 José Antonio Coello Suanzes. Prof. Asociado de Odontología Preventiva y Comunitaria. Odontólogo de la Unidad de Gestión clínica del hospital Universitario Virgen Macarena. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.
Luis El Khoury Moreno. Máster en Odontología Familiar y Comunitaria. Universidad de Sevilla.
José Jiménez González. Máster en Odontología Familiar y Comunitaria. Universidad de Sevilla.
Pablo Núñez Arcos. Máster en Odontología Familiar y Comunitaria. Universidad de Sevilla.
Antonio Castaño Séiquer. Prof. Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria. Presidente de la FOS. Universidad de Sevilla.

17

La atención odontológica en pacientes toxicómanos en situación de exclusión social. Experiencia de la Fundación Odontología Social Luis Séiquer (FOS)

Problemas bucodentales en población consumidora de drogas

Allukian M. (2000)¹ preconiza que existe una epidemia silenciosa y olvidada que afecta a la salud oral y que se centra en los grupos de población más vulnerables de la sociedad, pobres, ancianos, minorías étnicas, marginados sociales, población infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) etc., colocándolos en una situación de vulnerabilidad y desventaja desproporcionada. Las personas sin hogar tienen la mitad de probabilidades que la población general de haber realizado una visita al dentista en el último año (26,7% frente al 50%)², y en los consumidores de drogas existe una asociación independiente entre la necesidad de servicios dentales y el uso de drogas³.

El abuso de drogas presenta una alta prevalencia y es un problema de salud de los más devastadores del mundo^{4,5}. En España, el cannabis es la sustancia más consumida (30,4%), seguida de la cocaína (10,3%), el éxtasis (4,3%)

y las anfetaminas (3,8%). En nuestro país, la prevalencia de consumo de sustancias ilegales es mayor entre adultos jóvenes (15-34 años)⁶. Por grupos de edad, las drogas más consumidas en el último mes son el cannabis en los jóvenes de 15 a 24 años y la cocaína en los de 15 a 34 años. Por encima de los 34 años, las drogas más consumidas son la cocaína y la heroína. Por sexo, los hombres consumen más sustancias ilegales que las mujeres⁷. En 2012, la edad media de todos los pacientes en tratamiento de deshabituación de drogas en España era de 34 años. La distribución por sexo fue de 84% varones y 16% mujeres⁷.

Los abusos de consumo de drogas conllevan múltiples problemas de salud directos, tanto psíquicos como físicos, y entre ellos podemos destacar las enfermedades orales, estando los problemas dentales entre los más frecuentes que padecen³. Como problemas indirectos que recaen sobre el entorno social y sobre el sistema sanitario, caben destacar la reducción y pérdidas de tiempos de trabajo, violencia, delincuencia, prostitución, transmisión de enfermedades infecciosas e incremento de costos de atención sanitaria⁸⁻¹⁰. El poli consumo de drogas sigue siendo un patrón de consumo muy común, afectando prácticamente a la mitad y en el que el alcohol suele estar siempre presente⁷.

Además existe una estrecha relación entre la salud oral y la salud general de las personas, así como su bienestar y calidad de vida, siendo la pérdida de la salud oral algo que afecta en la actualidad con más frecuencia a los grupos más vulnerables de la sociedad: pobres, ancianos, minorías étnicas, marginados sociales, población infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) etc. En mayo del año 2000, David Satcher,¹¹ Subsecretario de salud y Director General de Sanidad de los EE.UU. dio a conocer el primer informe de salud bucodental realizado en los EE.UU. En dicho informe se hizo hincapié en la estrecha relación existente entre la salud oral y la salud general de las personas así como su bienestar, junto con las principales desigualdades en salud existente en la población general.

Robbins, JL. y cols (2010)¹² en su estudio sobre necesidades de salud general y salud oral, realizado en la ciudad de San Francisco sobre población adicta a drogas inyectables y sin hogar, concluyen que presentan altas necesidades de salud oral y que el 64% de los pacientes han presentado necesidades de atención de salud oral en los últimos 6 meses. También refieren una alta automedicación mediante el consumo de opiáceos para el tratamiento del dolor crónico y que el hecho de que dispongan de una asistencia dental gratuita incrementa significativamente las probabilidades de que ellos mismos demanden asistencia para su salud oral.

Además, en los pacientes drogodependientes sometidos a tratamientos de deshabituación, la retirada del tóxico puede desembocar en la aparición de dolor de origen dental, lo que puede interferir en el tratamiento y en la búsqueda abstinencia, así como en posibles recaídas. Madinier, I. y Cols (2003)¹³ en un estudio de casos y controles observaron que un 52% de adictos a heroína intravenosa, admitieron haber utilizado la droga con fines analgésicos. El alivio del dolor dental que puede proporcionar la heroína, la cocaína y la metadona puede ser también un factor que ayude a entender la causa de la baja asistencia dental de los adictos a drogas. También tendríamos que considerar la tendencia en estos pacientes a la automedicación para el dolor dental.¹⁴

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A POBLACIÓN CONSUMIDORA DE DROGAS Y EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL

En general, los consumidores de drogas se han mostrado menos propensos que los no consumidores a recibir medidas sanitarias preventivas, y más propensos a la utilización de servicios sanitarios de emergencias^{10,15-17}. Por otro lado, no hay suficiente información sobre como accede la población drogodependiente a los servicios sanitarios comunitarios y las dificultades de acceso que encuentran para ello, así como la difusión entre ellos de los diferentes programas de atención establecidos por la comunidad para el tratamiento de las diferentes adicciones a drogas¹⁸. Sí es conocido que son más propensas a entrar en programas de tratamiento por abusos de drogas y alcohol las personas de mayor edad, y que generalmente no buscan apoyo terapéutico hasta que sus problemas se han convertido en graves o existen problemas sociales importantes, como pueda ser problemas en el lugar de trabajo o problemas penales con la justicia que favorecen su derivación a programas de tratamiento¹⁹.

Existen múltiples iniciativas de tratamiento de personas adictas en todo el mundo con equipos multidisciplinares que atienden los diferentes ámbitos sociales y de salud de la persona, pero existen pocas experiencias en los que se integre y contemple la rehabilitación de su salud oral, a pesar de la estrecha relación entre esta y la salud general y calidad de vida, y a pesar también de que sea la salud oral una de las grandes afectadas como consecuencia del consumo de drogas. Los problemas dentales se encuentran entre los mas frecuentes que padecen, y existe una asociación entre la necesidad de servicios dentales y el uso de drogas, lo que sugiere la necesidad de implementar políticas que incrementen el acceso de los usuarios de drogas a los servicios dentales, así como para otros grupos desfavorecidos socialmente³. La prevalencia de necesidades de tratamiento dental insatisfechas varía en relación con las características demográficas y económicas. Así mismo, las diferencias entre el nivel de salud oral en diferentes grupos sociales se pueden ver agravadas e incrementadas por las diferencias existentes en la accesibilidad y utilización de los recursos sanitario.

La mayoría de los sistemas de salud del mundo ofrecen servicios sanitarios para el tratamiento e integración de las personas con adicción a drogas, pero la mayoría carecen de programas de atención a la salud oral, a pesar de los graves problemas de salud oral que se asocian al consumo de drogas. Entre las patologías más frecuentes encontramos caries generalizadas, patologías periodontales, displasia de mucosas, xerostomía, bruxismo y pérdidas de dientes. Además, los cuidados en salud oral tienen efectos positivos en los consumidores de drogas, como es su necesidad de control del dolor y ayudar a eliminar los estigmas²⁰. Estos programas de salud oral deberían además incluir diferentes aspectos de la atención sanitaria como la educación para la salud y prevención, y no sólo atención clínica, máxime cuando la insatisfacción personal con su propia salud oral no es infrecuente encontrarla entre los adictos a drogas²¹.

Como dice el profesor Allukian (2000)¹, es hora de asumir la voluntad de modificar las políticas de salud e incluir la salud bucodental dentro de todas las políticas y programas específicos de salud, puesto que la salud oral debe ser un componente integral e importante dentro de todos los programas de salud, y aunque él se refiere a su país, EE.UU., es una aseveración perfectamente extrapolable a nuestro país y a nuestra comunidad autónoma andaluza. Es la forma más justa de luchar contra las desigualdades en salud oral que encontramos en la actualidad.

EXPERIENCIA DE LA FUNDACIÓN ODONTOLOGÍA SOCIAL LUIS SÉIQUER (FOS). PROGRAMA “VOLVER A REÍR”. CIUDAD DE SEVILLA, ESPAÑA

La población drogodependiente presenta escasa frecuentación de los servicios sanitarios odontológicos, estando ello motivado por múltiples causas entre las que podríamos destacar la exclusión en el mercado de trabajo, la escasez de recursos económicos y situaciones de exclusión social. Su alta prevalencia de patología oral en relación con la población general y sus problemas de accesibilidad a los servicios sanitarios odontológicos no son compensados por la existencia de programas comunitarios de captación e integración por parte de los servicios públicos, ni por la existencia de servicios odontológicos específicos atendidos por profesionales capacitados, provocando todo ello la presencia de alta incidencia y prevalencia de patología oral y de barreras de accesibilidad a los servicios sanitarios difíciles de superar para este grupo de población. Existen pocas experiencias en la literatura científica sobre dispositivos odontológicos gratuitos, integrados con los demás servicios comunitarios y localizados en el mismo medio social de los pacientes adictos a drogas ilegales. Sí es más frecuente en la literatura científica dispositivos asistenciales destinados a personas sin hogar²²⁻²⁵.

202

Scheutz, F. (1984)²⁶ describe que el errático comportamiento social de este grupo de pacientes hace casi imposible el mantenimiento adecuado de una atención bucodental regular en el tiempo. Describe que la anulación de citas y la falta de asistencia a las mismas es un problema que se presenta con mucha frecuencia, lo que dificulta enormemente tanto el tratamiento como el seguimiento clínico del paciente, punto este también aseverado por Molendijk., B. Y cols. (1996)²⁷ y lo cual favorece que los pacientes consumidores de drogas ilegales puedan ser estigmatizados por los profesionales de la salud¹⁶.

La FOS²⁸ 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 culturas, 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.^{29,30}

En la ciudad de Sevilla, la FOS 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 Séiquer, mediante la firma de un convenio de prestación de servicios entre ambas instituciones²⁸.

En la literatura científica encontramos experiencias en las que se constata que diferentes tipos de incentivos pueden incrementar la participación de población en determinados programas preventivos y terapéuticos³¹. La barriada del Polígono Sur es quizá el mayor exponente de zona degradada social y económicamente de la ciudad de Sevilla, estando incluida como Zona de Necesidad de Transformación Social (ZNTS), encontrando en ella precariedad económica, desempleo, multiétnicidad, y niveles elevados de drogadicción y delincuencia. Desde las dependencias municipales de la Sección de Prevención y Atención a las Adicciones del Servicio de Salud el Sr. D. Antonio Enrique Torné Pérez (Jefe del Negociado de Incorporación Sociolaboral y Reducción de Daños) diseñó un proyecto denominado “*Volver a Reír*”, por las connotaciones de rehabilitación de la vida personal y social, rotas por la dependencia a las drogas, y el cual contemplaba por tanto la intervención con una población renuente a acudir a los dispositivos de salud, servicios sociales, adicciones, etc., a pesar de padecer enfermedades y condiciones de habitabilidad ínfimas, sin poder beneficiarse de recursos a los que como ciudadanos tenían derecho y que incidirían en la mejora de sus condiciones de vida. Es un programa con componentes de promoción de la salud, prevención y rehabilitador, totalmente gratuito y que sirve de incentivo para la captación de personas drogodependientes en riesgo de máxima exclusión social y conseguir su integración e incorporación a los dispositivos de salud, servicios sociales y adicciones.

VOLVER A REÍR. PERÍODO 2010-2015

Resultados clínicos

Entre el año 2010 y 2015 han sido remitidos para su inclusión en el programa 97 pacientes, con una edad media de 44,89 años (DS: 8,063) (IC 95%: 1,5-8,4) y un rango de 27-68. La edad media en los hombre fue de 46,37 años (DS: 8,28) y en las mujeres de 41,44 (DS: 6,40), encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,005$).

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

En relación con los tratamientos aplicados, se realizaron un total de 414 exodoncias, con una media por paciente de 3,94 (DS: 5,11) y un rango de 0-22, siendo su distribución por sexo de 3,63 (DS: 5,36) de media en los varones y de 4,66 (DS: 4,52) de media en las mujeres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,120$). En relación a las necesidades periodontales, 46 (47,4 %) pacientes precisaron alguna intervención (tartrectomía o raspado y alisado radicular) y 51 (52,6 %) no precisaron intervención alguna. La necesidad de prótesis parcial removible así como su elaboración fue necesaria en 45 (46,4 %) pacientes.

Resultados de utilización de servicios

En relación a las consultas por paciente hemos obtenido una media de 9,51 (DS: 5,65) consultas por paciente, con un rango de 0-22.

Al analizar las faltas a las citas por parte de los pacientes destacamos su distribución por sexo, con una media de 1,15 (DS: 1,84) faltas a citas en los varones y de 3,38 (DS: 4,14) en las mujeres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,007$).

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

En relación con los abandonos del programa de atención odontológica, una vez comenzado este, hemos registrado unos valores de 22 (22,7%) abandonos.

Resultados de integración social

204

Tras la finalización del tratamiento y transcurrido seis meses, se pasó una encuesta en la que se intentaba valorar la mejora de integración social en relación con la actuación odontológica, elaborada por la Sección de Prevención y Atención a las Adicciones del Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla y que es auto administrada, contando con la colaboración de un odontólogo en caso de que lo solicite para solventar alguna duda. Constaba de 24 ítems agrupados en tres áreas (médica, social y personal), y que tan solo fue rellenada por 33 pacientes. Destacamos varios resultados a continuación.

En el área médica destacamos que la implantación del programa de atención odontológica sirvió para que el 30,8% del total de paciente encuestados acudieran al médico de Familia, pues o no lo hacían nunca (6%) o no recordaban al última vez que lo hicieron (24,2%). Esta captación para los servicios de salud permitió la realización de estudios analíticos en el 48,5%, pues, o bien no se las habían realizado nunca (6,1%), o no recordaban cuando (42,4%), lo que supone un importante objetivo en pacientes con grandes afectaciones de su salud general.

La prescripción de analítica previa para entrada en el programa conllevó un alto índice de diagnóstico de patología desconocida, con porcentajes superiores al 40% de los casos (TABLA 1).

	Nº	%
Sí	14	42,4
No	19	57,6

TABLA 1. HALLAZGOS DE PATOLOGÍA DESCONOCIDA

En el área social, destacar que el 72,7% de los encuestados manifestaron haber mejorado su apoyo social tras la inclusión en el programa (TABLA 2), mejora que además se trasladaba al ámbito familiar en el 78,8% (TABLA 3).

	Nº	%
<i>Sí</i>	24	72,7
<i>No</i>	9	27,3

TABLA 2. MEJORAS EN EL APOYO SOCIAL

	Nº	%
<i>Sí</i>	26	78,8
<i>No</i>	7	21,2

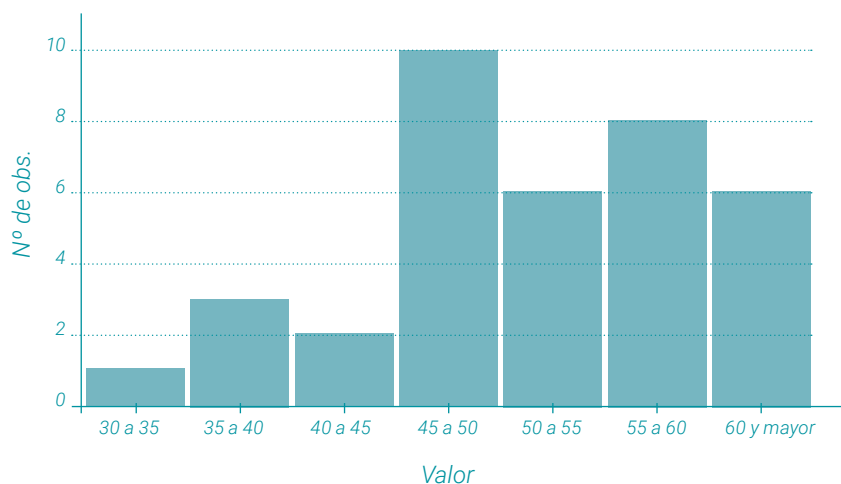
TABLA 3. MEJORAS EN EL APOYO SOCIAL

Resultados en percepción de calidad de vida

La FOS también ha querido evaluar en su atención a los pacientes toxicómanos en situación de exclusión social, dentro del marco de asistencia del programa “Volver a reír”, en qué medida mejora la percepción de calidad de vida de los pacientes tras su rehabilitación oral mediante prótesis, fundamentalmente removibles. Esta evaluación se ha llevado a cabo mediante un estudio casi experimental tipo antes-después, sin grupo control, sobre una muestra de 28 pacientes rehabilitados mediante prótesis removibles³².

La evaluación de mejora de la percepción de calidad de vida se ha realizado mediante el empleo del cuestionario de calidad de vida SF-36 en español, uno de los instrumentos genéricos más utilizados en el territorio nacional, tanto en estudios descriptivos que miden el impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en distintas poblaciones de pacientes, como para la evaluación de intervenciones terapéuticas, aparecido en EE.UU. en la década de los 90³².

Se analizaron 36 pacientes. Al inicio del estudio 36 de los participantes contestaron completamente al cuestionario, mientras que solo 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 (FIGURA 1). 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 GRÁFICA 1). De todos los pacientes estudiados, 34 (94,4%) se rehabilitaron oralmente mediante la colocación de prótesis removibles parciales o totales.



GRÁFICA 1. HISTOGRAMA PARA EDAD

La evaluación de los tratamientos odontológicos nos muestra que estos redundan en una mejora de la percepción de la calidad de vida de los pacientes, produciéndose mejoras en las puntuaciones de todas las dimensiones y áreas, mejoras que son además, estadísticamente significativas (TABLA 4).

206

	Antes	Después	
Áreas	Media (DS) (IC95%)	Media (DS) (IC95%)	Valor P
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 4: MEJORAS EN PUNTUACIÓN DE ÁREAS DE CVRS MEDIDAS CON SF-36, ANTES Y DESPUÉS DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS REHABILITADORES EN POBLACIÓN TOXICÓMANA EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia nos informa de que la creación de dispositivos de atención odontológica para pacientes adictos a drogas en situación de exclusión social, integrados en su propio medio, coordinados con el resto de programas de atención médica e inclusión social, y atendidos por personal especializado, es una propuesta que es rentable en términos de salud comunitaria, salud oral y salud general, integración social y de mejora de CRVS.

Las instituciones públicas deberían considerar la implementación de dispositivos sanitarios odontológicos con características especiales, para la atención a los pacientes toxicómanos en situación de exclusión social y otras subpoblaciones en igual situación de exclusión social.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Allukian M. The neglected epidemic and the surgeon general's report: a call to action for better oral health. *Am J Public Health*. 2000; 90(6): 843–5.
- ² Celberg L, Linn LSLS, Rosenberg DJ, Gelberg L, Linn LSLS, Rosenberg DJ. Dental health of homeless adults. *Spec Care Dentist*. 1988; 8(4): 167–72.
- ³ 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): 176–88.
- ⁴ Nessa A, Latif SA, Siddiqui NI, Hussain MA, Hossain MA. Drug abuse and addiction. *Mymensingh Med J*. 2008; 17(2): 227–35.
- ⁵ United Nations Office on Drug and Crime. World Drug Report 2011. United Nations Publications, editor. Viena; 2011. Available from: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf
- ⁶ Benavides FG, Ruiz-Forès N, Delclós J, Domingo-Salvany A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. *Gac Sanit*. 2013; 27(3): 248–53.
- ⁷ Observatorio europeo de las drogas y las toxicomanías. EMCDDA | Spain country overview — a summary of the national drug situation [Internet]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/spain>
- ⁸ Brienza RS, Stein MD, Chen M-H, Gogineni A, Sobota M, Maksad J, et al. Depression among needle exchange program and methadone maintenance clients. *J Subst Abuse Treat*. 2000; 18(4): 331–7.
- ⁹ Chen C-Y, Lin K-M. Health consequences of illegal drug use. *Curr Opin Psychiatry*. 2009; 22(3): 287–92.
- ¹⁰ Robinson PG, Acquah S, Gibson B. Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. *Br Dent J*. 2005 Feb; 198(4): 219–24.
- ¹¹ U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville, [Internet]. National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000. Available from: <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/sgr/welcome.htm>
- ¹² 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.
- ¹³ Madinier I, Harrosch J, Dugourd M, Giraud-Morin C, Fosse T. The buccal-dental health of drug addicts treated in the University hospital centre in Nice. *Presse Med*. 2003; 32(20): 919–23.
- ¹⁴ Van Hout MC, Evelyn H. Oral health behaviours amongst homeless people attending rehabilitation services in Ireland. *J Ir Dent Assoc*. 2014; 60(3): 144–9.
- ¹⁵ Chitwood DD, Sanchez J, Comerford M, McCoy CB. Primary preventive health care among injection drug users, other sustained drug users, and non-users. *Subst Use Misuse*. 2001; 36(6–7): 807–24.
- ¹⁶ 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.

- ¹⁷ De Palma P, Nordenram G. The perceptions of homeless people in Stockholm concerning oral health and consequences of dental treatment: a qualitative study. *Spec Care Dentist*. 2005; 25(6): 289–95.
- ¹⁸ Booth BM. Introduction to health services research in substance abuse: Research in practice. *J Behav Health Serv Res*. 2002; 29(2): 113–4.
- ¹⁹ Weisner C, Matzger H. A prospective study of the factors influencing entry to alcohol and drug treatment. *J Behav Health Serv Res*. 2002; 29(2): 126–37.
- ²⁰ Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebzi SZ, Ekhtiari H, Virtanen JI. Oral health of drug abusers: A review of health effects and care. *Iranian Journal of Public Health*. 2013; 43(9): 929–40.
- ²¹ D'Amore MM, Cheng DM, Kressin NR, Jones J, Samet JH, Winter M, et al. Oral health of substance-dependent individuals: impact of specific substances. *J Subst Abuse Treat*. 2011; 41(2): 179–85.
- ²² O'Connell JJ, Oppenheimer SC, Judge CM, Taube RL, Blanchfield BB, Swain SE, et al. The Boston Health Care for the Homeless Program: a public health framework. *Am J Public Health*. 2010; 100(8): 1400–8.
- ²³ Figueiredo RLF, Hwang SW, Quiñonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. *J Public Health Dent*. 2013; 73(1): 74–8.
- ²⁴ Simons D, Pearson N, Movasaghi Z. Developing dental services for homeless people in East London. *Br Dent J*. 2012 Oct; 213(7):E11.
- ²⁵ Ford PJ, Cramb S, Farah CS. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. *Aust Dent J*. 2014; 59(2): 234–9.
- ²⁶ Scheutz F. Five-year evaluation of a dental care delivery system for drug addicts in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1984; 12(1): 29–34.
- ²⁷ 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.
- ²⁸ Fundación Odontología Social Luis Seiquer. Fundación Odontología Social. [cited 2017 Mar 27]. Available from: <http://www.fundacionodontologiasocial.org/>
- ²⁹ Castaño A, Ribas D, Coello JA. Proyecto de Odontología Social en República Dominicana. En: *Odontología Preventiva y Comunitaria La Odontología Social Un Deber, una Necesidad, un Reto*. Ed: Fundación Odontología Social; 1ª Edic. Sevilla; 2012. p. 795–808. Available from: www.fundacionodontologiasocial.org
- ³⁰ Castaño A, Torne A, El Khoury L, Ribas D. Programa de odontología social para drogodependientes en situación de máxima exclusión social. In: *Odontología Preventiva y Comunitaria La Odontología Social Un Deber, una Necesidad, un Reto*. Ed: Fundación Odontología Social. 1ª Edic. Sevilla; 2012. p. 1081–92. Available from: www.fundacionodontologiasocial.org
- ³¹ García-Rodríguez O, Secades-Villa R, Alvarez Rodríguez H, Río Rodríguez A, Fernández-Hermida JR, Carballo JL, et al. Effect of incentives on retention in an outpatient treatment for cocaine addicts. *Psicothema*. 2007 Feb; 19(1): 134–9.
- ³² Jiménez J. Asistencia odontológica y calidad de vida en una población de desfavorecidos sociales (tesis doctoral). Universidad de Sevilla; 2017.