)	10 (45,5)		<i>p = 0,07</i>
<i>Consumo Cocaína</i> <i>12 meses previos</i> <i>n (%)</i>	31 (60,8)	20 (39,2)		<i>p = 0,035</i>
<i>Consumo Cocaína</i> <i>30 días previos</i> <i>n (%)</i>	22 (62,9)	13 (37,1)		<i>p = 0,242</i>
<i>Consumo Heroína</i> <i>12 meses previos</i> <i>n (%)</i>	26 (68,4)	12 (31,6)		<i>p = 0,772</i>
<i>Consumo heroína</i> <i>30 días previos</i> <i>n (%)</i>	16 (64%)	9 (36,0)		<i>p = 0,439</i>

Tabla 2: Odds Ratio

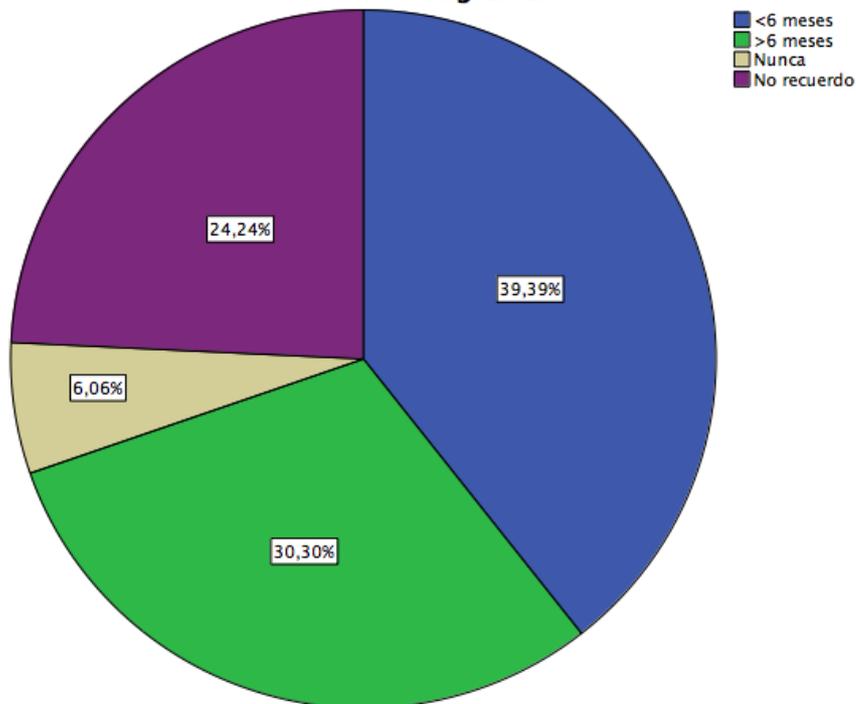
	<i>Odds Ratio</i>	<i>IC 95%</i>	<i>p &lt; 0,05</i>
<i>Heroína por sexo</i>	<b>4,0</b>	(1,43 – 11,19)	<i>p = 0,01</i>
<i>Consumo cocaína</i> <i>12 meses previos</i> <i>por sexo</i>	<b>2,65</b>	(1,06 – 6,66)	<i>p = 0,035</i>

#### **6.4 Resultados de efectividad de integración social**

Los resultados corresponden a los de la encuesta "Volver a Reír", cuyos ítems se agrupan en tres apartados correspondientes al área médica general, social y personal, mostrándose agrupados de igual forma. También exponemos los resultados de un análisis bivariante de los resultados de la encuesta "Volver a reír" en relación al sexo.

#### **Área médica general**

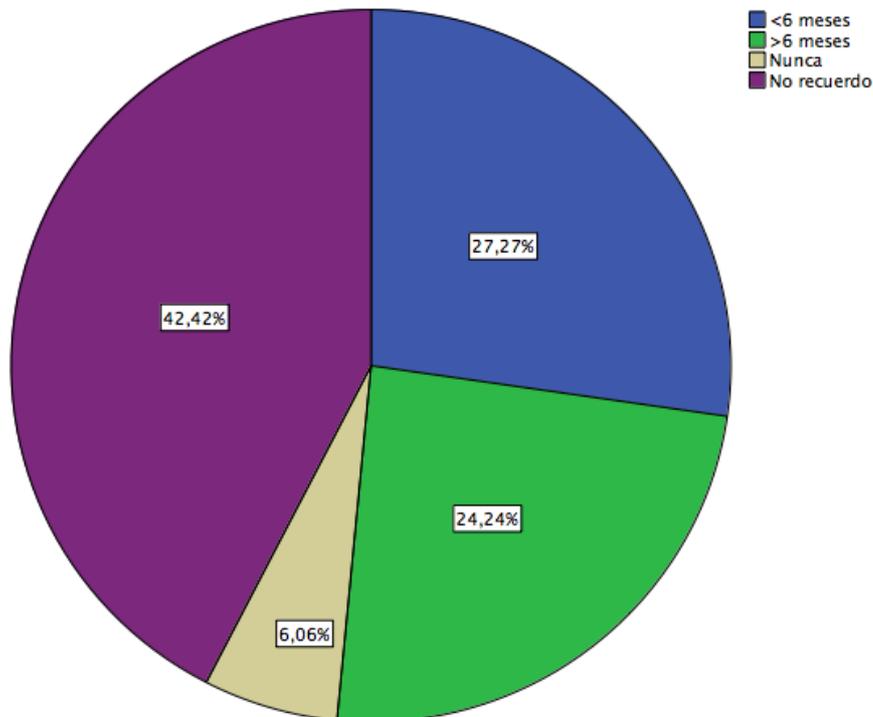
**1º ¿Cuándo fue la última vez que acudiste a tu MF antes de entrar en el Programa?**



	N	%
Nunca	2	6,06
< 6 meses	12	39,4
> 6 meses	10	30,3
No recuerdo	8	24,2

Entre los que no han acudido nunca 2 (6,06%) casos y los que no recuerdan 8 (24,2%) casos, suponen un 30,8% del total.

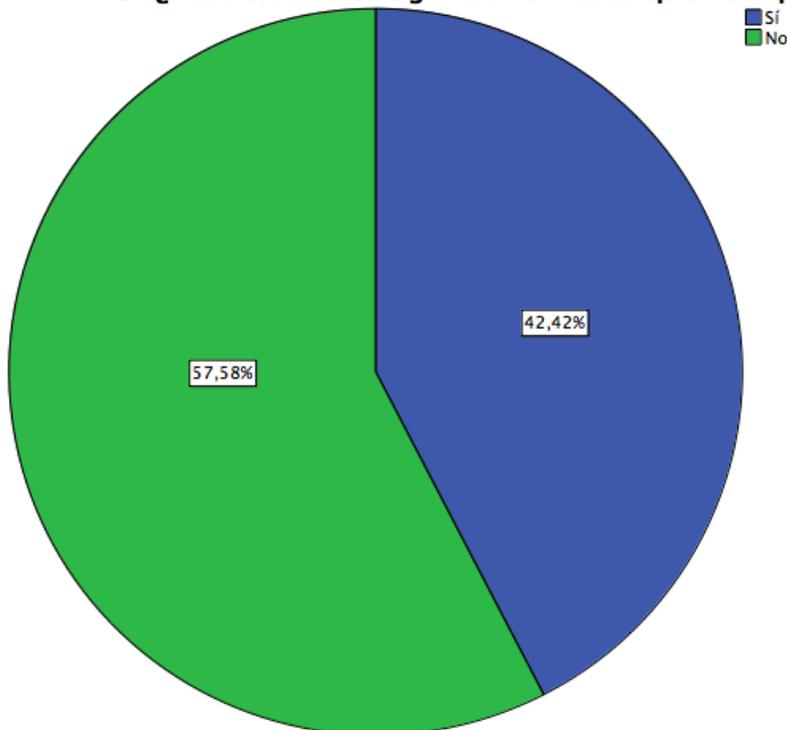
**2º ¿Cuándo fue la última vez que te hicieron un análisis de sangre y orina en el centro de salud?**



	N	%
Nunca	2	6,1
< 6 meses	9	27,3
> 6 meses	8	24,2
No recuerda	14	42,4

Tratándose de pacientes con patologías asociadas que precisan seguimiento, presentan un bajo índice de control

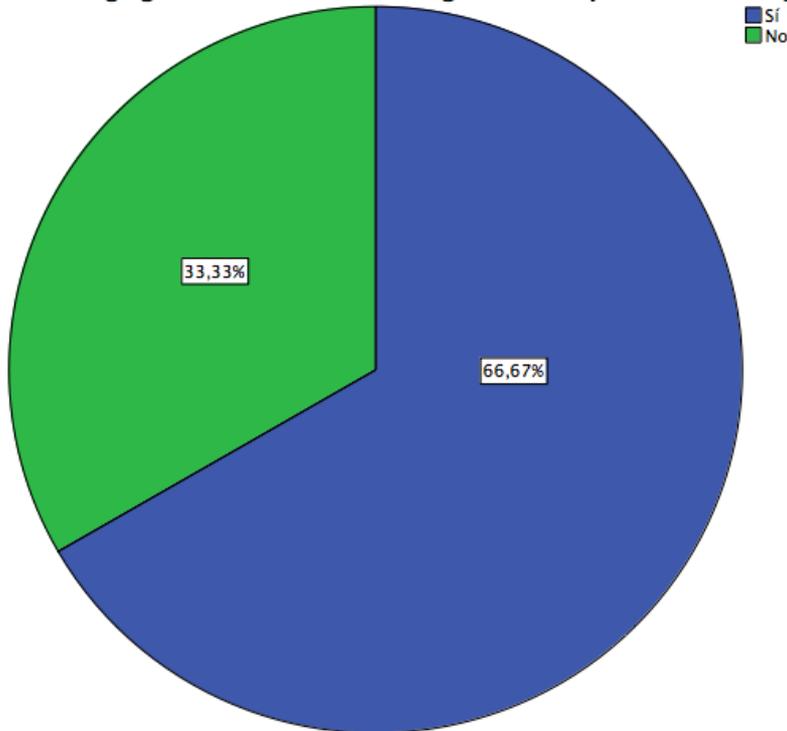
**3º ¿Has descubierto alguna enfermedad que no supieras?**



	N	%
SÍ	14	42,4
NO	19	57,6

La prescripción de analítica previa para entrada en el programa conlleva un alto índice de diagnóstico de patología desconocida, con porcentajes superiores al 40% de los casos.

**4ª ¿Sigues consumiendo drogas desde que estas en el programa?**



	N	%
SI	22	66.7
NO	11	33,3

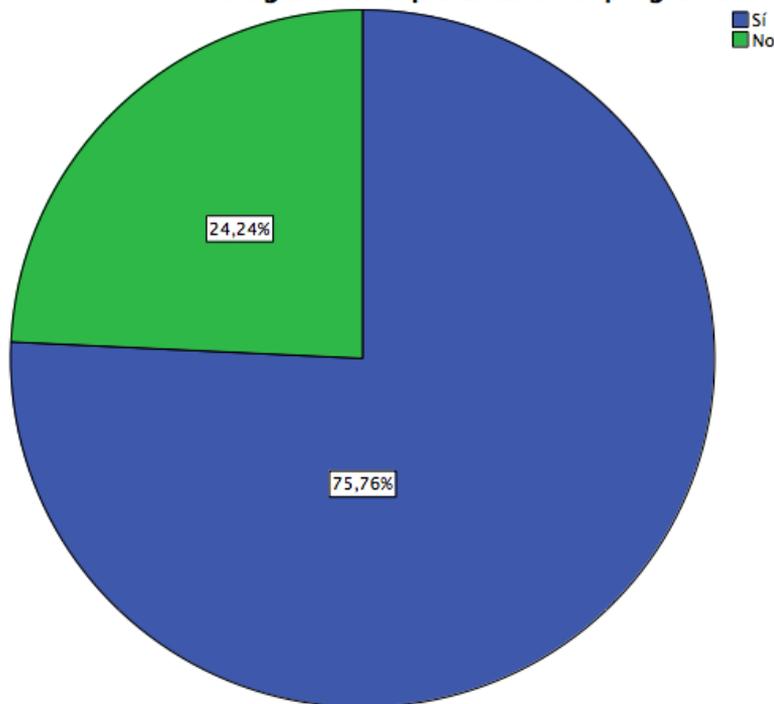
Un 33,3 % refiere no consumir desde su ingreso en el programa.



	N	%
SI	21	95,5%
NO	1	4,5

De los 22 pacientes que refieren seguir consumiendo, 21 (95,5%) refieren haber mejorado en la cantidad consumida., tratándose de un porcentaje muy alto.

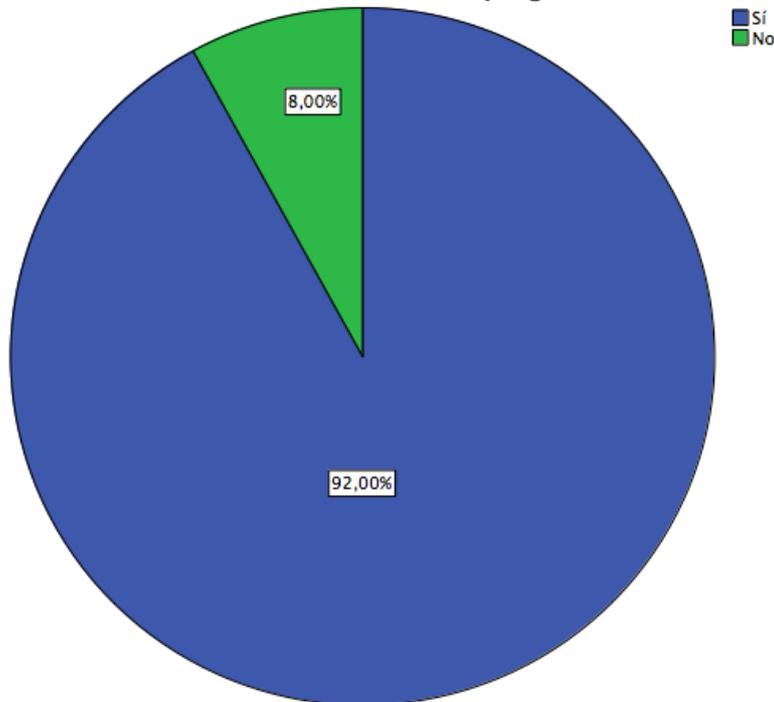
**6º ¿Has desarrollado algún tratamiento de abstinencia para el consumo de drogas desde que estas en el programa?**



	N	%
SI	25	78,1
NO	7	21,9
Perdidos	1	3

Han comenzado tratamiento de deshabituación 25 (78,1%) casos tratándose de un porcentaje muy alto.

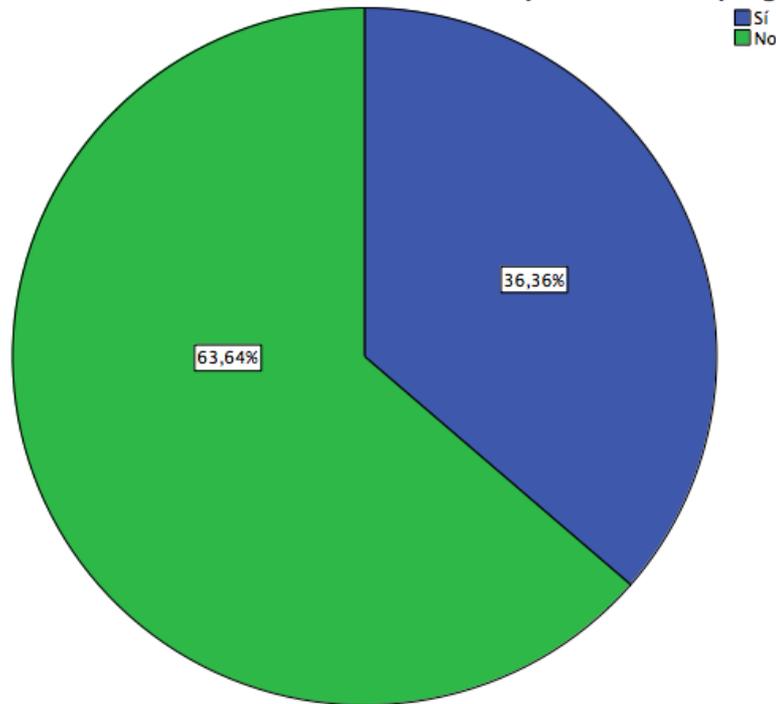
**7ª ¿Si sigues algún tratamiento de abstinencia ha mejorado desde que estas en el programa?**



	N	%
SI	23	92,0
NO	2	8,0
Perdidos	8	24,2

Refieren mejoría 23 (92,0%) casos en su tratamiento de abstinencia desde la inclusión en el programa.

**8ª ¿Has conocidos otros recursos para adicciones distintos del centro de tratamiento ambulatorio desde que estas en el programa?**

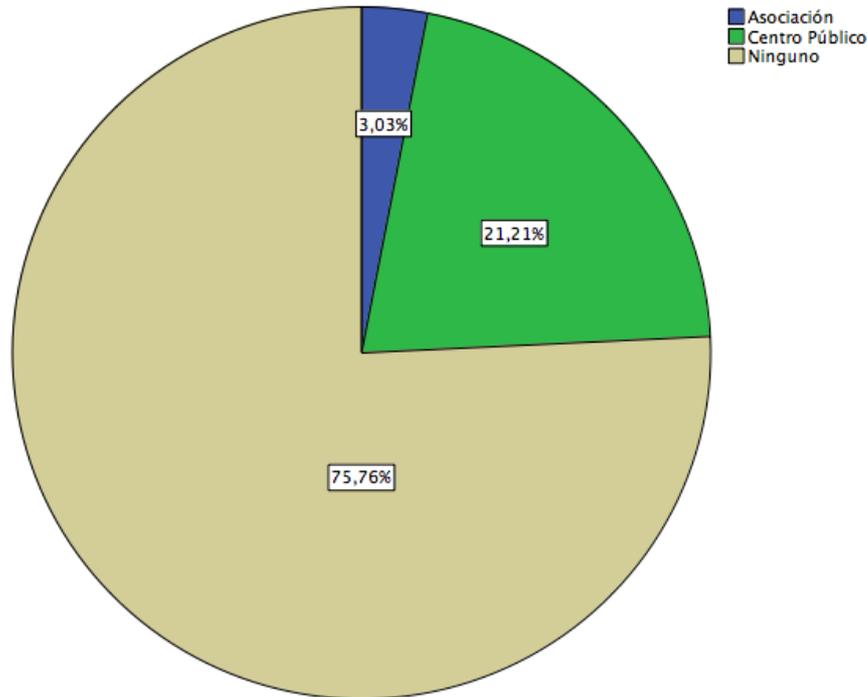


	N	%
SI	12	36,4
NO	21	63,6

La inclusión en el programa ha facilitado que 12 (36,4%) casos hayan conocido otros recursos para adicciones.

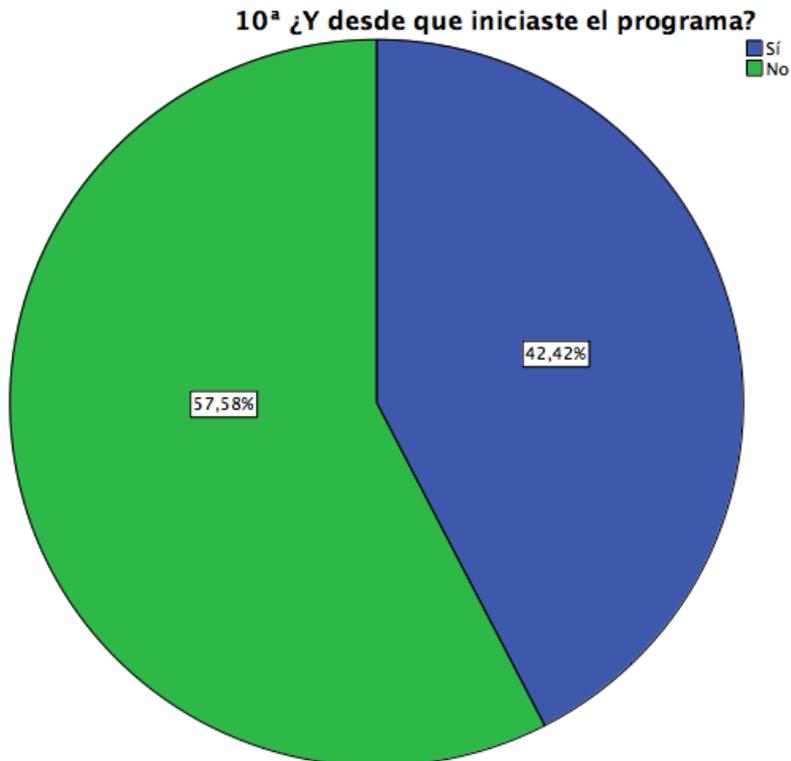
## Área social

**9ª ¿Has ido en el año anterior a comenzar el programa a recursos de tipo social-educativos?**



	N	%
Asociaciones	1	3,0
Centro público	7	21,2
Ninguno	25	75,8

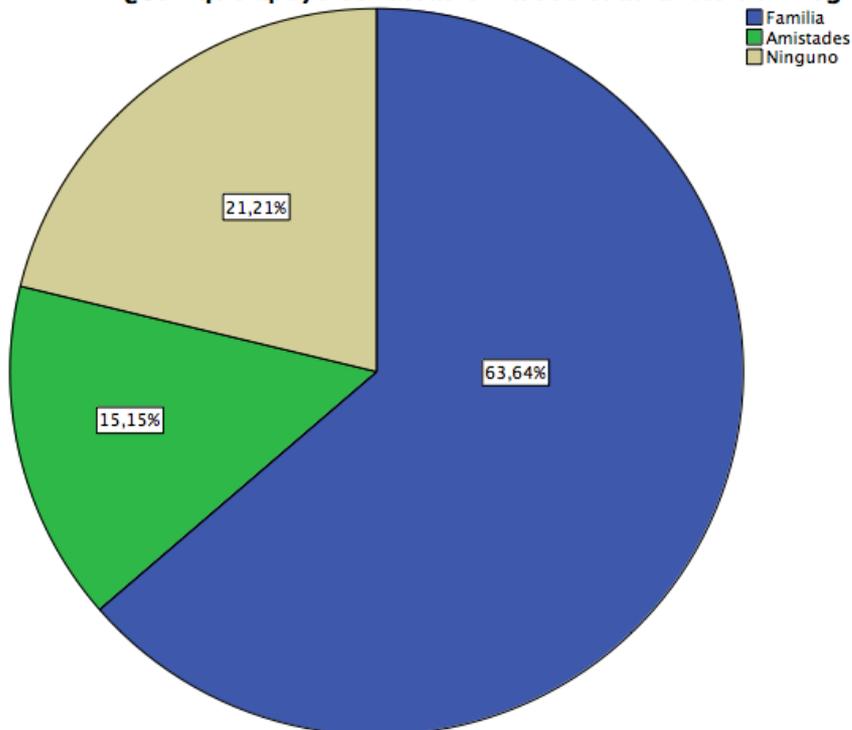
Del total, 8 (24,2 %) casos refieren haber acudido en al año previo al inicio del programa a recursos de tipo social-educativos.



	N	%
SI	14	42,4
NO	19	57,9

Del 75,8 % restante, 14 (42,4%) casos refieren haber ido a recursos de tipo social-educativos una vez incluidos en el programa "Volver a reír".

**11ª ¿Con qué apoyo contabas en la sociedad antes del Programa?**



	N	%
Familia	21	63,6
Amistades	5	15,2
Ninguno	7	21,2

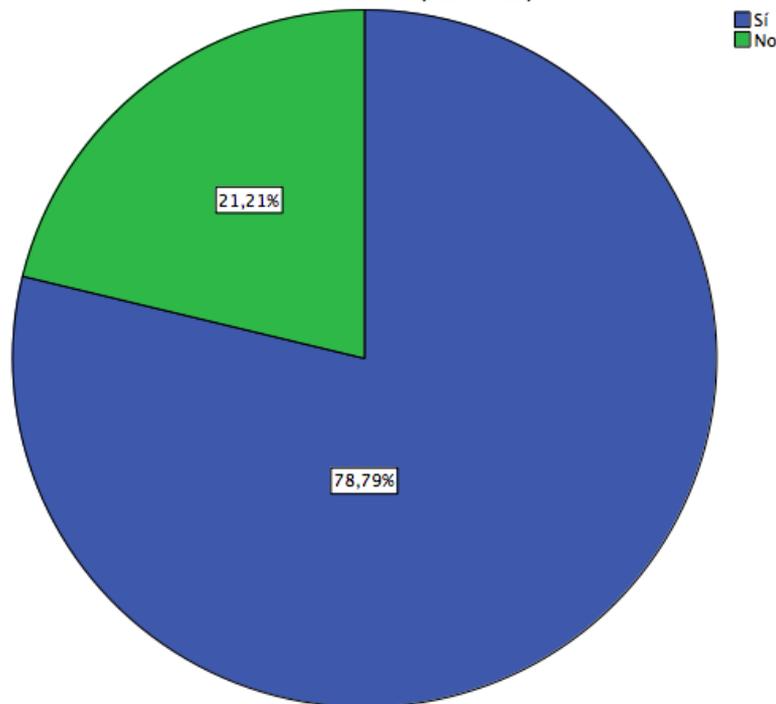
Del total, 7 (21,2 %) casos no contaban con ningún tipo de apoyo previamente a la inclusión en el programa "Volver a reír".



	N	%
SI	24	72,7
NO	9	27,3

Tras la inclusión en el programa "Volver a reír", 24 (72,7 %) casos refieren haber mejorado su apoyo social.

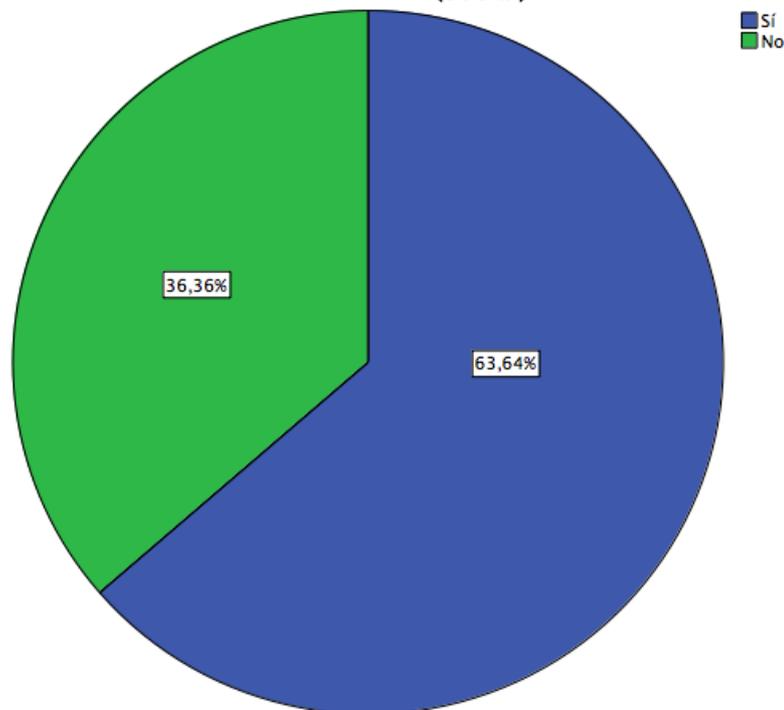
**13ª A ¿Has notado un cambio favorable en la actitud de tu entorno hacia ti (familiar)?**



	N	%
SI	26	78,8
NO	7	21,2

Del total, 26 (78,8 %) casos manifiestan percibir un cambio favorable en el entorno familiar hacia su persona, desde su inclusión en el programa "Volver a reír".

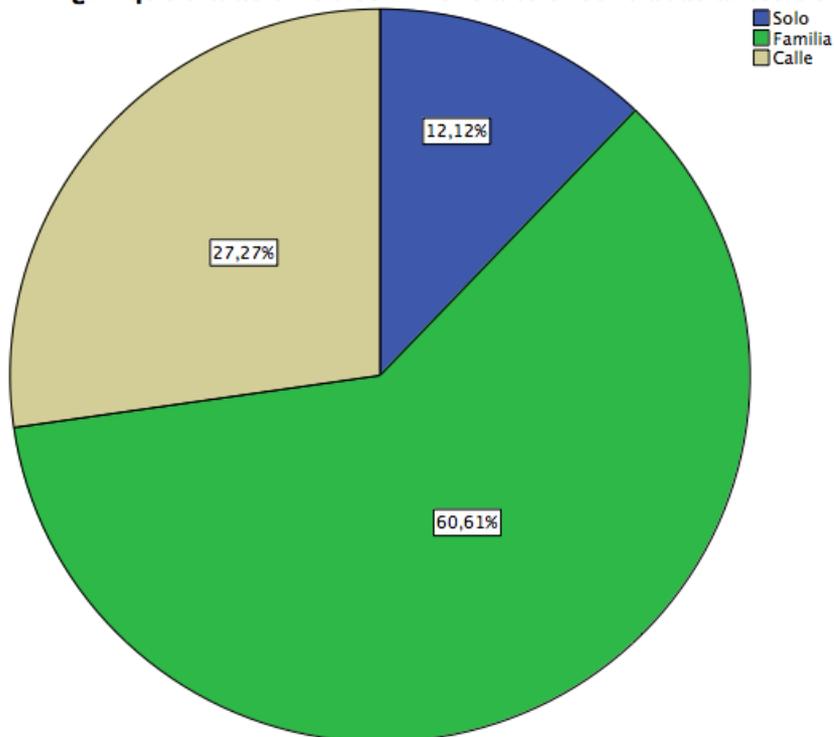
**13ª B ¿Has notado un cambio favorable en la actitud de tu entorno hacia ti (social)?**



	N	%
SI	21	63,6
NO	12	36,4

Del total, 21 (63,6 %) casos manifiestan percibir un cambio favorable en el entorno social hacia su persona, desde su inclusión en el programa "Volver a reír".

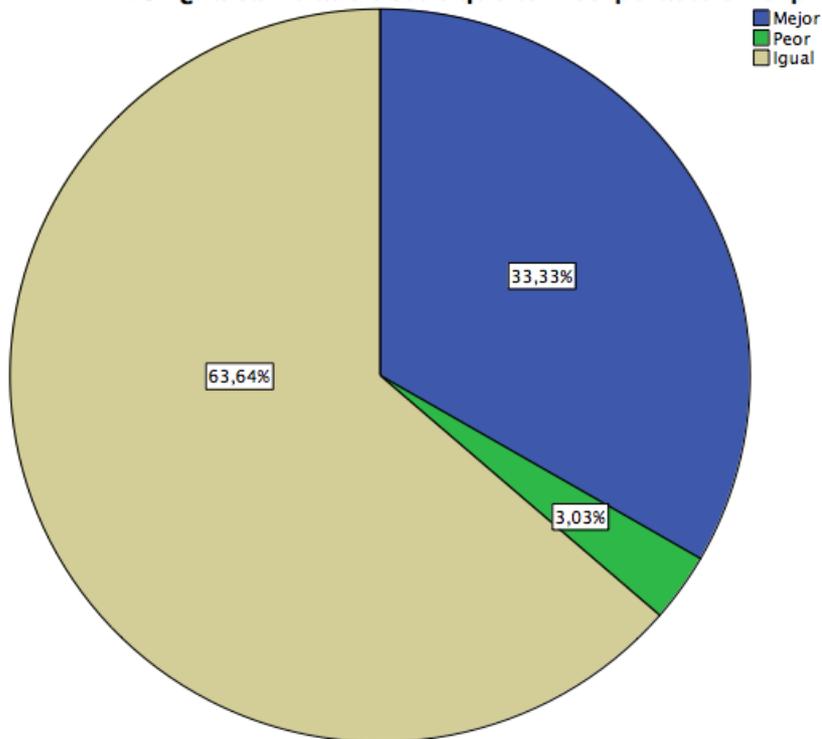
**14ª ¿En qué situación de convivencia te encontrabas antes del programa?**



	N	%
Sólo	4	12,1
Familia	20	60,6
Calle	9	27,3

Del total, sólo 4 (12,1 %) casos no presentaban algún tipo de convivencia previamente a su inclusión en el programa "Volver a reír". La mayoría presentaban una convivencia de tipo familiar 20 (60,6 %) casos, y 9 (27,3 %) vivían en la calle.

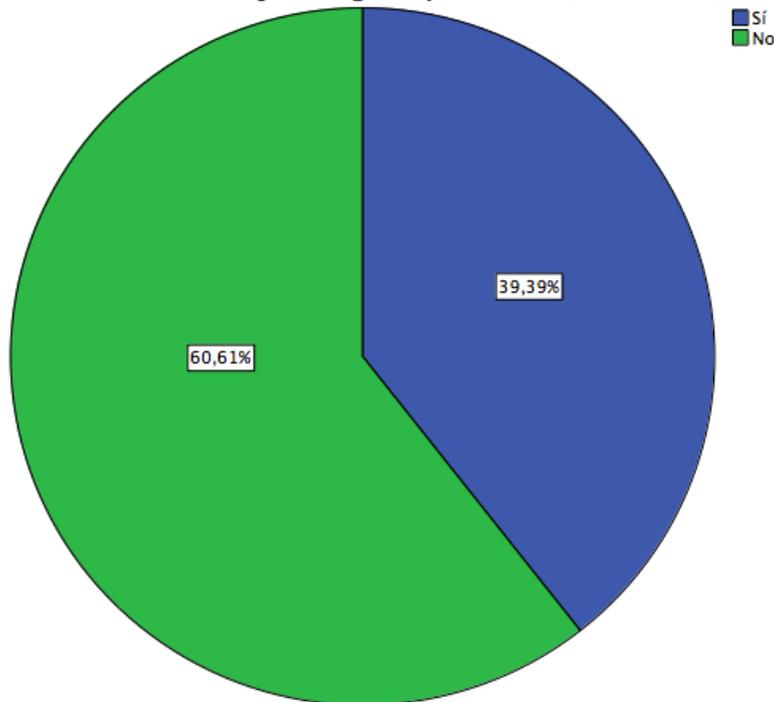
**15ª ¿Ha cambiado desde que te incorporaste en el programa?**



	N	%
Mejor	11	33,3
Peor	1	3
Igual	21	63,6

Del total, 11 (33,3 %) casos refieren haber mejorado su convivencia tras su inclusión en el programa "Volver a reír"

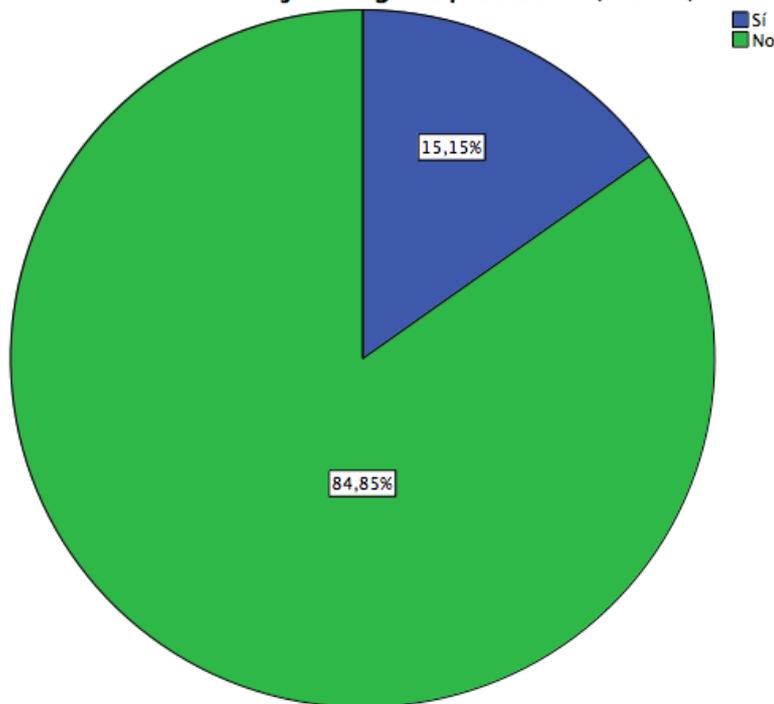
**16ª A ¿Te ha servido estar en el programa para conseguir, mantener o mejorar alguna prestación(económica) ?**



	N	%
SI	13	39,4
NO	20	60,6

Del total, 13 (39,4 %) casos manifiestan que su inclusión en el programa "Volver a reír" le ha supuesto alguna mejoría para conseguir, mejorar o mantener alguna prestación económica.

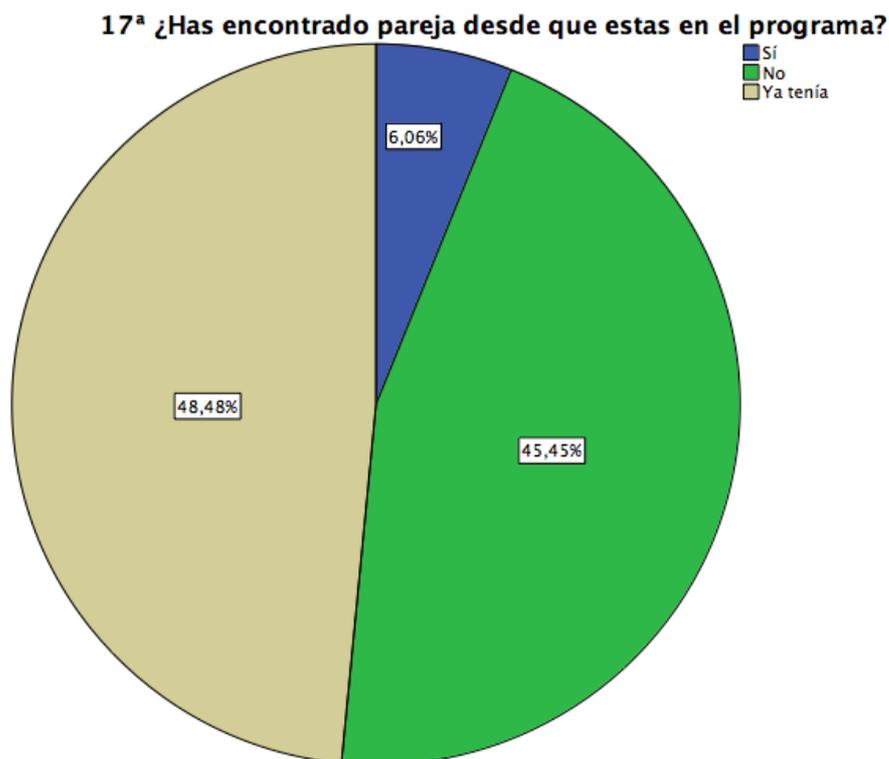
**16ª B ¿Te ha servido estar en el programa para conseguir, mantener o mejorar alguna prestación (vienda) ?**



	N	%
SI	5	15,2
NO	48	84,8

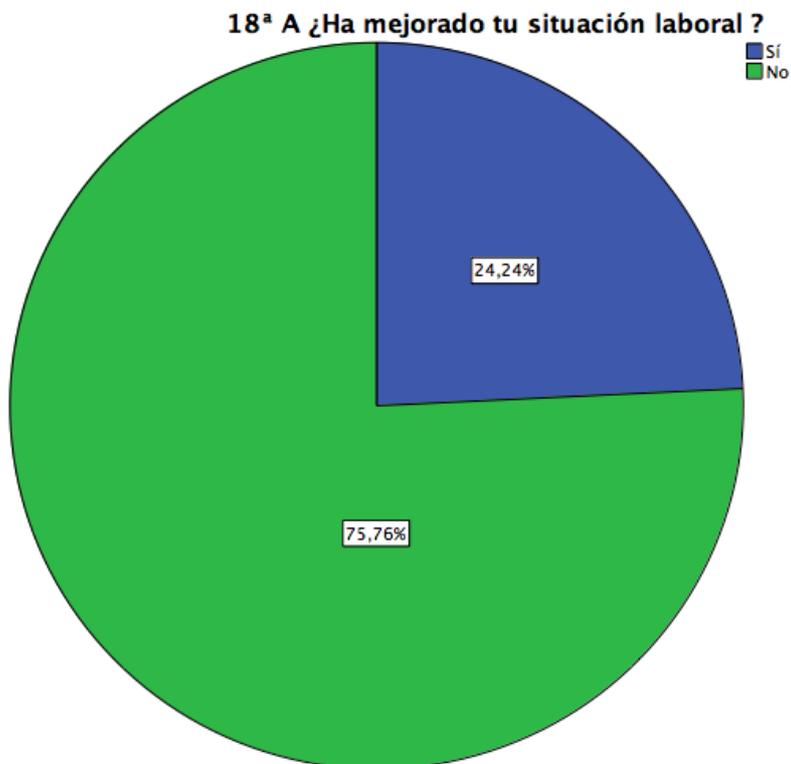
Del total, 5 (15,2 %) casos manifiestan que su inclusión en el programa "Volver a reír" le ha supuesto alguna mejoría para conseguir, mejorar o mantener alguna prestación relacionada con la vivienda.

## Área personal



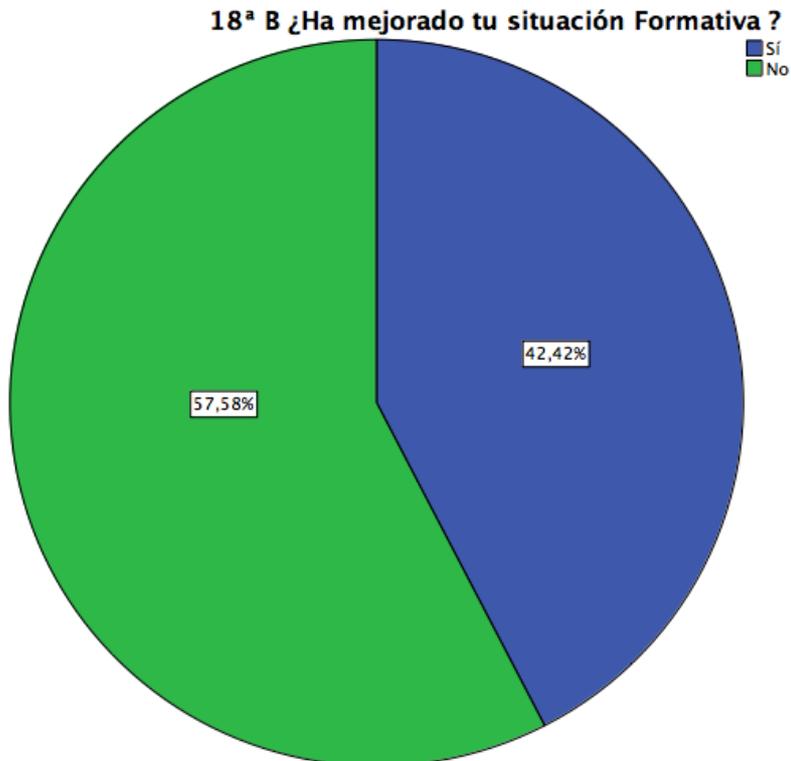
	N	%
SI	2	6,1
NO	15	45,5
Ya tenía	16	48,5

Del total, 2 (6,1 %) casos refieren haber encontrado pareja tras su inclusión en el programa "Volver a reír".



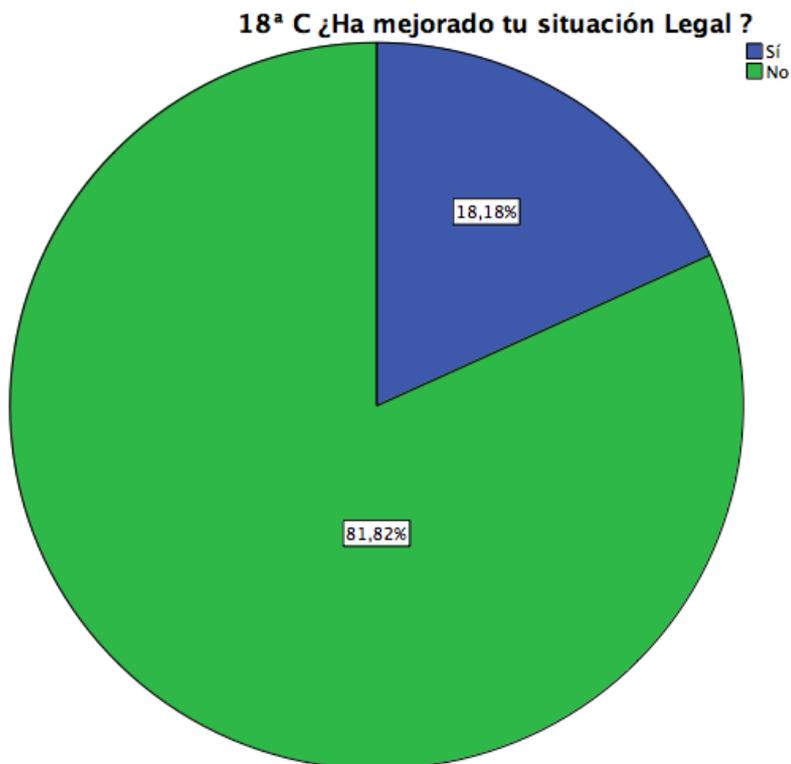
	N	%
SI	8	24,2
NO	25	75,8

Del total, 8 (24,2 %) casos refieren haber mejorado su situación laboral tras su inclusión en el programa "Volver a reír".



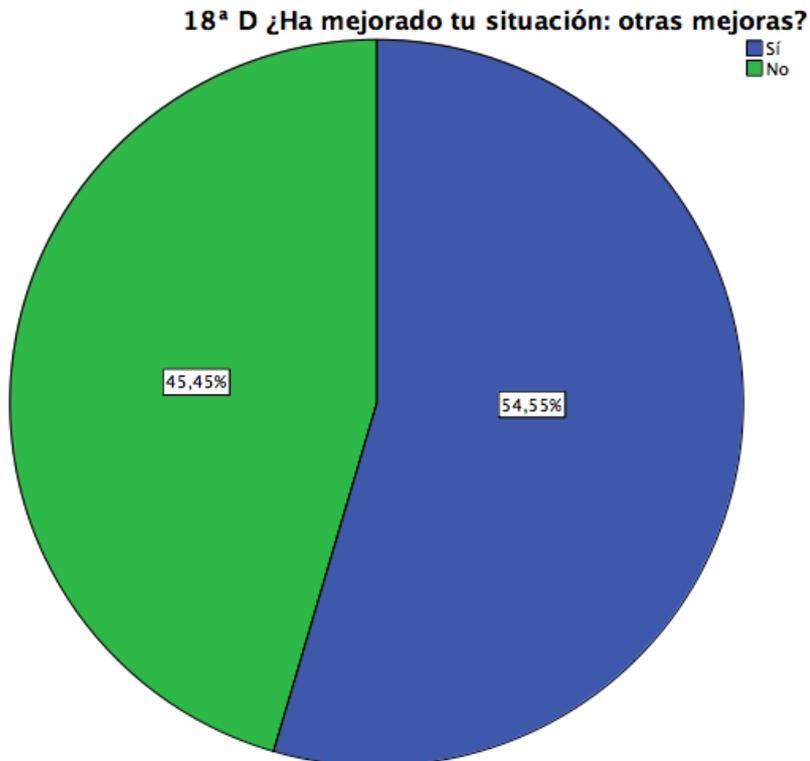
	N	%
SI	14	42,4
NO	19	57,6

Del total, 14 (42,2 %) casos refieren haber mejorado su situación formativa tras su inclusión en el programa "Volver a reír"



	N	%
SI	6	18,2
NO	27	81,8

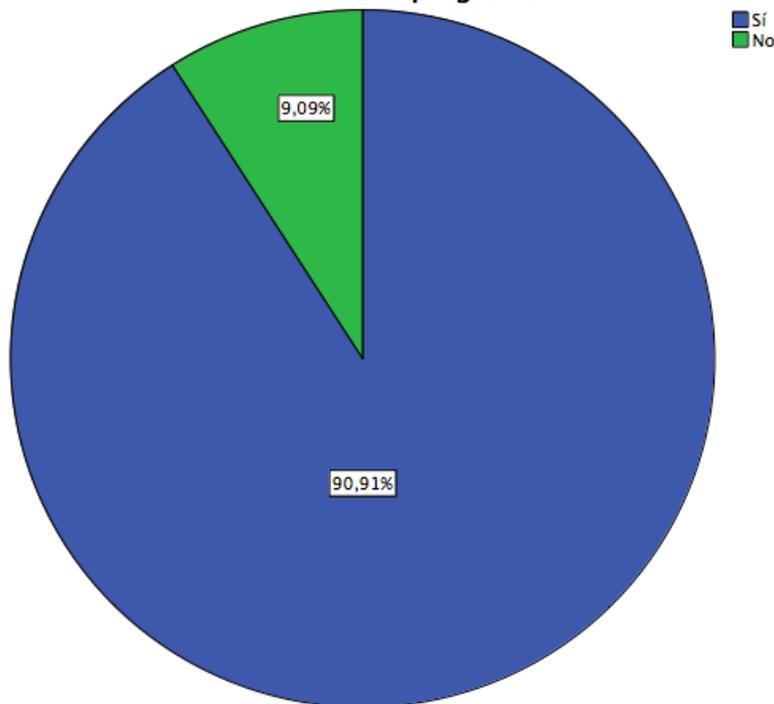
Del total, 6 (18,2 %) casos refieren haber mejorado su situación legal tras su inclusión en el programa "Volver a reír".



	N	%
SI	18	54,5
NO	15	45,5

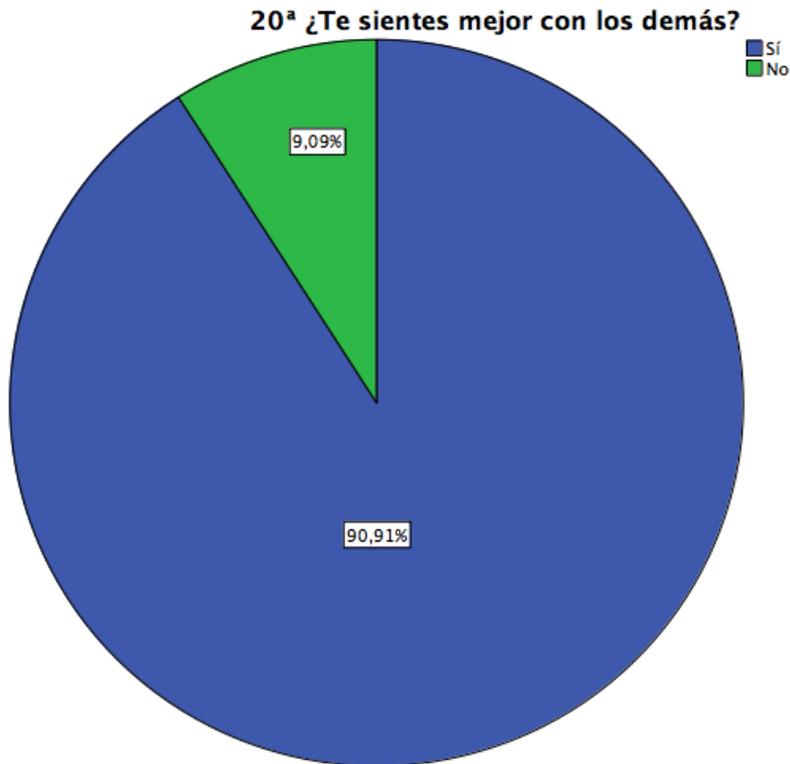
Del total, 18 (54,5 %) casos refieren haber presentado otros tipos de mejoras tras su inclusión en el programa "Volver a reír".

**19ª ¿Notas que has mejorado Físicamente desde que empezaste en el programa?**



	N	%
SI	30	90,9
NO	3	9,1

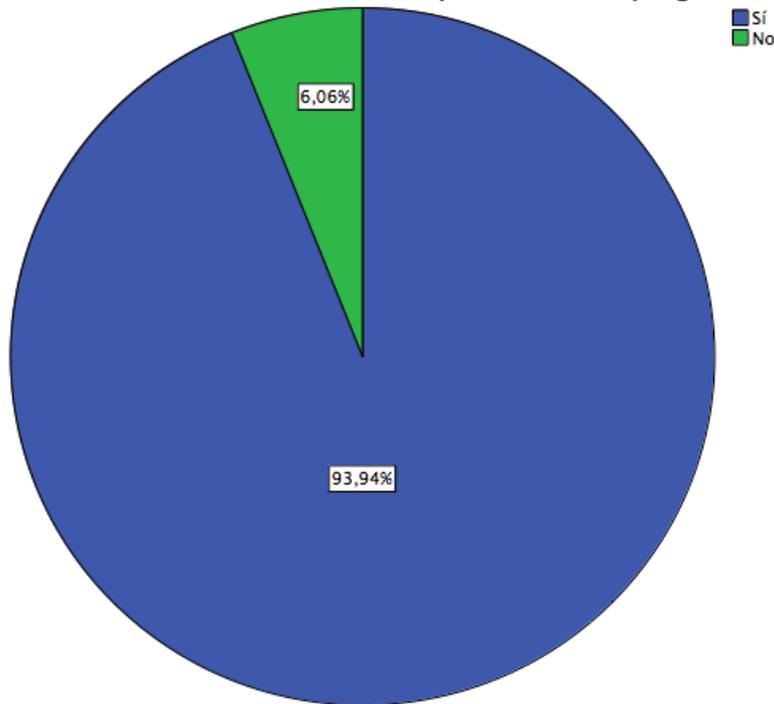
Del total, 30 (90,9 %) casos refieren que ha mejorado físicamente desde su inclusión en el programa "Volver a reír".



	N	%
SI	30	90,9
NO	3	9,1

Del total, 30 (90,9 %) casos refieren sentirse mejor con los demás, desde su inclusión en el programa "Volver a reír".

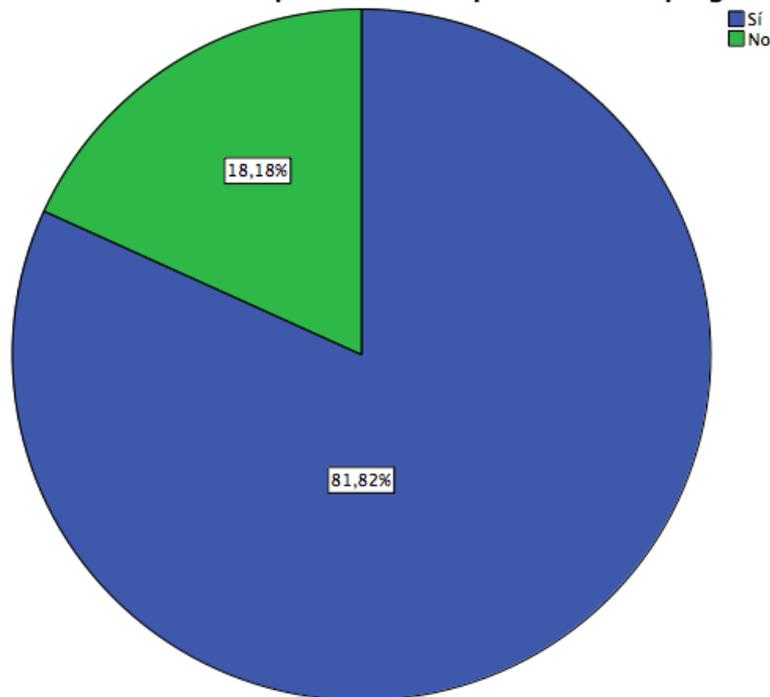
**21ª ¿Te encuentras más motivado para salir de la situación en la que te encuentras desde que estas en el programa?**



	N	%
SI	31	93,9
NO	2	6,1

Del total, 31 (93,9 %) casos se encuentran más motivados para salir de la situación en la que se encuentran, desde su inclusión en el programa "Volver a reír".

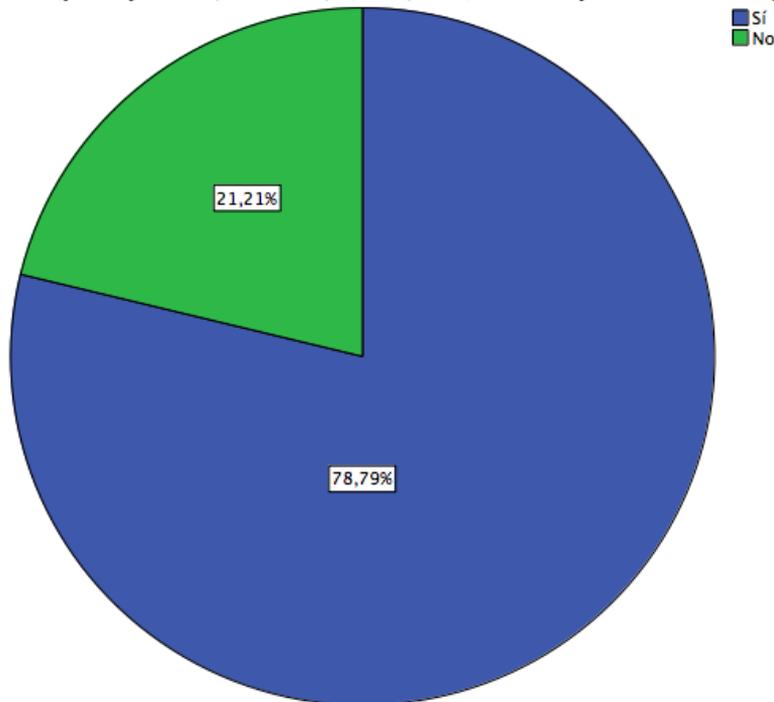
**22ª ¿Te encuentras más seguro para acudir a los centros oficiales y recursos público desde que estas en el programa?**



	N	%
SI	27	80,8
NO	6	18,2

Del total, 27 (80,8 %) casos se encuentran más seguros para acudir a los centros oficiales y recursos públicos, desde su inclusión en el programa "Volver a reír".

**23ª ¿Te encuentras más seguro para acudir a lugares públicos (peluquerías, tiendas, cines, etc.) desde que estas en el programa?**



	N	%
SI	26	78,8
NO	7	21,2

Del total, 26 (78,8) casos refieren sentirse más seguros para acudir a lugares públicos del tipo de peluquerías, tiendas, cines, etc., desde su inclusión en el programa "Volver a reír".

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

Tabla 3: análisis bivariante en relación al sexo de resultados de encuesta "Volver a reír"			
	HOMBRE	MUJER	<i>p &lt; 0,05</i>
<b>Mejora laboral</b>			
SI	7 (87,5%)	1 (12,5%)	<i>p = 0,277</i>
NO	17 (68,0%)	8 (32%)	
<b>Mejora formativa</b>			
SI	8 (57,1%)	6 (42,9%)	<i>p = 0,092</i>
NO	16 (84,2%)	3 (15,8%)	
<b>Otras mejoras</b>			
SI	15 (83,3%)	3 (16,7%)	
NO	9 (60%)	6 (40%)	
<b>Mejoría física</b>			
SI	21 (70%)	9 (30%)	<i>p = 0,371</i>
NO	3 (100%)	0 (0%)	
<b>Mejoría relaciones sociales</b>			
SI	22 (73,3%)	8 (26,7%)	<i>p = 0,629</i>
NO	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
<b>Mejoría motivación salidas</b>			
SI	22 (71%)	9 (29%)	<i>p = 0,523</i>
NO	2 (100%)	0 (0%)	
<b>Uso de recursos socioeconómicos</b>			
Previos			
SI	7 (87,5%)	1 (12,5%)	<i>p = 0,277</i>
NO	17 (68%)	8 (32%)	
Post			
SI	8 (57,1%)	6 (42,9%)	<i>p = 0,092</i>
NO	18 (84,2%)	3 (15,8%)	
<b>Apoyo social</b>			
Previo			
SI	19 (73,1%)	7 (26,9%)	<i>p = 0,635</i>
NO	5 (71,4%)	2 (28,6%)	
Post			
SI	17 (70,8%)	7 (29,2%)	<i>p = 0,529</i>
NO	7 (77,8%)	2 (22,2%)	
<b>Cambios en convivencia</b>			
MEJOR	8 (72,7%)	3 (27,3%)	<i>p = 0,822</i>
PEOR	1 (100%)	0 (0%)	
IGUAL	15 (71,4%)	6 (28,6%)	
<b>Mejorías económicas</b>			
SI	11 (84,6%)	2 (15,4%)	<i>p = 0,204</i>
NO	13 (65%)	7 (35%)	
<b>Mejorías en vivienda</b>			

---

SI	4 (80%)	1 (20%)	$p = 0,582$
NO	20 (71,4%)	8 (28,6%)	

En nuestro análisis bivariante en relación al sexo de los resultados de la encuesta "Volver a reír, no encontramos diferencias estadísticamente significativa.

Se ha realizado análisis bivariante entre los resultados de la encuesta y sexo, estar en programa de metadona, consumo de heroína y consumo de cocaína, no encontrando diferencias estadísticamente significativas.

Si hemos encontrado que los pacientes a los que se les ha colocado una prótesis dental de cualquier tipo (parcial o completa), consiguen una mejoría en la percepción de la seguridad para acudir a centros públicos (cines, restaurantes,.....), siendo significativa la diferencia estadística ( $p = 0,006$ ).

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

**Tabla de contingencia**

			Pacientes con Prótesis		Total	
			No	Sí		
Más seguridad para sitio públicos	Sí	Recuento	0	26	26	
		% dentro de Más seguridad para sitio públicos	,0%	100,0%	100,0%	
	No	Recuento	3	4	7	
		% dentro de Más seguridad para sitio públicos	42,9%	57,1%	100,0%	
			% dentro de Pacientes con Prótesis	,0%	86,7%	78,8%
			% dentro de Pacientes con Prótesis	100,0%	13,3%	21,2%
Total		Recuento	3	30	33	
		% dentro de Más seguridad para sitio públicos	9,1%	90,9%	100,0%	
		% dentro de Pacientes con Prótesis	100,0%	100,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,257 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	7,620	1	,006		
Razón de verosimilitudes	10,545	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,006	,006
Asociación lineal por lineal	11,886	1	,001		
N de casos válidos	33				

## 6.5 Difusión de resultados

Jiménez, J.; El Khoury, L.; Coello, JA.; Torne, A.; Castaño, A. Actividad de una unidad odontológica en pacientes marginados socialmente en un plan de reinserción social. RCOE. 2010; 15 (2):225-6.

Jiménez, J.; El Khoury, L.; Coello, JA.; Torne, A.; Castaño, A. Actividad de una unidad odontológica en pacientes marginados socialmente en un plan de reinserción social. Poster. XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral. Valencia. 19 de junio de 2010.

El Khoury, L.; Jiménez, J.; Coello, JA.; Ribas, D.; Castaño, A. Estado de salud bucodental en una población con VIH en el Polígono Sur (Sevilla). RCOE. 2011; 3:225

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

El Khoury, L.; Jiménez, J.; Coello, JA.; Ribas, D.; Castaño, A. Estado de salud bucodental en una población con VIH en el Polígono Sur (Sevilla). Poster. XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral. Oviedo. 11 de abril de 2011.

El Khoury, L.; Pérez-Porro, A.; Esmurdoc, L.; Lozano, V.; González, O. Proyectos de Odontología Social. Ponencia. XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral. 2013. Sevilla. 22 de noviembre de 2013.



TESIS DOCTORAL  
Luis El Khoury Moreno

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

## 7 DISCUSIÓN

La información científica nos muestra que el consumo de drogas conlleva múltiples problemas orales, encontrándose estos entre los problemas de salud más prevalentes que podemos hallar en los pacientes consumidores de drogas(33)(34) (31)(39) y también la exclusión social. Existen escasos estudios que analicen las necesidades de salud oral y los comportamientos de demanda de atención a la salud para sus necesidades, en población de adictos a drogas ilegales y sin hogar, tratándose de una población que presenta grandes necesidades de salud oral no satisfechas (19).

En este estudio analítico cuasiexperimental, pretendemos exponer las principales necesidades odontológicas que presentan la población adicta a drogas y con riesgo de exclusión social, la importancia de la existencia de dispositivos de atención bucodental con gran accesibilidad para dicha población, y en qué medida esta contribuye a su integración social, siendo difícil la discusión de nuestros resultados en relación con este último punto, debido a no haber encontrado literatura científica con trabajos similares.

### **Mis resultados principales.**

La implementación del programa "Volver a reír" conllevó un gran esfuerzo colectivo mediante la colaboración e implicación previa de todas las entidades sociosanitarias de referencia para la población diana en la zona (Akherdi (etnia gitana), Centro de Tratamiento Ambulatorio (Diputación Provincial), Centro de

Salud de Polígono Sur (S.A.S.), Programa +Salud/-Riesgo (Fundación Atenea) y Médicos del Mundo), a instancias del Ayuntamiento de Sevilla y el Comisionado del Polígono Sur, adquiriendo un compromiso conjunto de captación, derivación y seguimiento de los pacientes, con un objetivo común de avanzar en la labor integradora de una población renuente a acudir a los dispositivos de salud, servicios sociales, adicciones, etc. La demanda estimada en un inicio, entre veinte y treinta personas fue rápidamente cubierta en breve y constatadas sus elevadas necesidades de atención en el ámbito de la salud oral, lo que obligó a la implantación de una lista de prioridad y llevando en ocasiones a situaciones de tensión(116).

Las preceptivas analíticas para la inclusión en el programa ayudaron a restablecer el contacto entre la persona afectada y su referente médico, lo que implica la recaptación del paciente por el sistema sanitario y su control analítico básico. Ello ha permitido detectar patologías infectocontagiosas, enfermedades metabólicas, y lesiones en la mucosa oral altamente sospechosas de malignidad, y con ello disponer del tratamiento indicado(116), siendo desconocidos los nuevos hallazgos en el 42,4% de la muestra. Del mismo modo, la recaptación por el sistema sanitario ha permitido su reincorporación a otros recursos asistenciales comunitarios. La suma de los pacientes que no han acudido nunca y de los que no recuerdan la última vez de su contacto con su médico de familia se aproximan al 31%, lo que supone un alto porcentaje en población con tendencia a la presencia de patologías sistémicas crónicas, y la de los que nunca se han realizado analíticas básicas y los que no lo recuerdan alcanzan el 48,5%. En general se obtienen altas

tasas de incorporación de población adicta a drogas al sistema sanitario y de forma secundaria a otros recursos comunitarios, aspecto que consideramos estratégico en una población renuente al uso de dispositivos sociosanitarios, máxime cuando el 27,3% de nuestra muestra eran personas que vivían en la calle.

No sólo la salud física, sino también la mental, han sido beneficiadas con la detección de personas afectadas por psicopatologías y discapacidad intelectual leve-moderada. Así mismo y tras su contacto con el médico de familia, en todos los casos en los que subyacía el ejercicio de la prostitución (superior al 25%), se ha trabajado el abandono de la misma directamente por las entidades municipales, así como desde la referencia de los Puntos municipales de Información a la Mujer, permitiendo también abordar la violencia de género.

Se producen mayores faltas a citas programadas para el sexo femenino que el masculino lo cual entendemos que obliga a estudiar posibles condicionantes sociales y/o de género que pudieran inducir que la mujer tiene menores posibilidades de atención para su salud oral.

Los índices de cumplimentación de nuestra encuesta "Volver a reír" aunque puedan en un inicio parecer bajos, coinciden plenamente con los publicados por Charnock, S. y cols. (23) en una encuesta que realizan para detectar necesidades de salud oral en población adicta a drogas.

La implementación del programa de atención bucodental "Volver a reír" en el medio social de la población afectada, y según los resultados de la encuesta "Volver

a reír", ha permitido también obtener resultados muy relevantes en otros aspectos como ha sido el cese del consumo (33,3%), mejorar el nivel de consumo (95,5%), desarrollo de tratamientos de abstinencia (78,1%) y mejoras en los ya instaurados (92%).

Otro aspecto importante de mejora de la implementación, ha sido la mejora de integración social en relación con otros recursos distintos a los sanitarios tras la captación por el médico de familia, incorporándose a ellos un 36,4%. Un 42% se han incorporado a recursos socioeducativos.

Desde el aspecto de la aceptación social, un 72,7% de nuestros pacientes refiere sentir una mejoría del apoyo social por parte de familiares y amistades desde su incorporación al programa, siendo la mejora del apoyo familiar en un 78,8%, y un 63,6% refiere un cambio favorable en la actitud de su entorno hacia su persona. Así mismo, un 33,3% refiere haber mejorado su situación de convivencia desde su incorporación al programa.

En una vertiente diferente, la implementación del programa "Volver a reír ha conllevado una mejora de prestaciones económicas y relacionadas con la vivienda, así como mejoras laborales para sus usuarios, en un 39,4% para mejoras económicas, en un 15,2% en relación con la vivienda y en 24,2% en mejoras laborales. Las mejoras referidas por los usuarios en la encuesta se amplían también al campo de la formación y la situación legal personal, en un 42% y 18,2% respectivamente.

Además la encuesta recoge otras mejoras que implican un aumento de la autoestima y seguridad personal tras su inclusión en el programa, así un 90,9% refiere haber mejorado físicamente, un 90,9 dice sentirse mejor con los demás, un 93,9% dice encontrarse más motivado para salir de la situación en la que se encuentra, un 80,8% dice sentirse más seguro para acudir a los centro oficiales y un 78,8% dice sentirse más seguro para acudir a lugares públicos.

Es importante en nuestro estudio destacar como factor favorecedor de la integración social, la relación existente entre la colocación de prótesis (completa o parcial) y el incremento de seguridad personal de los pacientes para acudir a centros públicos (cines, restaurantes, etc.)

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los resultados de la encuesta en relación al sexo

### **Contraposición de mis resultados con otros trabajos**

La fuente de información más importante que disponemos, en España sobre el consumo de drogas en la población general es la proporcionada por el Observatorio europeo de las drogas y adicciones, mediante las encuestas que realiza bienalmente desde el año 1995 sobre población general entre 15 y 64 años(encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España; EDADES)siendo la última la realizada en 2013 sobre una muestra de 23136 encuestados(4). En ella se establece que la prevalencia de uso de drogas ilegales es mayor en adultos jóvenes, entre los 15 y 34 años

En 2012, la distribución por sexo dentro de los consumidores de drogas españoles fue de 84% varones y 16% mujeres(4). Nuestra muestra presenta valores diferentes pero con tendencia similar, mucho mayor consumo por parte de los varones, con un 70,1 % de hombres y un 29,9 % de mujeres, resultados más próximos a los publicados por Robbins y cols.(19) de un 23,2% de mujeres entre adictos sin hogar.

En 2012, la edad media de todos los pacientes en tratamiento en España por consumo de drogas era de 34 años. Nuestra muestra con una media de edad de 44,89 años (DS: 8,063) difiere de forma importante con estos resultados, mostrando una edad media mayor tanto para hombre como mujeres (46,37 y 44,41 años respectivamente) y un rango de edad muy amplio, entre 27 y 68 años. Nuestra edad media está en consonancia con la publicada por Robbins y cols. (19) en población adicta sin hogar, lo que nos podría hacer pensar que sean pacientes de largos periodos de adicción y consumo, y justificaría el hecho de que el mayor consumo en nuestra muestra corresponda a heroína y cocaína, puesto que el Observatorio Europeo de drogas y adicciones establece que por encima de los 34 años las mayores prevalencias son para la cocaína y la heroína(4).

En nuestro estudio sobre población adicta a drogas observamos una prevalencia de VIH del 22,7% en el total de la muestra, superior a la publicada por Robbins (19) en San Francisco (EE.UU) de un 12,1%, pero muy en consonancia con la publicada por De la Fuente, L. y cols. en 2006 para paciente con abuso de drogas

intravenosas en la ciudad de Sevilla, que fue de 22,2%(117) y la publicada por Santana, OE. y cols. en Canarias (1998) de un 21,8%. De la Fuente y cols. manifiestan que en los inicios se pensaba que la alta incidencia de VIH era por el consumo de heroína inyectada, pero que en poblaciones como Sevilla se ha visto que continúan altas incidencias de VIH a pesar de usar heroína no inyectada (fumada) (3,4/100 pac.; IC95%: 0,9-8,7), lo que le confiere una gran importancia a la transmisión sexual(117). A pesar de todo, la tendencia va en descenso según nos informa el Observatorio europeo de las drogas y adicciones en su informe de evaluación de los años 2005-2010(118), en la que España presenta una tendencia a la baja con una incidencia de casos nuevos atribuidos a drogas inyectables de 0,2-1 caso cada 100.000 habitantes.

En relación con la prevalencia de hepatitis B y C esta siempre ha sido muy alta en España entre los usuarios de drogas intravenosas, siendo en 2001-2003 de 20-35% para VHB y de 65%-86% para VHC(117). Nuestra muestra presentaba un 20,6% de antígeno positivo frente a la hepatitis B y un 46,4% de presencia de hepatitis C, situándose ligeramente por debajo de las cifras mencionadas en relación a esta última, y bastante inferior a las publicadas por Santana, OE. y cols., de 55,0% y 87,6% respectivamente(119).

Recientemente se ha observado en España un cierto repunte de la sífilis, observando que el mismo está en relación con el nivel educativo, la prostitución y el uso de drogas recreativas no inyectadas(120). Ya era conocida la mayor incidencia

de sífilis entre pacientes con VIH y en relación con la población general, al igual que la hepatitis B(121), pero existen pocos datos en relación con la sífilis. Nuestra muestra arrojó una prevalencia del 16,5%. La prevalencia de sífilis es muy variable en diferentes territorios en función algunas variables como nivel socioeconómico, prostitución, inmigración, etc. Medhi, GK. y cols. establecen la prevalencia de sífilis en prostitutas consumidoras de drogas en un 27,1%.(122) mientras que Hurtado, I. y cols. establecen la prevalencia en población que acude a solicitar información sobre SIDA en 0,7%, y en 2,4% entre hombre que mantienen relaciones con hombres(120)

El Observatorio europeo de las drogas nos informa de que es muy común el policonsumo(4), circunstancia que también acredita De la Fuente, L. y cols. (117) en relación con el consumo tanto de heroína como de cocaína, lo que dificulta los resultados de los programas de mantenimiento con metadona, puesto que esta no tiene efecto sobre la adicción a la cocaína. Angelillo, I. (1991) (34) en su análisis de salud oral sobre un grupo de drogodependientes en Italia observa que la mayoría de su muestra, 96% fueron consumidores de heroína, pero todos, 100% manifestaron que habían utilizado más un tipo de droga a lo largo de su vida. Esta circunstancia se aprecia igualmente en nuestro estudio donde un 79,4% refería consumo de heroína y un 87,65% referían consumo de cocaína, lo que implica policonsumo. Nuestra muestra, en relación con el tipo de droga consumida no presenta proporciones parecidas a las publicadas por el Observatorio Europeo de drogas y adicciones(4), pero si alta prevalencia de consumos de heroína y cocaína como

establece dicho observatorio para la población adicta por encima de los 34 años. Recordar además que la heroína es utilizada con frecuencia por los adictos a drogas inyectables para mitigar el dolor(19), algo que es esperable que sea frecuente en nuestra muestra si tenemos en cuenta la necesidad de exodoncias que esta presentaba y el consumo de heroína recogido.

Encontramos una diferencia estadísticamente significativa en relación con el consumo de heroína y el sexo, de forma que el 76,6 % de los varones que consumen drogas consumen heroína, frente a un 23,4 % en las mujeres. Esta mayor tendencia de consumo de heroína por los varones frente a la mujer coincide con las observaciones de otros autores(123), siendo en nuestro estudio la probabilidad de riesgo del hombre sobre la mujer de 4. El consumo de cocaína en relación al género, duplica el consumo en el varón en relación a la mujer, pero las diferencias no son estadísticamente significativas. La encuesta Domiciliara sobre alcohol y otras drogas 2013/2014 del ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad recoge que el consumo de cocaína en el varón triplica al de la mujer(124).

En relación con el tabaquismo y consumo de alcohol la prevalencia en nuestro estudio fue muy alta, estando presente en 94,8% para el tabaco y en el 84,5% para el alcohol. Se coincide en general que ambas son sustancias que suelen estar presentes con muy alto consumo entre los consumidores de drogas ilegales(125) y entre la población general, siendo el alcohol la droga más consumida en España en

la población general, por un 78,3 % en los últimos doce meses, y que está presente en el 90% de los policonsumos.

Existen pocos estudios que analicen las necesidades de rehabilitación protésica dental de los pacientes adictos a drogas y en situación de exclusión social, tan sólo encontramos alguna información sobre población sin hogar, en la que se excluyen los nómadas. Gelberg, L. Y cols. (1988) (126) en su estudio sobre adultos sin hogar recoge que el 27% refiere dolor dental los meses previos y valora el edentulismo, presentando una prevalencia del 8,8% entre los 35-44 años, del 21,6% entre los 45-54 años, del 34,8% entre los 55-64 años y del 71,4% entre los 65-74 años, cifras que a partir de los 44 años superan bastante las encontradas en población general. Figueiredo, R. y cols. (2013) en su estudio sobre población sin hogar en Toronto (Canadá) pero entre los cuales el 40% reconoció haber sido consumidor de drogas, establece que las necesidades de tratamientos con prótesis son del 60%. En nuestra muestra, un 46,4 % tuvo necesidad de prótesis parcial removible y un 43,3 % de prótesis completa removible. Estos altos porcentajes pensamos pueden estar justificados por la edad media de nuestra muestra (44,89 años), al amplio rango (27-68) y el hecho de que de los 97 pacientes que la componen, 77 (79, 3%) son mayores de 40 años.

Existe muy escasa información científica sobre las conductas de salud oral, la accesibilidad, la captación y asistencia de servicios dentales para pacientes con adicciones a drogas ilegales(29). Van Hout y cols. (2014) (29) en su estudio sobre

personas sin hogar en un centro de atención a usuarios de drogas, refieren que muchos de ellos sólo acuden a los servicios dentales cuando presentan dolor dental o precisan una extracción, con gran pérdida de cuidados de la salud oral, que se ve agravada con el consumo de drogas. Son varios los autores que preconizan, que el tratamiento de la salud oral de los consumidores habituales de drogas ilegales precisa de una adecuada interrelación entre los diferentes profesionales que participan en los programas comunitarios(36), y que son necesarios la implantación de dispositivos odontológicos integrados con el resto de servicios comunitarios gratuitos puestos a su disposición, sobre todo en fase de recuperación, fase en la que los pacientes comienzan a tomar conciencia de su negligencia anterior y de la influencia de su salud oral en la alimentación, aspecto personal, importancia social, etc.(29). Simons, D. y cols. (2012)(53), en su estudio sobre servicios dentales comunitarios para adultos sin hogar, concluyen que estos servicios integrados en las redes sociales locales son necesarios para aumentar la accesibilidad y captación de los pacientes, que de otra forma es muy difícil. En la literatura científica encontramos escasas experiencias de dispositivos odontológicos integrados en los servicios comunitarios *in situ* como el diseñado e implantado en este trabajo de investigación(23)(53)(29). De igual modo existen pocas experiencias de encuestas que valoren la capacidad para mejorar la integración social de adictos a drogas ilegales mediante la implementación de este tipo de dispositivos odontológicos, por lo que nos hace muy difícil la discusión de nuestros resultados. Charnock, S. y cols. (2004) (23) presentan un Plan de mejora de la salud oral elaborado por las

autoridades sanitarias e implantado en South Lancashire, Inglaterra, a petición de Grupo comunitario de atención de drogas y alcohol de dicha localidad, que detectan las dificultades de acceso de sus miembros a la atención bucodental. Para ello realizaron una encuesta previa anónima y voluntaria a los usuarios con el fin de detectar necesidades, sobre un total de 188 personas, de las cuales respondieron 63 (32%) y de estos, 43 (68%) respondieron que en ese momento manifestaban problemas bucodentales. Sólo 18 (29%) manifestaron realizar visitas al dentista al menos una vez al año, 29 (46%) manifestaron acudir sólo cuando tenían dolor y el resto, 16 (25%) no habían visitado nunca un dentista.

Tras su análisis inicial establecieron un servicio de asesoramiento dental básico mediante una sesión con una periodicidad semanal, basado en promoción de la salud y en una atención de emergencia que incluía cirugía oral, impartido por un dentista y un técnico de promoción de la salud y haciéndola coincidir con la administración de metadona u otros fármacos. De 105 beneficiarios, 93 (88,5 %) fueron referidos para tratamiento dental, y 43 (46%) de ellos se incorporaron a una asistencia dental regular lo que contrasta con el 29% inicial de la encuesta. En nuestro trabajo, la encuesta realizada ha sido cumplimentado por 32 usuarios de 97, lo que supone un 32,9 %, porcentaje muy similar al obtenido por Charnock, S. y cols. sobre población similar.

Como podemos observar, tanto la integración en el sistema sanitario y de prestaciones sociales como las diferentes mejoras referidas, suponen una

importante herramienta para la integración social de los pacientes con adicciones a drogas, todo ello potenciado por el incrementos de autoestima y seguridad personal reflejado por los datos, y todo ello, producto directo de la implantación de dispositivos de atención bucodental inmersos en el medio social de los pacientes, dispositivos que actúan por un lado como incentivos y por otro como medio de promoción de la salud oral y general y como rehabilitadores de la misma.

Con nuestro estudio ayudamos a confirmar en la población adicta a drogas ilegales y con riesgo de exclusión social, de la necesidad de asistencia de la salud oral, de sus importantes necesidades no satisfechas, de la utilidad de implantación de dispositivos de asistencia bucodental situados en su medio social y plenamente integrados con el restos de dispositivos comunitarios de atención, así como su utilidad para favorecer la integración social de los pacientes.

### **Limitaciones del estudio**

Entendemos que las principales limitaciones de nuestro estudio están en relación con la encuesta "Volver a reír". Como limitación importante de nuestro estudio reconocemos la no validación previa de la encuesta. Otra limitación importante es el número de las mismas, pero ello obedece tanto a las grandes dificultades de captación de la población estudiada como de su fidelización, manteniendo en todo momento la voluntariedad de cumplimentar la encuesta. Ello nos ha impedido probablemente la obtención en nuestro análisis bivalente de

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

diferencias estadísticamente significativas que nos permitieran la realización de un análisis multivariante y con ello valorar posibles variables de confusión.



TESIS DOCTORAL  
Luis El Khoury Moreno

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

## **8 CONCLUSIONES**

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

1.- La implementación de servicios de atención odontológica para pacientes adictos a drogas con riesgo de exclusión social situados en su medio social, es una medida eficaz y efectiva para su integración social, consiguiendo un nivel importante de captación de pacientes.

2.- La implementación de servicios de atención odontológica para pacientes adictos a drogas con riesgo de exclusión social situados en su medio social, es una medida eficaz para la captación de pacientes y su integración en los servicios de atención médica y servicios sociales.

3.- Se producen mayores faltas a citas programadas para el sexo femenino que el masculino lo que obliga a estudiar posibles condicionantes sociales.

4.- Existe un mayor consumo de heroína por el hombre que por la mujer.

5.- La colocación de prótesis bucales a población adicta a drogas incrementa notablemente su seguridad personal para acudir a centro públicos.



## 9 BIBLIOGRAFÍA

1. Nessa A, Latif SA, Siddiqui NI, Hussain MA, Hossain MA. Drug abuse and addiction. Mymensingh Med J. 2008 Jul;17(2):227-35.

2. United Nations Office on Drug and Crime. World Drug Report 2011 [Internet]. United Nations Publications, editor. Viena; 2011 [cited 2015 Feb 7]. Available from: [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World\\_Drug\\_Report\\_2011\\_ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf)
3. Benavides FG, Ruiz-Forès N, Delclós J, Domingo-Salvany A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. Gac Sanit. 2013 May;27(3):248–53.
4. Observatorio europeo de las drogas y las toxicomanías. EMCDDA | Spain country overview — a summary of the national drug situation [Internet]. [cited 2015 Sep 12]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/spain>
5. Brienza RS, Stein MD, Chen M-H, Gogineni A, Sobota M, Maksad J, et al. Depression among needle exchange program and methadone maintenance clients. J Subst Abuse Treat. 2000 Jun;18(4):331–7.
6. Chen C-Y, Lin K-M. Health consequences of illegal drug use. Curr Opin Psychiatry. 2009 May;22(3):287–92.
7. Robinson PG, Acquah S, Gibson B. Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. Br Dent J. 2005 Feb;198(4):219–24.

8. Rehm J, Taylor B, Room R. Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug Alcohol Rev.* 2006 Nov;25(6):503-13.
9. U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville,. National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health,; 2000.
10. Loesche WJ. Periodontal disease: link to cardiovascular disease. *Compend Contin Educ Dent.* 2000 Jun;21(6):463-6, 468, 470.
11. Emingil G, Buduneli E, Aliyev A, Akilli A, Atilla G. Association between periodontal disease and acute myocardial infarction. *J Periodontol.* 2000 Dec;71(12):1882-6.
12. Scannapieco FA, Genco RJ. Association of periodontal infections with atherosclerotic and pulmonary diseases. *J Periodontal Res.* 1999 Oct;34(7):340-5.
13. Scannapieco FA, Ho AW. Potential associations between chronic respiratory disease and periodontal disease: analysis of National Health and Nutrition Examination Survey III. *J Periodontol.* 2001 Jan;72(1):50-6.
14. Scannapieco FA, Bush RB, Paju S. Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive

- pulmonary disease. A systematic review. *Ann Periodontol.* 2003 Dec;8(1):54–69.
15. Bell GW, Large DM, Barclay SC. Oral health care in diabetes mellitus. *SADJ.* 2000 Mar;55(3):158–65.
  16. Allukian M. The neglected epidemic and the surgeon general's report: a call to action for better oral health. *Am J Public Health.* 2000 Jun;90(6):843–5.
  17. Gelberg L, Linn LS, Rosenberg DJ. Dental health of homeless adults. *Spec Care Dentist.* 1988 Jan;8(4):167–72.
  18. Metsch LR, Crandall L, Wohler-Torres B, Miles CC, Chitwood DD, McCoy CB. Met and unmet need for dental services among active drug users in miami, florida. *J Behav Health Serv Res.* 2002 May;29(2):176–88.
  19. Robbins JL, Wenger L, Lorvick J, Shiboski C, Kral AH. Health and oral health care needs and health care-seeking behavior among homeless injection drug users in San Francisco. *J Urban Health.* 2010 Dec;87(6):920–30.
  20. Abbott PJ. Case management: ongoing evaluation of patients' needs in an opioid treatment program. *Prof Case Manag.* 2010 Jan;15(3):145–52.
  21. D'Amore MM, Cheng DM, Kressin NR, Jones J, Samet JH, Winter M, et al. Oral health of substance-dependent individuals: impact of specific substances. *J Subst Abuse Treat.* 2011 Sep;41(2):179–85.

22. Chitwood DD, Sanchez J, Comerford M, McCoy CB. Primary preventive health care among injection drug users, other sustained drug users, and non-users. *Subst Use Misuse*. 2001 Jan;36(6-7):807-24.
23. Charnock S, Owen S, Brookes V, Williams M. A community based programme to improve access to dental services for drug users. *Br Dent J*. 2004;196(7):385-8.
24. De Palma P, Nordenram G. The perceptions of homeless people in Stockholm concerning oral health and consequences of dental treatment: a qualitative study. *Spec Care Dentist*. 2005 Jan;25(6):289-95.
25. Booth BM. Introduction to health services research in substance abuse: Research in practice. *J Behav Health Serv Res*. 2002 May;29(2):113-4.
26. Weisner C, Matzger H. A prospective study of the factors influencing entry to alcohol and drug treatment. *J Behav Health Serv Res*. 2002 May;29(2):126-37.
27. Mulligan R, Seirawan H, Alves ME, Navazesh M, Phelan JA, Greenspan D, et al. Oral health-related quality of life among HIV-infected and at-risk women. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008 Dec;36(6):549-57.

28. Madinier I, Harrosch J, Dugourd M, Giraud-Morin C, Fosse T. The buccal-dental health of drug addicts treated in the University hospital centre in Nice. *Presse Med.* 2003 Jun 7;32(20):919–23.
29. Van Hout MC, Evelyn H. Oral health behaviours amongst homeless people attending rehabilitation services in Ireland. *J Ir Dent Assoc.* 2014;60(3):144–9.
30. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Ekhtiari H, Virtanen JI. Oral health of drug abusers: A review of health effects and care. *Iranian Journal of Public Health.* 2013. p. 929–40.
31. Molendijk B, Horst G Ter, Kasbergen M, Truin G-J, Mulder J. Dental health in Dutch drug addicts. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996 Apr;24(2):117–9.
32. Brown C, Krishnan S, Hursh K, Yu M, Johnson P, Page K, et al. Dental disease prevalence among methamphetamine and heroin users in an urban setting: a pilot study. *J Am Dent Assoc.* 2012 Sep;143(9):992–1001.
33. Scheutz F. Five-year evaluation of a dental care delivery system for drug addicts in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1984;12(1):29–34.
34. Angelillo IF, Grasso GM, Saggiocco G, Villari P, D’Errico MM. Dental health in a group of drug addicts in Italy. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1991 Feb;19(1):36–7.

35. Kayal RA, Elias WY, Alharthi KJ, Demyati AK, Mandurah JM. Illicit drug abuse affects periodontal health status. *Saudi Med J.* 2014 Jul;35(7):724–8.
36. Titsas A, Ferguson MM. Impact of opioid use on dentistry. *Aust Dent J.* 2002 Jun;47(2):94–8.
37. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Di Nisio M, Duffy S, Hernandez A V., et al. Cannabinoids for Medical Use. *JAMA.* 2015 Jun 23;313(24):2456.
38. Versteeg PA, Slot DE, van der Velden U, van der Weijden GA. Effect of cannabis usage on the oral environment: a review. *Int J Dent Hyg.* 2008 Nov;6(4):315–20.
39. Reece AS. Dentition of addiction in Queensland: poor dental status and major contributing drugs. *Aust Dent J.* 2007 Jun;52(2):144–9.
40. McGrath C, Chan B. Oral health sensations associated with illicit drug abuse. *Br Dent J.* Nature Publishing Group; 2005 Feb 12;198(3):159–62.
41. Saini GK, Gupta ND, Prabhat KC. Drug addiction and periodontal diseases. *J Indian Soc Periodontol.* 2013 Sep;17(5):587–91.
42. O’Sullivan EM. Dental health of Irish alcohol/drug abuse treatment centre residents. *Community Dent Health.* 2012 Dec;29(4):263–7.

43. Ravenel MC, Salinas CF, Marlow NM, Slate EH, Evans ZP, Miller PM. Methamphetamine abuse and oral health: a pilot study of "meth mouth". *Quintessence Int.* 2012 Mar;43(3):229–37.
44. Klasser GD, Epstein J. Methamphetamine and its impact on dental care. *J Can Dent Assoc.* 2005 Nov;71(10):759–62.
45. Padilla R, Ritter A V. Meth mouth: methamphetamine and oral health. *J Esthet Restor Dent.* 2008 Jan;20(2):148–9.
46. Blanksma CJ, Brand HS. Cocaine abuse: orofacial manifestations and implications for dental treatment. *Int Dent J.* 2005 Dec;55(6):365–9.
47. Ward H, Pallearos A, Green A, Day S. Health issues associated with increasing use of "crack" cocaine among female sex workers in London. *Sex Transm Infect.* 2000 Aug;76(4):292–3.
48. Marques TCN, Sarracini KLM, Cortellazzi KL, Mialhe FL, de Castro Meneghim M, Pereira AC, et al. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. *BMC Oral Health.* 2015 Jan;15:38.
49. National Institute on Drug Abuse. Club Drugs [Internet]. [cited 2015 Mar 17]. Available from: <http://www.drugabuse.gov/drugs-abuse>

50. Fratto G, Manzon L. Use of psychotropic drugs and associated dental diseases. *Int J Psychiatry Med.* 2014 Jan;48(3):185–97.
51. O’Connell JJ, Oppenheimer SC, Judge CM, Taube RL, Blanchfield BB, Swain SE, et al. The Boston Health Care for the Homeless Program: a public health framework. *Am J Public Health.* 2010 Aug;100(8):1400–8.
52. Figueiredo RLF, Hwang SW, Quiñonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. *J Public Health Dent.* 2013 Jan;73(1):74–8.
53. Simons D, Pearson N, Movasaghi Z. Developing dental services for homeless people in East London. *Br Dent J.* 2012 Oct;213(7):E11.
54. Ford PJ, Cramb S, Farah CS. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. *Aust Dent J.* 2014 Jun;59(2):234–9.
55. Sheridan J, Aggleton M, Carson T. Dental health and access to dental treatment: a comparison of drug users and non-drug users attending community pharmacies. *Br Dent J.* 2001 Oct 27;191(8):453–7.
56. Castaño Séiquer A, Ribas Pérez D. Odontología preventiva y comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto. 1ª ed. Fundación Odontología Social, editor. Sevilla; 2012. 1221 p.
57. Swann BJ, Nallia RP, Obadan EM, Harvard School of Dental Medicine E. Programas de odontología social de la Universidad de Harvard. In: Fundación

- Odontología Social, editor. Odontología Preventiva y Comunitaria La Odontología Social Un Deber, una Necesidad, un Reto. 1ª ed. Sevilla; 2012. p. 771-83.
58. Muñoz-Viveros C, Fabiano J. Asistencia y apoyo comunitario a Búfalo (EEUU). In: Fundación Odontología Social, editor. Odontología Preventiva y Comunitaria La Odontología Social Un Deber, una Necesidad, un Reto. 1ª ed. Sevilla; 2012. p. 787-94.
59. Chávez R, Sosa M. Programa de salud oral en San Luis de Potosí (México). In: Fundación Odontología Social, editor. Odontología preventiva y comunitaria La Odontología Social Un Deber, una necesidad, un reto. 1ª ed. Sevilla; 2012. p. 809-20.
60. Hernández C. Programa integral de atención odontológica especializada en las comunidades indígenas del Auyanteouy (Venezuela). In: Fundación Odontología Social, editor. Odontología preventiva y comunitaria La Odontología Social Un deber, una necesidad, un reto. 1ª ed. Sevilla; 2012. p. 833-42.
61. Williams EA, Williams EM, Pendino R, Abreu ML. El hombre es tierra que anda. Interculturalidad, salud y formación de recursos humanos. In: Fundación Odontología Social, editor. Odontología preventiva y comunitaria La

- Odontología Social Un deber, una necesidad, un reto. 1ª ed. Sevilla; 2012. p. 943-8.
62. Fundación Odontología Social Luis Seiquer. Fundación Odontología Social - Inicio [Internet]. [cited 2015 Mar 27]. Available from: <http://www.fundacionodontologiasocial.org/>
63. Castaño A, Ribas D, Coello JA. Proyecto de Odontología Social en República Dominicana. In: Fundación Odontología Social, editor. Odontología Preventiva y Comunitaria La Odontología Social Un Deber, una Necesidad, un Reto. primera ed. Sevilla; 2012. p. 795-808.
64. Castaño A, Ribas D, Torrejón J. Proyecto de Odontología Social para pacientes con necesidades diferentes en Tetuán (Marruecos). In: Fundación Odontología Social, editor. Odontología Preventiva y Comunitaria La Odontología Social Un Deber, una Necesidad, un Reto. 1ª ed. Sevilla; 2012. p. 1001-10.
65. Castaño A, Ribas D, Blesa E. Proyecto de Odontología Social en Ceuta. In: Fundación Odontología Social, editor. Odontología Preventiva y Comunitaria La Odontología Social Un Deber, una Necesidad, un Reto. 1ª ed. Sevilla; 2012. p. 1135-44.

66. Díaz SA-H, Pérez JME. Use of small incentives for increasing participation and reducing dropout in a family drug-use prevention program in a Spanish sample. *Subst Use Misuse*. 2009 Jan;44(14):1990–2000.
67. García-Rodríguez O, Secades-Villa R, Alvarez Rodríguez H, Río Rodríguez A, Fernández-Hermida JR, Carballo JL, et al. Effect of incentives on retention in an outpatient treatment for cocaine addicts. *Psicothema*. 2007 Feb;19(1):134–9.
68. Castaño A, Torne A, El Khoury L, Ribas D. Programa de odontología social para drogodependientes en situación de máxima exclusión social. In: Fundación Odontología Social, editor. *Odontología Preventiva y Comunitaria La Odontología Social Un Deber, una Necesidad, un Reto*. 1ª ed. Sevilla; 2012. p. 1081–92.
69. Marsh P MM. *Oral Microbiology*. London: Chapman and Hall; 1992.
70. Sato M, Fujiwara S, Tsuchiya H, Fujii T, Iinuma M, Tosa H, et al. Flavones with antibacterial activity against cariogenic bacteria. *J Ethnopharmacol*. IRELAND; 1996 Nov;54(2-3):171–6.
71. Sheiham A, James WPT. A reappraisal of the quantitative relationship between sugar intake and dental caries: the need for new criteria for developing goals for sugar intake. *BMC Public Health*. 2014;14(863):1–8.

72. Moynihan PJ, Kelly S a M. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. *J Dent Res.* 2014;93(1):8–18.
73. Qualtrough AJE, Satterthwaite JD, Morrow LA B, PA. *Principles of Operative Dentistry.* Blackwell; 2005.
74. Reese S, Guggenheim B. A novel TEM contrasting technique for extracellular polysaccharides in in vitro biofilms. *Microsc Res Tech.* 2007 Sep;70(9):816–22.
75. Manji F, Fejerskov O, Nagelkerke NJ, Baelum V. A random effects model for some epidemiological features of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1991 Dec;19(6):324–8.
76. Bowen WH. Role of carbohydrates in dental caries. Shaw JH RG, editor. *Sweeteners and Dental Caries.* Washington: IRL Press; 1978. 147-52 p.
77. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003 Dec;31 Suppl 1:3–23.
78. Bravo-Pérez M, Casals-Peidró E, Cortés-Martínicorena FJ, Llodra-Calvo JC, Álvarez-Arenas Pardina I, Hermo-Señariz P, et al. Encuesta de Salud Oral en España 2005. *RCOE.* 2006;11(4):409–56.

79. Cullinan MP, Ford PJ, Seymour GJ. Periodontal disease and systemic health: current status. *Aust Dent J.* 2009 Sep;54 Suppl 1:S62–9.
80. Preshaw PM, Alba a. L, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis a., Makrilakis K, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia.* 2011;55(1):21–31.
81. Zeng X-T, Tu M-L, Liu D-Y, Zheng D, Zhang J, Leng W. Periodontal Disease and Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Meta-Analysis of Observational Studies. *PLoS One.* 2012;7(10):e46508.
82. Blaizot A, Vergnes J-N, Nuwwareh S, Amar J, Sixou M. Periodontal diseases and cardiovascular events: meta-analysis of observational studies. *Int Dent J.* 2009 Aug;59(4):197–209.
83. Corbella S, Taschieri S, Francetti L, De Siena F, Del Fabbro M. Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Odontology.* 2012 Jul;100(2):232–40.
84. Zeng X-T, Deng A-P, Li C, Xia L-Y, Niu Y-M, Leng W-D. Periodontal Disease and Risk of Head and Neck Cancer: A Meta-Analysis of Observational Studies. *PLoS One.* 2013;8(10):e79017.

85. Megson E, Kapellas K, Bartold PM. Relationship between periodontal disease and osteoporosis. *Int J Evid Based Healthc.* 2010 Sep;8(3):129–39.
86. Detert J, Pischon N, Burmester GR, Buttgerit F. The association between rheumatoid arthritis and periodontal disease. *Arthritis Res Ther.* 2010;12:218.
87. Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW. Periodontal diseases. *Lancet.* 2005 Nov;366(9499):1809–20.
88. Fox CH. New considerations in the prevalence of periodontal disease. *Curr Opin Dent.* 1992 Mar;2:5–11.
89. Fox CH, Jette AM, McGuire SM, Feldman HA, Douglass CW. Periodontal disease among New England elders. *J Periodontol.* 1994 Jul;65(7):676–84.
90. Organización Mundial de la Salud O. Glosario de Términos de Alcohol y Drogas. Salud OM de la, editor. World Health Organization. 1994. 66 p.
91. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Adicción al tabaco. NIH Publicación. 2008.
92. Di Chiara G, Imperato A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1988;85(14):5274–8.

93. Drevets WC, Gautier C, Price JC, Kupfer DJ, Kinahan PE, Grace AA, et al. Amphetamine-induced dopamine release in human ventral striatum correlates with euphoria. *Biol Psychiatry*. 2001 Jan;49(2):81–96.
94. Drevets WC, Price JC, Kupfer DJ, Kinahan PE, Lopresti B, Holt D, et al. PET measures of amphetamine-induced dopamine release in ventral versus dorsal striatum. *Neuropsychopharmacology*. 1999;21(6):694–709.
95. Fowler JS, Volkow ND, Wang GJ, Pappas N, Logan J, MacGregor R, et al. Inhibition of monoamine oxidase B in the brains of smokers. *Nature*. 1996 Feb;379(6567):733–6.
96. Baliunas D, Patra J, Rehm J, Popova S, Kaiserman M, Taylor B. Smoking-attributable mortality and expected years of life lost in Canada 2002: conclusions for prevention and policy. *Chronic Dis Can*. 2007;27(4):154–62.
97. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria plan nacional de drogas 2012. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, editor. 2013.
98. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane database Syst Rev*. 2010;(3):CD005063.

99. Rosner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane database Syst Rev.* 2010;(12):CD001867.
100. Rosner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane database Syst Rev.* 2010;(9):CD004332.
101. Rehm J, Patra J, Popova S. Alcohol-attributable mortality and potential years of life lost in Canada 2001: implications for prevention and policy. *Addiction.* 2006 Mar;101(3):373–84.
102. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction.* 2003 Sep;98(9):1209–28.
103. Rehm J, Sempos CT, Trevisan M. Alcohol and cardiovascular disease--more than one paradox to consider. Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking and risk of coronary heart disease--a review. *J Cardiovasc Risk.* 2003 Feb;10(1):15–20.
104. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction.* 2000 Oct;95(10):1505–23.

105. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La heroína: Abuso y adicción. NIH Publicación. 2005.
106. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. Cochrane database Syst Rev. 2003;(3):CD002208.
107. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane database Syst Rev. 2008;(2):CD002207.
108. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane database Syst Rev. 2009;(3):CD002209.
109. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Cocaína: Abuso y adicción. NIH Publicación. 2007.
110. Minozzi S, Amato L, Davoli M, Farrell M, Lima Reisser AARL, Pani PP, et al. Anticonvulsants for cocaine dependence. Cochrane database Syst Rev. 2008;(2):CD006754.
111. Minozzi S, Amato L, Pani PP, Solimini R, Vecchi S, De Crescenzo F, et al. Dopamine agonists for the treatment of cocaine dependence. Cochrane database Syst Rev. 2015 May;5:CD003352.

112. Amato L, Minozzi S, Pani PP, Davoli M. Antipsychotic medications for cocaine dependence. *Cochrane database Syst Rev.* 2007;(3):CD006306.
113. Castells X, Casas M, Perez-Mana C, Roncero C, Vidal X, Capella D. Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane database Syst Rev.* 2010;(2):CD007380.
114. Amato L, Minozzi S, Pani PP, Solimini R, Vecchi S, Zuccaro P, et al. Dopamine agonists for the treatment of cocaine dependence. *Cochrane database Syst Rev.* 2011;(12):CD003352.
115. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10º ed. Organización Panamericana de la Salud, editor. 1994. 758 p.
116. Jimenez J, El Khoury L, Coello JA. Actividad de una unidad odontológica en pacientes marginados socialmente en un plan de reinserción social. *RCOE.* 2010;15(2):225-6.
117. De la Fuente L, Bravo MJ, Toro C, Brugal MT, Barrio G, Soriano V, et al. Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *J Epidemiol Community Health.* 2006 Jun;60(6):537-42.

118. Wiessing L, Likatavicius G, Hedrich D, Guarita B, van de Laar MJ, Vicente J. Trends in HIV and hepatitis C virus infections among injecting drug users in Europe, 2005 to 2010. *Euro Surveill.* 2011 Jan;16(48).
119. Santana Rodríguez OE, Malé Gil ML, HernándezSantana JF, Limiñana Cañal JM, Martín Sánchez AM. Prevalence of serologic markers of HBV, HDV, HCV and HIV in non-injection drug users compared to injection drug users in Gran Canaria, Spain. *Eur J Epidemiol.* 1998 Sep;14(6):555-61.
120. Hurtado I, Alastrue I, Pavlou M, Tasa T, Pérez-Hoyos S. Increased syphilis trend among patients in an AIDS information and prevention center. *Gac Sanit.* Jan;25(5):368-71.
121. Muñoz J, Llauger MA, Solà M, Gardella A, Birulés M, Foz G. Human immunodeficiency virus infection at a primary care center. *Aten Primaria.* 1990 Feb;7(2):132, 134-6.
122. Medhi GK, Mahanta J, Kermodé M, Paranjape RS, Adhikary R, Phukan SK, et al. Factors associated with history of drug use among female sex workers (FSW) in a high HIV prevalence state of India. *BMC Public Health.* 2012 Jan;12:273.
123. Castaño Pérez GA, Calderón Vallejo GA. Patrones de consumo de heroína en una muestra de consumidores de Medellín - Colombia. *Rev Bras Epidemiol. Associação Brasileira de Saúde Coletiva;* 2012 Sep;15(3):504-22.

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

124. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y otras drogas 2013/2014 [Internet]. [cited 2015 Sep 20]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3581>
125. Kao TC, Schneider SJ, Hoffman KJ. Co-occurrence of alcohol, smokeless tobacco, cigarette, and illicit drug use by lower ranking military personnel. *Addict Behav.* Jan;25(2):253–62.
126. Celberg L, Linn LSLS, Rosenberg DJ, Gelberg L, Linn LSLS, Rosenberg DJ. Dental health of homeless adults. *Spec Care Dentist.* 1988 Jan;8(4):167–72.



TESIS DOCTORAL  
Luis El Khoury Moreno

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

## 10 ANEXOS

### Anexo I

**INFORME TÉCNICO PARA LA CONTRATACIÓN, EN EL MARCO DEL PROGRAMA MUNICIPAL DE INTEGRACION SOCIAL "VOLVER A REIR", DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PERSONAS EN SITUACION DE EXCLUSIÓN SOCIAL Y AFECTADAS POR ADICCIONES, DE FORMA PRIORITARIA EN MUJERES PROSTITUIDAS Y VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, EN LAS ZONAS DE ESPECIAL ACTUACIÓN "POLÍGONO SUR", "TRES BARRIOS-AMATE" Y "POLÍGONO NORTE" DE LA CIUDAD DE SEVILLA.**

#### OBJETO DEL CONTRATO

Disponer de un servicio de intervención odontológica para el desarrollo del programa municipal de integración social y reducción de daños "VOLVER A REIR", destinado a personas afectadas por las adicciones y en situación de exclusión social, permitiendo de este modo a profesionales de los recursos específicos de adicciones, sociales comunitarios, de atención a la mujer, sanitarios, etc., desarrollar coordinada y eficazmente la atención individualizada.

#### BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA MUNICIPAL VOLVER A REÍR

##### 1. POBLACIÓN DESTINATARIA

Personas ubicadas en las Zonas de Especial Actuación "Poligono Sur", "Tres Barrios-Amate" y "Poligono Norte", que presenten:

- problemática de adicciones en activo
- muy deficiente estado de salud bucodental
- precariedad económica y situación de exclusión social, haciendo especial referencia a mujeres prostituidas-afectadas por violencia de género.

##### 2. OBJETIVOS

###### General

Promover y facilitar la inclusión en los recursos de apoyo de la comunidad (sanitarios, sociales, de adicciones, etc.) de las personas pertenecientes a la población destinataria para lograr su adecuada incorporación social, utilizando como herramienta la atención odontológica.

<small>Código Seguro de verificación: m74XZw0tW00S2q7L3b0Z1v==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://www.sevilla.org/verifirma/">https://www.sevilla.org/verifirma/</a> Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.</small>			
FIRMADO POR	Manuel Felipe Lopez Cancho Antonio Enrique Torne Perez	FECHA	27/05/2015
ID. FIRMA	infante.sevilla.org	PÁGINA	1/11
 m74XZw0tW00S2q7L3b0Z1v==			

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

### Específicos

#### *Con la persona afectada*

- Mejorar el estado de la cavidad oral y con ello las condiciones nutricionales y estéticas.
- Detección precoz de patologías en los tejidos y estructuras de la boca (carcinomas, infecciones, etc.) así como otros problemas de salud.
- Promover el autocuidado de la boca educando en la práctica de una higiene oral adecuada.
- Promover y canalizar el seguimiento sanitario por su médico de referencia (analíticas, exploraciones, etc.)
- Mantener el contacto (adherencia) para facilitar el enlace con las actuaciones de adicciones, bienestar social, S.A.E., atención a la mujer, empleo, etc. que constituyen el objeto central integrador del Programa Volver a Reír
- Facilitar a las mujeres consumidoras de drogas prostituidas-afectadas por violencia de género, el conocimiento y acercamiento a los recursos de apoyo que les permitan superar dicha situación y como mínimo mejorar su estado psicofísico como factor de protección de salud

#### *Con la comunidad*

- Disminuir la incidencia de patología bucodental en la zona.
- Reducir la proliferación de enfermedades en que la cavidad oral es vector de transmisión.
- Acercamiento mutuo en entornos normalizados (centro de salud), de población general y personas con relaciones sociales nulas o limitadas a entornos de consumo.
- Reducir las desigualdades por motivos económicos, en materia de salud
- Implicar expresamente a entidades de mediación social como cooperadoras necesarias para el acceso al colectivo de referencia.
- Introducir un nuevo recurso para el trabajo en red, especialmente en el marco del Plan Integral para el Polígono Sur.
- Sensibilizar a la población respecto a la realidad de la prostitución como explotación sexual y a quien la ejerce como víctima que precisa de apoyo social para superarla.

<small>Código Seguro de verificación: MV43ZUgHv008Jg7i3b031v==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://www.sevilla.org/verifirma/">https://www.sevilla.org/verifirma/</a>          Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.</small>			
FIRMADO POR	Manuel Felipe Lopez Candho Antonio Enrique Tome Perez	FECHA	27/05/2015
ID. FIRMA	Infante.sevilla.org MV43ZUgHv008Jg7i3b031v==	PÁGINA	2/11



*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

### 3. METODOLOGÍA

En primer lugar, desde la Sección de Prevención y Atención a las Adicciones a través del Negociado de Incorporación Sociolaboral y Reducción de Daños se convocarán reuniones con las entidades de referencia en cada zona (Centros de Tratamiento de Drogodependencias y otras Adicciones, ONGs y Asociaciones, recursos y responsables de programas que trabajen con la población destinataria, etc.), para revisión de compromisos así como establecimiento de objetivos, protocolos de acceso y seguimiento.

Una vez que cada entidad responsable presente la correspondiente propuesta individualizada de intervención, el equipo de dicho Negociado realizará de forma exclusiva la valoración, selección y priorización de los beneficiarios/as del programa, de forma que cumplan todos los requisitos siguientes, para la autorización de acceso al proceso asistencial:

- Pertinencia del tratamiento buco-dental por grave deterioro.
- Problemática de adicción activa o consumo continuado de drogas
- Situación de grave exclusión social o riesgo de ella, con carencia o elevada insuficiencia de recursos económicos, teniendo especial consideración a personas en prostitución.

Y que invariablemente:

- Expresen voluntariamente la motivación y compromiso de iniciar y culminar el proceso de intervención, mediante la firma del correspondiente consentimiento informado, aceptando el plan terapéutico propuesto, así como el abordaje y seguimiento del proceso de integración desde el Negociado de Incorporación Sociolaboral y Reducción de Daños y por las entidades colaboradoras, como condición inexcusable para el inicio y mantenimiento de la asistencia odontológica.

#### CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SERVICIO A CONTRATAR

##### PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL ODONTOLÓGICO:

- Anamnesis y exploración odonto-estomatológica.
- Derivación a consulta para analítica y seguimiento general de salud. (\*)
- Diagnóstico bucodental, odontograma y elaboración de propuesta de tratamiento reparador, presupuestado económicamente para valoración desde la Sección de Prevención y Atención a las Adicciones y autorización por ésta si procede.
- En caso de aceptación, el/la profesional de odontología explicará adecuadamente al usuario/a el plan terapéutico, firmando ambos el

Código Seguro de verificación: MV4XZuqthvD0XJqJi3bGZLv==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://www.sevilla.org/verifirma/">https://www.sevilla.org/verifirma/</a> Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de Diciembre, de firma electrónica.			
FIRMADO POR	Manuel Felipe Lopez Cancho Antonio Enrique Tome Perez	FECHA	27/05/2015
ID. FIRMA	Infante.sevilla.org MV4XZuqthvD0XJqJi3bGZLv==	PÁGINA	3/11
 MV4XZuqthvD0XJqJi3bGZLv==			

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

documento de comprensión y aceptación, que formará parte del preceptivo consentimiento informado.

- Aplicación de las técnicas terapéuticas y consultas de seguimiento que sean pertinentes.

(\*) (En cada caso se cumplimentará un documento (protocolo) dirigido al médico/a de referencia en el centro de salud correspondiente, informándole del programa y solicitando analítica completa así como su colaboración para la prescripción de fármacos e indicaciones que se estimen adecuadas.)

Los usuarios/as atendidos habrán de tener culminado su plan de intervención terapéutico odontológico a la finalización del contrato.

#### Recursos humanos y materiales

Para el desarrollo las actuaciones la entidad licitadora deberá aportar una dotación mínima de personal técnico de:

- 2 profesionales Odontólogos/as y/o Estomatólogos/as
- 1 profesional Protésico/a Dental.

El servicio se prestará como mínimo dos días a la semana de la siguiente forma:

- Un día a la semana, preferentemente miércoles de 9 a 14 h - en gabinete dental del Centro de Salud "Polígono Sur", o espacio-horario-día que se determine por el responsable municipal.
- Uno o más días a la semana, preferentemente Lunes, en centro odontológico privado acreditado oficialmente.

La totalidad de procesos (esterilización, eliminación de residuos orgánicos, etc.) así como todo el material necesario para la realización de las actuaciones serán por cuenta por la entidad adjudicataria, entre los siguientes:

#### **Inventariables:**

Instrumental de exploración e intervención, cubetas, material quirúrgico (fórceps, botadores, fresas quirúrgicas), instrumental rotatorio y sus correspondientes fresas, kit de ultrasonidos para tartrectomias, jeringas de anestesia y de irrigación aire / agua, esterilizador.

#### **Fungibles:**

Gasas, guantes, agujas de anestesia, mascarillas, baberos, cánulas de aspiración, bandejas desechables, servilletas, vasos de plástico, algodones, cera, material de impresión (alginatos, siliconas, ...), escayola, material acrílico para prótesis removibles, dientes artificiales, material de restauración definitiva (composite, amalgama de plata), material de restauración provisional, material

<small>Código Seguro de verificación: MV4XZuqhtvD0XJqJi3bGZ1v==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://www.sevilla.org/verifirma/">https://www.sevilla.org/verifirma/</a>          Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.</small>			
FIRMADO POR	Manuel Felipe Lopez Candho Antonio Enrique Tome Perez	FECHA	27/05/2015
ID. FIRMA	infante.sevilla.org MV4XZuqhtvD0XJqJi3bGZ1v==	PÁGINA	4/11
 <small>MV4XZuqhtvD0XJqJi3bGZ1v==</small>			

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

de limpieza y obturación de conductos (limas, gutapercha, ...) cementos provisional y definitivo.

**Fármacos:**

Anestesia, productos desinfectantes y esterilizadores de material y del equipo dental / antisépticos, etc.

**Otros:**

PC portátil con acceso propio a internet en cualquier zona de la ciudad, telefonía, etc. Aplicación informatizada de gestión de la asistencia acorde con lo dispuesto en la Ley Orgánica de 15 /1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

**Recursos inmuebles**

Las entidades concursantes deberán disponer de centro odontológico propio acreditado, con las correspondientes autorizaciones y licencias, donde realizar las intervenciones descritas, ubicado en la ciudad de Sevilla, en barrios no periféricos y con buena accesibilidad de transportes públicos colectivos.

Asimismo deberá cuidar que las instalaciones del Centro de Salud Polígono Sur o aquellas que en su caso nos fuesen cedidas por el S.A.S. para el desarrollo de las intervenciones especificadas, queden en perfecto estado cada día al finalizar las mismas (14,00h).

**PLAZO DE EJECUCION**

El contrato tendrá una duración desde su fecha de formalización hasta el 30 de Noviembre de 2015.

En el caso que el presupuesto del contrato sea ejecutado en su totalidad antes de la fecha indicada, se entenderá finalizado éste.

En el caso de que llegada la fecha de vencimiento del contrato el presupuesto no se hubiera agotado, la entidad adjudicataria renuncia expresamente al importe sobrante, quedando éste a disposición del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla e igualmente se entenderá finalizado el contrato.

**VALORACIÓN ECONÓMICA**

El importe total ascenderá como máximo a la cantidad de 17.900 euros (IVA exento de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20.5 de la ley 37/1992, de 28 de diciembre, del Impuesto sobre el Valor Añadido), con el desglose de precios unitarios previstos en el Anexo I adjunto a este Informe Técnico.

<p>Código Seguro de verificación: <b>HT4XZ3u0ttrD0X3a7J3b0Z1v==</b>. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://www.sevilla.org/verifirma/">https://www.sevilla.org/verifirma/</a>          Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.</p>			
FIRMADO POR	Manuel Felipe Lopez Cancho Antonio Enrique Torne Perez	FECHA	27/05/2015
ID. FIRMA	infante.sevilla.org	PÁGINA	5/11
 <b>HT4XZ3u0ttrD0X3a7J3b0Z1v==</b>			

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

Dichos precios se ajustan a mercado a tenor de las consultas realizadas a profesionales del sector, al no existir una tarifa mínima en los Colegios Profesionales de Odontología y/o Estomatología.

El pago del precio se abonará por tracto sucesivo, preferentemente mensual, mediante facturas presentadas de conformidad con lo establecido en la Ley 25/2013 de 27 de diciembre, de impulso de la factura electrónica y creación del registro contable de facturas en el Sector Público. En caso de tratarse de entidades, empresas o proveedores excluidos de la obligación de realizar facturación electrónica, se procederá a la presentación, por triplicado de la factura emitida en el Registro General o en los Registros Auxiliares.

#### CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LAS OFERTAS

El contrato se adjudicará a la entidad que presente la oferta económicamente más ventajosa, teniendo en cuenta que el único criterio a valorar es el precio, debiendo acompañar a la oferta económica el desglose del precio de los distintos actos y/o procedimientos terapéuticos odontológicos ofertados conforme al Anexo I.

Para valorar la oferta se sumarán los precios unitarios ofertados, adjudicándose a la entidad cuya suma total sea inferior.

Cualquier precio unitario ofertado superior al precio máximo será motivo de exclusión de la licitación.

En caso de igualdad de condiciones de las ofertas económicamente más ventajosas, se actuará de la siguiente forma:

-Se establece la preferencia para las proposiciones presentadas por entidades sin ánimo de lucro, teniendo en cuenta lo dispuesto en la Disposición Adicional 4ª del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, según la cual en igualdad de condiciones de las ofertas económicamente más ventajosas entre entidad privada y entidad sin ánimo de lucro, podrá establecerse la preferencia de estas últimas en la adjudicación de los contratos relativos a prestaciones de carácter social o asistencial, siempre que su finalidad o actividad tenga relación directa con el objeto del contrato.

-En caso de empates entre entidades sin ánimo de lucro o entre entidades privadas, se adjudicará a la que haya ofertado menor precio en la suma de los apartados de prótesis removible.

Código Seguro de verificación: MV4XZ3uqhtv00XJq7i3bGZ1v==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://www.sevilla.org/verifirma/">https://www.sevilla.org/verifirma/</a> Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.			
FIRMADO POR	Manuel Felipe Lopez Candho Antonio Enrique Torne Perez	FECHA	27/05/2015
ID. FIRMA	infante.sevilla.org MV4XZ3uqhtv00XJq7i3bGZ1v==	PÁGINA	8/11
 MV4XZ3uqhtv00XJq7i3bGZ1v==			

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

### SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA PRESTACIÓN

Se realizará por personal del Negociado de Atención e Incorporación Sociolaboral, perteneciente a la Sección de Prevención y Atención a las Adicciones, del Servicio de Salud.

Para el seguimiento y control, se establecerá al menos una reunión mensual entre dicho/a responsable municipal y la persona de referencia de la adjudicataria (así como otros/as asistentes según sea de interés), sin perjuicio de cuantos contactos -presenciales o no- sean convenientes al objeto de supervisar y facilitar el correcto desarrollo de las actuaciones, siendo sus contenidos:

- Puesta en marcha del servicio.
- Seguimiento del cumplimiento de las condiciones del contrato y gasto realizado.
- Establecer líneas y variables de la atención a prestar.
- Resolución de incidencias o deficiencias que puedan surgir en el desarrollo del contrato.
- Otros que se consideren necesarios para el desarrollo del proyecto.

### EVALUACIÓN

La entidad adjudicataria facilitará cuanta información documentada le sea requerida por el responsable municipal de seguimiento; específicamente deberá entregar mensualmente un informe evaluativo de las actuaciones realizadas, indicando entre otras el nº de personas atendidas (por género), nº de derivaciones a médico de familia previas a la intervención odontológica, actos terapéuticos realizados por persona, detallando su cuantificación económica y repercusión actualizada en el presupuesto autorizado, incidencias reseñables.

Finalizado el contrato y en el plazo máximo de un mes desde dicha fecha, deberá entregar una memoria evaluativa final, sumativa y comprensiva de la gestión. Todos los informes evaluativos y la memoria final deberán ser facilitados en papel y soporte informático abierto a los responsables municipales.

Desde el Negociado de Incorporación Social y Reducción de Daños, se concretarán otros datos y aspectos evaluativos requeridos para dichos informes.

Código Seguro de verificación: M74XZuqhtvD0XJqJi3bGZiv==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://www.sevilla.org/verifirma/">https://www.sevilla.org/verifirma/</a> Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de Diciembre, de firma electrónica.			
FIRMADO POR	Manuel Felipe Lopez Cancho Antonio Enrique Torne Perez	FECHA	27/05/2015
ID. FIRMA	infante.sevilla.org M74XZuqhtvD0XJqJi3bGZiv==	PÁGINA	7/11
 M74XZuqhtvD0XJqJi3bGZiv==			

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

**INFORMACIÓN A TERCEROS**

Por parte de la entidad adjudicataria no se podrá realizar transmisión a terceros, de información total o parcial relativa a las actuaciones u otras materias concernientes al objeto del contrato, sin previa y explícita autorización del Ayuntamiento de Sevilla, a través de la Delegación de Familia, Asuntos Sociales y Zonas de Especial Actuación.

**CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS**

La confidencialidad de los datos de las personas participantes en las diversas actuaciones objetos del contrato, deberá ser garantizada por la entidad adjudicataria y se atenderá en todo momento a lo especificado la L.O.15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Cualquier transgresión del derecho a la intimidad de dichas personas podrá ser causa de rescisión unilateral del contrato, sin perjuicio de las consecuencias previstas en la legislación vigente respecto del infractor.

Sevilla a 11 de Mayo de 2015

Fdo.: Manuel López Cancho  
Jefe de Sección de Prevención  
y Atención a las Adicciones

Fdo.: Antonio Tornè Pérez  
Jefe del Negociado de Incorporación  
Sociolaboral y Reducción de Daños

<p>Código Seguro de verificación: <b>HT4X3ugHv0082q7i3b021v==</b>. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://www.sevilla.org/verifirma/">https://www.sevilla.org/verifirma/</a> Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.</p>			
FIRMADO POR	Manuel Felipe Lopez Cancho	FECHA	27/05/2015
	Antonio Enrique Torne Perez		
ID. FIRMA	Infante.sevilla.org	<b>HT4X3ugHv0082q7i3b021v==</b>	PÁGINA 8/11
 <p><b>HT4X3ugHv0082q7i3b021v==</b></p>			

**Anexo II**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE  
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN PROGRAMA BUCODENTAL "VOLVER  
A REIR"**

DATOS DEL USUARIO/A: YO, .....

De.....años de edad, actuando en nombre propio o en calidad

de.....de D. / Dña:.....

DECLARO:

Que el profesional Odontólogo del Máster de Odontología Familiar y Comunitaria  
D:....., me ha  
explicado que es conveniente proceder a un tratamiento odontológico integral sobre mi  
boca, con el fin de restablecer mi salud, siendo necesario la realización de una serie de  
actuaciones que pueden incluir la realización de radiografías y procedimientos de  
anestesia local, con extracción simple o compleja de piezas dentarias, actuaciones  
médico-quirúrgicas y periodontales, endodoncias, técnicas de Odontología  
conservadora y prótesis. Me han informado que:

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

- Estas intervenciones estarán realizadas por Odontólogos colegiados de postgrado pertenecientes al Programa de salud Bucodental "Volver a Reír" que, de forma conjunta, desarrollan el Ayuntamiento de Sevilla y el Máster de Odontología Familiar y Comunitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla.

- Me han explicado en términos sencillos en qué consiste cada una de las intervenciones a las que me voy a someter y reconozco que puedo solicitar información detallada de cualquier duda que tenga en todo momento al responsable de realizarla.

- Aunque me practiquen los medios diagnósticos pertinentes, comprendo que, durante el tratamiento puede producirse edema, hinchazón, dolor, hemorragia o infección, que requerirán tratamiento farmacológico. También se me ha informado que pueden producirse complicaciones comunes y potencialmente serias que, a veces, son imprevisibles o independientes de la correcta realización del procedimiento, y que requerirán tratamiento adicional. Comprendo que mis condicionantes médicos pueden aumentar los riesgos y complicaciones.

- Me han advertido que puede que no me encuentre satisfecho con el resultado estético conseguido, debido a mis condicionantes médicos y odontoestomatológicos, y a que las cualidades de las restauraciones y/o prótesis nunca son idénticas al diente sano.

*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

- He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo. Me han permitido realizar todas las observaciones que he considerado necesarias y me han aclarado las dudas que he planteado. También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto y para ello firmaré el formulario de revocación del consentimiento o alta voluntaria, existente a pie de esta página.

- He sido informado y ACEPTO que los datos personales y de atención que he facilitado, se utilizarán única y exclusivamente para el adecuado desarrollo del Programa, así como para el tratamiento estadístico de la Delegación de Salud y Consumo.

Por todo ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance de los riesgos de los procedimientos, por lo que en tales condiciones CONSIENTO en someterme a las pruebas diagnósticas y al tratamiento integral de mi boca.

En Sevilla a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: El Usuario/a.

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO O ALTA VOLUNTARIA**



*Integración social de pacientes toxicómanos en riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental. Programa "volver a reír". Ayuntamiento de Sevilla-Fundación Odontología Social.*

---

Datos del Usuario:.....de.....de edad actuando en nombre propio o en calidad de .....(táchese lo que no proceda) de D./Dña.....revoco el consentimiento informado prestado en fecha....., y no deseo proseguir el tratamiento, solicitando el alta voluntaria, dándolo con esta fecha finalizado en el Programa de Salud Bucodental "Volver a Reír".

En Sevilla a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: El Usuario/a.

**Anexo III**

**"ENCUESTA "VOLVER A REIR"**

1º ¿Cuándo fue la última vez que acudiste a tu MF antes de entrar en el Programa?

<6meses                      >6meses                      Nunca                      No lo recuerdo

2º ¿Cuándo fue la última vez que te hicieron un análisis de sangre y orina en el centro de salud?

<6meses                      >6meses                      Nunca                      No lo recuerdo

3º ¿Has descubierto alguna enfermedad que no supieras?

SI                      NO

4ª ¿Sigues consumiendo drogas desde que estas en el programa?

SI                      NO

5º. (En caso afirmativo) ¿Ha mejorado la situación de consumo?

SI                      NO

6º ¿Has desarrollado algún tratamiento de abstinencia para el consumo de drogas desde que estas en el programa?

SI                      NO

7ª ¿Si sigues algún tratamiento de abstinencia ha mejorado desde que estas en el programa?

SI                      NO

8ª ¿Has conocidos otros recursos para adicciones distintos del centro de tratamiento ambulatorio desde que estas en el programa?

SI                      NO

### **Área social.**

9ª ¿Has ido en el año anterior a comenzar el programa a recursos de tipo social-educativos?

Asociación                      Centro Público                      Ninguno

10ª ¿Y desde que iniciaste el programa?

Si                      NO

11ª ¿Con qué apoyo contabas en la sociedad antes del Programa?

Familia                      Amistades                      Otros                      Ninguno

12ª ¿Ha mejorado ese apoyo desde que iniciaste el programa?

SI NO

13ª ¿Has notado un cambio favorable en la actitud de tu entorno hacia ti?

a) Familia SI NO  
b) social SI NO

14ª ¿En qué situación de convivencia te encontrabas antes del programa?

Vivienda (Solo o Familia) Calle

15ª ¿Ha cambiado desde que te incorporaste en el programa?

Mejor Peor Igual

16ª ¿Te ha servido estar en el programa para conseguir, mantener o mejorar alguna prestación?

Económicas SI NO  
Vivienda SI NO

### Área personal

17ª ¿Has encontrado pareja desde que estas en el programa?

SI NO Ya tenía

18ª ¿Ha mejorado tu situación?

Laboral Formativa Legal Otras

19ª ¿Notas que has mejorado Físicamente desde que empezaste en el programa?

SI NO

20ª ¿Te sientes mejor con los demás?

SI NO

21ª ¿Te encuentras más motivado para salir de la situación en la que te encuentras desde que estas en el programa?

SI NO

22<sup>a</sup> ¿Te encuentras más seguro para acudir a los centros oficiales y recursos público desde que estas en el programa?

SI NO

23<sup>a</sup> ¿Te encuentras más seguro para acudir a lugares públicos (peluquerías, tiendas, cines, etc.) desde que estas en el programa?

SI NO

24<sup>a</sup> ¿Deseas aportar algo más?