

09 **La Odontología Social como recurso comunitario para colectivos vulnerables. Mejora de la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual y mayores dependientes**

Origen y finalidad del proyecto

Desde el mes de junio del 2015, la Asociación de Obras Cristinas de Gibraleón (AOC), lleva a cabo un proyecto de un gran calado social, destinado a atender a los colectivos más necesitados.

El objetivo general de la asociación, constituida en 1978 y declarada por el Ministerio de Interior entidad de Utilidad Pública desde 1997, no es otro que contribuir a la atención, diagnóstico, rehabilitación, promoción, e integración de personas con discapacidad física, psíquica o sensorial, mayores dependientes y menores en situación de desamparo con el fin de garantizar el bienestar físico y psicosocial y ayudar a la promoción humana y al desarrollo integral de todos los usuarios de sus centros. Paralelamente, amplía sus servicios a los colectivos más desfavorecidos socialmente del área geográfica próxima en la que se encuentra, concretamente en las localidades españolas de Gibraleón y Beas, en la provincia de Huelva, además de impulsar proyectos de cooperación internacional en Jalisco (México), La Serena (Chile), Córdoba (Argentina) y Kiev (Ucrania).

Dentro del mapa de servicios en constante desarrollo prestado por la Asociación de Obras Cristianas, surge en la primavera del año 2015, un proyecto social que bajo el epígrafe Clínica Dental Solidaria pretendía abarcar el área de

la salud y concretamente la salud bucodental de los colectivos institucionalizados en nuestros recursos residenciales, mejorando con ello su calidad de vida, además de abrir su campo de actuación a través de los servicios sociales de Gibraleón y municipios colindantes, a todas las personas en situación de exclusión social.



1. Antonio Castaño, Presidente de Fundación Odontología Social y Diego Suárez, Presidente de Obras Cristianas.

Este proyecto se materializa a raíz de los acuerdos firmados entre la Fundación Odontología Social Luís Seiquer de Sevilla (FOS) dirigida por el Dr. Antonio Castaño Séiquer y la Asociación de Obras Cristianas de Gibraleón (AOC) presidida por el Padre Diego Suárez Mora.

POBLACIÓN DESTINARIA Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

Ambas entidades coinciden que el objetivo principal del proyecto sea la atención bucodental de aquellos colectivos más vulnerables, entre los que se encuentran personas con discapacidad intelectual y mayores dependientes, cuyas necesidades en esta materia no son cubiertas por el Servicio Andaluz de Salud ni por la Consejería de Bienestar y Servicios Sociales, cuyas aportaciones dentro del concierto suscrito con la asociación obvia estas atenciones.

El proyecto, diseñado por el Dr. Castaño Séiquer, cuenta con unas instalaciones donde se dispone de tres gabinetes dentales además de una unidad móvil destinada principalmente a la promoción y sensibilización de hábitos saludables bucodentales en la población escolar.

La estructura de trabajo con un irrenunciable carácter social trabaja a través de la derivación de los usuarios de nuestros centros y el establecimiento de contactos con entidades tanto públicas como privadas, quienes remiten a los pacientes susceptibles de un tratamiento bucodental, a los que se realiza un estudio de cada caso (usuario) y un informe social donde se acredita la idoneidad para acceder al servicio. Este procedimiento permite NO atender a pacientes que puedan costearse el tratamiento en una clínica dental normalizada.

A día de hoy, la Clínica Dental Solidaria de Gibraleón mantiene diferentes convenios de colaboración con entidades privadas y entes públicos entre los que se encuentran asociaciones, ayuntamientos, centros de Salud dependientes del Servicio Andaluz de Salud y Servicios Sociales Comunitarios de la Diputación Provincial de Huelva. El trabajo realizado por parte de estas organizaciones es de



gran relevancia, ya que son las responsables de derivar mediante la emisión de informes favorables a los pacientes que reúnen los requisitos necesarios para ser atendido en nuestra clínica dental, entre los que se encuentran personas desempleadas, personas mayores, discapacitados, menores tutelados, mujeres maltratadas y personas en programas de rehabilitación, entre otros. Los requisitos exigibles a los usuarios beneficiarios del servicio que prestamos, son principalmente rentas bajas o inexistentes y situación de exclusión social, entre los que se encuentra la población residente en nuestros centros.

GRÁFICA 1. CICLO DE ACTUACIÓN DE LA CLÍNICA DENTAL SOLIDARIA

INTERVENCIONES REALIZADAS

Los resultados obtenidos desde la apertura en febrero de 2016 hasta junio de 2017 han sido muy positivos. Se han valorado más de 600 personas, llevando a cabo los tratamientos que a continuación se detallan:

<i>Tratamiento</i>	<i>Intervenciones</i>
<i>Exodoncias</i>	423
<i>Tratectomías</i>	96
<i>Raspado y alisado</i>	116
<i>Obturaciones</i>	285
<i>Reconstrucciones</i>	47
<i>Selladores</i>	40
<i>Prótesis</i>	57
<i>Composturas</i>	20
<i>Férulas de descarga</i>	13
<i>Total intervenciones</i>	1097

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE INTERVENCIONES FEBRERO 2016-JUNIO 2017

Por colectivos, los diferentes perfiles tratados a lo largo de este año y medio de funcionamiento han sido los siguientes:

<i>Tratamiento</i>	<i>Intervenciones</i>
<i>Discapacitados intelectuales</i>	107
<i>Mayores dependientes</i>	46
<i>Menores en situación de desamparo</i>	19
<i>Mujeres maltratadas</i>	8
<i>Extoxicómanos</i>	11
<i>Personas en exclusión social</i>	397
<i>Menores infractores</i>	16
<i>Total beneficiarios</i>	604

TABLA 2. PERFIL DE USUARIOS BENEFICIARIOS

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y MAYORES DEPENDIENTES DE LA ASOCIACIÓN DE OBRAS CRISTIANAS DE GIBRALEÓN

El término discapacidad supone la manifestación de limitaciones en el desarrollo humano con consecuencias directas a la hora de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características. Las intervenciones a sujetos con discapacidad intelectual o mayores dependientes con avanzados estados degenerativos han permitido cambiar la realidad diaria de nuestros beneficiarios incidiendo notablemente en su calidad de vida.

El punto de partida, presenta una población cuyo perfil en relación a la atención odontológica es compleja, donde la higiene oral es deficiente (Dávila, Gil, Daza y col. 2005). De hecho algunos estudios refieren que los problemas orales más frecuentes son caries dentales, pérdida de dientes y enfermedad periodontal (Bissar, Kaschke, Gerhard, 2010) asociadas al grado de retardo mental, estrato social e ingresos económicos, entre otros (Kumar, Sharma, Duraiswamy y Kulkarni, 2009). En consecuencia, se produce un efecto negativo en su calidad de vida, debido a la dificultad para hablar, comer y presencia de dolor.

La atención humanizada y personalizada prestada desde la Clínica Dental Solidaria implementando mecanismos que fortaleciendo la accesibilidad al sistema han permitido mejorar la educación en personas más dependientes y la resolución de problemas de salud Bucal a todo el colectivo ha tenido importantes repercusiones directamente ligadas con la realización de actividades básicas como comer o hablar con mayor claridad así como consecuencias psicosociales vinculadas a un incremento de la autoestima y una mejora en términos afectivos y emocionales.

La observación directa de nuestros usuarios tras las intervenciones realizadas, manifiestan considerables mejoras en su bienestar psicológico, comunicación social y disminución del dolor físico



2. Atención bucodental en la Clínica Dental Solidaria.



3. Intervención a persona con discapacidad intelectual.

y de las limitaciones funcionales, facilitando la realización de sus actividades cotidianas ocupacionales en nuestros centros. Aspectos con un elevado impacto en la calidad de vida de los adultos mayores, evidenciando lo que dicen otros estudios, donde una alta percepción de calidad de vida se encuentra directamente relacionada con un buen estado de salud bucal (Atchison y Dolan 1990), mayor desempeño de su rol social (Tubert-Jeannin, Riordan, Morel-Permont, Porchera y Saby-Collet, 2003) y mejora de la calidad de vida de las personas (Restrepo, Morales, Ramírez, López y Varela, 2006).

En conclusión, las actuaciones llevadas a cabo desde la clínica han permitido:

- Aumentar la autoestima de nuestros usuarios.
 - Mejorar el mapa de servicios de nuestros centros ante las familias y administración competente
 - Mejorar la prevención y promoción de la salud bucal en personas jóvenes con discapacidad.
- Estandarizar planes de atención bucodental con el resto de los equipos de nuestros recursos residenciales (cuidadores, enfermeras, terapeutas, maestras, nutricionistas, etc.) para que desde cada área se puedan implementar medidas que permitan lograr un mayor impacto con respecto a la Salud Bucal.
 - Personalizar la prestación odontológica adaptada a las necesidades de cada paciente, aspecto que hasta ahora no era posible ante la imposibilidad económica de acceder a clínicas convencionales

BIBLIOGRAFÍA

Atchison KA, Dolan TA. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Dent Educ. 54:680-7.

Bissar A, Kaschke I, Gerhard A. (2010). Oral health in 12- to 17-year-old athletes participating in the German Special Olympics. International Journal of Paediatric Dentistry. 20(6): 451-457.

Bortoletto A, Oliveira T. (2010). A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population. Rev Odonto Ciênc. 25:126-31.

Dávila M, Gil M, Daza D, Bullones X, Ugel E. (2006). Caries dental en personas con retraso mental y síndrome de down. Rev. Salud pública [serial on the Internet]. Dec [cited 2010 June 13]; 8(3):207-213.

Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S. (2009) Determinates for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. J Indian Soc Pedod Prevent Dent. 27(3): 151-157.

Restrepo SL, Morales RM, Ramírez MC, López MV, Varela LE. (2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. Rev Chil Nutr. 33:500-10.

Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papermont A, Porchera S, Saby-Collet S. (2003). Community Dent Oral Epidemiol. 31: 275-84.