

***Asistencia odontológica y calidad de vida
en una población de desfavorecidos
sociales***

TESIS DOCTORAL

José Jiménez González

DIRECTORES

Antonio Castaño Seiquer
José Antonio Coello Suanzes
Camilo Ábalos Labruzzo



UNIVERSIDAD DE SEVILLA



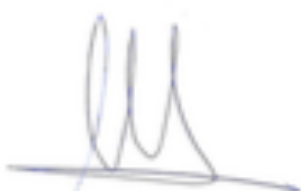
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

D. Antonio Castaño Seiquer, Doctor en Medicina y Cirugía, y Profesor Titular de Universidad adscrito al Departamento de Estomatología de la Universidad de Sevilla, D. José Antonio Coello Suanzes, Doctor en Medicina y Profesor Asociado adscrito al Departamento de Estomatología de la Universidad de Sevilla y D. Camilo Ábalos Labruzzi, Doctor en Medicina y contratado doctor adscrito al Departamento de Estomatología de la Universidad de Sevilla.

CERTIFICAN:

Que la Tesis Doctoral con el título " **Asistencia odontológica y calidad de vida en una población de desfavorecidos sociales**" ha sido realizada por D. José Jiménez González, 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 4 de Julio de 2017.



Antonio Castaño Seiquer



José Antonio Coello Suanzes



Camilo Ábalos Labruzzi

Agradecimientos

Cuando se realiza un trabajo de investigación como esta tesis doctoral, lleva implícito un arduo trabajo y muchas horas de dedicación, existiendo además del esfuerzo de uno mismo, un amplio número de persona que colaboran en su desarrollo, a los que quisiera agradecerles su colaboración y apoyo.

A todos los miembros que integran La Fundación Odontología Social, que sin su colaboración y ayuda no hubiera sido posible llevar a cabo este trabajo de investigación,

Mi agradecimiento a mis tutores y directores de tesis, al Prof. Antonio Castaño Seiquer y al Prof. Camilo Ábalos Labruzzi por su continuo apoyo y por depositar en mi su confianza para la realización de este proyecto y de manera muy especial al Prof. José Antonio Coello Suanzes sin cuya ayuda no podría haber realizado este trabajo, ejemplo de constancia, moralidad, generosidad, sabiduría y por haberme transmitido ilusión y disciplina desde el primer día.

A mis padres y hermana, todo lo que soy es gracias a ellos.

A Carlos, por su paciencia y soportar tantas horas de trabajo.

A todos, muchas gracias.



TESIS DOCTORAL

José Jiménez González

**Asistencia odontológica y Calidad de vida en una población de
desfavorecidos sociales**

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN.....	12
1 INTRODUCCIÓN	14
1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.2 CONCEPTO ACTUAL DE CALIDAD DE VIDA	16
1.3 SALUD, ODONTOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA	20
1.4 SALUD Y DESIGUALDAD	25
1.5 ESTADO DE SALUD PERCIBIDO	28
1.6 ANTECEDENTES CONOCIDOS.....	28
1.6.1 <i>Fundación odontología social Luis Seiquer</i>	30
2 MARCO TEÓRICO	32
2.1 VIOLENCIA DE GÉNERO DE LA MUJER Y ODONTOLOGÍA.....	32
2.2 DROGAS Y ODONTOLOGÍA	35
2.3 CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA	42
2.4 CUESTIONARIO SF-36.....	44
2.4.1 <i>Contenido sf-36</i>	46
2.4.2 <i>Traducción española del SF-36</i>	47
2.4.3 <i>Referencia del SF-36 español</i>	48
2.4.4 <i>Limitaciones del cuestionario SF-36</i>	49
3 HIPÓTESIS	51
4 OBJETIVOS.....	53
4.1 OBJETIVO GENERAL	53
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	53
5 MATERIAL, SUJETO Y MÉTODO	55
5.1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	55
5.1.1 <i>Descriptores</i>	55
5.1.2 <i>Base de datos consultadas</i>	55
5.1.3 <i>Estrategias de búsqueda</i>	55
5.2 DISEÑO DEL ESTUDIO	56
5.2.1 <i>Variables estudiadas</i>	57
5.2.2 <i>Recursos-financiación</i>	58
5.3 POBLACIÓN DEL ESTUDIO	61
5.3.1 <i>Criterios de inclusión</i>	61
5.3.2 <i>Criterios de exclusión</i>	62
5.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	62
5.5 PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y FUNCIONAMIENTO ODONTOLÓGICO	63
5.5.1 <i>Primera consulta</i>	63
5.5.2 <i>Consultas sucesivas</i>	64
5.5.3 <i>Encuesta SF-36</i>	65
5.5.4 <i>Recogida de datos</i>	65
5.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	66
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	67
6 RESULTADOS	69
6.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS.....	69
6.2 ANTES DEL TRATAMIENTO (SF-36)	71
6.3 DIMENSIONES ANTES Y DESPUÉS DE 28 PACIENTES FUNCIONAMIENTO FÍSICO ..	72

6.3.1	<i>Dimensión función física</i>	72
6.3.2	<i>Dimensión rol físico</i>	75
6.3.3	<i>Dimensión dolor corporal</i>	76
6.3.4	<i>Dimensión salud general</i>	77
6.3.5	<i>Dimensión vitalidad</i>	79
6.3.6	<i>Funcionamiento social</i>	81
6.3.7	<i>Rol emocional</i>	82
6.3.8	<i>Dimensión salud mental</i>	83
6.4	COMPARATIVA POR DIMENSIONES Y ÁREAS	86
7	DISCUSIÓN	88
8	CONCLUSIONES	102
9	BIBLIOGRAFÍA	103
10	ANEXOS	122

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS PRINCIPALES

Tabla 1.	Descripción de la muestra	71
Tabla 2.	Dimensión funcionamiento físico antes y después de la intervención	75
Tabla 3.	Dimensión Rol físico antes y después de la intervención	76
Tabla 4.	Dimensión dolor corporal antes y después de la intervención	77
Tabla 5.	Dimensión salud general antes y después de la intervención	79
Tabla 6.	Dimensión vitalidad antes y después de la intervención	80
Tabla 7.	Dimensión funcionamiento social antes y después de la intervención	82
Tabla 8.	Dimensión rol emocional antes y después de la intervención	83
Tabla 9.	Dimensión salud mental antes y después de la intervención	85
Tabla 10.	Dimensiones y áreas antes y después de la intervención	86
Figura 1.	Flujo de pacientes a lo largo del estudio	69
Figura 2.	Distribución de pacientes por rangos de edad	70



TESIS DOCTORAL
José Jiménez González
Asistencia odontológica y Calidad de vida en una población de
desfavorecidos sociales

JUSTIFICACIÓN

El abuso de drogas sigue siendo uno de los problemas más relevantes a nivel mundial, con una influencia muy negativa en aquellas personas consumidoras de las mismas, produciéndoles múltiples repercusiones, no solo sobre su propia salud, sino también un gran impacto socioeconómico y de integración social. Centrándonos en el ámbito sanitario, la afectación de la salud oral presenta una alta prevalencia en poblaciones consumidoras de sustancias adictivas, siendo en muchas ocasiones poco contemplado y atendido.

En este tipo de personas,, la afectación de la salud general y oral, influiría en su calidad de vida, siendo más agravada en poblaciones de desfavorecidos sociales tales como personas con escasos recursos económicos, ancianos, minorías étnicas, marginados sociales etc.

Existen diversas iniciativas y programas nacionales que prestan sus servicios odontológicos a personas consumidoras de drogas y que se encuentren en riesgo de exclusión social, en la mayoría de las ocasiones siendo financiados dichos proyectos por instituciones públicas o privadas.

No hemos encontrado estudios nacionales que analicen la influencia que estos proyectos tienen sobre la calidad de vida de sus pacientes, pensando, que dicha información sería relevante para todas las personas que integran este tipo de proyectos, desde los propios pacientes, los profesionales sanitarios y las instituciones colaboradores.



TESIS DOCTORAL
José Jiménez González
**Asistencia odontológica y Calidad de vida en una población de
desfavorecidos sociales**

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Identificación del problema

Calidad de vida es un término relativamente nuevo, que busca que el individuo posea unos valores necesarios para alcanzar un bienestar existencial, cuyo compendio le otorgará un equilibrio. Es un término conceptualmente complejo y en el que influyen múltiples factores, su medición se hace utilizando cuestionarios que evalúan la calidad de vida de forma general y de forma específica para cada enfermedad¹.

La Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) es un aspecto muy útil en la valoración de los resultados en ciencias de la salud. Existen una serie de factores en un cuestionario, que por su importancia y su repercusión en los resultados deben ser tratados con prudencia, como son su adaptación cultural, el diseño del estudio y el análisis de los resultados². El Cuestionario de Salud SF-36 es uno de los instrumentos más utilizados para este fin.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió hace ya varias décadas la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o discapacidad (World Health Organization 1952)³. El modelo “biosicosocial” surgió a finales del siglo XX en medicina y enmarcaba aspectos referidos al bienestar del paciente, suponiendo una vía globalizadora para entender las relaciones del paciente como persona, su comportamiento, el entorno en el que se desenvuelve y sus

relaciones sociales, entendiendo como el sufrimiento y la enfermedad están relacionadas por múltiples aspectos que van de lo social a lo molecular, todo esto es lo que se conoce con el nombre de calidad de vida (CV) ^{4,5}. El concepto de calidad no es reciente, pero su historia y su estudio comienzan a mediados del siglo XX, siendo en la década de los 80 cuando se produce un creciente e inusitado interés popular y médico por la CV, especialmente en los pacientes con cáncer. En 1973 eran únicamente cinco los artículos que aparecían en la base de datos Medline con la palabra clave “quality of life”. Este número se incrementó de forma casi exponencial, siendo durante los siguientes periodos de cinco años 195, 273, 490 y 1.252 los artículos localizados mediante el mismo criterio de búsqueda⁶.

El análisis de la calidad de vida debe incluir todas aquellas áreas que tienen relación con la enfermedad, tales como: la física, la psicológica, la social y la espiritual. El significado de calidad de vida es muy subjetivo, pues depende de las experiencias de cada individuo. Al no existir una única herramienta que mida los diferentes componentes de la calidad de vida, se han ido desarrollando, desde mitad del siglo pasado, múltiples pruebas psicométricas objetivas que incluyen las diferentes categorías funcionales del paciente y calculan una puntuación global de calidad de vida. La más antigua es el índice funcional de Karnofsky ⁷, que es aplicado por el médico y sólo mide capacidad física.

En poblaciones de desfavorecidos sociales, individuos con riesgo o en situación de exclusión social, una óptima salud oral les ayudaría a lograr una mejor calidad de vida. Creemos que la posible reinserción social de este tipo de pacientes estará determinada entre otras, por la salud oral del individuo⁸.

En muchos casos, este tipo de pacientes trabaja cara al público, siendo una buena salud oral un requisito importante para no provocar el rechazo de la sociedad. Si este rechazo se produjese, atacaría a muchos de los pilares de la calidad de vida.

Por ello, los resultados obtenidos nos darían las estrategias más adecuadas para mejorar la calidad de vida de los pacientes que integran programas de odontología destinados a poblaciones desfavorecidas socialmente, es decir; personas en situación de exclusión social y afectadas por adicciones y mujeres víctimas de violencia de género, son pacientes que se encuentran dentro de estas características y los que conforman la muestra de nuestro estudio.

1.2 Concepto actual de calidad de vida

En la actualidad, la OMS define calidad de vida como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas,

valores y preocupaciones ⁹. Esta se puede considerar como uno de los determinantes del nivel de salud.

Antes de llegar a esta definición, que desde sus comienzos ha sido notablemente modificada, hubo un recorrido y es necesaria su investigación, pues es uno de los pilares de este estudio. Podemos remontar el concepto a los Estados Unidos tras la Segunda Guerra Mundial, donde se investigó sobre la percepción que tenía la población sobre su vida y su seguridad económica^{10,11}. Para otros su origen procede del intento de distinción de los resultados más destacables en salud, procedentes de estudios de bienestar y satisfacción de vida¹².

Aún existiendo una definición, no existe unanimidad a la hora de su validación, pues es un concepto de naturaleza abstracta y aunque lo intuimos, es compleja su definición, por causas tales como:

- Es influenciado por el contexto cultural, político, social y asistencial.
- Se encuentra en continua evolución.
- Tiene un carácter personal e intransferible.
- Su parcela conceptual no se encuentra aún bien definida dado el grado de complejidad^{13,14}.

Tres ramas son las que fundamentan el concepto actual de calidad de vida: economía, medicina y ciencias sociales. Cada una ha promovido el desarrollo desde un punto de vista diferente¹⁵.

En íntima relación con la calidad de vida, se encuentra el término de salud, de suma importancia para nosotros, su carácter multidisciplinar que se evidencia en el término acuñado por la OMS en 1948 ¹⁶ –La salud es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, no sólo la ausencia de enfermedad. En esta definición, podemos sacar un importante valor de la salud y es el poseer características objetivas y subjetivas, por lo que no sólo índices de medición física de la salud nos servirán para ello, sino que también componentes sociales y psicológicos del paciente son necesarios tenerlos presentes.

La salud no es algo estadístico por lo que presenta graduaciones y es por ello que la OMS las establecería en el año 1980 con tres estadíos ¹⁷.

-Deficiencia: anomalía o pérdida de una parte del cuerpo o de una función fisiológica mental, sensorial u orgánica.

-Discapacidad: restricción o incapacidad para realizar actividades consideradas como normales para el ser humano (ver , comer, andar, hablar), generalmente derivada de alguna deficiencia.

-Minusvalía: limitación o imposibilidad de realizar los roles sociales de acuerdo a la edad y al sexo en una determinada cultura.

Acotando el término salud al área odontológica, podríamos decir que sería el estado de la dentición que cómoda y funcionalmente permita al individuo el desempeño de los roles sociales inherentes a su sociedad¹⁷.

Podemos pensar que las patologías orales no tuvieran una fuerte repercusión en la salud del individuo, como la tendría el cáncer y otras enfermedades degenerativas, pero determinados estudios avalan la importancia en la salud general del individuo de una buena salud oral, pues afectan al desarrollo del individuo y a la aparición de múltiples patologías ,con lo que su repercusión sería física y psíquica¹⁸⁻²¹.

La calidad de vida oral puede cambiar a lo largo del tiempo por los procesos adaptativos del paciente²² , aunque la naturaleza multifactorial, que cada día se encuentra más presente en relación con la salud oral de los individuos, puede producir su alteración. Existen determinados sectores poblacionales en los cuales se pueden determinar cuáles son los factores que más influyen en su calidad de vida oral, como es el de la tercera edad en relación a la habilidad masticatoria²³⁻²⁶.

Se puede concluir, que la literatura sobre calidad de vida concuerda fundamentalmente en tres aspectos²⁷.

- Es subjetiva.
- La puntuación de cada dimensión difiere entre pacientes.

- El valor asignado a cada dimensión puede variar a lo largo de la vida.

1.3 Salud, odontología y calidad de vida

Documentar las variaciones en la calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL) entre los subgrupos de población, proporciona información importante para la evaluación de la atención de salud oral. Hasta la fecha, la información sobre la OHRQoL desde una perspectiva nacional, no está fácilmente disponible²⁸. Aunque hay excepciones, el impacto de los factores socioeconómicos sobre las percepciones de la salud y los estados de salud oral no se han investigado con frecuencia ²⁹⁻³⁰. Numerosas medidas de calidad de vida relacionadas con la salud oral se han desarrollado y probado, tanto en los países industrializados, como en los países en desarrollo³¹.

Se ha reconocido que al evaluar la calidad de vida, las personas comparan sus expectativas y experiencias, considerando lo que consideran normal y aceptable para una edad dada y bajo circunstancias específicas. Cuando las expectativas son igualadas por la experiencia actual, por ejemplo en alguien con mala salud oral y bajas expectativas, el impacto sobre la calidad de vida podría ser minimizado³². Siempre que la experiencia no alcance las expectativas, hay un impacto. Por lo tanto, alguien que generalmente tiene buena salud bucal podría percibir un impacto significativo en su OHRQoL .

Los individuos pertenecientes a grupos de ingresos más altos tienen menos probabilidades de padecer odontalgia y más probabilidades de estar satisfechos con su estado de salud oral que respecto a individuos con características socioeconómicas más bajas^{33,34}. Por otra parte, las personas que tienen buenos hábitos de higiene bucal y se realizan revisiones dentales regulares tienen más probabilidades de estar satisfechos con su estado de salud oral que los sujetos con mala higiene bucal y con asistencia dental irregular^{35,36}.

La mala salud o la presencia de enfermedad no significa, inevitablemente, mala calidad de vida. La capacidad adaptativa y las características personales parecen influir en la respuesta del paciente a las enfermedades crónicas. Por lo tanto, los indicadores clínicos no son suficientes para describir el estado de salud. Esto también es cierto para las enfermedades orales y sus consecuencias para la calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL). Las dos enfermedades orales más frecuentes, la caries y la enfermedad periodontal a menudo no causan síntomas en etapas tempranas^{37,38}.

La determinación de la salud del individuo nos haría necesaria la aplicación del tratamiento adecuado para la solvencia de la patología concreta, aun siendo los requerimientos terapéuticos de los individuos complejos de definir pues están en íntima relación con campos de ardua delimitación.

La Clasificación que desarrollara Adulyanon (1996) ³⁹ para un mejor entendimiento de las necesidades de tratamiento aplicable al sector público y privado se basa en:

-Necesidades Normativas: se basan en el juicio profesional y se requiere tratamiento de toda aquella patología, incluso si no se prevé una evolución severa.

-Necesidades de Impacto: se basan en el juicio profesional y en la percepción del paciente de su patología. Requerirá un tratamiento en función de lo percibido por el paciente. En aquellas situaciones en las que las consecuencias patológicas a medio-largo plazo sean inciertas o sin evidencia científica, será la percepción la justificación del tratamiento.

-Necesidades efectivas: se basan en el juicio profesional, la percepción del paciente y en los factores determinantes del paciente que determinarán el tratamiento terapéutico.

-Necesidades accesibles; se basan en el juicio profesional, la percepción del paciente, los factores determinantes y la disponibilidad de recursos financieros y asistenciales.

Teniendo en cuenta la anterior clasificación, las decisiones terapéuticas odontológicas las debemos basar en el juicio clínico, la percepción del paciente, la propensión individual y la accesibilidad de recursos para poder ajustar el mejor tratamiento oral posible.

Nikias y col. (1998) ⁴⁰ plantearían la elaboración de indicadores sociodentales como medidores de la magnitud con la que las condiciones orales podrían alterar la vida diaria de una persona.

Posteriormente, en la Declaración de Berlín (1993) ⁴¹ para la salud oral y servicios odontológicos, donde se promulgó que los indicadores sociodentales serían estimadores de las necesidades de tratamiento más relevantes que los propios índices clínicos, pudiendo valorar dimensiones como el dolor, discomfort, función masticatoria y estética, que difícilmente podrían ser valorados por medidas clínicas objetivas.

Existe literatura que evalúa la discrepancia entre las necesidades de tratamiento estimados por un juicio profesional frente a las percibidas por el paciente.^{42,43}

Sobre ello Elia y Sheiham (1988) ⁴⁴ evalúan la discrepancia por especialidades odontológicas y encuentran que el grupo más discrepante estaba constituido por las necesidades de tratamiento protésico, periodontal y ortodóncico. En segundo lugar, el grupo de necesidades de obturaciones de caries, y por último, el grupo más concordante en las estimaciones normativas y subjetivas lo componían las necesidades del tratamiento pulpar y de exodoncia. Parece evidente que el gradiente de la discrepancia está relacionado con el dolor o molestias con la que cursan las diferentes entidades.

Aunque la evaluación de la OHRQoL por cuestionarios validados es más común hoy en día, una reciente revisión sistemática de la literatura^{45,46} dio lugar a escasa información sobre los resultados del tratamiento de OHRQoL de la odontología reconstructiva para pacientes parcialmente edéntulos. Sin embargo, además de usar medidas de OHRQoL para evaluar los resultados del tratamiento, es en primer lugar importante saber hasta qué punto la pérdida de dientes realmente afecta a OHRQoL. Esto permite desarrollar la toma de decisiones clínicas en salud pública y proporcionar un cuidado de salud oral apropiado. Varias encuestas de población incluyen "número de dientes" en modelos estadísticos que analizan el impacto en OHRQoL, pero este parámetro no siempre es el predictor más prominente. Por ejemplo, en una población de adultos mayores en Sri Lanka⁴⁷ (1978) encontró sólo una débil asociación entre la pérdida de dientes y otros parámetros clínicos por un lado y los impactos orales por otro lado. Esto sugiere que otros factores como la edad, el género o los antecedentes culturales del paciente desempeñan un papel importante en la percepción de la salud. Por el contrario, en un gran estudio europeo realizado en el año 2004⁴⁸ se constató una fuerte correlación entre el número de dientes ausentes y las puntuaciones más altas de la OHIP, lo que sugiere un deterioro de OHRQoL.

La ausencia dental deteriora la calidad de vida de nuestros pacientes y no solo el número de exodoncias, sino también la localización y distribución de los dientes perdidos influyen en el deterioro de la OHQoL. Dadas las

consecuencias negativas de la pérdida de dientes en la OHRQoL, es importante que las medidas de prevención de enfermedades se promuevan al formular políticas de salud oral para nuestros pacientes.

1.4 Salud y desigualdad

La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad⁴⁹. Hace referencia a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas de distinta clase social, género, etnia o territorio, de forma que los colectivos más desfavorecidos presentan peor salud que el resto. Por lo tanto, el concepto de las desigualdades en la salud tiene también una dimensión moral y ética. Hace referencia a diferencias en salud que son innecesarias y evitables y que, además, son injustas e intolerables. Alcanzar la equidad en salud comportaría que idealmente todo el mundo tuviera una oportunidad justa de tener el máximo desarrollo posible de su salud⁵⁰.

En la mayoría de países del mundo, incluyendo el Reino de España, se ha puesto en evidencia la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud, siendo la población menos favorecida la que presenta peor salud^{51,52}, desigualdades que en el ámbito de la odontología al no estar cubierta su prestación por el Sistema Nacional de Salud, probablemente sean aún mayores.

Las desigualdades en salud son enormes, causando en muchos casos un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al que causan la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre aumentan ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas⁵³. También es necesario tener presente que la evidencia científica existente señala como las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas⁵⁴.

En el Reino de España, el estudio de las desigualdades socioeconómicas en la salud, ha aumentado notablemente en las últimas dos décadas. Regidor y col. (1994) ⁵⁵ publicaron el libro “Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX” . En él se muestra un resumen de la situación sanitaria de los diferentes grupos socioeconómicos en el Estado Español en los años 80 del siglo XX.

En la última década, diversos artículos científicos han puesto en evidencia la existencia de desigualdades en salud y las tendencias a lo largo de los años. Además, muy recientemente, se han publicado informes específicos sobre el tema. Así, por ejemplo, en los años 1996 y 2003 se han publicado dos informes sobre las desigualdades en salud en España y la comunidad catalana^{56,57} , primera Comunidad Autónoma del Reino de España que lo hace. El Informe de la Sociedad Española de Salud Pública (2004) ⁵⁸ analizó en profundidad las

desigualdades sociales en salud desde la perspectiva de género y clase social. Estos informes analizan las desigualdades en la salud percibida, en las conductas relacionadas con la salud y en la utilización de servicios sanitarios, utilizando los datos de las encuestas de salud.

Las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) están diseñadas con el fin de obtener información sobre la salud de la población, especialmente sobre salud percibida, utilización de recursos sanitarios, estilos de vida, actividades preventivas y envejecimiento. Por ello, son una fuente de información importante para estudiar las desigualdades en salud. En el Estado Español se han realizado, hasta el momento, seis ENS. El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) llevó a cabo las primeras ediciones (1987, 1993, 1995, 1997 y 2001), mientras que el Instituto Nacional de Estadística (INE) se ha encargado de la ENS 2003. Este trabajo se basa en el análisis de las encuestas de salud para poder profundizar en el conocimiento de las desigualdades en salud en las Comunidades Autónomas. La existencia de distintas encuestas permite monitorizar tanto las variables de salud, estilos de vida y utilización de servicios sanitarios a lo largo del tiempo como las desigualdades en las mismas⁵⁹.

1.5 Estado de salud percibido

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados en el análisis de las desigualdades sociales. Es una medida subjetiva que valora la percepción que tiene la persona de su estado de salud, mostrando ser un buen predictor de la esperanza de vida, de la morbi-mortalidad y de la utilización de servicios sanitarios⁶⁰.

En el año 2003, en el Reino de España, un 27% de hombres y un 36,8% de las mujeres declararon un mal estado de salud percibido (regular, malo o muy malo). Se observan diferencias notables sobre la percepción del estado de salud en función de la edad. Así, en el grupo de mayores de 64 años, el 55,1% de hombres y el 67% de las mujeres declararon mala salud. También se observan diferencias importantes según el sexo, ya que el porcentaje de personas que declaran mala salud es mayor en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad. En el periodo de 1993 a 2003, se observa que la prevalencia de mal estado de salud percibido se mantiene estable, tanto en hombres como en mujeres.

1.6 Antecedentes conocidos

La atención odontológica comunitaria a poblaciones en riesgo de exclusión social mediante la colaboración entre instituciones académicas, y/o políticas,

no es algo nuevo, existiendo a nivel nacional como internacional, con colectivos sociales de diferente índole. Teniendo una característica principal de estos modelos es que se basan en el voluntariado y con un fin docente y solidario⁶¹.

A nivel internacional tenemos ejemplos como La Harvard School of Dental Medicine (EEUU), desarrolla desde hace tiempo diversos programas de odontología social y comunitaria para grupos sociales vulnerables⁶². 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 que intentan proveer de atención dental gratuita a zonas del mundo que carecen de acceso adecuado a ella⁶³.

La Universidad Autónoma de San Luis de Potosí⁶⁴ desarrolla un programa de salud oral en región de San Luis de Potosí , México, Al igual que el desarrollado por la universidad de Harvard y Buffalo , se trata de un programa comunitario con fines además docentes y solidarios con participación conjunta de alumnos en formación y profesorado de las universidades.

A nivel nacional también existen ejemplos de atención odontológica a grupos en riesgo de exclusión como los que presta Dentalcoop en Barcelona, la asociación Zerca y lejos, la asociación Odontontologia solidaria con presencia en ocho ciudades españolas y la desarrollada por nuestra asociación Fundación de odontología Social Luis Seiquer⁶⁵.

1.6.1 Fundación odontología social Luis Seiquer

La FOS, es 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.

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.

En Sudamérica ha trabajado conjuntamente con la Universidad Autónoma de Santo Domingo ⁶⁶ 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 ⁶⁷ para población con discapacidad, principalmente población infantil.

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 ⁶⁸.

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 , e implementado por la Fundación Odontología Social Luis Seiquer, mediante la firma de un convenio de prestación de servicios entre ambas instituciones.(Anexo I)

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Violencia de género de la mujer y odontología

En el año 1993, las Naciones Unidas definió el maltrato a la mujer como “todo acto de violencia de género que tenga como resultado, o pueda resultar en, daño o sufrimiento físico, sexual o mental Incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”⁶⁹. Considerándose por ello uno de los problemas a nivel mundial que atañe al ámbito sanitario y a la garantía de los derechos humanos.

Centrándonos en el ámbito clínico, los casos de maltrato siguen siendo difícil de detectar en muchos casos por parte del profesional sanitarios. Por ello, es de suma importancia la realización de una correcta anamnesis en nuestras consultas, así como una adecuada formación para detectar los signos de alerta. Los profesionales de la salud pueden desempeñar un papel vital en proporcionar a las víctimas el apoyo y tratamiento necesario, así como su protección, información sobre procedimientos administrativos y judiciales, además de su derivación, tanto a centros sanitarios y de apoyo social. El sector de la salud debe trabajar con todos los demás sectores, incluyendo educación, servicios legales y judiciales y servicios sociales para mejorar significativamente la salud de las víctimas⁷⁰.

Aunque en la década de 1970 podemos encontrar los primeros estudios que investiguen sobre la prevalencia de este problema, son pocos los estudios relacionados con su influencia en el ámbito oral hasta la actualidad⁷¹. Krug y col. en su estudio de 2002 reflejan que entre un 20-50% de las mujeres en todo el mundo han experimentado algún tipo de violencia de género en su vida⁷².

En el año 2000 se publicó por el Centro Internacional de la Mujer de Whashington un estudio sobre una encuesta realizada a las mujeres de la India, cuyos datos variaban en base a la situación sociogeográfica, siendo el porcentaje de mujeres víctima de violencia de género entorno al 55% en zonas rurales y deprimidas de la urbe y del 40 % en el resto de zonas de la ciudad⁷³. Tiene una gran influencia sobre la salud en términos de morbilidad y mortalidad, lo que lleva a trauma psicológico y depresión, lesiones, enfermedades de transmisión sexual, suicidio y asesinato. Pero también tiene repercusión sobre la salud bucal. El componente físico puede estar relacionado con las lesiones de la región de la cabeza y cuello. En un estudio de Garbin y col. (2012)⁷⁴ informan que el 38,7% de las lesiones físicas son de dicha región.

Existen estudios que van en aumento, que nos relacionan las influencia de la depresión sobre la salud oral, debido a la xerostomía como consecuencia del tratamiento de estos pacientes, una dieta mas cariogénica y la alteración del sistema inmune⁷⁵⁻⁷⁷, Ulceras, bruxismo, enfermedad periodontal y caries

pueden tener entre sus factores etiológicos el estrés y la ansiedad presente en este tipo de pacientes como reportara el estudio de Marques-Vidal y col. en el año 2006⁷⁸.

En un estudio de Hansa Kundu (2014) ⁷⁹ es el primer estudio transversal de base comunitaria que ha evaluado el efecto de la violencia de género sobre la salud bucodental, junto con los efectos psicológicos y físicos. De una muestra de 304 mujeres de la ciudad de Modinagar (India), 204 (67,1%) reportaron violencia de género de alguna forma, psicológica, física o sexual, y 100 (32,8%) no reportaron violencia. Los resultados indicaron que una proporción significativa de la población estudiada tenía la violencia psicológica como la forma más prevalente de violencia de género. Esto podría deberse a la percepción de miedo y ansiedad entre las mujeres. Dentro del componente físico, las lesiones dentales traumáticas en forma de fracturas dentales y avulsiones dentales estaban presentes en el 16,7% y 37,3% de la muestra.

Existen pocos estudios sobre este tema, lo que pone de manifiesto la poca información existente para los profesionales, por ello se necesitan más formación y programas específicos para que el odontólogo pueda detectar y asesorar a las víctimas, pudiendo realizarse la gestión del tratamiento más adecuado y lograr una mejora en sus vidas.

2.2 Drogas y odontología

Antes de relacionar la influencia que tienen las drogas sobre la salud oral, debemos tener claros determinados términos en relación a las sustancias que producen adicción en nuestros pacientes, para ello utilizaremos el glosario de definición de términos elaborados por la Organización Mundial de la Salud, editado en el año 1994, que los define de la siguiente manera ⁸⁰.

Droga (drug). Término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las **sustancias psicoactivas** y, a menudo, de forma aún más concreta, a las **drogas ilegales**. Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la **cafeína**, el tabaco, el **alcohol** y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, al menos en parte, por sus efectos psicoactivos.

Abuso (abuse) (drogas, alcohol, sustancias, sustancias químicas o sustancias psicoactivas). Grupo de términos de uso extendido, pero con varios significados. En el DSM-III-R1, el “abuso de sustancias psicoactivas” se

define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”. Se trata de una categoría residual, siendo de elección el término “**dependencia**” cuando proceda. El término “abuso” se utiliza a veces con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente, de **drogas ilegales**.

Adicción, a las drogas o alcohol (addiction, drug or alcohol). Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. Por lo general, hay una **tolerancia** acusada y un **síndrome de abstinencia** que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona. Entre las décadas de 1920 y 1960, se hicieron varios intentos para diferenciar entre “adicción” y “habitación”, una forma menos severa de adaptación psicológica. En la década de los años 60 la

Organización Mundial de la Salud recomendó que dejaran de usarse ambos términos a favor del de **dependencia**, que puede tener varios grados de severidad. La adicción no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10), pero sigue siendo un término ampliamente utilizado tanto por los profesionales como por el público general.

Dependencia (dependence). En sentido general, estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al **alcohol** y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. En el DSM-III-R, la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. En 1964, un Comité de Expertos de la OMS introdujo el término “dependencia” para sustituir a los de adicción y **habituación**, **este** término puede utilizarse en referencia a toda la gama de sustancias psicoactivas (farmacodependencia, drogodependencia, dependencia de sustancias químicas, dependencia del consumo de sustancias) o para referirse a una droga o a una clase de drogas concreta (p. ej., dependencia del alcohol, dependencia de opiáceos).

Si no se especifica, la dependencia se refiere tanto a los elementos físicos como a los psicológicos. La dependencia psicológica o psíquica se aplica al

deterioro del control sobre la bebida o sobre el consumo de la sustancia, mientras que la dependencia fisiológica o física se refiere a la **tolerancia** y los síntomas de **abstinencia**. En los debates centrados en la biología, el término dependencia suele emplearse únicamente en referencia a la dependencia física.

Síndrome de dependencia (dependence síndrome). Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que pueden desarrollarse tras el consumo repetido de una sustancia. Normalmente, estos fenómenos comprenden: un poderoso deseo de tomar la droga, el **deterioro del control** de su consumo, el consumo persistente a pesar de las consecuencias perjudiciales, la asignación de mayor prioridad al consumo de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la **tolerancia** y una reacción de **abstinencia** física cuando se deja de consumir la droga. Conforme a la CIE-10 (ICD-10), debe diagnosticarse un síndrome de dependencia si se han experimentado tres o más de los criterios especificados en el plazo de un año.

El síndrome de dependencia puede aplicarse a una sustancia concreta (p.ej., tabaco, **alcohol** o **diazepam**), a un grupo de sustancias (p. ej., **opiáceos**) o a una gama más amplia de sustancias con propiedades farmacológicas diferentes.

La Drogadicción, en base a las definiciones anteriores, la podríamos definir como el consumo de sustancias que son altamente adictivas y nocivas para la salud de cualquier individuo, en muchos casos los daños físicos y psíquicos sobre los pacientes pueden ser irreversibles, con afectación sistémica.

En la actualidad, es uno de los problemas que preocupan a la sociedad, por ello se diseñan desde diferentes organismos gubernamentales o de índole privada, múltiples planes de prevención y actuación sobre este tema⁸¹.

La prevalencia de consumo y distribución por edad y sexo, podemos analizarla gracias a la encuesta que de manera bianual realiza la delegación de gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ⁸². Los últimos datos que tenemos son de la última publicación del año 2015, cuyos datos pertenecen al año 2013, estos nos servirán para analizar nuestros resultados.

Algunos de los datos mas relevantes respecto a la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en los últimos doce meses en población de 15-64 años son: el alcohol (78,3%), el tabaco (40,7%) y los hipnosedantes (12,2%), seguidos del cannabis (9%) y la cocaína (2%). Respecto a la edad de inicio, el más precoz es para las bebidas alcohólicas (17 años), seguidas del cannabis (19 años). El más tardío sigue siendo el de los hipnosedantes (35 años).

Los problemas de salud bucal se encuentran entre los problemas de salud más frecuentes asociados con la adicción a las drogas⁸³. La importancia y la gravedad de los problemas de salud oral entre los toxicómanos hace necesario

poner a su disposición programas integrales de atención dental. Estos programas deben integrarse en los servicios generales de atención de la salud^{84,85}. Además, los programas deben aprovechar múltiples enfoques que incluyen educación, prevención y tratamiento. Sin embargo, teniendo en cuenta la naturaleza ilegal del abuso de drogas, ya sea recibiendo servicios o proporcionándolos, presenta varios desafíos. Faltan datos publicados sobre epidemiología, tiempo patológico, presentación clínica, tratamiento efectivo y estrategias preventivas de salud oral entre los toxicómanos en todo el mundo^{86,87}.

En 1975 se publicaron estudios donde se relacionaban la caries y la pérdida de dientes con el consumo de drogas, además, de el efecto que estas tenían sobre la salud oral de individuo, mediante efectos fisiológicos directos o indirectos. Estas circunstancias se dan con el uso de drogas orales o intravenosas⁸⁸⁻⁹².

Una de las consecuencias más graves de la adicción a las drogas es la aparición de una enfermedad sistémica deletérea que, junto con la medicación asociada, tiene un fuerte impacto en la salud bucal⁹³. La infección por el VIH también afecta a la cavidad oral⁹⁴, mientras que la metadona induce xerostomía y su alto contenido en azúcar aumenta el riesgo de caries⁹⁵.

Existe una alta prevalencia de la presencia de caries, acumulo de placa, gingivitis y enfermedad periodontal⁹⁶. Además de las consecuencias directas

para los propios adictos, el uso indebido de drogas tiene diversas consecuencias indirectas para su círculo de conocidos y para toda la sociedad, como la reducción del tiempo de trabajo, el aumento de los costos de la atención médica, la violencia, la delincuencia, carga de enfermedades, agresiones, descuido y abandono personal⁹⁷. 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 abundante de azúcares refinados así como consumo abundante de tabaco y alcohol⁹⁸⁻¹⁰⁰.

La necesidad de atención odontológica es mayor en población consumidora de sustancias adictivas que una población no consumidora, como nos demuestra Metsch y col.(2002)¹⁰¹.

Aun teniendo evidencia científica de este hecho, no son muchos los estudios que analizan la salud bucodental de este tipo de pacientes, una de sus causas es la complicación que existe para el cumplimiento del tratamiento por parte de los mismos y, en consecuencia, poder realizar un seguimiento adecuado. Scheutz y col.^{102,103} en la década de los 80, publicaron estudios donde se resaltaba la ansiedad de los pacientes drogodependientes ante citas con el dentista y la dificultad para acceder a dicha atención por parte del profesional^{104,105}. Es fundamental que el clínico este capacitado para el tratamiento de estos pacientes y la identificación de los problemas más prevalentes en el abuso de drogas¹⁰⁶. El tratamiento dental debe incluirse sistemáticamente en

el tratamiento integral que precisan los usuarios de drogas, además de realizarse una correcta exploración^{107,108}. Debido a que es esta una comunidad con altas demandas de atención bucodental, este tratamiento lleva implícito la importancia del equilibrio psicológico, que depende en gran medida de la apariencia física y la calidad de la vida oral. Es por ello que se requiere una estrecha colaboración entre el trabajo social y los profesionales de la salud^{109,110}.

2.3 Cuestionario de calidad de vida

Los cuestionarios de calidad de vida deben ser diseñados pensando que la fuente de información es el paciente y con capacidad para recoger la opinión de los mismos, debiendo ser aceptado por los pacientes, por los profesionales sanitarios y por los investigadores. Por tanto, al diseñar el estudio y seleccionar el/los cuestionario/s de calidad de vida a utilizar es fundamental maximizar la información conseguida y minimizar la carga para investigadores y pacientes¹¹¹.

Es fundamental la confidencialidad de los cuestionarios de calidad de vida que podrán ser autoadministrados o realizarse mediante entrevista personal o telefónica. Lo mejor es que el cuestionario pueda ser completado por nuestros pacientes sin dificultad¹¹².

Los cuestionarios de calidad de vida los clasificaremos en base a si se pueden explorar las distintas dimensiones o aspectos del daño que ocasiona una enfermedad, o si pretenden integrar las dimensiones en un único indicador que resuma y cuantifique las consecuencias de padecer una determinada enfermedad¹¹³.

Los cuestionarios podrán clasificarse en genéricos cuando miden múltiples dimensiones y están dirigidos a una gran variedad de pacientes, también se pueden clasificar en específicos cuando miden factores de una determinada enfermedad, población, función etc¹¹⁴.

En general, los instrumentos específicos tienen un mayor poder de discriminación; es decir, son más capaces de detectar diferencias entre tratamientos alternativos como el de Ferrer y col. (1997)¹¹⁵ y Torres y col. (1999)¹¹⁶. Pero cuando nuestro fin es determinar la repercusión que un acto tiene sobre nuestra actuación sobre la salud de nuestros pacientes, éste también tiene la capacidad de influir sobre características generales del paciente. Por tanto, al evaluar el estado de salud será conveniente utilizar también algún instrumento genérico¹¹⁷.

McHorney y col. (1993)¹¹⁸ realiza un estudio en el que muestra un cronograma del desarrollo de las diferentes herramientas existentes para la medición de la calidad de vida hasta el momento del estudio donde podemos ver la evolución de las herramientas de análisis a la par del termino mismo.

Las características básicas que debe tener todo cuestionario sobre calidad de vida, fueron determinadas por Donovan y col (1989) ¹¹⁹, y se fundamentan en su validez a la hora de medir lo que pretende el cuestionario, preciso, fiable y sensible para detectar cambios en los individuos.

2.4 Cuestionario sf-36

La versión española del SF-36 es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en el territorio nacional, tanto en estudios descriptivos que miden el impacto sobre la CVRS en distintas poblaciones de pacientes como para la evaluación de intervenciones terapéuticas. También se ha utilizado como referencia en la validación de nuevos instrumentos de medición. Es uno de los índices de salud más utilizados en ciencias de la salud, por lo que permite su comparación nacional e internacional^{120,121}.

El cuestionario de salud SF-36 surge para la evaluación de los resultados médicos en la década de los noventa en Estados Unidos¹²². Se analiza el estado de salud percibido por pacientes o por la población general, también puede ser utilizado para subgrupos concretos, aportando información de determinadas enfermedades y sus tratamientos y la repercusión sobre los individuos¹²³. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Existen un alto número de artículos que demuestran su adecuadas propiedades como herramienta de evaluación para la calidad de vida relacionada con la salud¹²⁴.



Algunas de estas razones impulsaron a realizar la adaptación para su uso en España. Desde la primera publicación de este proceso de adaptación en el año 1993 ¹²⁵, el SF-36 se ha convertido en un instrumento muy útil en la evaluación de resultados en nuestro medio.

2.4.1 Contenido sf-36

Contenido del SF-36 Está formado por 36 preguntas las cuales abarcan tres áreas, con unas dimensiones específicas dentro de las mismas y a su vez a cada dimensión le corresponden unas preguntas, quedando como se refleja en la siguiente gráfica:

Subescalas (dimensiones) del índice de salud SF-36 e interpretación de los resultados					
Área	Dimensiones	Número de ítems	Descripción de las dimensiones	Significado baja puntuación	Significado alta puntuación
Estado funcional-Salud física	Función física	10	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar peso y esfuerzos moderados o intensos	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluido bañarse	realizar todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin gran limitación.
Estado funcional-Salud física	Función social	2	Grado en que los problemas de salud física y/o emocional interfieren en la vida social habitual	Interferencia frecuente y extrema con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debidas a problemas físicos o emocionales
Estado funcional-Salud física	Rol físico	4	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias como resultado de su salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Estado funcional-Salud física	Rol emocional	3	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Bienestar emocional	Salud Mental	5	Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Bienestar emocional	Vitalidad	4	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Bienestar emocional	Dolor	2	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar	Dolor muy severo y altamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debidas al mismo
Salud General		5	Evaluación personal de la propia salud respecto a sí mismo o a los demás	El sujeto evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa su salud personal como buena/excelente
Cambio/transición de la salud		1		Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año

Basándose en los cuestionarios mas empleados, surgen las 8 escalas del cuestionario: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Se desarrolló con el mínimo número de conceptos para mantener la validez y características operativas del test inicial ¹²⁶.

Existen 2 versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la «estándar» (4 semanas) y la «aguda» (1 semana). El cuestionario puede ser utilizado en personas mayores de 14 años y lo ideal es que sea autoadministrado, aunque se puede realizar mediante entrevista personal o teléfono, ya que no se ve afectado su resultado¹²⁷.

2.4.2 Traducción española del SF-36

Se creó un proyecto para la traducción del cuestionario, denominado International Quality of Life Assessment, en el cual participó España. La traducción fue realizada por dos personas bilingües cuya lengua materna era la española, que realizaron la traducción de manera independiente. Se tradujeron preguntas y respuestas y se valoró la dificultad para traducirlo. Finalmente se reunieron y realizaron una traducción común, donde vieron las posibles dificultades y alternativas de las mismas¹²⁸.

Antes de producir la versión definitiva del cuestionario, se llevó a cabo un estudio empírico de calibración de sus opciones de respuestas, que demostró

la fiabilidad de éstas. Múltiples son los estudios en los que se evidencia la eficacia del cuestionario como herramienta de medición de calidad de vida de nuestros pacientes, pudiendo ser utilizada de manera nacional e internacional¹²⁹.

2.4.3 Referencia del SF-36 español

En España, para la creación de los valores de referencia se utilizaron cuestionarios que se cumplimentaron por 9151 personas mayores de edad¹³⁰. El estudio proporciona información sobre la distribución de las puntuaciones de las escalas del SF-36 según el sexo, así como los percentiles de las puntuaciones según los grupos de edad (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74 y >75 años) y sexo. Hoy día tenemos valores de referencias para personas mayores de 85 años, es importante contar con estos valores por envejecimiento poblacional de la sociedad y la necesidad de conocer la salud en estos grupos de edad.

Disponemos de valores de referencia del cuestionario en países tales como: Alemania, Dinamarca, Francia, Países Bajos, Italia, Japón, Noruega, Reino Unido y Suecia. Además, a partir de las muestras obtenidas en estos países, se han publicado valores para pacientes con trastornos crónicos: alergias, artrosis, diabetes, enfermedad cardíaca isquémica, hipertensión, insuficiencia cardíaca y patología respiratoria crónica¹³¹.

2.4.4 Limitaciones del cuestionario SF-36

Es importante destacar que se trata del cuestionario genérico para la medida de la CVRS que goza de mayor vitalidad. Desde su aparición en el inicio de la década de los noventa no ha cesado el diseño de nuevas herramientas de ayuda a la interpretación, así como de nuevas versiones para solucionar algunos de los problemas detectados.

El SF-36 no incluye algunos conceptos de salud importantes, como los trastornos del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual. Debemos de tener presente estas limitaciones al realizar estudios en los que estos aspectos sean necesarios valorarlos.

El porcentaje de pacientes que no contestan correctamente son los pacientes mayores, sobre todo en aquellos que se encuentran hospitalizados^{132,133}.

Para facilitar la cumplimentación del cuestionario en este perfil de pacientes es aconsejable utilizar letra de mayor tamaño con las preguntas impresas, cada una seguida de sus opciones de respuesta correspondientes (es decir, sin formato «matriz»). Además, siempre que fuera posible debemos revisar que no dejan respuestas en blanco¹³⁴.



TESIS DOCTORAL

José Jiménez González

**Asistencia odontológica y Calidad de vida en una población de
desfavorecidos sociales**

3 HIPÓTESIS

Una asistencia odontológica básica preventiva, restauradora y protésica (en adelante llamado tratamiento odontológico) en personas desfavorecidas socialmente (pertenecientes a programas de inclusión social de drogodependientes y mujeres víctimas de violencia de género) mejora su percepción del nivel de calidad de vida.



TESIS DOCTORAL
José Jiménez González
Asistencia odontológica y Calidad de vida en una población de
desfavorecidos sociales

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Evaluar el impacto que la atención odontológica tendría en la calidad de vida de pacientes desfavorecidos socialmente (en exclusión social) que se encuentran dentro de los programas comunitarios multidisciplinares de atención a los mismos.

4.2 Objetivos específicos

OBJETIVO 1: evaluar los cambios en la calidad de vida en pacientes desfavorecidas socialmente (pertenecientes a programas de inclusión social de drogodependientes y mujeres víctimas de violencia de género) antes y después de una intervención odontológica, mediante la aplicación del cuestionario SF-36, desagregados por las diferentes dimensiones y áreas.

OBJETIVO 2: Necesidades de tratamiento odontológico de la población estudiada .

OBJETIVO 3: Conocer las características demográficas de la muestra.



TESIS DOCTORAL
José Jiménez González
Asistencia odontológica y Calidad de vida en una población de
desfavorecidos sociales

5 MATERIAL, SUJETO Y MÉTODO

5.1 Búsqueda bibliográfica

Se realiza una búsqueda bibliográfica previa para el conocimiento de antecedentes, estado actual y establecimiento posterior del marco teórico

5.1.1 Descriptores

Se han utilizado múltiples descriptores, todos términos Mesh: "Dentistry"[Mesh], "Community Dentistry"[Mesh], "Quality of life"[Mesh], "Violence against women" "[Mesh], " Socio-demographic characteristics" [Mesh], "Drug"[Mesh], " alcoholism" [Mesh].

5.1.2 Base de datos consultadas

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

5.1.3 Estrategias de búsqueda

" quality of life"[Mesh] AND " dentistry" [Mesh]
("dentistry" [Mesh] OR "community Dentistry" [Mesh]) AND "quality of life"
[Mesh] AND "socio-demographic characteristics"[Mesh]
("dentistry" [Mesh] OR "community Dentistry" [Mesh]) AND "quality of life"
[Mesh] AND "Drug" [Mesh]

(“dentistry” [Mesh] OR “community Dentistry” [Mesh]) AND “quality of life”
[Mesh] AND “Violence against women” [Mesh]

(“dentistry” [Mesh] OR “community Dentistry” [Mesh]) AND “quality of life”
[Mesh] AND “alcoholism” [Mesh]

“Quality of life” [Mesh] AND “Drug” [Mesh]

“Quality of life” [Mesh] AND “Violence against women” [Mesh]

5.2 Diseño del estudio

Se trata de un trabajo cuasiexperimental tipo antes-después, sin grupo control.

Valoramos y comparamos el efecto de un tratamiento odontológico básico (preventivo, conservador y rehabilitador), en la percepción de la calidad de vida en personas pertenecientes a programas de inclusión social de drogodependientes, antes y después de aplicar dicho tratamiento.

El tratamiento preventivo consiste en educación para la salud mediante la enseñanza de higiene oral y factores de riesgo y signos de enfermedad oral, tartrectomía y raspado y alisado radicular.

El tratamiento conservador consiste en la realización de obturaciones.

El tratamiento rehabilitador consiste en la realización de exodoncias y en el diseño y colocación de prótesis removibles.

Consideramos como variable independiente fundamental el tratamiento odontológico básico. Otras variables independientes son la edad, el sexo, el tabaquismo y el consumo de drogas.

Consideramos como variable dependiente fundamental el cuestionario SF-36.

5.2.1 Variables estudiadas

Realizamos un análisis descriptivo inicial de nuestra población de variables independientes y que son: el sexo, la edad, el grupo al que pertenece el paciente (drogadictos o mujeres víctimas de violencia de género) y el ser o no consumidor de tabaco .

El número exodoncias realizadas, tratamiento periodontales realizados, el número de restauraciones realizadas y colocaciones de prótesis completas o parciales por pacientes.

Nuestra variable dependiente son la evaluación de las ocho dimensiones y las tres áreas que componen el SF-36, obtenidas mediante la realización de

tratamiento odontológico, manifestadas por los pacientes y recogidas mediante la encuesta de calidad de vida SF-36.

Ámbito del estudio.

Pacientes drogodependientes y con especial referencia a mujeres víctimas de violencia de género, integrados en programas municipales de prevención y atención a las adicciones a través del negociado de incorporación sociolaboral y reducción de daños. Los pacientes acceden al programa mediante derivación por las entidades colaboradores de referencia en cada zona.

La atención odontológica se ha llevado a cabo en las consultas de la sede de la Fundación Odontología Social Luis Seiquer.

5.2.2 Recursos-financiación

Recursos humanos y materiales

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

2 profesionales Odontólogos/as y/o Estomatólogos/as

1 profesional Protésico/a Dental.

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

Uno o más días a la semana, preferentemente Lunes y Miércoles en horario de 9-14 horas , en la Fundación de odontología social Luis Seiquer. 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 tartrectomías, curetas, 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 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.

Financiación

La cuantía que para dicho fin destina el Ayuntamiento de Sevilla 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 para los tratamientos a realizar.

Los tratamientos odontológicos han sido gratuitos para los pacientes

incluidos en el programa “volver a reír”.

5.3 Población del estudio

La población del estudio, tal y como se describe en el contrato con el ayuntamiento de Sevilla han sido pacientes incluidos en el marco del programa municipal de integración social “volver a reír”, en situación de exclusión social y afectadas por adicciones, de forma prioritaria en mujeres prostitutas 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.

5.3.1 Criterios de inclusión

Los pacientes incluidos en el estudio no fueron seleccionados por los profesionales de la Fundación Odontología Social ni tenían libre acceso, sino sólo aquellos que fueron 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 y mujeres prostitutas y víctimas de violencia de género (según consta en los criterios del contrato de prestación de servicios), 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.

5.3.2 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. Fueron excluidos todos aquellos pacientes que no cumplieran los requisitos de drogodependencia y mujeres que no fuesen prostitutas y víctimas de violencia de género, en 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 Tamaño de la muestra

En estudios previos de Fernández y col.(1999)¹³⁵ y Tirado y col. (2012)¹³⁶ la proporción de pacientes drogodependientes sin tratamiento con puntuación de buena a excelente en salud general, medida mediante el cuestionario SF-36, se sitúa alrededor entre el 50% y el 65%. En nuestra población, si asumimos que esta puntuación en el test la alcanza un 50% de los pacientes drogodependientes sin tratamiento con metadona y que queremos conseguir que tras el tratamiento oral e incorporación al sistema sociosanitario, al menos el 80% valoren con esta puntuación su salud general medida con la misma escala, y aceptando un error alfa del 0,05 y una potencia del 80%; la muestra

mínima que necesitaríamos para desarrollar nuestro estudio sería de 42 personas.

5.5 Protocolo de tratamiento y funcionamiento odontológico

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 en caso de ser necesario. 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) .

También se ofrece la participación en un estudio que analizará los cambios en la calidad de vida del paciente tras realizar el tratamiento odontológico, firmando consentimiento informado para inclusión en el estudio en caso de aceptación.

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

Datos de tratamiento realizados

- Tartrectomías
- Raspado y alisados radicular
- Exodoncias
- Prótesis Fija
- Prótesis removible

5.5.2 Consultas sucesivas

Se realiza la secuencia de tratamiento establecida en la primera visita, basándonos en las pautas establecidas por la Academia Americana de Periodoncia, estas son:

- fase sistémica
- fase de urgencia o preliminar
- fase higiénica
- fase correctiva o quirúrgica
- fase de mantenimiento

En todas las visitas se realizaron técnicas de refuerzo de motivación en relación con los cuidados de salud oral y general, así como de hábito

antitabáquico.

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

5.5.3 Encuesta SF-36

La encuesta es cumplimentada por los pacientes participantes antes de comenzar el tratamiento odontológico y a los seis meses de haber terminado su tratamiento odontológico.

La encuesta consta de 36 ítems y se encuentran divididos en ocho áreas. .
(Anexo III).

5.5.4 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.

5.6 Análisis estadístico

. Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Las variables cualitativas se resumieron mediante frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas mediante media, desviación estándar, mínimo y máximo.

Se realizó un análisis bivariado de los datos. Las variables cualitativas se compararon mediante tablas de contingencia y la prueba de Chi cuadrado de Pearson o la modificación de Fisher en el caso de tablas poco pobladas (frecuencias esperadas inferiores a 5). Para determinar la asociación entre variables cualitativas dicotómicas (sexo) y cuantitativas (edad) se aplicó la prueba T de Student para muestras independientes, una vez determinada la simetría de la distribución mediante el test de Shapiro-Wilk, en los casos en que no fue simétrica (número de cigarrillos/día, número de obturaciones y número de exodoncias) se usó la prueba U de Mann-Whitney.

En el análisis de contraste de hipótesis para valorar las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en las dimensiones y áreas del cuestionario SF-36 antes (basal) y después de la intervención (final), utilizamos la comparación de medias mediante la prueba T de Student para muestras relacionadas (medidas repetidas). En esta prueba, sólo se tuvieron en cuenta aquellos 28 (77,8%) pacientes que contestaron al cuestionario basal y final.

5.7 Aspectos éticos

Todo paciente ha sido informado previa y detalladamente por el odontólogo de la existencia del estudio y sus propósitos, 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 la dudas que consideren oportunas. Para poder formar parte del estudio es imprescindible dar su confirmación personal y firmar el correspondiente consentimiento informado ,el cual ha sido elaborado cumpliendo los requisitos recogidos en la Guía de Buena Práctica Clínica de la Comisión Europea (BPC-CPMP/ICH/135/95) (ANEXO II).

Se respetan las normas dictadas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en 1964, y sus revisiones de Tokio de 2004. Además serán de obligado cumplimiento las normas del Informe Belmont de 1978, la Ley General de Sanidad de 1986, las del Convenio de Oviedo de 1997, la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter personal y la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente. El trabajo se ha desarrollado teniendo en cuenta los requisitos de la Ley 14/2007 de 3 de julio, de investigación biomédica.



TESIS DOCTORAL
José Jiménez González
Asistencia odontológica y Calidad de vida en una población de
desfavorecidos sociales

6 RESULTADOS

6.1 Resultados descriptivos.

Se analizaron 36 pacientes. Al inicio del estudio 36 de los participantes contestaron completamente al cuestionario, mientras que sólo 28 personas participantes lo hicieron al final del mismo. De los 36 iniciales, 15 (41,7%) fueron mujeres y 21 (58,3%) hombres. La edad media (DS) de las personas estudiadas fue de 50,9 (8,1) años. La edad mediana (p25-p75) de éstas fue de 52 (45-57) años, siendo la edad mínima de 34 y la máxima de 64 años (tabla 1 y figura 2). De todos los pacientes estudiados, 34 (94,4%) se rehabilitaron oralmente mediante la colocación de prótesis removibles parciales o totales (figura 1).

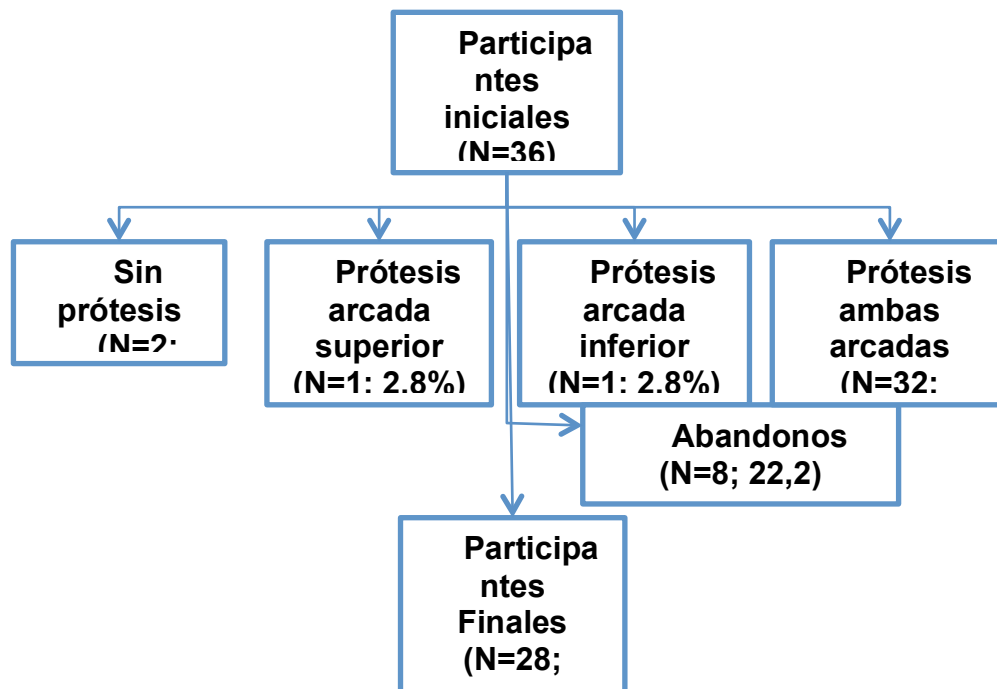


Figura 1. Flujo de pacientes a lo largo del estudio.

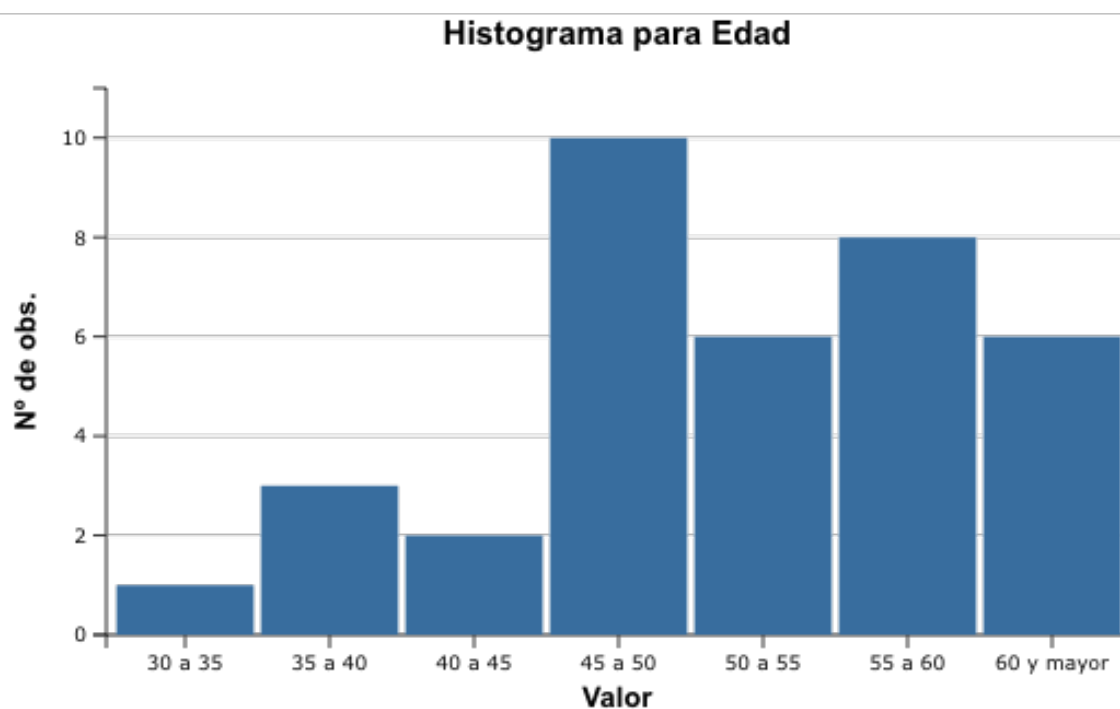


Figura 2. Distribución de pacientes por rangos de edad.

	Gobal	Hombre	Mujer	valor de p
	N=36	N=15 (41,7%)	N=21 (58,3)	
Edad (años), Media (DS) (IC95%)	50,9 (8,1) (48,2-53,7)	50,5 (10,3) (44,8-56,2)	51,2 (6,4) (48,3-54,2)	0,80
Fumador, N (%)	27 (75,0)	11 (40,7)	16 (59,3)	1,00
Nº cig/día, P50 (P25-P75)	10,0 (1,0-11,0)	6,0 (1,0-10,0)	10 (6,0-20,0)	0,08
Tartrectomía, N (%)	21 (58,3)	11 (52,4)	10 (47,6)	0,12
Raspado y alisado, N (%)	11 (30,6)	7 (63,6)	4 (36,4)	0,08
Obturaciones, N (%)	21 (58,3)	11 (52,4)	10 (47,6)	0,12
Nº Obturaciones, P50 (P25-P75)	1,5 (0-5,5)	2,0 (0,5-4,5)	0,0 (0,0-6,0)	0,45
Exodoncias, N (%)	29 (80,6)	15 (51,7)	14 (48,3)	0,03
Nº Exodoncias, P50 (P25-P75)	4,5 (1,0-8,0)	6,0 (3,0-9,0)	3,0 (0,0-7,0)	0,10
Prótesis removible, N (%)				1,00
Superior	33 (91,7)	14 (42,4)	19 (57,6)	
Inferior	33 (91,7)	14 (42,4)	19 (57,6)	
Tipo de prótesis, N (%)				0,42
Parcial	1 (3,0)	1 (100)	0 (0)	
Completa	32 (97,0)	13 (40,6)	19 (59,4)	
Nº cig/día: número medio de cigarrillos fumados cada 24 horas				

Tabla 1. Descripción de la muestra.

6.2 Antes del tratamiento (SF-36)

Se hizo un análisis descriptivo de los datos de los pacientes que se reclutaron para el estudio antes de iniciarse los tratamientos de rehabilitación bucodental. Las dimensiones peor valoradas fueron el rol emocional cuya media (DS) fue de 56,5 (45,6) (IC95%: 41,0-71,9) puntos, seguido de la salud mental 57,9 (24,9) (IC95%: 49,5-66,3) puntos, mientras que la mejor valorada fue el funcionamiento físico con 89,0 (18,0) (IC95%: 82,9-95,1) puntos (tabla 2).

En cuanto a las Áreas, el componente mejor valorado fue el físico con una puntuación media (DS) de 52,1 (10,8) (IC95%: 48,5-55,8) con un mínimo de 27,3 y un máximo de 67,3 puntos; mientras que el componente mental fue valorado en 38,2 (16,9) (IC95%: 32,5-44,0) con un mínimo de 0 y un máximo de 62,1 puntos (tabla 2).

Se hizo un análisis descriptivo de las respuestas a las preguntas del cuestionario antes y después de la intervención. Con el fin de resumirlas de manera más clara las hemos agrupado por dimensiones en distintas tablas, en las que hemos reflejado el valor absoluto, el relativo y los porcentajes acumulados (tablas 2-10).

6.3 Dimensiones antes y después de 28 pacientes

Funcionamiento físico

6.3.1 Dimensión función física

La respuesta a la intervención, desde el punto de vista de la función física, fue irregular aunque se aprecia mejoría en la mayoría de las preguntas .

Funcionamiento						
----------------	--	--	--	--	--	--

físico						
pf01.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?						
	An tes (N)	An tes (%)	Antes (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Desp ués (%Acum)
Sí, me limita mucho	4	14, 3	14,3	4	14,3	14,3
Sí, me limita un poco	6	21, 4	35,7	4	14,3	28,6
No, no me limita nada	18	64, 3	100,0	20	71,4	100,0
pf02.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar las aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?						
	An tes (N)	An tes (%)	Antes (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Desp ués (%Acum)
Sí, me limita mucho	2	7,1	7,1	2	7,1	7,1
Sí, me limita un poco	4	14, 3	21,4	2	7,1	14,3
No, no me limita nada	22	78, 6	100,0	24	85,7	100,0
pf03.- Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?						
	An tes (N)	An tes (%)	Antes (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Desp ués (%Acum)
Sí, me limita mucho	1	3,6	3,6	1	3,6	3,6
Sí, me limita un poco	3	10, 7	14,3	2	7,1	10,7
No, no me limita nada	24	85, 7	100,0	25	89,3	100,0
pf04.- Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?						
	An tes (N)	An tes (%)	Antes (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Desp ués (%Acum)
Sí, me limita mucho	3	10, 7	10,7	1	3,6	3,6
Sí, me limita un poco	6	21, 4	32,1	7	25,0	28,6
No, no me limita nada	19	67, 9	100,0	20	71,4	100,0
pf05.- Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?						

	An tes (N)	An tes (%)	Antes (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Desp ués (%Acum)
Sí, me limita mucho	1	3,6	3,6	0	0,0	0,0
Sí, me limita un poco	3	10, 7	14,3	2	7,1	7,1
No, no me limita nada	24	85, 7	100,0	26	92,9	100,0
pf06.- Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?						
	An tes (N)	An tes (%)	Antes (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Desp ués (%Acum)
Sí, me limita mucho	4	7,1	7,1	3	14,3	14,3
Sí, me limita un poco	4	14, 3	21,4	2	25,0	39,3
No, no me limita nada	20	53, 6	75,0	23	42,9	82,1
pf07.- Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?						
	An tes (N)	An tes (%)	Antes (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Desp ués (%Acum)
Sí, me limita mucho	2	7,1	7,1	1	0,0	0,0
Sí, me limita un poco	3	7,1	14,3	3	7,1	7,1
No, no me limita nada	23	0,0	14,3	24	3,6	10,7
pf08.- Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?						
	An tes (N)	An tes (%)	Antes (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Desp ués (%Acum)
Sí, me limita mucho	1	3,6	3,6	1	3,6	3,6
Sí, me limita un poco	3	10, 7	14,3	2	7,1	10,7
No, no me limita nada	24	85, 7	100,0	25	89,3	100,0
pf09.- Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos cien metros)?						
	An tes (N)	An tes (%)	Antes (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Desp ués (%Acum)
Sí, me limita mucho	0	0,0	0,0	1	3,6	3,6

Sí, me limita un poco	1	3,6	3,6	1	3,6	7,1
No, no me limita nada	27	96,4	100,0	26	92,9	100,0
pf10.- Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?						
	Antes (N)	Antes (%)	Antes (%Acum)	Después (N)	Después (%)	Después (%Acum)
Sí, me limita mucho	0	0,0	0,0	1	3,6	3,6
Sí, me limita un poco	2	7,1	7,1	1	3,6	7,1
No, no me limita nada	26	92,9	100,0	26	92,9	100,0

Tabla 2. Dimensión funcionamiento físico antes y después de la intervención.

6.3.2 Dimensión rol físico

En cuanto a la dimensión rol físico, alrededor de un 30% de los pacientes estudiados referían que su salud física habían tenido un impacto negativo en sus actividades cotidianas. Este porcentaje se redujo en todos los ítems de manera clínicamente relevante (tabla 3).

Rol físico				
rp1.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?				
	Antes (N)	Antes (%)	Después (N)	Después (%)
Sí	6	21,4	4,0	14,3
No	22	78,6	24,0	85,7
rp2.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?				
	Antes (N)	Antes (%)	Después (N)	Después (%)
Sí	11	39,3	5,0	17,9
No	17	60,7	23,0	82,1

rp3.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?				
	Antes (N)	Antes (%)	Después (N)	Después (%)
Sí	9	32,1	2,0	7,1
No	19	67,9	26,0	92,9
rp4.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?				
	Antes (N)	Antes (%)	Después (N)	Después (%)
Sí	9	32,1	3,0	10,7
No	19	67,9	25,0	89,3

Tabla 3. Dimensión Rol físico antes y después de la intervención.

6.3.3 Dimensión dolor corporal

En el mes previo a la primera visita, el 40% de los individuos participantes tuvieron dolor en alguna parte del cuerpo y casi al 30% de la muestra le había dificultado la realización de sus actividades diarias. Tras la intervención sendos aspectos mejoraron de forma relevante a nivel clínico descendiendo aquellos porcentajes al 14,3% y al 7,2%, respectivamente (tabla 4).

Dolor corporal						
bp1.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?						
	Antes (N)	Antes (%)	Antes (%Acum)	Después (N)	Después (%)	Después (%Acum)
No, ninguno	1	3	39,3	17	60,7	60,7
	1	9,3				
Sí, muy poco	2	7,1	46,4	2	7,1	67,9
		1				
Sí, un poco	4	14,3	60,7	5	17,9	85,7
		4,3				
Sí moderado	5	17,9	78,6	1	3,6	89,3
		7,9				
Sí, mucho	5	17,9	96,4	2	7,1	96,4
		7,9				
Sí, muchísimo	1	3,6	100,0	1	3,6	100,0
		6				

bp2.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?						
	A ntes (N)	A ntes (%)	Ante s (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Desp ués (%Acum)
Nada	17	60,7	60,7	22	78,6	78,6
Un poco	21	71,4	67,9	2	7,1	85,7
Regular	16	71,4	71,4	2	7,1	92,9
Bastante	51	89,3	89,3	1	3,6	96,4
Mucho	30	100,0	100,0	1	3,6	100,0

Tabla 4. Dimensión dolor corporal antes y después de la intervención.

6.3.4 Dimensión salud general.

Al inicio del estudio, el 75,0% de las personas estudiadas consideraba tener una buena salud general; pero tras la intervención esta proporción se incrementó de manera clínicamente relevante (Tabla 5).

Dimensión salud general						
gh1.- En general, usted diría que su salud es						
	A ntes (N)	A ntes (%)	Ante s (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Desp ués (%Acum)
Excelente	21	71,4	7,1	4	14,3	14,3
Muy buena	44	75,0	21,4	7	25,0	39,3
Buena	15	75,0	75,0	12	42,9	82,1
Regular	57	92,9	92,9	5	17,9	100,0
Mala	21	100,0	100,0	0	0,0	100,0

gh2.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas						
	A ntes (N)	A ntes (%)	Ante s (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Desp ués (%Acum)
Totalmente cierta	2	7, 1	7,1	0	0,0	0,0
Bastante cierta	2	7, 1	14,3	2	7,1	7,1
No lo sé	0	0, 0	14,3	1	3,6	10,7
Bastante falsa	4	1 4,3	28,6	4	14,3	25,0
Totalmente falsa	2 0	7 1,4	100, 0	21	75,0	100, 0
gh3.- Estoy tan sano como cualquiera						
	A ntes (N)	A ntes (%)	Ante s (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Desp ués (%Acum)
Totalmente cierta	1 3	4 6,4	46,4	15	53,6	53,6
Bastante cierta	5	1 7,9	64,3	7	25,0	78,6
No lo sé	2	7, 1	71,4	1	3,6	82,1
Bastante falsa	3	1 0,7	82,1	3	10,7	92,9
Totalmente falsa	5	1 7,9	100, 0	2	7,1	100, 0
gh4.- Creo que mi salud va a empeorar						
	A ntes (N)	A ntes (%)	Ante s (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Desp ués (%Acum)
Totalmente cierta	1	3, 6	3,6	2	7,1	7,1
Bastante cierta	4	1 4,3	17,9	2	7,1	14,3
No lo sé	4	1 4,3	32,1	2	7,1	21,4
Bastante falsa	7	2 5,0	57,1	3	10,7	32,1
Totalmente falsa	1 2	4 2,9	100, 0	19	67,9	100, 0
gh5.- Mi salud es excelente						
	A ntes (N)	A ntes (%)	Ante s (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Desp ués (%Acum)
Totalmente cierta	8	2 8,6	28,6	10	35,7	35,7
Bastante cierta	9	3 2,1	60,7	10	35,7	71,4

No lo sé	0	0,0	60,7	1	3,6	75,0
Bastante falsa	4	14,3	75,0	3	10,7	85,7
Totalmente falsa	7	25,0	100,0	3	10,7	96,4

Tabla 5. Dimensión salud general antes y después de la intervención.

6.3.5 Dimensión vitalidad.

En general, se aprecia una mejoría clínicamente relevante en la vitalidad de las personas estudiadas antes y después de la intervención (tabla 6).

Dimensión vitalidad						
vt1.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?						
	Antes (N)	Antes (%)	Antes (%Acum)	Después (N)	Después (%)	Después (%Acum)
Siempre	6	21,4	21,4	0	0,0	0,0
Casi siempre	5	17,9	39,3	1	3,6	3,6
Muchas veces	5	17,9	57,1	7	25,0	28,6
Algunas veces	6	21,4	78,6	9	32,1	60,7
Sólo alguna vez	3	10,7	89,3	7	25,0	85,7
Nunca	3	10,7	100,0	4	14,3	100,0
vt2.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
	Antes (N)	Antes (%)	Antes (%Acum)	Después (N)	Después (%)	Después (%Acum)
Siempre	5	17,9	17,9	8	28,6	28,6
Casi siempre	3	10,7	28,6	9	32,1	60,7
Muchas veces	3	10,7	39,3	2	7,1	67,9

		,7				
Algunas veces	9	32,1	71,4	7	25,0	92,9
Sólo alguna vez	4	14,3	85,7	2	7,1	100,0
Nunca	4	14,3	100,0		0,0	100,0
vt3.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?						
	Antes (N)	Antes (%)	Antes (%Acum)	Después (N)	Después (%)	Después (%Acum)
Siempre	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Casi siempre	6	21,4	21,4	0	0,0	0,0
Muchas veces	3	10,7	32,1	0	0,0	0,0
Algunas veces	8	28,6	60,7	11	39,3	39,3
Sólo alguna vez	6	21,4	82,1	6	21,4	60,7
Nunca	5	17,9	100,0	11	39,3	100,0
vt4.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?						
	Antes (N)	Antes (%)	Antes (%Acum)	Después (N)	Después (%)	Después (%Acum)
Siempre	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Casi siempre	5	17,9	17,9	1	3,6	3,6
Muchas veces	6	21,4	39,3	2	7,1	10,7
Algunas veces	9	32,1	71,4	10	35,7	46,4
Sólo alguna vez	2	7,1	78,6	9	32,1	78,6
Nunca	6	21,4	100,0	6	21,4	100,0

Tabla 6. Dimensión vitalidad antes y después de la intervención.

6.3.6 Funcionamiento social.

En la fase inicial algo más de un tercio de los individuos de la muestra consideraban que su salud física o los problemas emocionales le habían dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas; al final del estudio este porcentaje descendió hasta el 7,2%, siendo este descenso clínicamente relevante.

Más del 50% consideraban que con mucha frecuencia su salud física o los problemas emocionales le habían dificultado sus actividades sociales, mientras que tras la intervención sólo el 21,4% opinaban de esta manera. Esta reducción de más del 50% es clínicamente relevante (Tabla 7).

Funcionamiento social						
sf1: 20.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?						
	Antes (N)	Antes (%)	Antes (%Acum)	Después (N)	Después (%)	Después (%Acum)
Nada	13	46,4	46,4	18	64,3	64,3
Un poco	4	14,3	60,7	5	17,9	82,1
Regular	1	3,6	64,3	3	10,7	92,9
Bastante	6	21,4	85,7	1	3,6	96,4
Mucho	4	14,3	100,0	1	3,6	100,0
sf2.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?						
	Antes (N)	Antes (%)	Antes (%Acum)	Después (N)	Después (%)	Después (%Acum)

Siempre	3	10,7	10,7	0	0,0	0,0
Casi siempre	2	7,1	17,9	1	3,6	3,6
Muchas veces	10	35,7	53,6	6	21,4	25,0
Algunas veces	2	7,1	60,7	4	14,3	39,3
Sólo alguna vez	11	39,3	100,0	17	60,7	100,0
Nunca	0	0,0	100,0	0	0,0	100,0

Tabla 7. Dimensión funcionamiento social antes y después de la intervención.

6.3.7 Rol emocional.

Al inicio del estudio alrededor del 50% de los individuos analizados consideraban tener problemas emocionales que interferían con sus actividades de la vida diaria. Tras la intervención este porcentaje descendió hasta el 25%. Siendo estas diferencias clínicas y estadísticamente relevantes (tabla 8).

Rol emocional				
re1.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?				
	Antes (N)	Antes (%)	Después (N)	Después (%)
Sí	13	46,4	7	25,0
No	15	53,6	21	75,0
re2: 18.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que quería hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?				
	Antes (N)	Antes (%)	Después (N)	Después (%)
Sí	14	50,0	7	25,0
No	14	50,0	21	75,0

re3: 19.- Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?				
	Ant es (N)	Ant es (%)	Desp ués (N)	Desp ués (%)
Sí	15	53,6	7	25,0
No	13	46,4	21	75,0

Tabla 8. Dimensión rol emocional antes y después de la intervención.

6.3.8 Dimensión salud mental.

Alrededor del 40% de las personas analizadas en sendas etapas del estudio, referían tener algún tipo de alteración en la dimensión “salud mental” (ansiedad o depresión) en las 4 semanas previas al momento de la cumplimentación del cuestionario. Este porcentaje descendió de manera significativa en todas las preguntas de esta dimensión. Estas diferencias fueron estadística y clínicamente relevantes (tabla 9).

Dimensión salud mental						
mh1.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?						
	An tes (N)	An tes (%)	Antes (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Despu és (%Acum)
Siempre	1	3,6	3,6	0	0,0	0,0
Casi siempre	5	17,9	21,4	1	3,6	3,6
Muchas veces	6	21,4	42,9	7	25,0	28,6
Algunas veces	9	32,1	75,0	9	32,1	60,7
Sólo alguna vez	2	7,1	82,1	7	25,0	85,7
Nunca	5	17,9	100,0	4	14,3	100,0

mh2.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
	An tes (N)	An tes (%)	Antes (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Despu és (%Acum)
Siempre	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Casi siempre	5	17,9	17,9	2	7,1	7,1
Muchas veces	5	17,9	35,7	2	7,1	14,3
Algunas veces	11	39,3	75,0	7	25,0	39,3
Sólo alguna vez	2	7,1	82,1	6	21,4	60,7
Nunca	5	17,9	100,0	11	39,3	100,0
mh3.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						
	An tes (N)	An tes (%)	Antes (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Despu és (%Acum)
Siempre	5	17,9	17,9	3	10,7	10,7
Casi siempre	3	10,7	28,6	10	35,7	46,4
Muchas veces	2	7,1	35,7	4	14,3	60,7
Algunas veces	12	42,9	78,6	7	25,0	85,7
Sólo alguna vez	5	17,9	96,4	4	14,3	100,0
Nunca	1	3,6	100,0	0	0,0	100,0
mh4.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
	An tes (N)	An tes (%)	Antes (%Acum)	Desp ués (N)	Desp ués (%)	Despu és (%Acum)
Siempre	2	7,1	7,1	0	0,0	0,0
Casi siempre	8	28,6	35,7	1	3,6	3,6
Muchas veces	4	14,3	50,0	3	10,7	14,3
Algunas veces	6	21,4	71,4	6	21,4	35,7
Sólo	4	14,3	85,7	8	28,6	64,3

alguna vez		3				
Nunca	4	14,3	100,0	10	35,7	100,0
mh5: 30.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?						
	Antes (N)	Antes (%)	Antes (%Acum)	Después (N)	Después (%)	Después (%Acum)
Siempre	3	10,7	10,7	5	17,9	17,9
Casi siempre	6	21,4	32,1	9	32,1	50,0
Muchas veces	3	10,7	42,9	4	14,3	64,3
Algunas veces	7	25,0	67,9	6	21,4	85,7
Sólo alguna vez	7	25,0	92,9	3	10,7	96,4
Nunca	2	7,1	100,0	1	3,6	100,0

Tabla 9. Dimensión salud mental antes y después de la intervención.

6.4 Comparativa por dimensiones y áreas.

Finalmente se realizó un análisis mediante el test de la T de Student para medidas repetidas (muestras relacionadas) con el fin de comparar las puntuaciones obtenidas por áreas y dimensiones antes y después de la intervención (tabla 12). En todas las áreas, excepto en el funcionamiento físico se alcanzaron diferencias clínicamente relevantes y estadísticamente significativas entre las puntuaciones antes y después de la intervención (tabla 10).

	Antes	Después	
	media (DS) (IC95%)	media (DS) (IC95%)	Valor p
Dimensiones			
Funcionamiento físico	87,3 (20,0) (79,6-95,1)	90,0 (20,1) (82,2-97,8)	0,15
Rol Físico	68,8 (42,3) (52,4-85,2)	87,5 (27,6) (76,8-98,2)	0,01
Dolor corporal	66,1 (33,9) (53,0-79,3)	82,3 (27,1) (71,7-92,8)	0,003
Salud general	66,9 (25,9) (56,9-76,9)	76,4 (19,7) (68,8-84,0)	0,006
Vitalidad	56,3 (26,1) (46,1-66,4)	75,5 (18,5) (68,4-82,7)	<0,001
Funcionamiento social	64,3 (33,6) (51,3-77,3)	83,5 (23,8) (74,2-92,7)	0,007
Rol emocional	50,0 (46,7) (31,9-68,1)	75,0 (42,2) (58,6-91,4)	0,015
Salud mental	52,7 (25,0) (43,0-62,4)	68,0 (19,3) (60,5-75,5)	<0,001
Áreas			
Componente físico	52,2 (11,7) (47,7-56,8)	54,6 (9,4) (50,9-58,2)	0,023
Componente mental	34,8 (17,0) (28,2-41,4)	45,3 (13,4) (40,1-50,5)	0,002

Tabla 10. Dimensiones y áreas antes y después de la intervención.



TESIS DOCTORAL

José Jiménez González

**Asistencia odontológica y Calidad de vida en una población de
desfavorecidos sociales**

7 DISCUSIÓN

Existe amplia evidencia científica que nos muestra la afectación oral que presentan los pacientes consumidores de drogas, encontrándose esta dentro de los principales problemas de salud, además de la posibilidad de pertenecer un porcentaje de esta población en situación de riesgo de exclusión social ⁸⁵⁻

¹¹⁰.

Sobre calidad de vida en pacientes consumidores de sustancias adictivas y pertenecientes a una población en riesgo de exclusión social, es escasa la información que relaciona la actuación odontológica con los mismos, tratándose de una población con altas necesidades de atención odontológica

¹³⁶.

En nuestro estudio analítico cuasiexperimental antes después, intentamos exponer si la asistencia odontológica básica preventiva, restauradora y protésica en personas pertenecientes a programas de inclusión social de drogodependientes mejora su percepción del nivel calidad de vida.

Los datos que presentamos corresponden a los resultados de la aplicación de la versión en español del cuestionario de salud SF-36 a una muestra de población de personas con trastornos adictivos a drogas y en riesgo de exclusión social, a los que se les pasa la encuesta previamente al inicio del tratamiento odontológico y a los seis meses tras la conclusión del mismo, de

modo que podamos analizar la influencia que dicho tratamiento odontológico tiene sobre la percepción de su calidad de vida.

Debemos de tener presente, que el pilar central de nuestro estudio es la calidad de vida (nuestra variable dependiente fundamental), relacionada con el tratamiento odontológico en pacientes desfavorecidos socialmente, por ello debíamos utilizar una herramienta que tuviera la capacidad de realizar un análisis correcto de la misma, siendo el cuestionario de calidad de vida SF-36 uno de los instrumentos genéricos más utilizados en nuestro país, que se utiliza tanto para estudios descriptivos que miden el impacto de la calidad de vida relacionada con la salud, como para analizar intervenciones terapéuticas, existiendo evidencia científica que nos informa sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad, siendo correcta su aplicabilidad para el campo de la investigación y para la práctica clínica ^{120,121,128,130,131}.

Éramos conscientes de las limitaciones que presenta este cuestionario a la hora de evaluar algunos conceptos de salud importantes, como los trastornos del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual. Aún así se utilizó el cuestionario, puesto que las dimensiones que sí analiza de manera adecuada tenían mucha más relevancia para el estudio, que aquellas sobre las que no tenía capacidad de análisis ^{130,131}.

Las dimensiones que analizaremos a continuación, son recogidas en el cuestionario tras examinar múltiples cuestionarios de calidad de vida por

diferentes investigadores ¹²¹.

De relevada importación es conocer las características de la muestra del estudio, tanto en lo referente a características sociodemográficas como al elemento fundamental para ser aceptado en el mismo, y que es el hecho de haber sido consumidor de sustancias adictivas. El ser mujer víctima de violencia de género, no era un factor que por si solo determinara la pertenencia a la muestra de estudio, por ello todas las mujeres son extoxicómanas, y dentro de ellas existe un alto porcentaje de víctimas de violencia de género, concretamente el 60% de las mujeres de nuestro estudio, con la influencia negativa que sobre su salud bucodental tendrá, como evidencia el estudio de Hansa Kundu y col (2014) ⁷⁹ en el que se analizaba la violencia de género en sus diferentes formas: psicológica, física o sexual. Este ha sido el motivo de englobar este punto dentro del marco teórico, para que se pueda conocer los datos reportados por los pocos estudios que analizan la relación entre salud oral y violencia de género ⁶⁹⁻⁷⁹.

El presente estudio ha sido posible llevarlo acabo a través del programa “Volver a reír”, el cual relaciona a dos instituciones fundamentales para poder desarrollarlo, que son la Fundación de Odontología Social Luis Seiquer, correspondiéndole la responsabilidad y ejecución de la parte clínica de la atención odontológica, y por otra, la Sección de Prevención y Atención a las Adicciones del Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla, tras una valoración individualizada de los pacientes drogodependientes y mujeres

prostituidas y víctimas de violencia de género (según consta en los criterios del contrato de prestación de servicios), 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.

Se valoraron 36 sujetos, de los cuales completaron el estudio antes después 28 (78%), de los cuales 15 (41,7%) fueron mujeres, y 21 (58,3%) fueron hombres. Dentro de las mujeres, 9 eran víctimas de violencia de género, representando el 60% de las mismas. El mayor rango de edad se encontraba entre 45-50 años (10 pacientes), seguidos por el de 55-60 años (8 pacientes) y 50-55 años (6 pacientes), siendo la mediana de 52 años (45-57) y la media 50,92 años (SD: 8,2).

En la dimensión de funcionamiento físico son tres las respuestas posibles a las 10 preguntas que contiene, siendo estas: Si, me limita mucho; Si, me limita un poco; No, no me limita nada.

En las preguntas que van de la 1 a la 8, existe un cambio de los resultados hacia una opción de menos limitación física, siendo entre un 3% a un 10 % dependiendo de la pregunta. Sólo en dos preguntas, en la 9 y 10 existía un cambio hacia opción de mayor limitación física representado el 3,6 % de la muestra.

En la dimensión de rol físico, son también cuatro las posibles preguntas, y antecedidas por el intervalo de tiempo de 4 semanas previas. Alrededor de un 30% de los pacientes estudiados referían que su salud física habían tenido un

impacto negativo en sus actividades cotidianas. Este porcentaje se redujo en todos los ítems de manera clínicamente relevante

En la dimensión de dolor corporal, esta se compone de dos preguntas. La primera se refiere al dolor corporal durante las últimas 4 semanas, donde el 40% de los individuos participantes tuvieron dolor en alguna parte del cuerpo y casi al 30% de la muestra le había dificultado la realización de sus actividades diarias. Tras la intervención sendos aspectos mejoraron de forma relevante clínicamente descendiendo aquellos porcentajes al 14,3% y al 7,2%, respectivamente

En la dimensión de salud general son cinco las respuestas posibles a las cinco preguntas que contiene, pasando de mala salud, la respuesta mas negativa a una salud excelente, en la repuesta mas positiva. En la primera pregunta, el porcentaje que pasa hacia una mejor salud está entorno al 21,6 % de la muestra. En el resto de las preguntas el comportamiento es igual en cuanto a mejoría de la salud general, la que mayor porcentaje obtiene es la cuarta, siendo 25,2% de la muestra, y que dice “ creo que mi salud va a empeorar”. Creemos interesante este dato pues podría expresar la importancia la importancia que le dan los sujetos al tratamiento odontológico , incluyéndolo como algo relevante para mejorar su futura salud tras la realización del mismo. Al inicio del estudio, el 75,0% de las personas estudiadas consideraba tener una buena salud general; pero tras la intervención esta proporción se incrementó de manera clínicamente relevante.

En la dimensión que analiza la vitalidad, son cuatro las preguntas que la componen. En ellas existen dos destacable por sus resultados, en primer lugar la tercera, ante la pregunta : Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado? Es la pregunta donde los individuos pasan en conjunto a una escala mas positiva, pero en contraposición a esta pregunta, tenemos los peores datos de la dimensión en la primera pregunta, al existir un incremento de las escalas negativas, que decía: Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?, lo que no concuerda con los resultados obtenidos en el resto de preguntas de la dimensión. En general, se aprecia una mejoría clínicamente relevante en la vitalidad de las personas estudiadas antes y después de la intervención.

En la dimensión que evalúa el funcionamiento social, los sujetos de nuestro estudio experimentan un mejoría en el mismo, pasando un 28,8% de sujetos a posiciones mas positivas después del tratamiento. En la fase inicial algo más de un tercio de los individuos de la muestra consideraban que su salud física o los problemas emocionales le habían dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas; al final del estudio este porcentaje descendió hasta el 7,2%, siendo este descenso clínicamente relevante.

Más del 50% consideraban que con mucha frecuencia su salud física o los problemas emocionales le habían dificultado sus actividades sociales, mientras

que tras la intervención sólo el 21,4% opinaban de esta manera. Esta reducción de más del 50% es clínicamente relevante.

En la dimensión rol emocional disminuyen a tres las preguntas y son dos las posibles respuestas. En esta dimensión existe una variación entre el antes y el después, exactamente del 25 %, siendo los SI del después 25% en todas respuestas y los NO el 75% en todas las respuestas. Al inicio del estudio alrededor del 50% de los individuos analizados consideraban tener problemas emocionales que interferían con sus actividades de la vida diaria. Tras la intervención este porcentaje descendió hasta el 25%. Siendo estas diferencias clínica y estadísticamente relevantes.

En la dimensión salud mental son cinco preguntas las que la componen. A todas las preguntas antecede el establecimiento de tiempo de las 4 últimas semanas, para contestar las preguntas, existiendo en todas un aumento positivo de la salud de nuestros pacientes, que no podríamos saber si es debido a la mejora en su salud oral o a circunstancias específicas de los individuos, lo que si podemos afirmar es que el porcentaje descendió de manera significativa en todas las preguntas de esta dimensión. Estas diferencias fueron estadística y clínicamente relevantes.

La dimensión de resumen físico se compone de dos preguntas. En la primera, se informa sobre si la salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales, donde los resultados nos

muestran una disminución en la dificultad para poder realizar las actividades habituales del paciente. Podemos destacar que en la pregunta segunda, donde se analiza la frecuencia con la que la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales, ningún sujeto de la muestra escogió la opción de nunca, lo que es considerable, pues esta respuesta esta en consonancia con la repuesta “Nada” de la primera que si fue escogida tanto antes como después en un alto porcentaje.

Una vez realizado el análisis pormenorizado de las dimensiones ,evaluaremos las medias de las dimensiones previas y a posteriori de las actuaciones clínicas odontológicas sobre los sujetos de la muestra, realizando su comparación con valores de referencia de población consumidora de sustancias adictivas ¹³⁷ de los resultados previos de los treinta y seis sujetos iniciales y con valores de referencia de población española sana ¹³⁰ de los datos previos y posteriores al tratamiento.

En nuestros resultados queda manifiesto que al realizar el análisis de las dimensiones y áreas, existen diferencias estadísticamente significativas entre el antes y el después de realizar los tratamientos odontológicos, en todas las dimensiones del cuestionario SF-36 a excepción del funcionamiento físico, y en todas las áreas.

Según el observatorio español de la droga y las toxicomanías de 2015 ⁸², en el año 2013 la distribución por sexo dentro de los consumidores de drogas

españoles fue de un 49,6% en mujeres, y 50,4% de hombres (79). Estos datos se aproximan mucho a los encontrados en nuestro estudio, sin embargo, difieren de otros estudios que hemos utilizado para el análisis de la calidad de vida en población consumidora de sustancias adictivas. Así, Fernández Rodríguez.V y cols. (2015) ¹³⁷ en su distribución por sexo arroja unos resultados de un 19% de mujeres frente a un 81% en hombres,(130). Otra de nuestras referencias es el trabajo de El Khoury Moreno L. (2016) ⁸ que analiza una población similar a la nuestra, donde obtiene unos resultados que difieren con los nuestros, pero no tanto como el estudio de Fernández Rodríguez.V y cols. (2015) ⁸², siendo su porcentajes de mujeres el 30% y el de hombres el 70 %.

Según el observatorio español de la droga y las toxicomanías de 2015 ⁸², en el año 2013, la frecuencia de edad con mayor porcentaje entre 15-64 años, se encontraba en 35-44 años, con un 24,7 %, seguidos de 45-54 años, con un 22,2 %. En nuestro estudio la edad media es de 50,9 años y la frecuencia de edad con mas sujetos corresponde a 45-54 años seguidos de 55-64 años, por ello la frecuencia de edad mas presente en nuestro estudio, 45-54 años, es la segunda frecuencia de edad con mas sujetos en los datos del observatorio de 2015. Nuestra edad media está en relación con la publicada por Robbins y col. ¹³⁵ en población adicta sin hogar, siendo la edad media de 44 años, lo que nos podría hacer pensar que sean pacientes de largos periodos de adicción y consumo.

En referencia al consumo de tabaco de nuestra población podemos ver un alto porcentaje del mismo y que corresponde al 75%, siendo mas alto que la

prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 12 meses en población entre 15-64 años, según datos del observatorio español de la droga y las toxicomanías de 2015 ⁸², que corresponde al 40,7%.

En el análisis de nuestros datos debemos realizar dos evaluaciones, por un lado los datos medios de las dimensiones y áreas antes de realizar la actuación odontológica (y que se corresponden con 36 casos), y que serán comparados con estudios de poblaciones consumidoras de sustancias drogodependientes de las cuales existe valores que nos sirven de referencia del cuestionario SF-36 ¹³⁶⁻¹⁴⁰, y por otro lado los datos medios de las dimensiones y áreas antes y después (correspondientes a 28 casos) de realizar el tratamiento comparados con valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de calidad de vida SF-36 ¹³⁰.

Al analizar la media de las diferentes dimensiones de nuestro estudio con el estudio de Fernández Rodríguez.V y col. ¹³⁷ donde analiza la calidad de vida utilizando el SF-36 en población consumidora de sustancias drogodependientes, observamos que existen similitudes en los resultados. Los datos mas similares los encontramos en la dimensión Funcionamiento físico, siendo en su estudio de una puntuación de 87,0 frente a 89 en el nuestro; en vitalidad de 57,6 frente a 56,3 en nuestro estudio y en salud mental de 59,3 frente a 52,7 en el nuestro. Las otras dimensiones tiene una mayor variación de puntuación que las nuestras, entorno a 8 puntos , siendo el funcionamiento social donde mas discrepancia encontramos , siendo en su estudio una puntuación de 74,8 frente a 64,3 en el nuestro. En el estudio de Garrida Ramón y col.(2006) ¹³⁸ los resultados son cercanos a los nuestro, siendo los

mas similares los referentes al dolor corporal, con una puntuación de 65 en su estudio frente al 66,7 en el nuestro, y los referentes al funcionamiento social, con una puntuación de 66,5 frente a una puntuación de 68,8 en nuestro estudio. En el resto de las dimensiones existe una variación entorno a 7 puntos, menos en salud general y en vitalidad, en las cuales ~~que~~ existe una diferencia de 23 puntos en el primero y de 17 puntos en el segundo.

Analizando otros trabajos como los de Iraurgi (2002,2004 y 2005) ¹³⁹⁻¹⁴¹ o el de Fernández Miranda (1999) ¹³⁷, podemos apreciar en sus resultados que la dimensión de funcionamiento es la que mayor puntuación tiene, siempre con valores superiores a 80, lo que concuerda con nuestros resultados. También podemos concluir que las dimensiones que se encuentran mas comprometidas son salud mental, vitalidad, rol emocional y salud general, coincidiendo con nuestros resultados, excepto en salud general donde nuestros datos se encuentra con valores superiores, entre 12 y 24 puntos dependiendo del estudio con el que nos comparemos ¹³⁵⁻¹⁴¹. Esta diferencia puede ser debida a que los individuos de los estudios analizados no hagan uso de las prestaciones socio sanitarias puestas a su disposición por los servicios comunitarios, salud, servicios sociales y adicciones, a diferencia de nuestra población, que al ser captados por los servicios del ayuntamiento, han empezado a acceder a estas prestaciones, pudiendo producir una mejor percepción de la salud general de nuestra población. En el trabajo realizado por El Khoury (2015) ⁸ demostraba que la inclusión en el programa, hizo detectar enfermedades en un 27% de los pacientes, pudiendo abordar su tratamiento de la manera mas adecuada, siendo una diferencia relevante de nuestro modelo de actuación en relación a

otros existentes.

En referencia a la evaluación de las áreas, coincidimos con Fernández Rodríguez.V y col. (2015) ¹³⁷, que a pesar de ser pacientes con un alto índice de comorbilidad física, las puntuaciones del sumatorio del componente físico son superiores a las que se evidencian en el sumatorio del componente mental.

En relación a la comparativa de nuestros resultados de antes y después con los datos de referencia de población general de la versión española del cuestionario de salud SF-36, que la hemos realizado con los resultados del estudio de Alonso J. y col. (1999) ¹³⁰.

De todas las dimensiones en nuestro estudio, la puntuación del funcionamiento físico es superior antes y después, 87,3 y 90,0 respectivamente, que la puntuación de referencia ¹³⁰ que es de 84,7. En el resto de las dimensiones las puntuaciones son mas bajas en el antes en comparación con los valores de referencia, siendo la salud general el que menos diferencia presenta, siendo entorno a los 2 puntos. La que mas discrepancia presenta es el rol emocional, que es de 38 puntos.

Realizando la comparativa de los resultados de después del tratamiento, existe un aumento de las puntuaciones de las dimensiones no solo en relación a las puntuaciones previas, sino con las puntuaciones de referencia para población general, estando por encima en funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general y vitalidad. Las dimensiones que siguen por debajo de los valores de referencia aun habiendo aumentado respecto a las puntuaciones del antes, son funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Son estas las dimensiones que aunque experimentan un importante cambio entre el antes

y el después, son mas complejas de posicionarlas en valores cercanos o superiores a los de referencia de población general de la versión española del cuestionario de salud SF-36

LIMITACIONES DE ESTUDIO

Como principal debilidad de nuestro trabajo destacamos el no haber alcanzado la muestra mínima obtenida mediante nuestro cálculo de tamaño muestral (38 pacientes), alcanzando solo 36 pacientes previos al tratamiento odontológico. No ha sido posible alcanzarla debido a las características de nuestra población, que dificulta enormemente su captación así como su seguimiento, y aunque en la encuesta previa nos hemos aproximado al tamaño muestral mínimo, en la encuesta final el número se ha visto reducido a 28 casos, superando con ello el máximo aceptado de casos perdidos del 20%, alcanzando el 22%, lo cual debilita los resultados.



TESIS DOCTORAL
José Jiménez González
Asistencia odontológica y Calidad de vida en una población de
desfavorecidos sociales

8 CONCLUSIONES

1-La calidad de vida en pacientes desfavorecidos socialmente

(pertenecientes a programas de inclusión social de drogodependientes y mujeres víctimas de violencia de género) mejora tras realizar un tratamiento básico odontológico.

2-El SF-36 es un test de fácil manejo y de rápida cumplimentación para los pacientes, resultando ser un instrumento útil y factible para medir la calidad de vida en pacientes desfavorecidos socialmente.

3-Tras el tratamiento odontológico básico se produce mejoría de todas las dimensiones del SF-36, y solo tres dimensiones: funcionamiento social, rol emocional y salud mental quedan por debajo de valores de población general para este cuestionario.

4-Existe un alto porcentaje de mujeres víctimas de violencia de género dentro de las mujeres consumidoras de sustancias drogodependientes.

5-La población de pacientes toxicómanos y en situación de exclusión social es una población compleja desde la perspectiva de la captación y el seguimiento, aun trabajando en su propio medio.

9 BIBLIOGRAFÍA

1. Alfonso Urzúa M, Caqueo-Úrizar A. Quality of life: A theoretical review. *Terapia Psicológica*. 2012; 30 (1): 61-7.
2. Arostegui I, Nuñez-Antón V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de vida relacionada con salud Short-Form-36(SF-36). *Estadística Española*. 2008; 50 (167): 147-192.
3. World health organization En: «World Health Organization». Handbook of Basic Documents. (5th edition). (1952). Palais des Nations: Ginebra, 3-20.
4. Ortiz J. «Valor y cuantificación de la calidad de vida en medicina». 1991. *Medicina Clínica*. 1991. (96): 66-69.
5. Jorge L. Tinzon García. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. . 2007; 39 (2): 93-97.
6. Arostegui I, Núñez-antón V. Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida realacionada con la salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística española*. 2008 50 (167): 147-192.
7. Karnofsky A y burchernal J. «The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer». En: *Evaluation of Chemotherapeutic Agents* (C.M. McLeod ed.). Columbia University Press: New York. 1949: 191-205.
8. El khoury Moreno L. Integración social de pacientes toxicómanos en

- riesgo de máxima exclusión, mediante la rehabilitación bucodental.
- Programa “Volver a reir”. Ayuntamiento de Sevilla – Fundación Odontología Social.(tesis doctoral) Universidad de Sevilla. Facultad de Odontología 2015.
9. OMS, grupo WHOQOL 1994
 10. Campbell, A. The sense of well-being in america: Recent patterns and trends. New York. 1981 Ed: (ISR)
 11. Meeberg, G.A. Quality of life: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 1993; (18): 32 – 38.
 12. Smith, K., Avis, N., & Assman, S. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. Quality of life research. 1999; (8): 447 – 459.
 13. Cummins, R.A. Objective and subjective quality of life: An inter- active model. Social Indicators Research. 2000; (52): 55-72.
 14. Haas, B. Clarification and integration of similar quality of life concepts. Journal of nursing Scholarships. 1999; (31) 215 – 220.
 15. Cummins, R. A. Moving from the quality of life concept to a theory. Journal of Intellectual Disability Research. 2004; (49) 699-706.
 16. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva. 2001.
 17. Montero-Martín J. Calidad de vida oral en población general (tesis doctoral). Universidad de Granada: Facultad de Odontología; 2006.
 18. Reisine S, Miller J.A. Longitudinal Study Work loss related to dental

- disease. Soc Sci Med. 1986; (22): 1309-14.
19. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of Teeth to Older Adults: Influences on the Quality of life. J Aun Dent Assoc.1993;(124):105-10.
 20. Sheinham A. Oral health, general health and quality of life, Bull World Health Organ.2005; (83): 644.
 21. World Health Organization. The World Oral Health Report 2003.Oral health, general health and quality of life. Geneva: World Health Organization. 2003.
 22. Gregory J, Gilson B, Robinson PG. Variation and change in the meaning of Oral health related quality of life: a “grounded” systems approach. Soc Sci Med.2005; (60): 1859-68.
 23. Blaun CS, Fries Be, Fiatorone BA. Factors associated with low body mass indexand weight loss in nursing home residents. J Gerodontol A Biol Sci Med.1995; (50): 62-8.
 24. Budtz-Jorgensen E ,Chung JP ,Rapin CH .Nutrition and Oral health. Best Pract Res Clin Gastroenrol. 2001;(15): 885-96.
 - 25.13.Agerberg G, Calsson G. Chewing Hability in relation to dental and general health. Acta Odontol Scand.1987; (89): 147-53.
 - 26.Miura H, Miura K, Mizuga H, Arai Y , Umenai T, Isogai E. Chewing ability and quality of life among the elderly resinding in a rural community in Japan. J Oral Rehabil.2000; (27): 731-4.
 - 27.15.McGrath C, Bedi R. A review of the influences of oral health on the quality of life. Int J Health Prom Educ 1999; (37): 116–119.

28. Fernández-Ballesteros, R. Quality of Life: The differential conditions. Psychology in Spain. 1998; (2): 57 – 65.
29. McMillan AS, Wong MCM, Lo ECM, Allen PF. The impact of oral disease among institutionalized and non-institutionalized elderly in Hong Kong. J Oral Rehabil 2003; (30): 46–54.
30. Jelsma J, Ferguson G. The determinants of self-reported health related quality of life in a culturally and socially diverse South African community. Bull World Health Organ .2004; (82): 206–212.
31. Skaret E, Haugejorden O. Oral Health Related Quality of Life (Ohrqol) review of existing instruments and suggestions for use in oral health outcome research in Europe. In: Bourgeois DM, Llodra JC, eds. European Global Health Indicators Development Project. Paris: Quintessence International, 2004; 99–110.
32. Carr A, Gibson B, Robinson PG. Is quality of life determined by expectations or experience? Br Med J. 2001; (322): 1240–1243.
33. Chen MS, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. Soc Sci Med. 1996; (43): 1213–1222
34. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being and life satisfaction in an older adult population. J Dent Res 2000; (79): 970–975.
35. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile – Short form. Community Dent Oral Epidemiol 2005; (33): 307–314.
36. Locker D. Oral health and quality of life. Oral Health Prev Dent 2004; (2):

247–253.

37. Decker SD, Schultz R, Wood D: Determinants of well-being in primary caregivers of spinal cord injured persons. *Rehabil Nurs* 1989;(14): 6-8.
38. Sprangers MA, Aaronson NK: The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a review. *J Clin Epidemiol* 1992; (45): 743-760.
39. Adulyanon S. An Integrated socio-dental approach to dental treatment need estimation(Tesis Doctoral). Universtiy College London; 1996.
40. Nikias MK, Sollecito WA, Fink R. An empirical approach to developing multidimensional oral status profiles. *J Public Health Dent*.1978; (38): 48-58.
41. Sheiham A. The Berlin Declaration on Oral Health and Oral Health Services; Berlin Declaration. Summary Report. *Community Dent Health*.1993;(10): 289-92.
42. Giddon DB, Mosier M, Colton T, Bulman Js. Quantitative relationships between perceived and objective need for health care-dentistry a model. *Public Health Rep*.1976; (91): 508-13.
43. Smith JM, Sheiham A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England *Community Dent Oral Epidemiol*.1980; (8): 360-4.
44. Elias AC, Sheiham A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. *J Oral Rehabil*.1998;(25): 649-61.
45. Mason J, Pearce MS, Walls AW, Parker L, Steele JG: How do factors at different stages of the lifecourse contribute to oral health related quality

- of life in middle age for men and women?. J Dent Res 2006, (85): 257-261.
46. McGrath C, Alkhatib MN, Al-Munif M, Bedi R, Zaki AS: Translation and validation of an Arabic version of the UK oral health related quality of life measure (OHQoL-UK) in Syria, Egypt and Saudi Arabia. Community Dent Health 2003, (20): 241-245.
47. Loe H, Anerud A, Boysen H, Smith M. The Natural History of Periodontal Disease in Man. Journal Periodontal Res.1978; (13): 550-562.
48. Skaret E, Astrom AN, Haugejorden O. Oral Health-Related Quality of life (QHRQOL) Review of existing instruments and suggestions for use in oral health outcome research in Europe. En: Europe Global oral health indications development project. Francia: Quintessence International. 2004: 99-100.
49. Peter F, Evans T. Ethical dimensions of health equity. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Challenging inequities in health. From ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001.
50. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services. 1992; 22 (3): 429-445.
51. Borrell C, Pasarín MI. The study of social inequalities in health in Spain: where are we? J Epidemiol Community Health. 1999; (53): 388-9.
52. Benach J, Daponte A, Borrell C, Artazcoz A, Fernández E. Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España. En: Navarro V, editor. El Estado de Bienestar en España. Madrid: Tecnos, 2004.

53. Benach J. La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gac Sanit.* 1997;(11): 255-57.
54. Mackenbach JP, Bakker MJ. European Network on Interventions and Policies to reduce inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet.* 2003; (362): 1409-14.
55. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid: Diaz de Santos, 1994. *Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health.* 1997; 1 (2) 164-71.
56. Navarro V, Benach J y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades sociales en salud en España. Las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University (EEUU), 1996.
57. Borrell C, Benach J, coordinadores. CAPS i Fundació J.Bofill. Les desigualtats en salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2003.
58. Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit.* 2004;(18) Suppl 1.
59. Grupo de trabajo de la SEE y de la SEMFyC. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria.* 2000; (25): 350-363.

60. Ledler EL, Beyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Beha 1997; (38): 21-37.
61. 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.
62. 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: 771–83.
63. 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: 787–94.
64. 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: 809–20.
65. Fundación Odontología Social Luis Seiquer. Fundación Odontología Social - Inicio [Internet]. [cited 2015 Mar 27]. Available from: <http://www.fundacionodontologiasocial.org/>
66. 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: 795–808.
67. Castaño A, Ribas D, Torrejón J. Proyecto de Odontología Social para pacientes con necesidades diferentes en Tetuán (Marruecos). In: Fundación Odontología Social, editor. Odontologia Preventiva y Comunitaria La Odontología Social Un Deber, una Necesidad, un Reto. 1ª ed. Sevilla. 2012: 1001–10.
68. Castaño A, Ribas D, Blesa E. Proyecto de Odontología Social en Ceuta. In: Fundación Odontología Social, editor. Odontologia Preventiva y Comunitaria La Odontología Social Un Deber, una Necesidad, un Reto. 1ª ed. Sevilla. 2012: 1135–44.
69. UN General Assembly, Declaration on the Elimination of Violence against Women, 20 December 1993, A/RES/48/104, available at: <http://www.refworld.org/docid/3b00f25d2c.html>. Updated on 20th December 1993 [accessed 8 January 2014].
70. Hegarty K. What is domestic violence and how common is it? In Intimate Partner Abuse and Health Professionals: New Approaches to Domestic Violence (eds G Roberts, K Hegarty, G Feder). Elsevier. 2006 : 19–40.
71. Europe C of Council of Europe Convention on preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence and Explanatory Report, Istanbul, Turkey: 11.v.2011, Cets. Council of

Europe;2012.

72. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. *Lancet*. The World Report on Violence and Health. 2002; 360 (9339):1083-88.
73. Duvvury N. Domestic violence in India: A summary report of three studies. International center for research on women: *Washington, DC*. 1999:1-58.
74. Garbin CA, Guimarães e Queiroz AP, Rovidá TA, Garbin AJ. Occurrence of traumatic dental injury in cases of domestic violence. *Braz Dent J*. 2012; (23): 72-6.
75. Coker AL, Sanderson M, Fadden MK & Pirisi L. 'Intimate partner violence and cervical neoplasia'. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000;9 (9):1015-23.
76. Sutherland CA, Bybee DI & Sullivan CM. 'Beyond bruises and broken bones: the joint effects of stress and injuries on battered women's health'. *Am J Community Psychol*. 2000; 30 (5):609-36.
77. Friedlander AH, Mahler ME. Major depressive disorder. Psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc*. 2001;132 (5):629-38.
78. Marques-Vidal P, Milagre V. Are oral health status and care associated with anxiety and depression? A study of Portuguese health science students. *J Public Health Dent*. 2006 ; 66 (1):64-6.
79. Hansa Kundu, Basavaraj.P. Domestic Violence and its Effect on Oral Health Behaviour and Oral Health Status. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*.2014 ; 8(11): 09-12.

80. Organización Mundial de la Salud en 1994 bajo el título Lexicon of Alcohol and Drug Terms
81. Miguez Navarro MC, Riaño Méndez B, Vázquez López P. Intoxicaciones no medicamentosas. En: Tratado de Urgencias en Pediatría. Benito J, Luaces C, Mintegi S, Pou J, editores. Ed Ergón, 2005: 738-747.
82. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, Observatorio español de la droga y las toxicomanías (oedt) .informe 2015 alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.
83. Etsch LR, Crandall L, Wohler-Torres B, Miles CC, Chitwood DD, McCoy CB (2002). Met and unmet need for dental services among active drug users in Miami, Florida. J Behav Health Serv Res, 29 (2): 176-88.
84. 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.
85. Robinson PG, Acquach S, Gibson B Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. Br Dent J, 2005; 198 (4): 219-24.
86. Laslett AM, Dietze P, Dwyer R . The oral health of Street-recruited injecting drug users: prevalence and correlates of problems. Addiction, 2008;103 (11): 1821-5
87. Morio KA, Marshall TA, Qian F, Morgan TA. Comparing diet, oral hygiene and caries status of adult methamphetamine users and nonusers: a pilot

- study. J Am Dent Assoc.2008; 139(2):171-6.
88. Rosenstein DI. Effect of long-term addiction to heroin on oral tissues. J Public Health Dent. 1975; 35(2): 118-122.
89. Klasser GD, Epstein J. Methamphetamine and its impact on dental care. J Can Dent Assoc. 2005; 71(10): 759-762.
90. Shaner JW, Kimmes N, Saini T, Edwards P. "Meth mouth": rampant caries in methamphetamine abusers. AIDS Patient Care STDS. 2006; 20 (3): 146-150.
91. Padilla R, Ritter AV. Meth mouth: methamphetamine and oral health. J Esthet Restor Dent. 2008; 20 (2): 148-149.
92. ShettyV,MooneyLJ,ZiglerCM,BelinTR,MurphyD,RawsonR.The relationshi pbetween methamphetamine use and increased dental disease. J Am Dent Assoc. 2010; 141(3): 307- 318.
93. Fazzi M, Vescovi P, Savi A, Manfredi M, Peracchia M. The effects of drugs on the oral cavity. Minerva Stomatol. 1999; (48):485-92.
94. Lamster IB, Begg MD, MitchellLewis D, Fine JB, Grbic JT, To- dak GG, et al. Oral manifestations of HIV infection in homosexual men and intravenous drug users. Study design and relationship of epidemiologic, clinical, and immunologic parameters to oral lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1994;(78):16374.
95. Graham CH, Meechan JG. Dental management of patients taking methadone. Dent Update. 2005; (32):47785.
96. Angelillo IF, Grasso GM, Sagliocco 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.
97. Nessa A, Latif SA, Siddiqui NI, Hussain MA, Hossain MA (2008). Drug abuse and addiction. *Mymensingh Med J*, 17 (2): 227-35.
98. 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: 929–40.
99. Molendijk B, Horst G Ter, Kasbergen M, Truin G-J, Mulder J. Dental health in Dutch drug addicts. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996; 24 (2):117–9.
100. 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 ;143 (9): 992–1001.
101. 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; 29 (2): 176-188.
102. Scheutz F. Fiveyear evaluation of a dental care delivery system for drug addicts in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1984;(12):29-34. 2.
103. Scheutz F. Anxiety and dental fear in a group of parenteral drug addicts. *Scand J Dent Res*. 1986; (94): 241-7.
104. Bullok K. Dental care of patients with substance abuse. *Dent Clin North Am*. 1999; (43):513-26.
105. Horst G, Molendijk G, Tjong EJ. Dental referral of drug addicts.

- Ned Tijdschr Tandheelkd. 1994;(101): 40-68.
106. Dedić A, Masić I, Paralija B, Licanin I. Periodontal findings in.
107. Laslett AM, Dietze P, Dwyer R. The oral health of streetrecruited injecting drug users: prevalence and correlates of problems. *Addiction*. 2008; (103): 182-15.
108. Novelli F, Calvanese I. The dental needs of patients affected by infectious pathologies and/or seropositivity. *Minerva Stomatol*. 2005; (54):53-62.
109. Metsch LR, Crandall L, WohlerTorres 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; (29): 176-88.
110. Angelillo IF, Grasso GM, Sagliocco G, Villari P, D'Errico MM. Dental health in a group of drug addicts in Italy. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1991;(19): 36-7.
111. Lohr, K.N. «Assessing health status and quality of life instruments: Attributes and review criteria». *Quality of Life Research*. 2002;11(3), 193-205.
112. Sanz, J. «Valor y cuantificación de la calidad de vida en medicina». *Medicina Clínica*. 1991(96): 66-69.
113. McDowell, I. Y Newell, C. «Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires» (2nd edition). Oxford University Press: New York. 1996.
114. Patrick, D.L. Y Deyo, R.A. (1989). «Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life». *Medical Care*

- .1989; 27 (3) : 217- 232.
115. Ferrer, M., Alonso, J., Morera, J., Marrades, R.M., Khalaf, A., Aguar, M.C., Plaza, V., Prieto, L. Y Antó, J.M. «Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life. The quality of life of chronic obstructive pulmonary disease study group». Annals of Internal Medicine 1997; 127(12): 1072-1079.
116. Torres, X., Arroyo, S., Araya, S. Y De Pablo, J. «The Spanish version of the Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-31): Translation, validity and reliability». Epilepsia.1999; 40(9):1299-1304.
117. Guyatt, G.H., Feeny, D.H. Y Patrick, D.L. «Measuring health-related quality of life». Annals of Internal Medicine.1993; 118 (8): 622-629.
118. Mchorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36- Item Short-Form Health Survey (SF-36). II. Psychometric and Clinical test of validity in measuring physical and mental health construct. Med Care 1993; 3: 247-63.
119. Donovan, K., Sanson-Fisher, R.W. Y Redman, S. «Measuring quality of life in cancer patients». Journal of Clinical Oncology. 1989; 7 (7): 959-968.
120. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc). 1995; 104: 771-6.
121. Gandek B, Ware JE Jr. (Eds). Translating functional health and

- well-being: International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project studies of the SF-36 Health Survey. Special Issue. J Clin Epidemiol. 1998; (51): 891-1214.
122. Ware JE. SF-36 health survey update. Spine. 2000; (25): 3130-9.
123. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. BMJ. 2002; (324):14-17.
124. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992; (30):473-83.
125. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center; 1993.
126. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Bucquet D, Bullinger M, et al. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Qual Life Res. 1992; (1): 349-51.
127. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplege A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol. 1998; (51): 913-23.

128. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Mosconi P, et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries. Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) project. Qual Life Res. 2004; (13): 283-98.
129. Parker SG, Peet SM, Jagger C, Farhan M, Castleden CM. Measuring health status in older patients. The SF-36 in practice. Age Ageing. 1998; (27):13-8.
130. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De La Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de salud SF-36. Med Clin (Barc) 1998; (111): 410-6.
131. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, Santed R, Valderas JM, Ribera A, Domingo-Salvany A, Alonso J, Investigadores Red-IRYSS. El cuestionario de salud sf-36 español: una década e experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005; 19 (2): 135-50
132. O'Mahony PG, Rodgers H, Thomson RG, Dobson R, James OF. Is the SF-36 suitable for assessing health status of older stroke patients? Age Ageing. 1998; (27): 19-22.
133. Parker SG, Peet SM, Jagger C, Farhan M, Castleden CM. Measuring health status in older patients. The SF-36 in practice. Age Ageing. 1998; (27): 13-8.

134. 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; 87 (6): 920–30.
135. Fernández Miranda J., González G^a-Portilla M. P, Saiz Martínez P. A., Gutiérrez Cienfuegos E. , Bobes García J.. Calidad de vida y severidad de la adicción en heroinómanos en mantenimiento prolongado con metadona. 1999; 11 (1): 43-52
136. Tirado Otálvaro A, Álvarez Gómez M, Velázquez Tirado JD, Lugo Agudelo LH, Giraldo Ferrer LF, Suarez Bermúdez AM, Wiedeman Rivera J. Calidad de vida de pacientes con dependencia a heroína de un centro de atención de drogodependencias de Medellín (Colombia). Invest Educ Enferm. 2012; 30(1): 36-43.
137. V. Fernandez Rodriguez, A.M. Fernandez Sobrino y J. Lopez Castro. La calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones .Revista de calidad asistencial. 2016; 31 (1): 3-9.
138. Garriga Ramón T, Samper Villar FJ, Utgés Nogués M. Evaluación de los objetivos asistenciales en usuarios de PMM: estudio de la calidad de vida. En: XXXIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. 2006. p. 160.
139. Iraurgi Castillo I, Póo M, Márquez Alonso I. Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. Rev Esp Salud Pública. 2004; (78): 609-21.

140. Iraurgi I, Casas A, Celorio MJ, García-Serrano G, Hormaza M. Estado de salud y calidad de vida en usuarios de un programa de mantenimiento con metadona. En: III Congreso Virtual de Psiquiatría, 2002. [consultado 16 Nov 2012]. Disponible en: www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/5590.
141. Iraurgi Castillo I, Jiménez-Lerma JM, Landabaso Vázquez M. Análisis de las características psicométricas del índice de salud SF-36 como indicador de resultados en drogodependencias. En: 6.º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis; 2005. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/3560>



10 ANEXOS

ANEXO I

INFORME TÉCNICO PARA LA CONTRATACIÓN, EN EL MARCO DEL PROGRAMA MUNICIPAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL "VOLVER A REIR", DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PERSONAS EN SITUACIÓN 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 REIR

1. POBLACIÓN DESTINATARIA

Personas ubicadas en las Zonas de Especial Actuación "Polígono Sur", "Tres Barrios-Amate" y "Polígono 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.

<p>Código Seguro de verificación: MV4XX2u0lv200K7a7i3bG21v==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://www.sevilla.org/verifirma/ 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 MV4XX2u0lv200K7a7i3bG21v==	PÁGINA	1/11
 MV4XX2u0lv200K7a7i3bG21v==			

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 Reir
- 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.

Código Seguro de verificación: 10433gthv003jgzi15b21v==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://www.sevilla.org/verifirma/ 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	FECHA	27/05/2015
	Antonio Enrique Tome Perez		
ID. FIRMA	infante.sevilla.org	PÁGINA	2/11

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:

- 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.

- 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 firmaría 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

Datos del Usuario:.....de.....de edad
actuando en nombre propio o en calidad de



TESIS DOCTORAL
José Jiménez González
Asistencia odontológica y Calidad de vida en una población de
desfavorecidos sociales

.....(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

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36
VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Copyright© 1995 Medical Outcomes Trust
All rights reserved.
(Versión 1.4, Junio 1.999)

Correspondencia:

Dr. Jordi Alonso
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
I.M.I.M.
Doctor Aiguader, 80
E- 08003 Barcelona, España
Tel. + 34 3 221 10 09
ax. + 34 3 221 32 37
E-mail: pbarbas@imim.es

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 ☐ Excelente
- 2 ☐ Muy buena
- 3 ☐ Buena
- 4 ☐ Regular
- 5 ☐ Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 ☐ Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 ☐ Algo mejor ahora que hace un año
- 3 ☐ Más o menos igual que hace un año
- 4 ☐ Algo peor ahora que hace un año
- 5 ☐ Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O
COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS
EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 ☐ Nada

2 ☐ Un poco

3 ☐ Regular

4 ☐ Bastante

5 ☐ Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 ☐ No, ninguno
- 2 ☐ Sí, muy poco
- 3 ☐ Sí, un poco
- 4 ☐ Sí, moderado
- 5 ☐ Sí, mucho
- 6 ☐ Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 ☐ Nada
- 2 ☐ Un poco
- 3 ☐ Regular
- 4 ☐ Bastante
- 5 ☐ Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Algunas veces
- 4 ☐ Sólo alguna vez
- 5 ☐ Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA
CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 ☐ Totalmente cierta
- 2 ☐ Bastante cierta
- 3 ☐ No lo sé
- 4 ☐ Bastante falsa
- 5 ☐ Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 ☐ Totalmente cierta
- 2 ☐ Bastante cierta
- 3 ☐ No lo sé
- 4 ☐ Bastante falsa
- 5 ☐ Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 ☐ Totalmente cierta
- 2 ☐ Bastante cierta
- 3 ☐ No lo sé
- 4 ☐ Bastante falsa
- 5 ☐ Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 ☐ Totalmente cierta
- 2 ☐ Bastante cierta
- 3 ☐ No lo sé
- 4 ☐ Bastante falsa
- 5 ☐ Totalmente falsa