



**CARRERA DEL DOCTORADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DEL NORDESTE EN ODONTOLOGÍA**

TESIS DOCTORAL

***“EFICACIA Y CALIDAD DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS
EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD”***

Doctorando: Od. DIANA EMILIA FALCÓN

Directora: Dra. MARÍA MERCEDES GONZÁLEZ

Co-Directora: Mgter. MARÍA CRISTINA OJEDA

2021

Agradecimientos

A Dios por estar siempre guiándome.

A mi esposo Sebastián por su amor y compañerismo.

A mis Padres y Hermanos por ser mi orgullo.

A mi directora, Dra. María Mercedes González, por ser modelo de estímulo en investigación durante mi etapa de doctorando.

A mi codirectora Mgter. María Cristina Ojeda, por su gran experiencia y atención a personas con discapacidad.

A la Dra. Melissa Hidalgo, por su especial colaboración con los análisis estadísticos.

A la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, por ser mi segundo hogar desde hace 20 años.

ÍNDICE GENERAL

Resumen – Abstract		1 - 4
	Introducción	5 - 8
Capítulo I	Planteamiento del problema	9 - 12
	Objetivos	13
	Hipótesis	13
	Fundamentación	14 - 16
Capítulo II	Marco teórico	17 - 23
	Estado del Arte	24 - 68
	Material y Métodos	69
	Tipo de diseño	69
	Población y muestra	69
Capítulo III	Variables	69
	Técnicas de recolección de datos	70
	Procedimientos	70-72
	Consideraciones éticas	73-75
Capítulo IV	Resultados	76- 90
	Análisis Descriptivo y Estadísticos	91- 96
Capítulo V	Discusión	97- 104
Capítulo VI	Conclusiones	105- 106
Propuestas		107- 108
Bibliografía		109- 130
Anexos		131 – 139

RESUMEN

Los tratamientos odontológicos en la población en general y las personas con discapacidad en particular, deben ser considerados como un derecho a la salud, sin perder la visión de la satisfacción del usuario. Este trabajo se realizó en el Servicio de Atención Odontológica para personas con discapacidad de la Facultad de Odontología, durante el período comprendido entre los años 2017 – 2019. El objetivo general de la presente investigación, de diseño descriptivo, transversal y analítico, fue evaluar la eficacia y ealidad de la atención odontológica en las personas con discapacidad que asisten al Servicio de Atención Odontológica para Personas con Capacidades Diferentes, de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste. La muestra utilizada fue de 230 pacientes con discapacidad mental leve y moderada, se analizaron y evaluaron los tratamientos realizados, como así también la percepción del usuario sobre el servicio. El instrumento utilizado para la recolección de los datos, fueron historias clínicas de los pacientes, entrevistas y encuestas a los tutores legales. Los resultados encontrados en los indicadores de salud bucal, tipo de tratamientos realizados, porcentaje de pacientes con alta, colaboración de los tutores y satisfacción del usuario, demostraron eficacia y calidad de los tratamientos realizados, con significancia estadística con la prueba no paramétrica de Wilcoxon y el Chi cuadrado de Pearson, $P < 0,05$. Esto coincide con otras investigaciones las cuales sostienen que la evaluación de calidad y la eficacia de un servicio se deben medir

“Eficacia y Calidad de Tratamientos Odontológicos en Personas con Discapacidad”.

Od. Diana Emilia Falcón

2

con los logros observados y compararse con los índices aceptados universalmente y con la satisfacción del usuario. La atención odontológica en personas con discapacidad implica procesos complejos de comunicación con el paciente y sus tutores, los cuales con su colaboración pueden ser determinantes en el éxito o fracaso del profesional. Así, la atención odontológica en estos pacientes no es una utopía y los conocimientos, técnicas, dedicación y esfuerzo producen resultados altamente positivos.

.

SUMMARY

Dental treatments in the general population, and particularly people with disabilities, should be considered as a right to health, without losing sight of the user satisfaction. This work was carried out in the Dental Care Service for people with disabilities of the Faculty of Dentistry (Northeast National University), from 2017 to 2019. The general objective of this research of descriptive, cross-sectional and analytical design, was to evaluate the effectiveness and quality of this service. In a sample of 230 people with mild and moderate mental disabilities, the treatments performed were analyzed and evaluated, as well as the user's perception of the service. The instrument used for data collection was the medical records of patients, interviews and surveys of legal guardians. The results obtained through the analysis of the oral health indicators, type of treatments performed, percentage of discharged patients, and collaboration of tutors and user satisfaction, demonstrated efficacy and quality of the treatments performed, with statistical significance by using both the Wilcoxon and the Pearson's chi-squared tests (p -value < 0.05). These findings are in agreement with previous researches which also sustain that the evaluation of quality and the effectiveness of a service should be measured with the observed achievements and compared with the universally accepted indices and with user satisfaction. Dental care for people with disabilities involves complex communication processes with the patient and their guardians, in which the collaboration can be decisive in the success or failure of the professional.

“Eficacia y Calidad de Tratamientos Odontológicos en Personas con Discapacidad”.

Od. Diana Emilia Falcón

4

Thus, dental care in these patients is not a utopia and the knowledge, techniques, dedication and effort produce highly positive results.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La asistencia odontológica es una de las ciencias biomédicas que más transformaciones ha sufrido en el último cuarto de siglo.

El desarrollo acelerado de las técnicas, la aparición de las sub-especialidades, los cambios en las acreditaciones de los títulos que permiten ejercer la profesión, el aumento del número de profesionales, desencadenan competencias, brindando datos importantes a tener en cuenta.

Por si lo descrito fuera poco, el aumento del nivel cultural de la población, incrementa las demandas de tratamientos odontológicos, mayor exigencias por parte de la sociedad respecto a la solución de sus problemas, como así también el éxito en los resultados de los tratamientos que se les ofrece.

Muchas personas que asisten a las consultas odontológicas presentan enfermedades sistémicas, agudas o crónicas que exigen conocimiento de ellas y sus implicancias e interacciones en el área odontológica.

De todos los pacientes, por su número e importancia social, destacan de manera ostensible las personas con discapacidad.

Las escuelas y facultades de odontología juegan un papel importante ofreciendo tratamientos accesibles y económicos que contribuyen al bienestar de una gran parte de la población, sin dejar de lado una atención de calidad. Las instituciones académicas tienen una gran responsabilidad

para que estos servicios respondan a las necesidades y expectativas de los pacientes¹

En el año 2007 se crea en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste el “Servicio de Atención Odontológica Para Personas con Capacidades Diferentes”. En la actualidad se integra a otros servicios, que a su vez dependen de la gestión del Hospital Odontológico Universitario.

El proyecto, tiene como propósito establecer un sistema de prestaciones igualitarias, integradas y humanizadas, tendiendo a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud bucal, a fin de lograr que las personas concurrentes al servicio, alcancen un máximo estado funcional posible, que les permita integrarse a la sociedad con un mejor nivel de calidad de vida².

Si bien cada año, se realizan informes sobre las actividades realizadas, se consideró necesario valorar la Eficacia y Calidad de los tratamientos odontológicos que se ofrecen, evaluación nunca realizada desde su creación, a fin de conocer y mejorar las demandas explícitas y necesidades emergentes de los usuarios del servicio.

Además se puede establecer una línea base de atención que a medida que se analizan, permite reportar situaciones no resueltas y que pueden ser superadas y mejoradas en un espacio de tiempo³.

Cuando hablamos de eficacia, nos referimos al logro de los resultados, alcanzar los objetivos y optimizar los recursos, para ello nos preguntamos ¿los resultados son los que se esperan?, ¿son tan buenos como sería

posibles? Influyen el respeto por el paciente, la cortesía, comprensión, la manera de escuchar y comunicarse⁴

En tanto, calidad, es el efecto de la atención sobre la salud de las personas y de la población. Significa algo más que un alto nivel de formación académica y el uso de sofisticadas técnicas y costosos equipamiento.

En algún momento de la historia, pasó a significar un conjunto de propiedades adecuadas para una población.

La cuestión moderna de la calidad de bienes y servicios tiene vínculos históricos con la llamada policía sanitaria, con el objetivo de proteger a los usuarios, lo que hoy constituye una opción por ofrecer aquello que elimina o disminuye el riesgo de daño a la salud⁵.

Podemos preguntarnos quien es el juez de la calidad? la única respuesta simple, directa e irrefutable es cuando el ser humano lo juzga, es decir, la satisfacción del usuario. El hombre es el supremo árbitro de sus necesidades y de aquello que pueda satisfacerlas.

Por ello, están en situación de decir que resultados esperan, que riesgos pueden ser aceptados.

De lo antedicho, se deduce que para evaluar la calidad y eficacia de las actividades de un servicio se debe medir el logro observado, comparar con índices aceptados universalmente, juicio sobre la satisfacción del usuario, análisis de las causas de fracasos y tomar nuevas decisiones con el objetivo de la retroalimentación⁶.

En la práctica, un equipo de salud debe tratar de satisfacer las numerosas y variadas necesidades de los usuarios, como así también las más apremiantes.

La eficacia y la calidad no es una simple cuestión de éxitos o fracasos.

Para su evaluación, se debe contar con la información necesaria, válida y pertinente a partir de registros y valoraciones de juicios.

Por todo lo expresado, es necesario realizar un análisis, que incluyan características de tratamiento, procedimientos, comunicación con el paciente, sus tutores, y factores del contexto que puedan influir en los resultados.

La presente investigación permitió evaluar la eficacia y calidad de la atención odontológica que se brinda a personas con discapacidad mental en el Servicio de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entiéndase por persona con discapacidad, conforme a lo establecido por el artículo 2º de la ley 22.431, a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social, implique desventajas considerables a su integración familiar, social, educacional o laboral.

Además, en el Capítulo V, artículo 28, expresa — Las personas con discapacidad tendrán garantizada una atención odontológica integral, que abarcará desde la atención primaria hasta las técnicas quirúrgicas complejas y de rehabilitación. En aquellos casos que fuere necesario, se brindará la cobertura de un anestesista⁷.

En Argentina, el 13% de la población tiene algún tipo de discapacidad según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, condición que implica desigualdades en la participación social y acceso a los servicios de salud. El orden de prevalencia de las dificultades, en el 59% de la población es motora, seguida por la dificultad visual, la auditiva y la mental-cognitiva. Las dificultades del habla y la comunicación, y del cuidado de sí mismo son las menos prevalentes. La principal causa de origen (con un 44,8%) es la enfermedad, entre ellos sindrómicos; la segunda (con un 16,7%) corresponde a los accidentes (de tránsito, domésticos, laborales y deportivos, entre otros).

Solo El 33,4% de la población total tiene certificado de discapacidad vigente⁸.

En noviembre del año 2017, la Organización Mundial de la Salud comunica que las personas con discapacidad conforman uno de los grupos más marginados del mundo, con malos resultados sanitarios, bajos niveles académicos, y tasas de pobreza más altas. A pesar que las leyes argentinas las protegen, sufren de inaccesibilidad a los servicios de salud, desconocimiento de sus derechos por trámites engorrosos para obtener el certificado de discapacidad exigido.

Otras de las desventajas que afectan a esta población se manifiesta en mayores tasas de pobreza y necesidades sanitarias no satisfechas⁹.

Por lo antedicho, el marco normativo vigente no genera acciones orientadas a cambios de conductas y mejores condiciones de vida para estas personas. La exclusión del mundo del trabajo, supone la dependencia y el incremento de la necesidad de cuidados¹⁰.

Se puede constatar que las personas con discapacidad, en general presentan problemas bucodentales de variada severidad, y una gran demanda de tratamientos odontológicos insatisfechos en la mayoría de los casos.

Debido a su limitación física o mental, padecen alta prevalencia de caries dental y enfermedades gíngivo – periodontales, deficiente higiene bucal, elevados índices de biofilm, intensa halitosis, dieta blanda y rica en hidratos de carbono fermentables, con alto contenido de sacarosa, a lo que se suma, medicaciones siruposas, odontalgias periódicas con exodoncias sistemáticas en vez de tratamientos conservadores, insuficiente educación

sanitaria odontológica, y falta de motivación de conductas preventivas en los hogares y en los centros de salud¹¹.

Sumado a lo detallado, el difícil acceso a los servicios, aumenta la incidencia y severidad de las patologías bucodentales.

La discapacidad limita o impide el desempeño de funciones que son normales para una persona, según la edad, sexo, y entorno social y cultural, y que se consideran básicas para la vida diaria, como el cuidado personal, las relaciones sociales, el aprendizaje y la actividad económica.

Por esta razón requieren una dedicación especial de sus tutores o personas a cargo y que se responsabilicen en obtener mejoras en la higiene bucal.

Podemos resumir el gran espectro de las discapacidades, en sensoriales – auditivas, del lenguaje y visuales; - psicomotoras, y mentales.

Las discapacidades mentales, a su vez, podemos agruparlas en *leves*: tiene clasificación escolar *educable*; *su comunicación* es buena, hablan bien y cumple con las necesidades de higiene, alimentación, traslado independiente.

Las *moderadas*, con clasificación escolar entrenable vocabulario y lenguaje limitado para comunicarse, traslado con acompañantes.

Las graves, su clasificación escolar es no entrenable, poca o nada capacidad de comunicación, emite sonidos guturales, traslado con uno o dos acompañantes¹².

Actualmente, la profesión odontológica, por su desarrollo científico técnico no debe limitar sus acciones a las tradicionales de diagnóstico y

tratamiento, para la curación de las enfermedades, sino que, por su estrecha relación con las familias, debería desarrollar acciones educativas de promoción de salud, preventivas y de rehabilitación.

No obstante, se debe reconocer que los odontólogos son renuentes a tratar al paciente impedido en sus consultorios privados, y no todos están equipados para manejar los problemas especiales que las personas con algún tipo de deficiencia podrían presentar.

En los servicios públicos, no existe presupuesto para actividades preventivas, de promoción, y educación para la salud bucal y las necesidades de estas personas, - médicas, terapéuticas, rehabilitación, cuidados especiales -, son tan grandes, que los padres son indiferentes a las necesidades odontológicas¹³.

Todos éstos argumentos, gravitan la atención odontológica como una acción improvisada, surgida de la necesidad de atender el dolor, o la emergencia, como un deseo de servicio, despreocupándose, por falta de tiempo y de recursos humanos, de la influencia que sobre ésta tienen los factores psicológicos y sociales.

El presente trabajo de investigación, delimitó el problema al tratamiento odontológico de las personas con retraso mental leve y moderado, - son colaboradoras, y aceptan el tratamiento previa motivación, junto a sus tutores, en tanto que las graves, deben ser derivadas con protocolo para atención con sedación o anestesia general -.

Por lo tanto, ¿cómo responden las personas con discapacidad mental al tratamiento odontológico? ¿Qué factores influyen en el resultado? ¿Los procedimientos clínicos - preventivos realizados son de eficacia y calidad?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Evaluar la eficacia y calidad de la atención odontológica en las personas con retraso mental, que acuden al Servicio de Atención para Personas con Capacidades Diferentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste.

Objetivos Específicos

- Identificar los tratamientos efectuados y la duración en el tiempo.
- Evaluar la eficacia de los tratamientos realizados y la calidad del servicio ofrecido.
- Categorizar el interés de los padres por la salud bucal de sus tutelados.

HIPÓTESIS:

La salud bucal en personas que poseen algún tipo de discapacidad se ve seriamente afectada debido a la falta de eficacia de los tratamientos odontológicos.

FUNDAMENTACIÓN

La progresiva sensibilización de la sociedad ante los problemas y dificultades que afectan a las personas con discapacidad debería plasmarse en el desarrollo, ejecución y evaluación de programas de asistencia odontológica integral para éstos colectivos. Los objetivos no deben limitarse únicamente a superar la discriminación, sino además a garantizar la igualdad de oportunidades en el ámbito comunitario.

Para la odontología supone un reto importante y un cambio de mentalidad y responsabilidad de los profesionales a la hora de resolver problemas.

Al buscar soluciones debe considerarse, en primer lugar, las intervenciones eficaces, es decir aquellas que, después de su evaluación, han demostrado ser capaces de prevenir o de controlar el problema, o de satisfacer la necesidad. Se trata pues de evaluar una acción preventiva o curativa¹⁴.

Actualmente, una institución de salud que esté interesada en garantizar la eficacia de la atención sanitaria y la calidad, debe conocer las percepciones de los pacientes respecto a los procesos asistenciales, por lo que es importante determinar y supervisar parámetros de calidad relacionados con infraestructura, equipamiento, procesos y personal vinculados a la atención de salud prestada, con el fin de lograr la mayor satisfacción de los pacientes¹⁵.

Lo descrito es importante, para evaluar los aspectos objetivos y subjetivos de la calidad.

Calidad Objetiva, abarca aspectos tangibles de la atención, aquellos que pueden ser medibles o comprobados, como el estado de la salud bucal después del tratamiento, higiene del servicio, respeto de las normas de bioseguridad, puntualidad en los horarios de atención.

Calidad subjetiva, considera ítems referentes a cortesía, empatía, capacidad de respuesta y competencia profesional¹⁶.

Se deben asegurar procesos adecuados para garantizar servicios de calidad centrados en el usuario, con resultados documentados, cuyo análisis permita las mejoras continuas de las prácticas ofrecidas.

El trastorno del desarrollo intelectual, se define como un desarrollo mental incompleto o detenido, previamente a haber alcanzado la madurez, caracterizado por Déficit en el funcionamiento intelectual: lenguaje, aprendizaje, razonamiento, dificultades en dos o más conductas adaptativas, actividades de la vida diaria, cuidarse, adquisición de normas sociales necesarias para vivir interactuar, trabajar y tener un papel en la sociedad, todos son problema, debido a un cociente intelectual por debajo de la media o CI <70¹⁷.

Dorothea Orem – 1985 - fundamenta la aplicación de su teoría en el entorno de la gestión del cuidado. Ofrece a los profesionales, herramientas para una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad.

Analiza la capacidad de cada individuo para ocuparse de su persona, la cual define como “la práctica de actividades que los individuos llevan a cabo por su cuenta para mantener la vida, la salud y el bienestar”.

La capacidad de cuidarse de sí mismo, corresponde al autocuidado, el cual debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, teniendo en cuenta factores del entorno.

Según el modelo de Orem, se identifican tres tipos de autocuidado terapéutico:

- 1- totalmente compensatorio, donde los tutores o auxiliares compensan la incapacidad total de la persona.
- 2- parcialmente compensatorio, donde la familia compensa la incapacidad parcial de la persona y
- 3- de apoyo educativo, donde el tutor o auxiliares ayudan a adquirir habilidades y conocimientos¹⁸.

Las personas incluidas en la muestra, ajustan a los tres ítems del modelo de autocuidado, por lo cual se puede realizar el seguimiento y monitoreo de los tratamientos realizados y el compromiso de los tutores, en el cuidado de la salud bucal, reforzando en cada cita temas de educación para la salud.

Todo lo expresado fundamenta la necesidad de evaluar y registrar la eficacia y calidad de los tratamientos que se realizan en el Servicio de Atención Odontológica para Pacientes con capacidades Diferentes, de la Facultad de Odontología de la UNNE.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

La capacidad del hombre para realizar toda actividad humana es distintiva e individual, y no es de gran importancia, excepto, cuando la variación es de tipo cognitivo, del comportamiento o de adaptación social, y especialmente cuando afecta las experiencias de aprendizaje.

La discapacidad intelectual es uno de los problemas de mayor prevalencia dentro de las dificultades del desarrollo y el aprendizaje.

El desempeño intelectual se evalúa con test estandarizados que consiste en una serie de preguntas y problemas a resolver y cuyas respuestas o soluciones correctas suponen cierto nivel de inteligencia, pero son, porque no evalúan funciones adaptativas de autonomía como comer, vestirse, higienizarse, manejo de dinero, entre otras.

Según los test de inteligencia, la deficiencia intelectual se clasifica en:

- Leve: edad 8,3 a 10,9 años posible educar.
- Moderada: edad 5,7 a 8,2 años posible rehabilitar.
- Severa: edad 3.2 a 5,6 necesita ayuda específica.
- Grave: edad 1 año, necesita ayuda para vivir.

Las causas pueden ser:

Pre natales, como el Síndrome de Down.

Perinatales: como traumas durante el parto. Y

Post natales: traumatismos craneales, accidentes, infecciones¹⁹.

El término, “discapacidad” es un concepto que implica deficiencias estructurales, funcionales, y limitaciones en las actividades diarias.

En el caso de la parálisis infantil, implica la interacción de diversas discapacidades: motriz, sensorial e intelectual, por lo que necesitan un mayor apoyo, dedicación y comprensión de la familia.

Hoy en día, a fin de evitar las barreras de la sociedad y los aspectos negativos que conlleva el término discapacidad, se ha propuesto reemplazarlo por diversidad funcional motora para referirse a las personas con parálisis cerebral²⁰.

En tanto el Síndrome de Down o trisomía del cromosoma 21, es un trastorno genético que se caracteriza por un grado variable de discapacidad cognitiva y unos rasgos físicos peculiares de aspecto reconocible.

Estas personas suelen sufrir algún tipo de compromiso sistémico, y requieren de cuidados especiales para su desarrollo.

En cuanto a la salud bucal, sin la colaboración, responsabilidad y compromiso de las personas a cargo, diversas patologías y disfunciones que producen necesidad de tratamientos de mayor complejidad y costos²¹.

El envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, el stress que provoca trastornos de salud mental, provocarán aumento de la prevalencia de la discapacidad, y en los años futuros será motivo de gran preocupación.

En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen malos resultados sanitarios - solo el 2% accede a los servicios de salud -, académicos, menor participación económica y tasas de pobreza más altas.

En parte, es debido a la falta de acceso a los servicios de salud, educación, empleo y transporte.

Además de lo descrito, experimentar una mayor vulnerabilidad a afecciones secundarias, Comorbilidad – agregado de patologías que no se relacionan con la enfermedad de base -, elevada frecuencia de comportamientos no saludables como el tabaquismo, mala alimentación y sedentarismo, y mayor frecuencia de muerte prematura²².

Las barreras que impiden el acceso de los servicios de salud son:

- Los costos y el transporte, especialmente en los países de bajos recursos.
- Oferta limitada de servicios.
- Acceso desigual a los edificios (hospitales, centros de salud), el equipo médico inaccesible, la mala señalización, las puertas estrechas, las escaleras interiores, los baños inadecuados y las zonas de estacionamiento inaccesibles.
- Aptitudes y conocimientos inadecuados del personal sanitario²³.

Hoy en día la discapacidad se considera una cuestión de derechos humanos. Estas personas conforman uno de los grupos más marginados del mundo, no solo por sus cuerpos, sino por la sociedad.

El Informe mundial publicado por la OMS/el Banco Mundial nos muestra: Más de 1000 millones de personas sufren algún tipo de discapacidad y va en aumento, los países subdesarrollados tienen mayor prevalencia.

En cuanto la atención, es insatisfactoria y son más propensas a que se las nieguen, y los servicios de rehabilitación son insuficientes.

Tienen menor escolaridad, mayor número de desempleados, no pueden vivir y participar en comunidad sin ayuda de familiares o amigos, viven en malas condiciones sanitarias, alimentación, agua potable, viviendas precarias y sanidad ambiental, sumado a lo anterior, no disponen de programas de promoción, protección y sus derechos no siempre son reconocidos²⁴.

El 3 de diciembre del año 2017 se celebró el Día Internacional de las Personas con Discapacidad (DIPD), bajo el lema "Transformación hacia una sociedad sostenible y resiliente para todos".

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, otros organismos de las Naciones Unidas y organizaciones de la sociedad civil se unen a fin de subrayar el reconocimiento de las personas con discapacidad y apoyo a la sociedad que reconoce la diversidad.

Con el propósito de impulsar la inclusión, la Organización Mundial de la Salud propuso objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2014 – 2019, con el compromiso de emancipar a las personas que viven con alguna discapacidad y suprimir los obstáculos que les impiden participar en las comunidades, recibir una educación de calidad, encontrar un trabajo digno y lograr que sus voces sean escuchadas²⁵.

En la 67ª Asamblea Mundial de la Salud se aprueba el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad.

Las líneas son: a) promover la equidad en el marco de las políticas, planes y legislación; b) fortalecer la red de servicios de habilitación y

rehabilitación del sector de la salud; c) promover la producción y análisis de datos sobre discapacidad y apoyar la investigación²⁶.

Al hablar de calidad de vida, se refiere a cosas relativas a las que las personas dan importancia y valor, y debe siempre venir de la misma persona, incluye lo físico, lo psicológico y lo social.

Estas dimensiones son influenciadas por las creencias, experiencias, percepciones y expectativas de cada persona.

De tal forma, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por los individuos y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien.

Es la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive²⁷.

En la búsqueda de una mejora en el bienestar de la sociedad, hay que enfrentar una serie de obstáculos que frenan el éxito de los programas, tales como la seguridad, cultura, costumbres burocracia y accesibilidad. El derecho a la salud abarca cuatro elementos, con los cuales se garantiza un impacto en la atención de las necesidades sanitarias de la población.

La accesibilidad, acceso geográfico, físico y cultural.

Disponibilidad, se refiere al número suficiente de establecimientos, recursos humanos, bienes, servicios e información necesaria.

Aceptabilidad, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a los requisitos del género.

Calidad, deberán proporcionar atención apropiada, adecuada condición a las necesidades de la población.

Es decir, no basta la existencia de clínicas o programas de salud, si no existen las condiciones para que la persona pueda demandar el servicio²⁸.

También a reflexión desde los principios de equidad como ética y la, igualdad como justicia social, además de las oportunidades orientadas hacia la inclusión educativa de las poblaciones con discapacidad, suscita diferentes enfoques que permiten el análisis de la evolución de atención de las poblaciones con discapacidad en el marco de los derechos humanos.

Promover la equidad, es hacerle frente a la injusticia, es la redistribución de recursos de bienes y servicios.

Hay que reconocer que el respeto por los derechos humanos, promueve la igualdad en los espacios de participación, formación y convivencia, ha llegado a eliminar cualquier tipo de discriminación y así responder a la igualdad de oportunidades que garanticen el reconocimiento de las particularidades del ser humano, desde la cultura, raza y género, para mejorar las condiciones en que transcurre la vida de los más desventajados²⁹.

La discapacidad se reconoce actualmente como una condición humana, todos la padecemos de una manera temporal o permanente.

Hay discapacidades elegidas libremente, restricciones autoimpuestas en conciencia y voluntad, limitaciones que disminuyen el desarrollo de la personalidad e impiden tener experiencias de vida y la comprensión de su comunidad.

Si no se entiende la discapacidad como una condición humana, sino como algo excepcional que involucra a un grupo reducido de personas, la sociedad no facilitará el acceso a servicios médicos, educativos, empleo, transporte, entre otros, lo que produce la marginalidad en condiciones de vulnerabilidad y por lo tanto, en desventaja comparadas con el resto de la población.

Al no existir una cultura sobre la discapacidad, los obstáculos que tiene este grupo social se incrementan, entre ellos los prejuicios, la falta de información y la ausencia de políticas adecuadas.

Desde el modelo social, la discapacidad se considera una construcción social, desde la mirada del pensamiento médico hasta el diseño arquitectónico de un servicio y de una ciudad³⁰.

ESTADO DEL ARTE

La Organización Mundial de la Salud considera a la discapacidad con un término genérico que abarca diversas deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de participación social en quienes la padecen. Es decir, son aquellas personas que, por sobrellevar diversas barreras de orden visual, auditivas, intelectuales o neuromotoras, sufren impedimentos para la participación plena y efectiva en la sociedad, como así también en igualdad de condiciones con las demás personas³¹.

Refiriéndonos a enfermedades mentales, y a fin de aclarar algunos conceptos, no todas las personas que sufren algunas limitaciones son discapacitadas. En la actualidad se ha consensuado que la gravedad de una enfermedad está asociada a tres variables: diagnóstico clínico, duración y funcionamiento psicosocial.

Para el diagnóstico clínico se debe utilizar la nomenclatura de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que debe figurar en el certificado correspondiente.

En cuanto a la duración, incluye a las personas que, además de padecer una patología con los diagnósticos antedichos, debe persistir durante un período de tiempo prolongado, en general, toda la vida.

Y por último, el funcionamiento social se refiere a presentar dificultades en las actividades de la vida diaria, dependencia de cuidadores o servicios, dificultades en el funcionamiento social³².

NANEAS es una asociación chilena para niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud, que considera que las

discapacidades no deben ser clasificadas en función de sus diagnósticos, sino de las complejidades de sus necesidades.

Para ello han consensuado en seis áreas de necesidades: atención por especialistas, medicamentos de uso crónico, alimentación especial, dependencia de tecnología, rehabilitación por discapacidad, y educación especial. A su vez, de acuerdo al plan de trabajo, los clasifica según sus requerimientos de cuidados en baja, mediana y alta complejidad.

Los de baja complejidad, se incorporan a la atención primaria de salud, y los de mediana y alta serán referidos a los servicios que correspondan, a fin de lograr cuidados integrales y de calidad³³.

La llegada de un bebe con discapacidad se convierte en un evento traumático que irrumpe el equilibrio familiar, que debe adaptarse a la nueva situación.

Es posible que los padres queden atrapados en un bloqueo afectivo que entorpezca su vinculación con el niño. A fin de conocer su reacción, los autores, en un estudio cuantitativo transversal de tipo descriptivo y relacional, aplicaron la teoría de la Aceptación - Rechazo Interpersonal a tutores de niños con Síndrome de Down.

Dicha teoría trata de predecir y explicar las principales causas, consecuencias y correlatos de la aceptación-rechazo parental a lo largo del ciclo vital.

Los resultados demostraron que a menor discapacidad mayor afecto, en general, la crianza es afectiva, pero también controladora³⁴.

La comunicación del diagnóstico del Síndrome de Down en un hijo, es considerado de trascendental importancia para las familias. Provoca emociones devastadoras, sentimientos de tristeza, pérdida, dolor, incertidumbre y amenaza, además, al igual que cualquier discapacidad, de un desafío para la crianza.

Con el propósito de analizar, desde un punto de vista cualitativo, la visión que los propios padres tienen sobre el impacto, tanto positivo como negativo, que la presencia de un hijo con Síndrome de Down provoca en la familia, se realizó una investigación por medio de entrevistas a padres, madres y profesionales en el ámbito de la educación especial.

La mayor preocupación son los aspectos de la rutina de la vida cotidiana en los primeros años del desarrollo del niño, y una aún mayor a largo plazo, acerca de quién se hará cargo del hijo cuando los progenitores fallezcan.

La investigación concluye que la sensación percibida en las familias hacia su situación, que pesar de haber acogido la noticia del SD de sus hijos como un evento imprevisto e impactante, pudieron desarrollar las estrategias necesarias para afrontar la situación de manera resolutiva, no obstante, deben considerarse situaciones individuales dentro del seno familiar³⁵.

Se debe considerar, no solo los estudios epidemiológicos, la metodología etnográfica aporta también importantes conocimientos para la comprensión de distintas problemáticas.

Con tal propósito, se realizó una investigación bibliográfica a fin de analizar las emociones y sentimientos que experimentan las familias ante

la llegada de un hijo con discapacidad, lo cual permitirá comprender la actitud de algunos padres ante la consulta médica-odontológica.

Desde la perspectiva psicológica, la vivencia es de pérdida, y deben pasar por las etapas del duelo, además del deterioro familiar ante la frustración de no poder cumplir con sus expectativas.

Además el duelo, en estas situaciones, no se vive una sola vez, sino en cada etapa del desarrollo del niño.

Enumerando las etapas, se afirma que son: negación y aislamiento, ira, depresión, desintegración, reintegración, búsqueda de ayuda, y aceptación.

En ésta última etapa, los padres entran en un estado de serenidad con ellos mismos, y ven a su hijo como un ser con sus fortalezas y debilidades³⁶.

Por lo antedicho, las escuelas donde asisten los niños con discapacidad, deben brindar una educación especial que ayuden a las familias a aceptar la condición de su hijo. Son los docentes, por el contacto diario con los padres, quienes pueden conocer mejor los estilos de crianza, las necesidades, las limitaciones, y los proyectos de vida personal postergados por el nacimiento de un hijo con discapacidad.

Para recabar información sobre el tema, se aplicaron encuestas a grupos focales de las familias de los estudiantes que asisten a diversas escuelas de educación especial.

Los resultados evidenciaron que un alto porcentaje de padres de familias abandonaron sus proyectos, y también que las instituciones educativas no consideran brindar apoyo pertinente para ofrecer una

educación de calidad que involucre los sueños, los sentimientos de la familia, y cómo influye el desarrollo de sus hijos.

Asimismo se identificó la casi nula colaboración de los padres en las actividades escolares. La razón es que, en las instituciones especiales, no se generan espacios para enfatizar la responsabilidad respecto a los problemas que genera el desarrollo y crecimiento de los niños con discapacidad³⁷.

Todas las investigaciones de salud bucal en poblaciones discapacitadas aumentan, pero continúan siendo insuficientes.

A fin de obtener más conocimientos, se realizó un estudio transversal y descriptivo en una institución para niños con discapacidad, en la ciudad de la Habana, Cuba.

La investigación concluye que de los 105 niños estudiados la categoría diagnóstica, fue el retraso mental leve con el 82,2% y solo el 13,3% presenta buena higiene bucal. La mayoría necesita tratamientos no conservadores de caries dental, siendo la exodoncia la primera opción, además de la necesidad de tratamientos periodontales³⁸.

Por lo antedicho, se deduce que muchos odontólogos manifiestan dificultad para atender personas con discapacidad, especialmente las de salud mental; fundamentan inseguridad, falta de experiencia, a lo que se suma un componente adicional que es el de la comunicación con el paciente y el familiar o auxiliar a cargo.

Si bien pueden considerarse como barreras al momento de la atención, el profesional está en la obligación de proporcionar una odontología con tratamientos clínicos eficaces y de calidad.

Por ésta razón, la Asociación Argentina de Odontología para Personas con Discapacidad (AAODI), desde 1998 realiza capacitaciones y jornadas, con el fin de estimular a especialistas para la mejor atención de este grupo de pacientes. El equipo está conformado por profesionales de diversas universidades que trabajan en la formación de pregrado y posgrado de odontólogos dedicados a la atención de este grupo poblacional.

Artículos de varios países latino americanos, como Colombia, Venezuela, Chile, Perú, y también Argentina, consideran insuficiente el acceso a los servicios y manifiestan la necesidad de una mejor preparación del odontólogo, no solo en los conocimientos sobre las distintas patologías y síndromes, sino también en el manejo de la comunicación para la atención de este grupo de pacientes³⁹.

La falta de profesionales dispuestos a atender a personas con discapacidad se debe, probablemente, a la falta de experiencias clínicas motivadoras que les proporcionen conocimiento y autoconfianza.

Con tal propósito se evaluó la percepción de los estudiantes de odontología de la Universidad federal de rio Grande do Soul (FOUFRGS) que cursaron la disciplina optativa de Atención Odontológica para pacientes con Necesidades Especiales.

En el estudio participaron 64 estudiantes a los cuales se les aplicó un cuestionario de 20 preguntas cerradas y abiertas.

Los resultados evidenciaron que el 76,6% de los estudiantes manifestaron estar preparados para la atención de personas con discapacidad, y el 100% (n=64) consideró que el aprendizaje obtenido fue importante para su formación académica, y que esta disciplina debería ser obligatoria en la malla curricular. Les ha permitido desmitificar sus miedos, preconcepciones, además de sentir mayor empatía hacia dicha población⁴⁰.

Paralelamente, a 60 cirujanos dentistas asistentes a una Jornada Odontológica del estado de Río Grande do Sul, con el objetivo de evaluar la actitud de Odontólogos en la atención dental a personas con capacidades especiales, se realizó un estudio transversal que utilizó el método cuantitativo a través de un cuestionario con preguntas cerradas.

Las variables evaluadas fueron: sexo, edad, años de egresado, si posee especialidad, si se dedica a la docencia, si atiende personas discapacitadas, cómo los atiende, motivo por el cual no atiende. El 73% no atienden este tipo de pacientes por no saber atenderlos, por no haber recibido un curso durante su formación académica, porque requiere mucho tiempo, paciencia y por no poseer las condiciones emocionales.

Por otro lado, el 4% de los encuestados respondieron sí atenderlos bajo alguna forma de contención, sedación o referirlos a un especialista.

Los autores concluyen incentivar investigaciones sobre el tema⁴¹.

Confirmando lo expresado, los odontólogos son renuentes a la atención de personas con discapacidad, tanto en los consultorios privados como en los centros de salud, porque consideran que requieren tratamientos no rutinarios.

No realizan prácticas conservadoras de las piezas dentarias, derivando a exodoncias múltiples, sin considerar las secuelas mutilantes que producen.

Para dar respuestas eficaces a la problemática del desdentamiento precoz, es necesario primero, lograr cambios en la actitud de los profesionales.

Es por ello que son necesarios estudios epidemiológicos que permitan, no solo determinar la dimensión del problema, sino además conocer las características clínicas y de comportamientos de las distintas discapacidades y síndromes, como así también la actitud de los tutores responsables.

Con tal propósito, se realizó un estudio en el Pequeño Citolengo Don Orione en Paraguay. Los resultados son similares a otras investigaciones.

La discapacidad prevalente fue el retraso mental. En cuanto a los índices de salud bucal, a mayor edad, aumenta el CPOD, disminuye el componente cariado y aumentan las dimensiones extraídos y extracción indicada, y el 86.5% presentaban patologías de maloclusión⁴².

En consecuencia, para optimizar la inclusión, es indispensable mejorar los conocimientos, superar las creencias y las actitudes estigmatizantes de la sociedad. Con éste propósito se realizó un estudio para evaluar las actitudes de los profesionales, especialmente de la salud y la educación, hacia las personas con discapacidad. Los autores manifiestan que comprenderlas permitirá el éxito de las políticas inclusivas.

Mediante escalas, tipo Liker, se pretendió obtener una evaluación o juicio cuantitativo basados en juicios personales.

Si bien las escalas fueron validadas estadísticamente, los resultados no fueron concluyentes. La investigación destaca la necesidad de realizar estudios que tengan que ver con el grado de conocimiento de la discapacidad y con las creencias causales, para modificarlas en casos que resulten supuestas actitudes negativas⁴³.

Paralelamente, existen investigaciones que afirman la aceptación e inclusión de las personas con discapacidad en ámbitos educativos de distintos niveles.

Pero existen, invisibles barreras de actitudes negativas, estereotipos y prejuicios que afectan la verdadera inclusión, y solo es una aceptación sostenida en relaciones de compasión o caridad.

Por tal motivo, se realizó en una universidad mejicana, en la ciudad de Puebla, una investigación a alumnos de maestría en pedagogía, con el objetivo de evaluar los prejuicios y actitudes hacia las personas con discapacidad.

Los resultados señalan una actitud positiva hacia las personas con discapacidad por parte de estudiantes universitarios, valoran sus capacidades, son conscientes de la importancia de defender los derechos de este grupo de población y reconocen su valía personal.

No obstante, los autores sugieren no establecer conclusiones definitivas, por el escaso número de estudiantes y profesores con discapacidad en la universidad, y profundizar sobre el tema teniendo en

cuenta la idiosincrasia propia de cada país, desarrollando instrumentos culturalmente adaptados que permitan una mayor comprensión⁴⁴.

Generalmente, a las personas con el Síndrome del Espectro Autista (AUT) se las considera como pacientes que tienden a sufrir mayor pérdida de piezas dentarias.

Con el objetivo de comparar los índices ceod y CPOD en este grupo de personas, se realizó una investigación epidemiológica en estudiantes de instituciones de atención especial, de la ciudad de Mérida –Yucatán, Méjico.

Los resultados de los índices de caries reportados en el estudio se consideran de “bajo riesgo” según los estándares de la OMS.

La población descrita, de alta sensibilidad, con resultados relativamente bajos en caries dental, se debe al monitoreo constante que reciben, por el hecho que acuden a instituciones públicas⁴⁵.

De modo similar, la ataxia espino cerebelosa es una enfermedad neurovegetativa, con alteraciones motoras que provoca invalidez y su evolución puede generar demencia, por lo cual las personas que la sufren son consideradas como pacientes con discapacidad severa.

A medida que evoluciona la enfermedad, aumenta el índice de CPOD. Así lo demostró un estudio realizado en el Hospital de Medicina Natural y Tradicional de Cuba.

El valor del índice CPOD registrado fue de 11,9, con alta prevalencia de perdidos y extracción indicada y deficiente higiene oral por la imposibilidad de un correcto cepillado.

La investigación concluye la necesidad de tratamiento precoz de las patologías y control de la placa bacteriana, monitoreando la frecuencia y la técnica de cepillado⁴⁶.

La preocupación de los padres y sus prioridades en cuanto a la salud de sus hijos, es la discapacidad, postergando la salud bucal.

Ésta situación, tal vez justificada, acarrea secuelas como dolor, mala nutrición, inasistencias escolares e incumplimiento a citas de salud.

Un estudio descriptivo y transversal, realizado en dos grupos escolarizados de niños entre 6 y 14, grupo I y grupo II, con y sin discapacidad intelectual respectivamente, tuvo como objetivo evaluar la percepción de los padres acerca de la caries dental en sus niños.

La recopilación de datos se realizó con una entrevista a los padres y un examen dental del niño.

La percepción psicosocial fue evaluada por la Escala de Impacto en la Salud (ECOHIS) y la caries dental con los criterios de la Organización Mundial de la Salud.

Los resultados evidenciaron similitud en cuanto a caries dental en ambos grupos y en ambas denticiones.

En el Grupo 2, el índice de caries en la dentición primaria fue mayor y menor en la permanente, en cuanto al impacto de la salud bucal, se destaca el dolor y la sonrisa.

El grupo 1 los índices de caries fueron similares tanto en dientes primarios como permanentes, y el impacto de la salud oral fue el comer, beber y la pronunciación.

Asimismo los hallazgos mostraron que los padres de niños con discapacidad asocian la relación entre salud bucal y la calidad de vida familiar⁴⁷.

Investigaciones similares se realizaron en una escuela de niños especiales en la ciudad de Lima, Perú, con consentimiento de los padres y tutores legales.

El estudio fue de tipo observacional transversal. Como indicadores de caries dental se utilizó el CPOD para dentición permanente y ceod para la dentición temporaria. El diagnóstico de la patología de base se recopiló de los registros escolares.

Los resultados registraron que el 90% de los escolares presentó caries dental. El retraso mental fue la condición más prevalente (43,3%). El índice de CPOD fue 2,9 y el ceod fue 6,0.

Además, concluyen que el estado de salud bucal de los niños no depende de ellos mismos, sino de sus tutores, quienes deben realizar los cuidados preventivos, la falta de información necesaria, la desatención de los servicios de salud y la falta de actitud de los profesionales hacia las personas con necesidades especiales⁴⁸.

De modo similar, los niños con parálisis cerebral presentan limitaciones en sus movimientos con dificultades en los labios, mejillas, lengua, lo que afecta la masticación, el habla, la deglución, y por consiguiente inadecuada higiene bucal.

Dicha discapacidad motivó determinar el porcentaje de los índices de CPOD-ceod en niños de 6 a 12 años con parálisis cerebral en la Unidad Educativa Especializada “Carlos Garbay” Riobamba, Chile.

El instrumento utilizado para la recolección de los datos, fueron historias clínicas, fichas personales e informes de terapistas.

Los resultados demostraron que el índice CPOD de 1.6 es un nivel bajo en severidad, en relación al índice ceod, que demostró un nivel de severidad alto de 4.8, y que el consumo de los medicamentos influye en la presencia de caries dental⁴⁹.

Otro grupo con insuficiencias y características propias son los discapacitados auditivos, con una forma de comunicación diferente para insertarse en una sociedad de oyentes.

Las necesidades odontológicas de las personas sordas son las mismas que la mayoría de las poblaciones, - alta prevalencia de factores de riesgo.

Sumado a las necesidades de atención, el paciente sordo es temeroso y los padres son sobre-protectores. Los profesionales no están preparados para entender ni hacerse entender, lo que dificulta la comunicación, utilizando por lo general la estrategia mostrar y hacer.

Con el fin de investigar el estado de salud bucal en niños sordos, entre 4 y 12 años, se realizó un estudio descriptivo y transversal en el Instituto Nacional de Audición y Lenguaje. Ecuador.

Los resultados evidenciaron prevalencia de caries en los niños pequeños, y caries y enfermedades gingivo- periodontales en niños de mayor edad.

La autora concluye que las patologías bucales no están relacionadas con la falta de audición, sino con la falta de higiene oral y de información preventiva de sus tutores⁵⁰.

De igual manera, otro estudio, descriptivo y transversal, se realizó en personas sordas e hipoacúsicas en el municipio Del Playa, en Cuba.

Los datos fueron registrados por expertos estomatólogos, a través de encuestas y entrevistas, al inicio de la consulta.

Los resultados evidenciaron alto consumo de café, ingesta de alimentos sólidos azucarados entre comidas, cepillado dental dos veces al día, y solo el 5% utiliza hilo dental.

La dieta, rica en hidratos de carbono, se considera una compensación de los padres por la condición de discapacidad de sus hijos. También puede deberse, tanto a la falta de conocimientos sobre la cariogenicidad de los alimentos dulces, como a los tipos de alimentos protectores de la salud bucal. La falta de comunicación con su entorno, promueve el hábito de la onicofagia y vulnerables a sufrir crisis nerviosas, generalmente el sexo femenino. Como conclusión, se propone que los odontólogos deben revisar las manos y uñas de los personas sordas⁵¹.

La política cubana, ha propuesto el Plan Nacional de Atención a Discapacitados.

A tal fin, se realizó un estudio transversal en la escuela primaria para débiles visuales, en una muestra de 126 asistentes, determinada por un muestreo no probabilístico intencional, con el objetivo de evaluar los

conocimientos de los padres y maestros sobre prácticas favorables para el cuidado de la salud y de hábitos deformantes.

Los resultados demostraron tanto de padres y educadores, niveles de conocimientos regulares y malos, sobre dieta e higiene, como así también no reconocen la queilofagia, empuje lingual y posiciones inadecuadas como hábitos bucales deformantes⁵².

El presente trabajo es un caso clínico de atención odontológica a una niña de tres años, nacida con 28 semanas de gestación, 945gr de peso y talla de 34cm.

El Diagnóstico sistémico describe microcefalia, epilepsia, discapacidad intelectual grave y retraso global del desarrollo.

La atención odontológica fue realizada por un equipo multidisciplinario, se removieron focos sépticos, refuerzo de las piezas dentarias con topicaciones de flúor y enseñanza sanitaria a los padres para el cuidado de la salud bucal del niño.

Como conclusión, los autores proponen la inclusión, desde el nacimiento, de un odontólogo, para evitar el desarrollo caries tempranas y elaborar guías de salud para los padres y cuidadores⁵³.

Estudios realizados en el Centro Nacional de Epilepsia, Ecuador, demostraron, demostraron en los pacientes alta prevalencia de periodontitis severa, seguida de gingivitis, además de un elevado índice de acumulación de biofilm, así como cepillado dental deficiente.

El agrandamiento gingival, es la principal manifestación periodontal asociada a la epilepsia, generalmente debido a la mala higiene bucal,

susceptibilidad del sujeto y tratamientos con anti convulsionantes, especialmente la fenitoína.

Los fármacos utilizados controlan la crisis, pero no la remisión de la enfermedad, por lo que la administración es continua, procurando reducir los efectos adversos y no incida de forma significativa en la calidad de vida del paciente.

Los autores concluyen que las manifestaciones bucales en las personas con epilepsia, puede ser limitada a una zona dental o abarcar la región, lo que produce problemas en la erupción dental, en la masticación, en la fonación, en la estética⁵⁴.

En el amplio grupo de enfermedades neurológicas, la epilepsia es la que presenta dos o más crisis convulsivas en períodos de 24 horas, con una alta probabilidad de al menos 60% de recurrencia.

Informes estadísticos han reportado que en el mundo unos 50 millones de personas tienen epilepsia, y casi el 80% de los casos se presentan en los países en vías de desarrollo, en donde se utilizan como tratamiento estándar de elección la fenitoína.

La dosis estándar, de éste fármaco es de 10-20 mg/ml, en tres tomas diarias, aunque debe establecerse para cada paciente, la cual es distinta para niños, adultos y ancianos⁵⁵.

Un estudio interesante es el que relaciona el pH salival con los índices CPOD y ceod, a fin de detectar el importante el papel de la saliva, en el inicio y la evolución de esta enfermedad.

El objetivo fue contribuir al desarrollo de programas de atención primaria y prioritaria a personas con discapacidad intelectual en el Ecuador.

La conclusión determinó que el pH salival ácido, evidenció un desarrollo de 4 a 6 caries dentales; el pH salival neutro, de 0 a 3 caries, el pH alcalino de 0 a 2 caries. Las pruebas estadísticas demostraron un intervalo de confianza del 95%.

La curva de elevación de la capacidad amortiguadora de la saliva observada en todos los grupos de estudio, con tendencia a desarrollar caries y enfermedad periodontal, se desvió hacia el lado ácido, cuando debería ubicarse entre un pH de 6 a 6,519, punto de mayor amortiguación⁵⁶.

En algunas situaciones, las personas con discapacidad no son colaboradores durante las consultas, y cuando las técnicas de manejo de conducta no funcionan, hay que buscar alternativas para una correcta atención, sin poner en riesgo la integridad física tanto del paciente como del profesional.

En tales casos, existen aditamentos físicos o mecánicos que limitan posibles movimientos no deseados.

Muchos padres desconocen las ventajas que dichos elementos pueden ofrecer, y como es importante conocer la opinión sobre el uso de tales medidas, se realizó una investigación en un Centro de Rehabilitación y Educación Especial en el Instituto Down de Monterrey, sobre la postura ante la contención física de sus tutelados, durante el tratamiento odontológico.

Los resultados obtenidos expresan que el 56% de los padres creen que sus hijos no serían colaboradores en la atención odontológica y el 78% estarían de acuerdo con el uso de contención física⁵⁷.

Además de lo antedicho, a veces es necesaria la atención odontológica bajo sedación anestésica, para prevenir las complicaciones derivadas de la misma. Por tal motivo, en la Facultad de Odontología Mexicali, en la Universidad Autónoma de Baja California –Méjico- se realizó una investigación utilizando los expedientes clínicos como fuente primaria de datos.

Se identificó que todos los pacientes presentaron caries dental, como principal problema de salud bucal, y, en segundo orden, el 36.9 % de los casos padeció de traumatismos dentoalveolares.

El 43.4 % de los procedimientos fueron quirúrgicos, exodoncias y alveoloplastías, y el 41.5 % consistió en tratamientos restaurativos conservadores, obturaciones y coronas de acero. Dada las condiciones de estos pacientes, fue necesario el uso de anestesia general, con un tiempo anestésico proporcional a la cantidad de enfermedades bucales presentes⁵⁸.

Los problemas de comportamiento son un desafío importante que influye en la calidad de la atención de la salud bucal de pacientes con discapacidad intelectual.

La sedación intravenosa, puede ser útil para aliviar la ansiedad y el miedo, y hacer que los procedimientos dentales sean más aceptables.

El propofol se utiliza como inductor y agente de base para mantenimiento de sedoanestesia, por parte de profesionales no médicos, durante los tratamientos dentales en un consultorio.

Con el objetivo de evaluar la seguridad y la eficacia de la sedación, se realizaron procedimientos dentales restauradores en 124 pacientes con discapacidad intelectual con propofol intravenoso.

Todos los procedimientos dieron como resultado un nivel suficiente de sedación, segura y efectiva, sin complicaciones moderadas o graves.

Este estudio demostró que puede ser utilizado como inductor y agente de base para mantenimiento anestésico, en procedimientos fuera de quirófano y cirugía ambulatoria⁵⁹.

También, en el departamento de odontología pediátrica del Hospital Dental de la Universidad Nacional de Seúl (Corea del Sur) se presentó el caso de un paciente pediátrico, con parálisis cerebral, discapacidad intelectual, hipotonía central y trastorno convulsivo, y con sus dos padres con discapacidad intelectual, por lo que la familia fue acompañada por un trabajador social, quien dio el consentimiento para el tratamiento odontológico con anestesia general.

El niño fue dado de alta, sin complicaciones después del tratamiento.

La cooperación de los padres o de un tutor legal y todas las funciones cognitivas del paciente deben considerarse antes de realizar éste tipo de tratamiento odontológico, a fin de lograr seguridad y evitar acciones legales que puedan surgir en el futuro⁶⁰.

En Belo Horizonte, Brasil, se estudió los factores de riesgo de caries dental en niños tratados en un servicio de referencia clínica para pacientes con necesidades especiales.

El estudio fue de cohorte retrospectivo y evaluó 401 cuadros dentales de individuos sin caries o restauraciones dentales en su primera cita dental. La variable dependiente fue el tiempo de aparición de nuevas caries o restauraciones dentales medidas en meses.

Las variables de análisis fueron sexo, edad, la educación de la madre, consumo de azúcar, uso de pastas fluoradas, higiene bucal, respiración bucal, informes de xerostomía, estado gingival y el uso de psicotrópicos.

Evaluar la actividad de caries temprana en este grupo de personas presenta dificultades, por la imposibilidad de mantener un campo seco, los exámenes radiográficos por movimientos involuntarios de la lengua, el nivel de deficiencias cognitivas. Por lo tanto, fueron detectadas solo las lesiones de dentina cavitada.

La investigación concluyó que el consumo de sacarosa fue el mayor factor de riesgo de caries dental, como así también el uso de drogas psicotrópicas en las personas con discapacidades del desarrollo⁶¹.

En varios estudios se ha demostrado que los niños con discapacidades tienen altas tasas de caries y gingivitis, así como también necesidades acumulativas de tratamiento preventivo y curativo.

En Recife, Brasil, se investigó el estado de salud bucal y las necesidades de tratamiento de niños con discapacidades en una muestra de 366 niños con edades entre 3 y 12 años.

Las condiciones de salud oral investigadas fueron caries dental, con el índice CPOD y ceod, estado gingival y trauma dental.

Los resultados revelaron una prevalencia de caries del 65% asociadas con la edad y el área de residencia. La prevalencia de necesidad de tratamiento también fue del 65%.

El 96.7% de la muestra presentó placa visible, el 77.3% sangrado gingival y el 27.6% traumatismo dental.

El estudio, descriptivo y transversal, al igual que otros, demuestra los problemas de salud oral que padecen las personas con discapacidad⁶².

Otro estudio coincidió que los niños con discapacidades físicas e intelectuales constituyen un grupo que necesitan tratamientos odontológicos preventivos desde temprana edad, a fin de limitar la gravedad de las patologías orales.

En Madrid, se realizó una revisión sobre la Salud bucal en niños con parálisis cerebral y Síndrome de Down, y un grupo testigo sin discapacidad.

Se observó que la incidencia de caries dental en niños con PC es algo mayor que en los grupos de control y similar, en niños con SD. La higiene oral y la salud gingival es también es más pobre que en los grupos de control.

Los niños con PC tienen una mayor prevalencia de traumas dentales y - Niños con SD presentan una mayor frecuencia de hábitos (bruxismo), además, otras anomalías en el desarrollo dental más comunes en ellos, como la erupción tardía y la presencia de desgaste y abrasiones.

Por todas estas razones, constituyen un grupo que debe recibir atención dental temprana y regular, para prevenir y limitar la gravedad de las patologías observadas⁶³.

Las patologías bucodentales de origen infeccioso, son las de mayor prevalencia, ya sea por causas relacionadas con las patologías de base, como por las limitaciones de la discapacidad – higiene inadecuada o ausente-.

Pero también las maloclusiones prevalecen en personas con desórdenes neuromusculares, mientras que las hipo-calcificaciones, hipoplasias y lesiones severas de la mucosa bucal se observan en las personas con patologías de origen genético⁶⁴.

Además de las patologías orales de alta prevalencia, las personas con síndrome de Down, las del espectro autista y trastorno del desarrollo intelectual, sufren alteraciones de forma, tamaño, estructura y cronología en la erupción dentaria, las cuales ocasionan alteraciones anatómica, funcional y estética. Identificarlas precozmente, permite un rápido tratamiento multidisciplinar.

Con el objetivo de describir tales anomalías, se realizó una investigación bibliográfica, con el posterior análisis e integración de la información.

Como conclusión, debido a su condición de discapacidad, según los artículos analizados por los autores, muestran prevalencia de mal posición dentaria, por alteraciones en el desarrollo muscular⁶⁵.

Sumado a lo antedicho, en los síndromes y patologías mencionadas, se ha demostrado que las maloclusiones son más frecuentes, más severas y

más esqueléticas que en la población en general, relacionadas con deglución atípica, succión digital, respiración bucal, pérdida prematura de piezas dentarias por caries tempranas, pobre desarrollo muscular, uso por largo tiempo del biberón, dieta blanda, falta de masticación y el uso de medicamentos.

Ante esta situación, los ortodoncistas expresan ofrecer mayor accesibilidad a los tratamientos y sus beneficios a fin de promover la inclusión igualitaria y mejorar la calidad de vida a quienes viven con alguna discapacidad⁶⁶.

Las alteraciones detalladas, afectan a la articulación temporo-mandibular. Constituyen un grupo de enfermedades que se caracterizan por dolor, ruidos articulares, limitación de la apertura bucal, debido a la funcionalidad de los músculos masticatorios.

La etiología es multifactorial, donde los factores psicosociales, como el stress, ansiedad y depresión, son considerados desencadenantes, y son más frecuentes en pacientes con trastornos mentales, en su mayoría relacionados con la esquizofrenia⁶⁷.

En la actualidad Cubana, los niños, adolescentes y jóvenes con retraso mental son atendidos mediante diferentes modalidades en escuelas públicas.

Los resultados evidencian que el cuidado dental en las personas con discapacidad, generalmente no son prioridad de sus padres. Las diez primeras causas de patologías, son la caries dental, las mal posiciones dentarias y las gingivo-periodontales.

Las causas registradas fueron mala higiene dental, dietas blandas y azucaradas, alteraciones en la motricidad oro-facial que dificulta la masticación, regurgitación de los alimentos, empuje lingual, succión digital, rumiación, respiración bucal entre otros.

La investigación concluye que los estudios relacionados a la salud bucal del paciente discapacitado en Cuba son insuficientes⁶⁸.

Como en todos los casos descritos, uno de los factores desencadenantes es la higiene bucal deficiente, y ésta depende del familiar a cargo, a quien le preocupa más la enfermedad de base.

A fin de conocer el grado de conocimientos sobre salud oral de los padres y la presencia de caries dental en sus hijos, se realizó una investigación, cuyo resultados determinaron, que el 64,9%, presentaron regular nivel de conocimiento sobre salud oral, con un el Índice de higiene oral en los niños de 74,2%. Se concluye que hay una relación entre el IHO-S y el nivel de conocimiento, es decir, a mayor conocimiento de los padres de niños con discapacidad, menor es el IHOS⁶⁹.

Estudios similares en personas adultas con discapacidad motora entre 47 y 68 años, se realizaron en el Sub Centro Manantiales, en el Cantón Monti Cristi, Ecuador. Los resultados determinaron en cuanto al sexo, mayor número de femeninos. Las dimensiones del CPOD, indicaron 43% de cariados, 41% de perdidos y 13% de obturados. En cuanto al estado periodontal, 45% de las personas presentaron distintos niveles de enfermedad. Si bien el estudio era para personas con discapacidad motora, predominaron los pacientes con retraso mental.

El estudio concluyó que los indicadores negativos de salud oral fueron causa de la falta de preocupación de los tutores por la higiene oral, el desinterés de los odontólogos por la falta de cooperación de los pacientes, como así también de los familiares a cargo⁷⁰.

Con el objetivo de promover la reflexión sobre la calidad de los servicios de atención odontológicos y la satisfacción de los usuarios, se realizó una investigación descriptiva, con enfoque cuantitativo, en el centro de salud Los Libertadores de la Micro red San Martín de Porres, Lima Perú.

Para la recolección de datos se aplicó una encuesta, con escala de medición tipo Likert.

La Variable independiente fue la Atención de los Servicios de Salud, y las dimensiones utilizadas fueron el respeto al usuario, oportunidad, competencia profesional, información ofrecida sobre el tratamiento a realizar, accesibilidad, seguridad y satisfacción.

El análisis permitió conocer el nivel de satisfacción del usuario externo sobre la atención de los servicios de salud.

Las categorías de la encuesta fueron Insatisfecho, Satisfecho, Muy Satisfecho. Los resultados de la encuesta fueron: muy satisfecho 38,1%, Satisfecho 37,5% e insatisfecho 24,4%⁷¹.

En todas las investigaciones, se destaca la falta de educación sanitaria de la población en general, y de los padres y tutores en general, es un problema debido a la dificultad para el acceso a los servicios de salud.

Varios son los determinantes a considerar: la distancia geográfica de la residencia al centro de salud, el desconocimiento de los tutores sobre los

derechos de las personas con discapacidad, la falta de percepción sobre patologías bucales, el medio de transporte utilizado, usualmente bus o colectivos, trámites engorrosos.

Sumado a lo descrito, las condiciones económicas, deseos de atención, continuidad de los tratamientos, generan importantes barreras para poblaciones sensiblemente vulnerables.

A fin de conocer el comportamiento de algunas de las variables descritas, se realizó un estudio observacional descriptivo-transversal a padres y niños escolarizados en tres instituciones de barrios de Bogotá.

Los resultados evidenciaron que el 47% de los encuestados afirma que la ubicación del centro de salud está dentro de la localidad de residencia, el 70% utiliza transporte público, el 63% coincide que el tiempo de desplazamiento es más de una hora, y el 68% afirma tener dificultades económicas. En cuanto a la percepción de patologías bucales, el 48% reconoce mal posición dentaria, en tanto que el 28,4% dolor y sangrado de encías.

Los autores concluyen la necesidad de eliminar las barreras en el acceso a la atención, favorecer el conocimiento sobre los derechos en salud bucal, facilitar los trámites, cumplir con el criterio de equidad, brindar servicios de buena calidad, y utilizar lo mejor posible los recursos disponibles⁷².

Uno de los factores que obstaculizan los programas de promoción y prevención, es el acceso a los servicios de salud, no solo las aplicaciones

de flúor, cuidados de dieta, sino sobre todo los conocimientos, actitudes y prácticas de sus padres y o cuidadores.

Con tal propósito, se realizó una investigación de tipo transversal y observacional sobre el estado de salud bucal en niños de 3 a 5 años, en el distrito de Ventanillas, Ecuador, siendo la técnica empleada la encuesta y la observación.

Las variables de análisis fueron la higiene bucal y el índice ceod, y su relación con los conocimientos, actitudes y prácticas que realizan los tutores y cuidadores de los niños.

Los resultados demostraron que el 82% de los niños sufrían de caries tempranas, con un ceod de 5.2. Asimismo, si bien los padres tienen los conocimientos suficientes, no le dedican el tiempo suficiente al cuidado de la salud bucal, además, que por razones laborales, quedan al cuidado de terceros, muchas veces de las abuelas, no encontrándose una relación estadísticamente significativa entre conocimientos, prácticas y actitudes de los padres⁷³.

El Ecuador promueve el control y prevención de enfermedades no transmisibles, incluyendo la salud bucal en personas con discapacidad.

Con la finalidad de caracterizar clínico-epidemiológicamente a personas con gingivitis crónica, se realizó una investigación descriptiva y transversal a 40 pacientes atendidos en consulta odontológica externa.

Las variables de análisis incluyeron tipo de discapacidad, manifestaciones clínicas orales, conocimientos sobre cuidados de salud

bucal a los tutores, esta evaluación se realizó mediante un cuestionario satisfactorio, no satisfactorio.

De los 40 pacientes examinados, predominó con el 62%, el sexo masculino, en cuanto al rango de edad fue de 15 a 19. La higiene bucal deficiente sobresalió con el 80% como primer factor de riesgo, siguieron el apiñamiento dentario, el consumo de medicamentos, y el empaquetamiento de alimento respectivamente.

El nivel de conocimiento de los padres, con respecto a la enfermedad gingivitis crónica, solo el 22% evidenció conocimientos satisfactorios.

Del total de pacientes con higiene bucal deficientes, el 37% padecían de gingivitis crónica edematosa, el resto presentaron gingivitis fibro-edematosa⁷⁴.

Los niños con discapacidad generalmente no son independientes en sus decisiones y necesitan de sus padres y / o cuidadores para la ayuda y monitoreo de sus actividades diarias, así como para el cuidado de la salud bucal.

Esto es debido a problemas mentales y / o limitaciones físicas las que incluyen insuficiente destreza manual, coordinación y habilidad para comprender tareas complejas.

La rutina de atención sobre la salud oral entre los niños es menor cuando los cuidadores tienen un inapropiado conocimiento, actitud o comportamiento de higiene bucal.

En Taiwán, respectivamente entre el 25.79% y 35.16% de los niños con discapacidades, son total o extensivamente dependiente de sus cuidadores.

A fin de lograr una mejor comprensión sobre el tema se aplicó un cuestionario a 503 cuidadores de niños con evaluadas y certificadas por la autoridad central competente a cargo de la salud.

Los autores concluyen que los conocimientos, actitudes y comportamientos de los cuidadores están altamente asociados con su proceder en los hábitos de salud oral.

Se recomendó que los cuidadores legales y padres deban recibir educación sobre métodos preventivos y tipos de tratamientos dentales a fin de mejorar la actitud y comportamiento hacia la salud oral de sus hijos y tutelados⁷⁵.

También en Australia, con el propósito obtener información sobre cómo, cuándo y dónde intervenir para el beneficio de la salud bucal de la población discapacitada, se realizó una revisión sistemática de la literatura existente centrada en la "salud oral" y la "discapacidad intelectual".

La investigación, resultante de cinco bases de datos electrónicas y del análisis consensuado de tres autores independientes, destacó que los cuidadores desempeñan un papel vital en la provisión de apoyo de salud oral, enfatizando la efectividad de las intervenciones educativas para los cuidadores. Sin embargo, hubo incertidumbre con respecto a la eficacia de las intervenciones específicas de cepillado de dientes.

La conclusión de la revisión expresa la necesidad de un abordaje integral, que considere las diversas necesidades de las personas con discapacidad, sus cuidadores, contexto del servicio, así como pruebas adicionales de alta calidad para confirmar los resultados logrados⁷⁶.

Terminada la consulta odontológica, los cuidados deben continuar en el hogar, y muchas veces, contar con la colaboración de la familia es difícil, y muchas veces son determinantes del fracaso del profesional.

La actitud de los padres puede categorizarse en Indiferente, asumida, ansiosa y escapista.

La actitud indiferente no asume la importancia del cuidado de la salud bucal, los problemas que acarrear, generalmente por falta de conocimientos.

La actitud asumida, la familia colabora con el profesional, pero va acompañada de cambios de ánimos ante los progresos y retrocesos de los tratamientos.

La actitud ansiosa, va siempre acompañada de sobreprotección, ambas son negativas para el éxito de los tratamientos, tanto curativos como preventivos.

La actitud escapista refiere a aquellos padres que conocen y aceptan la situación de discapacidad de sus hijos, pero con el paso del tiempo, ya sea por razones económicas o de cuidados, se despreocupan, llegando en algunos casos al abandono, dejan de asumir la realidad y escapan de ella⁷⁷.

Una intervención innovadora es la aplicación de psicoterapia conductual con acciones de promoción y prevención en las comunidades.

Como fuente de información se utilizaron historias clínicas individuales y entrevistas. Los datos se presentaron en tablas estadísticas con frecuencias absolutas y relativas.

La investigación evidencia que el uso de la psicoterapia conductual evita la hospitalización, y el consecuente trauma para el paciente y los familiares.

Además, permitió la instalación de aparatología protésica⁷⁸.

Coincidiendo con lo antedicho, se puede lograr el reemplazo de las piezas dentarias ausentes, con la motivación de los familiares y su colaboración, para lograr el mantenimiento de determinados tratamientos de rehabilitación, que muchas veces requiere varias sesiones.

Generalmente se cree que un paciente con discapacidad no puede tolerar una prótesis, pero la falta de reemplazo de piezas ausentes altera una correcta masticación, provoca deficiencia nutricional, además de desarmonías oclusales, y en la actualidad existen diferentes alternativas que dan solución a estos problemas sin riesgos innecesarios.

Para ello es importante concientizar a los familiares sobre la importancia del tratamiento realizado y los cuidados especiales que se deben tener en cuenta para el buen mantenimiento de la salud bucal recuperada⁷⁹.

En general, los pacientes con Síndrome de Down pierden tempranamente sus piezas dentarias por periodontitis agresivas, y no tienen tolerancia ni habilidades para el uso de prótesis removibles.

Una buena alternativa terapéutica son los implantes dentales, pero debido al alto costo, el tratamiento depende de las condiciones económicas de la familia⁸⁰.

El Síndrome de Down es una condición genética que se hace cada vez más presente en la población, y por lo tanto cada vez es más frecuente

Por lo antedicho se realizó una investigación en la escuela especial Andalué, de Maipú, Chile, a fin de conocer cuál es situación de atención odontológica en que se encuentran estos niños, entre 6 y 12 años.

La muestra fue de 30 alumnos y 37 tutores, que debieron responder una encuesta escrita.

Los resultados evidenciaron que solo el 46,6% tuvo una frecuencia adecuada de asistencia al odontólogo durante el año 2018. Además se registró falta de información a los padres sobre la importancia de los controles odontológicos⁸¹.

La observación debe ser el hábito que todo odontólogo debe utilizar antes de comenzar cualquier tratamiento, especialmente en las personas con discapacidad.

La contractura de los músculos faciales demuestra un estado de ansiedad y temor, antes de sentarse en el sillón dental.

Tomarle la mano y hablarle todo el tiempo, beneficia la relación con el profesional y su equipo, y un elemento coadyuvante de la motivación es la música, la cual favorece la relajación tanto del paciente como del acompañante, y puede ser empleada en el ambiente o con auriculares.

Con el objetivo de reducir los niveles de ansiedad de niños con discapacidad, entre 5 y 12 años de edad, se realizó una investigación, durante la atención odontológica en una institución peruana.

Se dividieron en dos grupos, expuesto y no expuesto a la musicoterapia y se evaluó a través de una escala sobre imagen facial antes y después del tratamiento.

Los resultados demostraron mayor eficacia en la reducción de los niveles de ansiedad en los niños atendidos con música en el gabinete dental⁸².

En todos los países existen instituciones sociales que asisten a personas con discapacidad. La ciudad de Bogotá, Colombia no es la excepción, y la Facultad de Odontología, con sus estudiantes, promueve acciones de promoción, prevención y cuidados de la salud.

El objetivo es darles a los estudiantes experiencias reales favoreciendo su inserción social y su campo de trabajo.

El presente estudio trata de la descripción de un caso clínico, de una paciente institucionalizada con diagnóstico clínico de parálisis cerebral y patologías orales como caries dental, enfermedad periodontal y mal oclusiones.

Los alumnos desarrollaron prácticas de educación, promoción y prevención, actuando con destrezas ante las distintas dificultades de posición y movimientos indeseables particulares de dichos pacientes⁸³.

Con el objeto de evaluar los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud oral en personas adultas con discapacidad intelectual, se

realizaron encuestas a los cuidadores primarios y a 52 pacientes, antes y semanas después del tratamiento odontológico con anestesia general.

Los resultados revelaron una mejora significativa de la calidad de vida de la población muestral del estudio⁸⁴.

La mirada hacia las familias se ha tornado importante, debido a su papel colaborativo en la atención a los niños con discapacidad.

Las decisiones que deben tomar, sobre las terapias más convenientes, los costos, los viajes, el tiempo, los medios de transporte, el acompañamiento, el acceso a la salud y las instituciones educativas, generan una carga emocional con profundas repercusiones en la rutina cotidiana.

En Colombia utilizando metodología cualitativa y cuantitativa, con técnicas como la encuesta, el cuestionario estructurado y escalas, se estudió la calidad de vida de las familias de niños con discapacidad.

Estos estudios aportan elementos de análisis y conocimientos sobre la caracterización de la población, experiencias emocionales, condiciones de salud, especialmente relacionadas con morbilidad y discapacidad, medición de programas y servicios, como así también los nuevos retos que deben afrontar la tríada familia - inclusión educativa y salud⁸⁵.

Los conocimientos sobre la percepción del profesionalismo, que tienen los pacientes, han sido limitados en algunos lugares.

Para abordar esta situación, se realizó un estudio de diseño descriptivo – transversal, en la ciudad de Jeddah, Arabia Saudita.

Se analizaron 504 cuestionarios que se distribuyeron a pacientes dentales en clínicas, hospitales públicos y privados.

Concluyeron que la buena capacidad de comunicación, el juicio sobre el diagnóstico clínico, las decisiones, así como el tratamiento dental ofrecido y la ética, son los elementos más importantes para reconocer profesionalismo dental, desde la perspectiva de los pacientes⁸⁶.

La profesionalidad exigida, se expresa en el plan estratégico para personas con discapacidad de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

Uno de los enfoques del plan es garantizar el acceso a los programas y servicios de salud, donde se integren la Atención Primaria de la Salud, los modelos hospitalarios y la comunidad.

La respuesta debe ser apropiada a las particularidades de la población discapacitada, con acceso universal y equitativo, que incluyan rehabilitación y recursos tecnológicos de ayuda y otros de apoyo necesarios, que se extienda a todo el curso de la vida⁸⁷.

Existen factores que influyen en el estado de salud bucal en personas con discapacidad mental, las dificultades para obtener acceso a servicios de salud bucal, el cuidado de la salud oral y tratamiento odontológico de rutina resulta más desafiante para ellos, su reducida capacidad de comprender nueva información e instrucciones complejas se traduce en una peor salud oral y rápida progresión de las lesiones orales existentes.

La presente revisión sugirió que el análisis cualitativo como cuantitativo proporcionó evidencia de que los participantes con discapacidades sufren

varios obstáculos en su crecimiento, y necesitan atención y afecto específicos, en el hogar y en la escuela.

Entre sus necesidades concretas se destacan servicios médicos – odontológicos especiales, educación diferencial y capacitaciones que tengan como objetivo reducir las limitaciones y dependencias debidas a las discapacidades sufridas.

Además tienen más probabilidades de mala higiene bucal, enfermedad periodontal y un mayor riesgo de caries que las personas sin discapacidad intelectual⁸⁸.

La atención odontológica a un niño pequeño o paciente con discapacidad intelectual, requiere una orientación conductual esencial para brindar atención dental de calidad mientras se construye una relación positiva y de confianza⁸⁹.

La promoción de la salud y los tratamientos dentales preventivos y conservadores son fundamentales, tanto para niños pequeños con y sin discapacidad.

Considerando la importancia de la conducta del niño durante la atención odontológica, en el estado de Ohio, un estudio evaluó y comparó el comportamiento de los niños pequeños de 36 meses con y sin discapacidades y la influencia de la ansiedad materna en la primera atención odontológica.

Los resultados evidenciaron que la mayoría de las madres tenían bajos niveles de ansiedad y no se observaron diferencias entre los grupos, por lo que la ansiedad materna y el comportamiento del niño pequeño con

discapacidad durante el primer cuidado dental en comparación con madres y pacientes sin discapacidad fueron similares.

Sin embargo, los autores proponen que deben realizarse estudios, con mayor número de niños y un diseño longitudinal para confirmar estos resultados⁹⁰.

En ocasiones existe un efecto indirecto de la ansiedad dental materna y el patrón de experiencia de caries dental infantil, mediada por comportamientos de cuidado, como el patrón de asistencia dental infantil y la frecuencia del cepillado dental⁹¹.

Los niños con discapacidades presentan aumento de patologías orales, que podrían deberse a una multiplicidad de factores del ambiente externo socio – educativo.

En la India, una investigación tuvo como objetivo evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica de madres y cuidadores de niños con necesidades especiales.

El diseño fue un estudio transversal, por un período de 4 meses entre cuidadores de niños de 3 a 17 años del centro de atención terciaria (NIEPMD) en la ciudad de Chennai, desde febrero a junio de 2018.

Dicha información se obtuvo a través de un cuestionario.

El test estadístico ANOVA, utilizado para comparar medidas de conocimiento, actitud y práctica con la edad, educación e ingresos, presentó hallazgos de que las madres de los niños con necesidades especiales tenían poco conocimiento y actitud menos favorable hacia la salud bucal de sus hijos.

Sin embargo, la investigación concluye que se deben realizar más estudios que exploren el mismo tema, en muestras que cubran diferentes poblaciones, para evaluar qué estrategias serán efectivas y eficientes en provocar un cambio de comportamiento que favorezca la salud bucal de sus tutelados⁹².

Coincidiendo en que es esencial el establecimiento de intervenciones educativas enfocadas a los padres y madres, de niños discapacitados para el éxito en la prevención de caries dental, se realizó una investigación en la Universidad Federal de Uberlândia, Minas Gerais Brasil, con el objetivo de comprender los significados y las prácticas de salud oral de diez madres de niños discapacitados entre las edades de cero y tres años.

Los datos se recopilaron mediante una entrevista semiestructurada.

El 50% de las madres relacionan la salud bucal con la salud general.

Todas informaron que la caries dental está relacionada con la dieta y la falta de atención con respecto a la higiene bucal.

Fue posible concluir que, para este pequeño grupo de estudio, la salud oral tiene un significado importante y que las prácticas de salud oral se basan en una dieta saludable y cepillado.

Aunque las madres de los niños discapacitados han presentado actitudes positivas, en general, los resultados indicaron un conocimiento limitado sobre salud bucal.

Los resultados mostraron la importancia de considerar el punto de vista de las madres como datos de análisis aportando mayor proximidad con la realidad estudiada.

Concluye además, que se deben realizar más estudios cualitativos para colaborar con la mejora de la condición oral de los niños discapacitados⁹³.

Con el objetivo de investigar la dieta y el cuidado dental en niños con Desorden del Espectro Autista se realizó un estudio observacional transversal en la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad de Granada, entre enero de 2016 y diciembre de 2017. El mismo fue multidisciplinario, involucrando especialistas en odontología, nutrición y medicina y fisiología, para verificar la asociación entre problemas de alimentación y estado de salud oral en niños con trastorno del espectro autista (TEA).

Los padres de 55 niños con Trastornos del Espectro Autista -TEA - y 91 niños con Trastornos del Desarrollo – TD - entre 6 y 18 años de edad completaron una breve evaluación del comportamiento a la hora de comer, y un cuestionario sobre consumo de alimentos frecuentes.

Un Odontopediatra realizó una exploración oral de los participantes de acuerdo con los criterios de Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los niños con TEA mostraron mayores trastornos de conducta a la hora de comer y selectividad alimentaria que los niños con TD.

En cuanto a enfermedades bucodentales, se observó mayor prevalencia en el grupo con TEA, aunque los índices de caries fueron bajos en ambos grupos. Otras patologías detectadas fueron las maloclusiones, índice periodontal alto, y bruxismo en ambos grupos de niños de la misma edad.

El estudio concluyó que el rechazo de alimentos y la variedad limitada de los mismos se asociaron a una mayor prevalencia de maloclusión y

alteración de las puntuaciones del índice periodontal comunitario en niños con TEA⁹⁴.

En Corea se realizó un estudio transversal entre los pacientes en áreas urbanas y suburbanas con el propósito de estimar la disparidad de salud bucal mediante la comparación del estado de salud de los pacientes con y sin discapacidad.

Los datos se obtuvieron mediante encuestas y cuestionarios, que respondieron tutores de personas con discapacidades físicas y mentales. Los exámenes clínicos fueron realizados por Odontólogos.

Los resultados evidenciaron que las personas con discapacidad presentaban mayor número de piezas dentales perdidas, pero en cuanto a enfermedad periodontal, no hubo diferencia con las personas sin discapacidad.

Asimismo, el estudio sugiere que el tipo de discapacidad y el grado de la misma, tiene un efecto decisivo en el estado de salud bucal⁹⁵.

Una investigación en adultos jóvenes sin discapacidad, en Cartagena de Indias, Colombia sobre el impacto de la salud oral en la calidad de vida, demostró que a pesar de alta prevalencia de caries, enfermedad periodontal y presencia de placa bacteriana, el 58,5 % acudió a las clínicas odontológicas universitarias por problemas estéticos, seguido por alteraciones en la oclusión.

El objetivo del estudio fue asociar si el estado de salud oral tiene impacto en la calidad de vida en adultos jóvenes.

Los hallazgos del estudio evidenciaron un impacto negativo, en más de la mitad de los sujetos a pesar de destacarse una historia de patologías bucales preocupante⁹⁶.

Las entrevistas y encuestas son técnicas de recolección de información.

La entrevista consiste en una conversación basada en preguntas previamente elaboradas, por las cuales los informantes proporcionan ellos mismos, datos de interés para el tema de investigación.

Tiene la ventaja que, en una comunicación interpersonal, permite conocer las motivaciones, percepciones y explicaciones que tienen las personas acerca de las situaciones o problemas de su vida diaria.

A través de sondeos neutros no dirigidos, se logra mayor información y descripción de los conocimientos que se desean obtener.

En tanto la encuesta, consiste en un grupo de preguntas escritas, planteadas previamente, para conseguir la información que se busca, es de fácil aplicación, pero dificulta la recolección de valoraciones y percepciones de las personas encuestadas

Las encuestas, las entrevistas y la observación, son ideales para todo tipo de estudios de investigación⁹⁷.

Tanto los problemas de la odontología, como los resultados obtenidos después de una intervención, el odontólogo dispone de distintos índices o unidades de medida, cada uno de ellos adaptados a las características de la enfermedad a evaluar. Existen varios índices relativos a los distintos problemas que afectan a la salud bucal.

Los índices son proporciones o coeficientes que sirven como indicadores de la frecuencia con que existen ciertas enfermedades y que pueden incluir o no determinaciones de severidad de las enfermedades.

Para caries dental son el CPOD y el ceod, frecuentemente utilizados por su sencillez y alta posibilidad de reproducción.

La primera referencia del CPOD fue presentada por Henry Klein y Carroll E. Palmer en diciembre de 1937 en el artículo “Dental Caries in American Indian Children” dentro del Public Health Bolletin.

El objetivo del CPOD es cuantificar la experiencia de caries en dentición permanente a través de la sumatoria de los dientes cariados, perdidos por caries y obturados. Es a partir de estas líneas que surge el indicador CPOD, el cual ha sido adoptado por el gremio odontológico como una unidad de medida básica para describir la situación epidemiológica de personas y comunidades.

En el año de 1944, Gruebbel realiza una modificación de este índice e introduce el ceod, adaptándolo para la medición de experiencia de caries en dentición temporal, la medición a través de este indicador no consideraba el registro de dientes temporales perdidos por caries debido a que se tomaba en cuenta, que el proceso de intercambio dental, dificulta la identificación de la causa de la pérdida del diente, y en muchos casos el niño no puede proporcionar información que ayude a determinar si el diente no se encuentra presente por exfoliación o porque fue extraído por caries.

El objetivo del índice ceod es cuantificar la experiencia de caries en dentición temporal a través de la sumatoria de los dientes cariados, con

extracción indicada y obturados, por lo tanto, se utiliza la combinación del CPOD con el ceod para realizar la medición de experiencia de caries en dentición mixta:

El ceod, describe el ataque de caries en la dentición temporaria.

El símbolo **c**, se refiere al número de dientes cariados, el **e**, extracción indicada y el **o**, obturado, la **d**, indica que la unidad establecida es el diente.

El CPOD, describe el ataque de caries en la dentición permanente

El símbolo **C**, se refiere al número de dientes cariados, el **P**, diente perdido, ya sea que fue extraído o con extracción indicada, y el **O**, obturado, la **D**, indica que la unidad establecida es el diente.

La Organización Mundial de la Salud, recomienda valores de la cuantificación del índice y categorización de niveles, para evaluar la experiencia de caries en las denticiones.

Niveles de caries según OMS⁹⁸.

Valores	Niveles
0.0 - 1.1	Muy bajo
1.2 - 2.6	Bajo
2.7 - 4.4	Medio
4.5 - 6.5	Alto
> a 6.6	Muy Alto

Otro indicador es el índice de O’Leary, que evalúa la higiene oral.

Para la visualización del biofilm, se utilizan sustancias descubridoras, que pueden ser: fucsina básica al 6%; eritrosina al 2,5%; verde de malaquita al 1- 2,5% y la de doble tono.

Esta última es ideal, porque indica, de color azul, la placa de varios días y rosa la placa de 24 hs.

La técnica de revelado se realiza con torunda de algodón, comenzando por la última pieza dentaria del maxilar superior derecho y terminando en la última pieza dentaria del maxilar inferior izquierdo registrándose en la ficha ad hoc correspondiente.

Al hacer visible el bio-film, mejoran las condiciones de autocuidado de las personas. Se aplica en el momento inicial y a lo largo del tratamiento y después de la enseñanza de higiene bucal.

Cada diente está dividido en 4 sectores que corresponden a sus caras mesial, vestibular, distal, y lingual. El valor compatible con salud es igual o menor a 20%. Este se determina contando el número total de superficies dentarias teñidas, dividido por el número total de superficies dentarias presentes en la boca, y multiplicando por 100⁹⁹.

A fin de determinar el estado del tejido gingival, se utiliza el índice gingival de Llöe y Silness.

Se realiza con espejo n° 5 y sonda periodontal de la Organización Mundial de la Salud. Presenta una esfera de 05 mm de diámetro en el extremo, con porciones codificadas de color que van de 3,5 mm a 5,5 mm.

Los tejidos que rodean el diente se divide cuatro zonas gingivales: disto-vestibular, mesio-vestibular, margen gingival vestibular y margen gingival lingual.

La piezas dentarias seleccionadas por Ramfjord son: 1.6; 2.1; 2.4; 3.6; 4.1; 4.4; si alguno no se encuentra presente, se selecciona uno de los

dientes vecinos. El promedio de las mediciones constituye el índice gingival de la boca.

La inflamación se categoriza en grados:

Grado 0: encía sana

Grado 1: inflamación leve del borde gingival; No sangra al sondaje

Grado 2. Inflamación moderada, con encía roja y brillante, sangra al sondaje.

Grado 3: inflamación severa, marcado enrojecimiento y edema, con sangrado Espontáneo ¹⁰⁰⁻¹⁰¹.

CAPÍTULO III

6. MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño de la investigación fue observacional, descriptivo y analítico, sobre la atención odontológica de personas con discapacidad, ambulatoria, acompañadas por sus tutores legales.

El estudio se realizó durante el período comprendido entre los años 2017 – 2019 en el Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad de la FOUNNE

La Población estudiada fue de: 285 personas con discapacidad, de la cual se seleccionó una Muestra por conveniencia de 200 pacientes adultos con discapacidad comprendidos entre 17 y 57 años, y 30 niños de ambos sexos, de 4 a 8 años.

Criterios de Inclusión: pacientes registrados con diagnóstico con retraso mental leve y moderado, discapacidad sensorial, epilepsia y esquizofrenia, con historia clínica, consentimiento informado y certificados de discapacidad y con necesidad de tratamiento odontológico.

Criterios de exclusión: pacientes con diagnósticos médicos de otras patologías de alta complejidad (pacientes con enfermedades oncológicas. Inmunosuprimidos los que deben ser abordados desde otra perspectiva)

Se trabajó con variables cuantitativa y cualitativas

Variables de análisis cuantitativas discretas:

- Índice de caries dental CPOD para dentición permanente, y ceod para dentición temporaria.

- Índice de Higiene Oral de O’Leary
- Tratamientos realizados

Variables de análisis **cualitativas ordinales**:

- Eficacia de los tratamientos
- Calidad de la atención
- Satisfacción del usuario

Instrumentos para la recolección de datos.

- Libro de Actas de asistencia de pacientes.
- Historias Clínicas, en las cuales se encuentran registrados datos personales y el estado de salud bucal de los pacientes.

- Encuestas
- Entrevistas

Procedimientos:

La investigación se realizó siguiendo los pasos que a continuación se detallan:

Primero: Se concretó con la profesora del Servicio, sobre los días y horarios de asistencia para la selección de historias clínicas, de personas con retraso mental leve y moderado. Se consultó el libro de actas, a fin de conocer los pacientes que asistirían a la consulta y a tratamientos. Se informó a los tutores sobre los objetivos de la investigación y se solicitó la firma del consentimiento informado. **(Anexo 1)**

Segundo: se analizaron las historias clínicas **(Anexo 2)** y se registraron los datos obtenidos en planillas Excel: edad, sexo, tipo de discapacidad,

índice ceod y CPOD, índice de O’Leary, tratamientos realizados, resultados de los mismos, colaboración de los tutores, y satisfacción del usuario.

Tercero: se organizaron los datos y se confeccionaron tablas y gráficos con valores absolutos y relativos.

Cuarto: se realizaron las entrevistas a los tutores, con una guía de preguntas previamente establecidas a modo de introducción, que tuvo por finalidad, despertar su interés, su confianza, conocer sus experiencias odontológicas, sus recuerdos, anécdotas. Para estimular la comunicación se utilizó sondeos neutros no dirigidos. **(Anexo 3)**

Quinto: se aplicó una encuesta estructurada a los tutores, a fin de determinar acciones concretas que realizan los mismos, a fin de conocer el interés respecto del cuidado de los dientes de sus tutelados. Dicha Encuesta consta de 12 preguntas con tres opciones posibles, cada una con un valor numérico, 1, 2, o 3, según la opción indicada:

- 1 Nunca cuando no se realiza nunca la actividad.
- 2 A veces cuando se realiza ocasionalmente.
- 3 Siempre cuando se realiza frecuentemente.

Cada tutor optó por una respuesta, entre las tres alternativas ofrecidas.

El puntaje máximo que puede obtenerse es 36 y el mínimo 12.

Con la sumatoria de los puntajes obtenidos se determinó la siguiente escala a fin de categorizar los datos. Cada categoría se determinó por la inclusión de alternativas preestablecidas. **(Anexo 4)**

24 – 36 Muy Buena

18 – 23 Buena

12 - 17 Indiferente

Se continuó con una segunda encuesta estructurada, a fin obtener datos sobre la satisfacción del usuario.

Dicha encuesta consta de 14 preguntas, que tienen tres respuestas posibles, cada una con un valor numérico, 1, 2, o 3, según la opción indicada.

Con la sumatoria de los puntajes obtenidos se determinó la siguiente escala a fin de categorizar los datos. Cada categoría se determinó por la inclusión de alternativas preestablecidas. **(Anexo 5)**

Muy satisfecho	30	-	42
Satisfecho	22	-	29
Poco satisfecho	14	-	21

Las encuestas y entrevistas a los tutores se realizaron en el servicio, durante la atención de los pacientes, con aportes de la profesora jefa del servicio.

La eficacia de los tratamientos se evaluó mediante los tipos de tratamientos realizados, **(tabla 9)**, los resultados con producción de altas, **(tabla 10)** y la disminución de la dimensión Cariado y aumento de la dimensión Obturado de los índices CPOD y ceod, **(tablas 11 al 16)** se demostró estadísticamente con las Prueba de Wilcoxon, no paramétrica para observaciones apareadas.

La calidad del servicio se evaluó con la colaboración de los tutores y satisfacción del usuario, **(tablas N° 21 y 22)** mediante la prueba del Chi cuadrado de Pearson.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La bioética es el área del conocimiento que permite reflexionar sobre los conceptos éticos que influyen en las prácticas de las ciencias de la salud.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD), que entró en vigor en el año 2008, tiene como propósito “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente¹⁰³

Pero existen circunstancias, en que los pacientes no son capaces de tomar decisiones por sí solos. El Coeficiente intelectual, adquiere un papel relevante.

Son los casos de personas especialmente vulnerables, con enfermedades mentales, con déficits cognitivos (atención, memoria y funciones ejecutivas), necesitan apoyo para el cuidado personal y el desenvolvimiento de las rutinas diarias, condiciones particulares, en las que las personas quedan disminuidas en su autonomía. En tales situaciones, se requiere un cierto paternalismo, porque los pacientes no son capaces de tomar decisiones por sí solos¹⁰⁴

Para cuidar los aspectos éticos del presente estudio, se consideró el artículo 4 de la ley 26.529, que expresa: “autoriza a su representante

legal o las personas a cargo de su asistencia o cuidados del mismo, en caso de incapacidad del paciente de comprender la información por causa de su estado físico o psíquico¹⁰⁵

En el consentimiento informado, documento que debe ser firmado por la persona a cargo, debe constar información clara, suficiente, al saber y entender de quien lee y o escucha. Es personalizado, sobre el estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren necesarios realizar, la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos¹⁰⁶

Existen principios y valores que guían el ejercicio profesional cuando los usuarios tienen una discapacidad: la ética y los derechos humanos.

Los trabajadores de la salud deben enfrentar en su práctica diaria los conocimientos sobre las distintas discapacidades, el conflicto entre los intereses del usuario y la institución, provocando tensiones entre la autonomía del usuario y el compromiso profesional¹⁰⁷.

Todas las acciones dirigidas a las personas con discapacidad, deben promover el desarrollo de la salud, la educación.

Los seres humanos son un fin absoluto y deben ser tratados y considerados iguales, son personas en cualquier circunstancia que se encuentren, tienen dignidad y merecen ser tratados como fines y no como medios y la integración familiar y social, deben regirse por los principios del derecho, la igualdad y la justicia.

La ciencia y la técnica deben ser empleadas para lograr una mejor calidad de vida, y aconsejar la determinación final, que debe ser tomada por la familia. La cuestión no es prohibir, sino brindar el máximo de

conocimientos sobre los avances médicos y pedagógicos relacionados con la obtención de la máxima salud posible, y mejorar la inserción familiar y social.

En cualquier caso, los profesionales deben tener presente que su principal interés no está en las limitaciones del usuario, sino en lograr su bienestar¹⁰⁸

La presente investigación, promueve una relación creativa y respetuosa entre el odontólogo- investigador, el paciente y su representante legal, a fin que los resultados contribuyan a nuevos conocimientos que mejoren la calidad de vida de personas con alta vulnerabilidad biológica y social.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Este trabajo de investigación se realizó en el Servicio de Atención Odontológica para personas con discapacidad de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste.

Los resultados obtenidos son los que a continuación se presentan en tablas y gráficos:

Tabla 1: Pacientes con discapacidad atendidos en el Servicio de Atención Odontológica para personas con discapacidad según grupo Etario Adultos.

Grupo Etario	Leve	Moderado	Totales
17-27	28	20	48
28-37	50	31	81
38-47	39	10	49
48-57	20	2	22
<i>Totales</i>			200

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Tabla 2: Pacientes con discapacidad atendidos en el Servicio de Atención Odontológica para personas con discapacidad según grupo Etario Niños.

Grupo Etario	Leve	Moderado	Totales
4-6	9	7	16
7-8	8	6	14
<i>Totales</i>			30

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Tabla 3: Tipo de discapacidades en pacientes con discapacidad leve y moderada, según género. FA de personas adultas.

Tipo de Discapacidad	Femeninos	Masculinos	Totales
<i>Retraso mental leve</i>	69	53	122
Retraso mental moderado	14	14	28
Síndrome de Down	18	20	30
<i>Sensoriales</i>	5	4	8
<i>Esquizofrenia</i>	3	6	9
<i>Epilepsia</i>	-	4	3
Totales	109	91	200

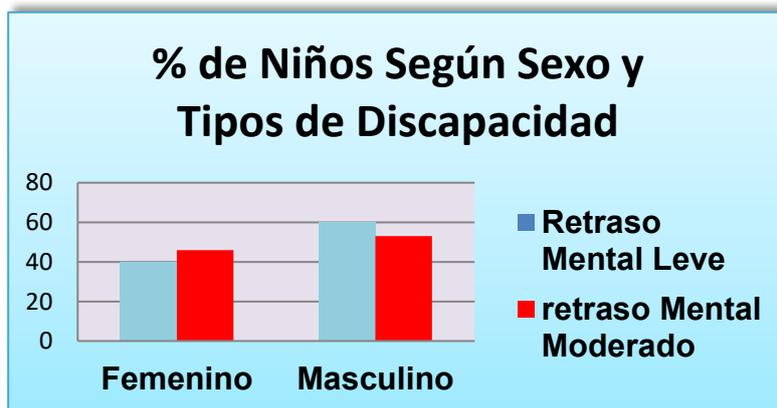
Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Tabla 4: Tipo de discapacidades de pacientes niños atendidos en el Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad según género y discapacidad. FA.

Tipo de Discapacidad	Femeninos	Masculinos	Totales
<i>Retraso mental leve</i>	6	9	15
<i>Retraso mental moderado</i>	7	8	15
Totales	13	17	30

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Gráfico 1: Pacientes niños atendidos en el Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad según género y discapacidad. FA. Se observa mayor numero de retraso leve y severo en el género masculino.



Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Tabla 5: Promedio de las Dimensiones del Índice CPOD, según Género Femenino y grados de discapacidad.

Grado Discapacidad	\bar{X} Cariados	\bar{X} Ext.	\bar{X} Ext. Indic	\bar{X} Obt	\bar{X} CPOD
Leve	2.6	1.7	1.2	1.4	6.9
Moderado	4.3	1.1	2.0	0.7	8
Severo	4.1	8.1	4.0	0	16.2

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Tabla 6: Promedio de las Dimensiones del Índice CPOD. Según Género Masculino y grado de Discapacidad

Grado Discapacidad	\bar{X} Cariados	\bar{X} Ext.	\bar{X} Ext. indic	\bar{X} Obt	\bar{X} CPOD
Leve	5.1	1.8	0.5	1.9	9.1
Moderado	3.5	4.5	3.5	2.2	13.7
Severo	3.3	5.1	5.4	0.9	15

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

En las tablas V y VI se observa que el promedio del índice CPOD y cada una de sus dimensiones es mayor, cuanto mayor es el grado de discapacidad.

La sumatoria de las dimensiones Extraídos (Ex) y Extracción Indicada (Ext. Indic) son consideradas piezas dentarias perdidas.

Tabla 7: Promedio de las Dimensiones del índice ceod. Género Femenino.

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con

Grado Discapacidad	\bar{X} cariados	\bar{X} ext. indic	\bar{X} obturados	\bar{X} ceod
Leve	3.6	0.1	1.3	5.0
Moderado	5.1	2.1	0	7.2

Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Tabla 8: Promedio de las dimensiones del índice ceod. Género Masculino.

Grado Discapacidad	\bar{X} cariados	\bar{X} ext. indic	\bar{X} obturados	\bar{X} ceod
Leve	2.7	0.2	0.4	3.3
Moderado	4.5	1.0	0.3	5.8

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

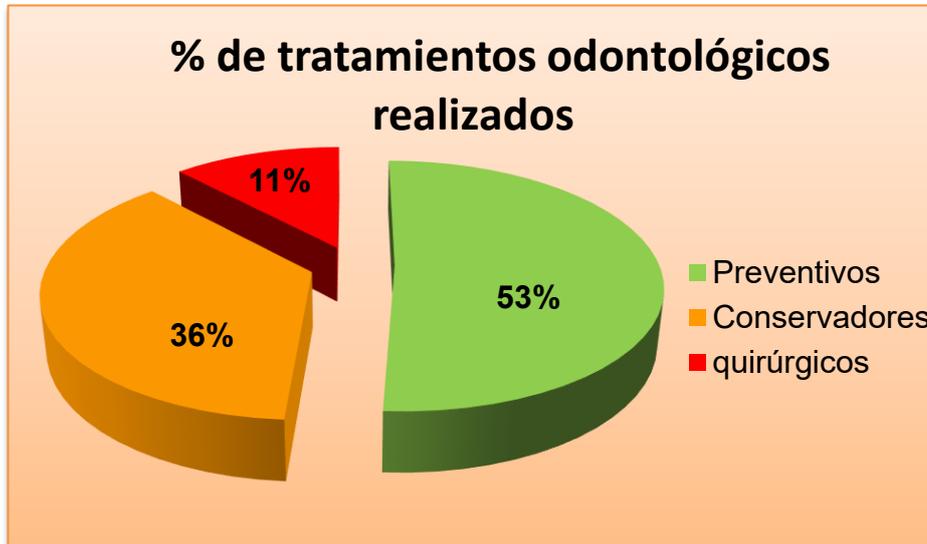
En las tablas 7 y 8 se observa mayor promedio del ceod, a mayor grado de discapacidad.

Tabla 9: Tratamientos Odontológicos Realizados en el Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad.

Tratamientos	FA	FR
Preventivos	120	53
Conservadores	84	36
Quirúrgicos	26	11
Totales	230	100

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Gráfico 2: Porcentaje de tratamientos realizados en el Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad.



Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Las prestaciones preventivas incluyeron:

Enseñanza de cepillado al paciente y al tutor. Cepillado mecánico, destartraje; Topicaciones de FFA y barniz fluorado; Topicaciones con carioestáticos.

Las prestaciones conservadoras incluyeron:

Operatorias dentales, con resinas, ionómeros, IRM, endodoncias, técnica de formocresol.

Tabla 10: FA y FR de Resultados de los Tratamientos Realizados

Tipos de Resultados	FA	FR
Alta Integral 1	89	39
Alta Básica	64	28
Pacientes en tratamientos	67	29
Derivaciones	10	4
Totales	230	100

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Gráfico 3: Porcentaje de Resultados de tratamientos realizados en el Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad.



Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Alta básica, es control de la infección, unidad boca.

Alta Integral 1 es tratamientos considerando unidad diente. Boca sana

Pacientes en tratamiento incluye a los pacientes que asisten regularmente a las citas, pero con necesidades de mayor complejidad

Las derivaciones corresponden, mediante protocolo, derivar a centros de mayor complejidad y a otros Servicios de la FOUNNE. Se destaca, que de los 230 pacientes incluidos en la investigación, incluyendo los niños, el 67% se encuentran con buen estado de salud bucal.

Tabla 11: Promedios de las Dimensiones del CPOD. Estado inicial y final del tratamiento. Género femenino.

Discapacidad	Estado Inicial CPO				Estado Final CPO			
	C	Ext	E. Ind.	O	C	Ext.	E. Ind.	O
Leve	2.6	1.7	1.2	1.4	1.3	2.5	0.4	3.4
Moderada	4.3	1.1	2.0	0.7	2.7	2.4	0.8	3.0
Severa	4.1	8.1	4	0	4.1	8.1	4	0

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Tabla 12: Dimensiones Promedio del CPOD. Estado inicial y final del tratamiento. Género Masculino.

Discapacidad	Estado Inicial CPO				Estado Final CPO			
	C	Ext	E. Ind.	O	C	Ext.	E. Ind.	O
Leve	5.1	1.8	0.5	1.9	1.4	2.1	0.2	5.3
Moderada	3.5	4.5	3.5	2.2	1.5	5.3	3.1	4.3
Severa	3.3	5.1	5.4	0.9	3.3	5.1	5.4	0.9

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

En ambas tablas, se observan la disminución del componente cariado (C) y de extracción indicada (E.ind), y el aumento del componente obturado (O) y Extraído (Ex) como resultados de los tratamientos recibidos por los pacientes. Las personas con discapacidad severa, mantienen los mismos valores. Se derivaron con protocolo a centros de mayor complejidad.

Tabla 13: Dimensiones Promedio del CPOD. Estado inicial y final del tratamiento. Género Femenino.

Discapacidad	Estado Inicial CPO				Estado Final CPO			
	C	Ext	E. Ind.	O	C	Ext.	E. Ind.	O
Down	3.0	3.5	1.2	1.3	1.1	4.2	0.5	3.3
Sensoriales	4.8	7.2	1	3	2	7.6	0.4	5.2
Esquizofrenia	3.0	10.3	4	2.3	1.6	12	2.3	3.6

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Tabla 14: Dimensiones Promedio del CPOD. Estado inicial y final del tratamiento. Género Masculino.

Discapacidad	Estado Inicial CPO				Estado Final CPO			
	C	Ext	E. Ind.	O	C	Ext.	E. Ind.	O
Down	2.4	1.3	3.7	2.2	0.9	3.6	1.4	3.7
Sensoriales	3.7	3	2	1.2	1	2.5	1.5	4
Esquizofrenia	4.3	1.6	1.6	2.8	1.5	2	0.8	5.1
Epilepsia	3	2	1.2	3.7	1.2	2.5	0.8	5.5

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

En ambas tablas se observan disminución del componente cariado (C) y de extracción indicada (E. Ind), y aumento de las piezas dentarias obturadas (O) y extraídas (Ext).

Tabla 15: Dimensiones Promedio del ceo. Estado inicial y final del tratamiento. Género Femenino

Discapacidad	Estado Inicial ceo			Estado Final ceo		
	c	e. ind.	o	c	e. ind.	o
Leve	3.6	0.1	1.3	1	0.0	3.3
Moderada	5.1	2.1	0	2.1	1.7	3

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Tabla 16: Dimensiones Promedio del ceo. Estado inicial y final del tratamiento. Género Masculino.

Discapacidad	Estado Inicial			Estado Final		
	c	e. ind.	o	c	e. ind.	o
Leve	2.7	0.2	0.4	0	0.2	2.2
Moderada	4.5	1	0.3	2.2	0.7	2.6

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

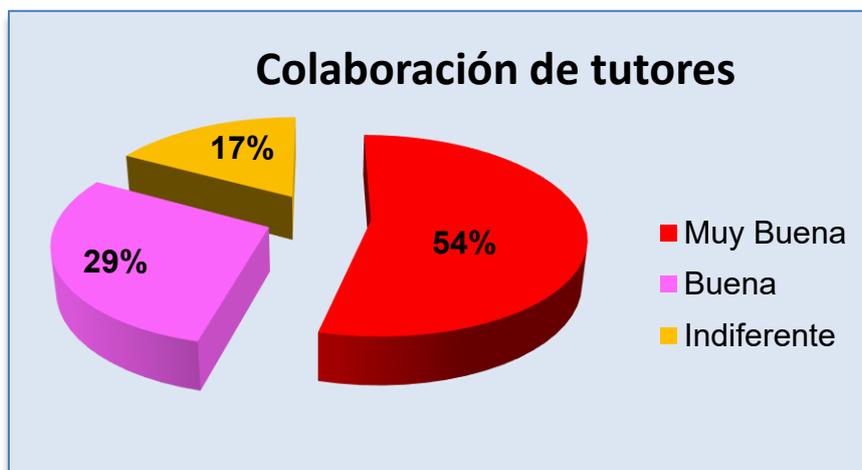
En tablas N° 15 y 16 se observan disminución del componente cariado (c) del ceo y aumento del obturado (o), como así también de la extracción indicada (ext, ind) en discapacidad leve y moderada, en tanto que en niños de ambos sexos con discapacidad severa, se mantienen los mismos valores, no fueron atendidos en el servicio, se realizaron derivaciones al Hospital de Niños Juan Pablo II.

Tabla 17: Tipos de Colaboración de Tutores hacia la Atención Odontológica. FA y FR

Tipos de Colaboración	FA	FR
Muy Buena	124	54
Buena	67	29
Indiferente	39	17
Totales	230	100

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Gráfico 4: colaboración de los tutores de los pacientes atendidos en el Servicio.



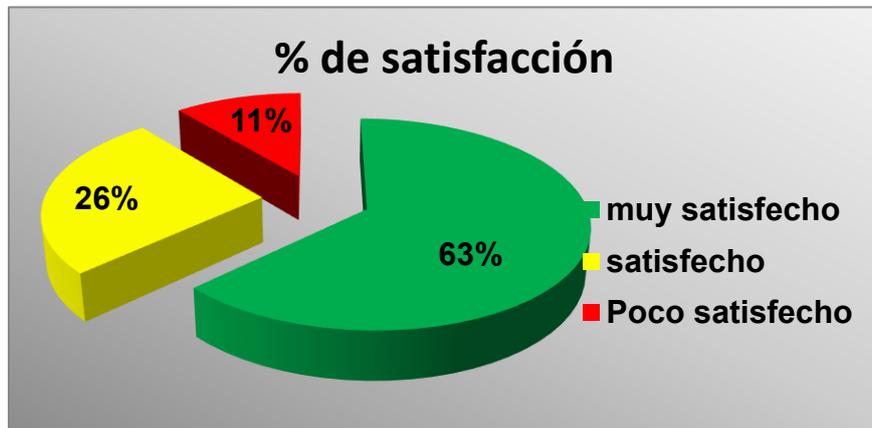
Se destaca mayor porcentaje de tutores con buena colaboración hacia el tratamiento odontológico, cumpliendo con las citas, respetando los horarios, cuidando la higiene de sus tutelados. A los datos numéricos, se suman los de la observación de los tutores, los gestos, las palabras y la seguridad y confianza que le transmiten a sus tutelados.

Tabla 18: Grado de Satisfacción de los tutores de los pacientes atendidos en el Servicio. FA y FR

Grado de Satisfacción		FA	FR
Muy Satisfecho	145	63	
Satisfecho	60	26	
Poco Satisfecho	25	11	
Totales	230	100	

Fuente: Servicio de Atención Odontológica para Personas con Discapacidad. FOUNNE 2017- 2019

Gráfico 5: Grado de Satisfacción de los tutores de los pacientes atendidos en el Servicio.



Se destaca que el 63% de los tutores legales que respondieron a la encuesta (anexo 5) se consideraron muy satisfecho con la atención recibida. El 26% satisfecho, considerando no satisfactorio el funcionamiento del equipo profesional en algunas oportunidades, pues esperaban más opciones de tratamiento ofrecido. El 11% poco satisfecho, es por no poder solucionar todas las necesidades del paciente.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Los tipos de discapacidad de mayor prevalencia fueron los de retraso mental leve, en ambos sexos. Estos pacientes aceptan con mejor disposición la atención odontológica. También se incluyeron en el estudio, personas con discapacidades sensoriales, sindrómicas y con patologías neurológicas bajo tratamiento farmacológico.

No obstante las personas con discapacidad severa, si bien no recibieron tratamiento odontológico clínico, fueron aceptadas para la consulta, realizando derivaciones con protocolo a otros centros de mayor complejidad para su atención con anestesia general. Sus tutores legales, recibieron recomendaciones sobre cuidados de la salud bucal, asesoramiento sobre dieta e información sobre los derechos de sus tutelados.

Del total de la muestra, se seleccionaron por conveniencia, 200 historias clínicas de adultos y 30 de niños de ambos sexos, que registraban los datos completos y necesarios de interés para la investigación. (*Tablas 1-2 y 3-4*)

Para evaluar la eficacia, se analizaron los resultados al inicio y al final de los tratamientos, en las dimensiones Cariados y Obturados de los Índices CPOD para la dentición permanente y el ceod para la dentición temporaria.

Tales índices fueron elegidos porque muestra la historia anterior de caries, mediante las dimensiones extraídos y obturados, y la historia actual, mediante las dimensiones caries y extracciones indicadas.

Si bien estos datos son importantes para la evaluación de todos los pacientes, para las personas con discapacidad lo es aún más, porque nos muestra, no solo la historia del ataque de la patología, sino también el interés de los tutores por la salud bucal y la respuesta de la profesión ante la problemática odontológica de estas personas.

Los datos registrados en las historias clínicas, demuestran, según niveles de severidad de la Organización Mundial de la Salud como “Muy” en los CPOD de ambos sexos y variaciones entre Medio Alto y Muy Alto en los ceod. (*Tablas 5 – 6 y 7 – 8*)

La eficacia de los tratamientos también depende de la colaboración del tutor, cumpliendo con las citas, realizando la higiene bucal, cuidando la calidad de la dieta, y en el servicio, muchas veces sujetando la cabeza del tutelado, asistiendo al profesional junto al sillón.

Sin ésta participación directa con el profesional, no se podría realizar el tratamiento. En la *Tabla N°17*, se observa muy buena y buena colaboración en el 83% de los tutores.

Los resultados de los tratamientos, registraron 67% de pacientes con altas Integral I y Altas Básicas, que indican pacientes en estado de salud bucal. (*Tabla N° 10*)

La calidad del servicio prestado se manifiestan mediante las variables de satisfacción del usuario: buen trato de los profesionales, competencia técnica, disponibilidad de insumos, instrumental y equipamiento necesario, higiene, explicaciones claras con consentimiento informado de lo que se

realizará, respeto por los horarios de citas, tiempo de espera para ser atendido, atención sin demoras en casos de urgencias, entre otras.

El 89% de los tutores y pacientes que pudieron expresarse, categorizaron según la encuesta, como muy satisfecho y satisfecho, con la atención recibida. (*Tabla N° 18*)

El porcentaje de poco satisfechos – 11% - se debe a que en algunas oportunidades, ocurrieron desperfectos en el equipo odontológico durante la atención y solicitaban mayor número de días y horarios de atención.

En tanto la variable satisfecho – 26 % -, solicitaban tipos de tratamientos que el servicio no brindaba, como por ej. Implantes, prótesis y en algunos casos con anestesia general.

El índice de higiene oral, al inicio del tratamiento fue del 100% en el 85% de los pacientes. Al finalizar, el promedio de valores compatibles con salud se logró entre el 30% y 45 % de pacientes con alta integral 1 y alta básica.

La dificultad más importante, según el grado de discapacidad, es la incapacidad de los tutores para realizar una correcta higiene oral en sus tutelados y el control del consumo de alimentos azucarados.

Los factores mencionados, son también causales del registro grado 2 y 3 según el índice gingival de LLöe y Silness en el 73% de los pacientes, en los distintos niveles de discapacidad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La eficacia de los tratamientos realizados en el servicio, se demostró estadísticamente con la Prueba de Wilcoxon, no paramétrica para observaciones apareadas, de las variables carizados y obturados al inicio y final de los tratamientos, en adultos y niños de ambos sexos, con discapacidad leve y moderada, personas con síndrome de Down, sensoriales y epilépticos. (Tablas N°s 11, 12, 13, 14, 15 y 26)

Femeninos CPOD

Discapacidad leve y moderada, carizados y obturados inicial y final

$$= p < 0,0001$$

Femeninos ceod

Discapacidad leve y moderada, carizados y obturados inicial y final

$$= p < 0,00060$$

Síndrome de Down: carizados y obturados inicial y final = $p < 0,00008$

Masculinos CPOD

Discapacidad leve y moderada, carizados y obturados inicial y final

$$= p < 0,0001$$

Masculinos ceod

Discapacidad leve y moderada, carizados y obturados inicial y final

$$= p < 0,0054$$

Para un nivel de significación $p < 0,05$, existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados inicial y final, para las variables carizados y obturados del índice CPOD, ceod y en personas con discapacidad leve y moderada y Síndrome de Down, de ambos sexos,

demostrando la disminución del promedio de piezas dentarias cariadas y el aumento del promedio de piezas dentarias obturadas al final de los tratamientos.

En tanto, para los datos de personas con discapacidad sensorial, esquizofrénicos y epilépticos, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados inicial y final de las dimensiones cariadas y obturados en ambos sexos, debido a que la muestra (n) fue insuficiente.

P>0.05

El poder demostrar estadísticamente la eficacia de los tratamientos es muy importante para la investigación, porque al ser personas con distintos grados de discapacidad, conductas reactivas, muchas veces desfavorables, respetar las técnicas operatorias, dificultan el éxito de las prácticas, por lo cual muchos profesionales derivan para la exodoncia bajo sedación, sumando a la patología de base, la de no poder alimentarse correctamente por la pérdida prematura de piezas dentarias.

Tales resultados, no solo dependen de los indicadores de caries dental, sino también de la colaboración del tutor, cumpliendo con las citas, realizando la higiene bucal, cuidando la calidad de la dieta, y en el servicio, muchas veces sujetando la cabeza del tutelado, asistiendo al profesional junto al sillón.

Para demostrarlo, se relacionó la colaboración de los tutores con los resultados. - alta integral I y alta básica y se demostró con validez estadística, con tablas de contingencia y la prueba del Chi cuadrado de Pearson: $X^2=24,28$; $GL= 4$; $p<0.0001$.

A mayor colaboración, mayor número de pacientes con altas de tratamientos realizados, $p < 0,05$

Asimismo, es importante que los pacientes y tutores perciban una relación de empatía, respeto, cordialidad, paciencia, explicaciones claras para una odontología práctica. Estas cualidades determinan calidad del servicio, y el cumplimiento de la finalización de los tratamientos.

La relación, colaboración y satisfacción de los tutores y pacientes que pudieron expresarlo, quedó demostrada con validez estadísticamente significativa, tablas de contingencia y Chi cuadrado de Pearson:

$$X^2 = 23,99; GL = 4; p < 0,0001$$

A mayor satisfacción del usuario, mayor colaboración del tutor, $p < 0,05$

Del mismo modo, la relación de poca colaboración con tratamientos incompletos, se demostró con $X^2 = 38,24; GL = 4; p < 0,0001$, con lo cual se confirma, que la colaboración del tutor en tratamientos odontológicos en personas con discapacidad asegura el éxito de los tratamientos.

Concluido el análisis, se rechaza la hipótesis de la presente investigación.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En la presente investigación se examinaron datos objetivos de historias clínicas con variables individualizadas, y datos registrados por medio de la observación directa, entrevistas, y encuestas estructuradas, y categorizando los datos mediante escalas, en coincidencia con estudios realizados por numerosos investigadores como Paneque-Gamboa M et col⁷⁸, y Zhou N, Wong H M, Wen Y F, Mcgrath C⁸⁵.

Los niveles de compromiso orgánico o sistémico que padecen las personas con discapacidad, son complejos debido a la etiología multifactorial, dando como resultados, daños que pueden ser estructurales y funcionales con diversas manifestaciones clínicas.

Estos datos se encuentran en el certificado de discapacidad de todos los pacientes, como define la nomenclatura de la Organización Mundial de la Salud, en coincidencia con lo expresado por De Fuentes C³².

Según información obtenida de las entrevistas con tutores, la asistencia al servicio fue por derivación de los centros de salud municipal, provincial, y de consultorios privados, los odontólogos son renuentes a la atención de personas con discapacidad, coincidiendo con estudios realizados en Brasil por Cançado Figueiredo M, Nicoli Haas A, Scariot D, Luchsinger Lima G, Concha Melgar X⁴¹.

También hay concordancia con lo expresado en investigaciones de Scagnet G³⁹, sobre la dificultad al acceso de los servicios de salud, por la

falta de preparación de los profesionales y el manejo de la comunicación para la atención de este grupo de pacientes.

Asimismo, por lo antedicho, se coincide plenamente con la necesidad de lograr cambios en la actitud de los odontólogos que desconocen la problemática del desdentamiento precoz y las secuelas mutilantes que generan en personas, muchas de las cuales, no podrán ser portadoras de prótesis. También coincidimos sobre la necesidad de optimizar la inclusión, a fin de superar las actitudes estigmatizantes de la sociedad según resultados de estudios realizados por de Torres A⁴³.

En los casos de personas con discapacidad severa, atendidos en el servicio, con poca o nada capacidad de comunicación, totalmente dependiente de sus tutores legales, la atención odontológica fue derivada para su atención con sedación anestésica, coincidente con estudios realizados por Vaessen Hermanus H⁵⁸.

Otra información surgida de las entrevistas, referente al acceso a los servicios de salud, coincidimos con Martínez Díaz Y⁷⁰, en cuanto a que las dificultades son distancia geográfica, medios de transporte, tiempo de desplazamiento, factores económicos, trámites complejos y el desconocimiento de los derechos.

De la comunicación interpersonal con los padres, se percibe que tienen algo muy pesados sobre ellos, Sufren variaciones del estado de ánimo: alegrías, tristezas, desesperanzas, quedan atrapados en un bloqueo afectivo que entorpece la relación familiar, y esto es motivo que la primera

consulta odontológica es ante una situación de emergencia en coincidencia con Goettems M⁹¹.

Esto también coincide con los estudios de Castillo R, Oleas J, Iñesta A³⁴, cuyos resultados expresan que los tutores aceptan al principio a sus hijos con discapacidad. Otra realidad, observada en la presente investigación es que a menor discapacidad, mayor afecto, en cambio, en los casos de hijos con discapacidad moderada o severa, menos paciencia y con el tiempo se despreocupan, y pueden llegar al abandono.

Asimismo, se coincide con las afirmaciones de Weckwerth S⁴⁷, que expresa que la preocupación de los padres y sus prioridades en cuanto a la salud de sus hijos, es la discapacidad, postergando la salud bucal.

La muestra de las personas incluidas en el estudio, fue de una prevalencia del 80% de sexo femenino entre adultos y niños, dato que difiere de la investigación realizada por Liu H Y, Chen J R, Hsiao S Y, Te Huang S. Caregivers⁷⁴, donde la mayor prevalencia fueron pacientes de sexo masculino. Pero sí se coincide con los autores, lo referente a la prevalencia de distintos grados de severidad de gingivitis y la relación con deficiente higiene oral.

En cuanto a los indicadores de caries dental, los valores registrados en la investigación, son similares a los obtenidos por Pérez Bejarano N⁴², a mayor nivel de discapacidad y mayor edad, aumenta los componentes extraídos y extracción indicada, los cuales sumados son considerados perdidos, del índice CPOD.

Lo descrito, registrado en las historias clínicas, como así también extraídos de las entrevistas y encuestas de la investigación, se debe a la incapacidad de los tutores para realizar la higiene bucal de sus hijos, la falta de colaboración de los mismos, dieta blanda, rica en hidratos de carbono fermentables, el uso medicamentos, resultados que coinciden con Victorio Pérez J, Mormontoy Laurel W, Díaz Pizán M⁷².

En cuanto a los niveles de severidad de los índices CPOD y ceod según la Organización Mundial de la Salud Valdez Penagos R, Rosado E, Zarza Martínez Y, Cortés Quiroz M, Ramírez Sánchez R, Juárez López M⁹⁹, coinciden con los estudios realizados por Medrano Montero et col⁴⁶ como “muy alto” en ambos sexos, al inicio de los tratamientos.

En tanto, en estudios semejantes, realizados en Perú por Muñoz Cárdenas, Abanto Silva L, León Manco R, Zavaleta Boza C.⁴⁸ y en Chile por Espín León V, Guamán Hernández V⁴⁹, registran severidad baja en el CPO, y alta en el ceod, mientras que por el contrario, en la presente investigación los resultados de ambos índices son de alta severidad.

Similares son los de la presente investigación con los estudios de García Rosales L, Rebolledo Cobos M, Moreno Juvinao V, Mejía Grimaldo D, de La Hoz Urrutia L⁶⁴, respecto a la prevalencia de las patologías de oclusión con desórdenes neuromusculares, y lesiones de tejidos blandos, asociados a discapacidades de orden genético.

También existe coincidencia con Brizuela Bogado A, Cristaldo Valiente J, Bañuelos Gómez F, Vera Lubary R, Adorno C⁶⁶ y Lee J-Y, et al⁹⁴, que

exponen, respecto a las causas de la mala oclusión, en personas con distintos tipos de discapacidad, - síndrome de Down, trastornos del desarrollo intelectual y del espectro autista, se deben a deglución atípica, succión digital, respiración bucal, pérdida prematura de piezas dentarias por caries tempranas, pobre desarrollo muscular, apiñamiento dental, protrusión, mordida abierta, uso por largo tiempo del biberón, dieta blanda y falta de masticación.

En cuanto al uso de medicamentos, principalmente la fenitoína en pacientes epilépticos atendidos en el servicio, hay coincidencia con Gordon Navarrete D⁵⁴ con la prevalencia de agrandamientos gingivales, bruxismo y manifestaciones periodontales.

También es importante destacar, que no se encontró bibliografía referente al tipo de prestaciones que se realizan en personas con discapacidad ambulatorios. Sí con sedación, y los resultados que informan Vaessen Hermanus H, et al⁵⁸, refiere mayor porcentaje de tratamientos quirúrgicos- 43,4%-, que difieren con los de la presente investigación donde el 89% de prestaciones fueron conservadoras y preventivas y solo el 11% fueron quirúrgicas.

Tales resultados demostraron la eficacia de los tratamientos, con la prueba de Wilcoxon, para un nivel de significancia estadística $p < 0,05$, con la disminución del componente cariado de los índices ceod y CPOD, el aumento del componente obturado, y el 39% de personas con tratamientos finalizados y 28% de personas sin infecciones bucales- Alta Básica-.

Es preciso señalar, que coincidiendo con estudios realizados por Oliveira del Rio J, Macías Velásquez Z, Mendoza Castro A⁷³ y Wilson N J⁷⁵ muchos tutores demostraron tener conocimientos sobre cuidados de la salud bucal, pero no realizan las prácticas, porque por razones laborales, sus hijos quedan al cuidado de terceras personas, con las consecuencias de caries tempranas, sobre todo en niños pequeños.

Igualmente, quedó demostrada en esta investigación, con significancia estadística, X^2 de Pearson $< 0,05$, que los cuidados que continúan en el hogar, con la colaboración de la familia, muchas veces son determinantes del éxito o fracaso del profesional, como así también la asistencia periódica a la consulta, la finalización de los tratamientos, en coincidencia con lo expresado por los autores Lopresti W⁷⁶ y Ravaglia C⁷⁷.

Con el propósito de evaluar la calidad de un servicio, en base a la satisfacción del usuario en estudios realizados por Pariasca Marcos Y⁷¹, los resultados fueron muy satisfecho 38,1%, satisfecho 37,5% e insatisfecho 24,4. Utilizando variables similares, estos difieren a los obtenidos por la presente investigación, cuyos valores registrados, validados estadísticamente, X^2 de Pearson $< 0,05$, fueron de muy satisfechos 63%, satisfechos 26% y poco satisfechos 11%.

En total coincidencia con Lora Salgado I, Tirado Amador L, Montoya Mendoza J, Simancas Pallares M⁶ consideramos que la evaluación de la calidad y eficacia de las actividades de un servicio, se deben medir con los logros observados, y compararse con índices aceptados universalmente, y con la satisfacción del usuario.

La investigación realizada, coincide con los autores, Mc Mahon R, Barton E, Piat M¹⁶ y Mendoza Morales¹⁵, sobre como influyen con el éxito de los tratamientos, lo reconocido como calidad subjetiva: - respeto por el paciente, la cortesía, la manera de escuchar y comunicarse -.

También los aspectos tangibles de la atención, citados como calidad objetiva, aquellos que pueden ser medibles o comprobados, como el estado de la salud bucal después del tratamiento, higiene del servicio, puntualidad en los horarios de atención, infraestructura, equipamiento.

Lo descrito, fue percibido y reconocido por los tutores como calidad del servicio, a través de las encuestas y entrevistas, y demostrado con los test de Wicolxon y la prueba del Chi Cuadrado de Pearson, ambos con $p < 0,05$.

Del mismo modo, es preciso señalar, que alumnos con becas de prestación de servicio y cursantes de la Práctica Profesional Supervisada, de la Facultad de Odontología de la UNNE, colaboran con prácticas clínicas de promoción, prevención de Atención Primaria de la Salud, con destrezas, responsabilidad, superaron sus miedos y pre conceptos, en total empatía con los pacientes y tutores. coincidente a lo realizado en las intervenciones expresadas por Robles Espinoza A, Rubio Jurado B, De la Rosa Galván E, Nava Zavala A⁸³ en la Facultad de Odontología de Bogotá, Colombia, y Cançado Figueiredo M, Haas Adressa N, Da Silva Aline M, Corrêa Furtado T, Concha Melgar X en Brasil⁴⁰.

La atención odontológica implica procesos muy complejos de comunicación con el paciente y su familia, familiarización con el medio odontológico, diagnóstico y diversidad de tratamientos.

En los casos de personas con discapacidad, la severidad de la misma influye decididamente en los resultados.

Reflexionando sobre las investigaciones de todos los autores, y después de analizar los resultados, se coincide que las investigaciones son insuficientes, y se concuerda con las sugerencias sobre la necesidad de realizar mayor número de estudios de diseños transversal y longitudinal, que aporten nuevos conocimientos sobre las necesidades de éste grupo poblacional, que por los actuales estilos de vida aumentan considerablemente en todos los países, ya sean de características orgánicas, conductuales o genéticas.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIÓN

Los resultados de la investigación expusieron que la atención odontológica a personas con discapacidad no es una utopía, y que los conocimientos, la técnica, la dedicación y el esfuerzo producen resultados altamente positivos y deseados.

Se exponen las siguientes conclusiones.

- El 100% de las personas incluidas en la investigación presentaron alta prevalencia de caries y enfermedades gingivo - periodontales de distintos grados de severidad.
- El 89% recibieron tratamientos preventivos y conservadores.
- El 67 % recibieron el alta odontológica, y cumplen con las citas de control y monitoreo
- El 29% de los pacientes que se encuentran en tratamiento, continúan cumpliendo con días y horarios para su atención.
- Se disminuyó el nivel de severidad del componente cariado de los índices CPOD y ceod de “muy alto” a “bajo” en el 67% de los pacientes con estado de alta odontológica.
- El 83% de los tutores legales tuvieron una conducta de muy buena y buena colaboración en los hogares y junto al sillón acompañando al profesional.
- El 89% de los tutores expresaron estar muy satisfechos y satisfechos con la atención recibida en el Servicio, con su infraestructura y equipamiento.

- Se demostró con niveles de significancia estadística, que las prestaciones odontológicas son de eficacia y calidad en el Servicio de Atención Odontológica para Pacientes con Capacidades Diferentes de la Facultad de Odontología de la UNNE.

Al inicio de la investigación, hubo sentimientos encontrados sobre desconocimiento del tema, incertidumbres y deseos de logros.

Luego, a medida que avanzó el estudio, se movilizaron sentimientos de admiración y respeto por todos los participantes involucrados.

Terminado el trabajo, y mirando al futuro, se visualizó una gran esperanza de mejoras en la calidad de vida de este grupo de personas y sus familias, gracias a esta apasionante profesión que es la odontología.

PROPUESTAS

La discapacidad es un fenómeno ampliado, donde intervienen la persona, la familia, las emociones y la sociedad.

La atención de este grupo poblacional, no es un problema de salud, sino una necesidad de cuidados integrales, con abordajes interdisciplinarios y cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida.

Se reconoce que la preocupación de los padres y sus prioridades en cuanto a la salud de sus hijos, es la discapacidad, postergando, muchas veces, la atención odontológica hasta la necesidad de una urgencia.

Para lograr eficacia en los tratamientos y que los servicios brinden calidad, las Facultades de Odontología y la profesión organizada, deberían capacitar a los odontólogos, en el pre y pos grado, sobre las necesidades odontológicas de estas personas, reconocer las patologías y síndromes, las formas de comunicación, el tiempo de latencia, -tiempo que tarda en dar respuesta- y el tiempo de tolerancia, - tiempo que soporta el tratamiento-, usar el sentido común, con un criterio operativo práctico, sacrificando la estética por mayor durabilidad, mejores condiciones de higiene, evitando las recidivas.

Por eso es importante elaborar programas de asesoramiento y seguimiento del crecimiento y desarrollo de las estructuras orofaciales, .promoviendo la atención temprana.

Informar y educar a los padres sobre la salud oral de sus hijos, con medidas preventivas personalizadas.

Organizar y dictar cursos educativos multidisciplinarios, al cual puedan acceder, profesionales y auxiliares que trabajan y brindan apoyo a los pacientes y sus familias, cuyos conocimientos no solo brindarán aportes de valor a la práctica odontológica, sino que podrían estimular la dedicación a éste grupo tan vulnerable y de tantas necesidades odontológicas sin resolver.

Ellos no necesitan una odontología especial, necesitan profesionales, que conociendo sus propias limitaciones, acepten el desafío, sin miedos ni pre-juicios.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Rodríguez Vargas M. Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de una clínica Odontológica Universitaria. Revista Científica Alas Peruanas [Internet]. 2016 [5 marzo 2018];3(1):1-

12. Disponible en:

<http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/1332>

2.- González y Rivas M. La salud bucal en la República Argentina. Análisis del sector. Univ Odontol [Internet]. 2019 [citado 10 abril 2019];38(80):1-34. Disponible en:

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/25627>

3.- Romera Sánchez R. Herramientas para Mejorar la Calidad. Seram [Internet]. 2018 [citado 5 febrero 2019]:1-5. Disponible en:

<https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/488>

4.- Rojas M, Jaimes L, Valencia M. Efectividad, eficacia y eficiencia en equipos de trabajo. Revista Espacios [Internet]. 2018 [citado 5 octubre 2018];39(6):11. Disponible en:

<https://www.revistaespacios.com/a18v39n06/18390611.html>

5.- Mendoza Castro A, Jimbo Mendoza J, Ávila Chica F. Algunas consideraciones actuales acerca de la calidad de los servicios odontológicos. Pol. Con. [Internet]. 2017 [citado 6 junio 2017];2(4):73-79. Disponible en:

<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/55>

6.- Lora Salgado I, Tirado Amador L, Montoya Mendoza J, Simancas Pallares M. Percepción de satisfacción y calidad de servicios odontológicos en una clínica universitaria de Cartagena, Colombia. Rev Nac Odontol. [Internet]. 2016 [citado 8 junio 2017];12(23):31-40.

Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1378>

7.- Info LEG. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. LEY N° 22.431. Sistema de Protección integral de los Discapacitados. [Internet]. 1981 [citado 7 julio 2018]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20620/texact.htm>

8.- Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad. [Internet]. 2018 [citado 8 agosto 2019]. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf

9.- Mosca C, Parra R, Ingénito P, Rey E. Análisis de los Incumplimientos Legales en la Atención Médica y otras Prestaciones Hacia las Personas con Discapacidad Bajo el Amparo de las Leyes 24.901, 24.314 22.431 y 19.279”. Revista Científica de UCES [Internet].2020 [citado 1 de julio de 2020];25(1):53-107.Disponible en:

<https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/cientifica/article/view/768>

10.- Venturiello M. Políticas sociales en discapacidad: una aproximación desde las acciones del Estado en Argentina. REDIS [Internet].2017 [6 de febrero de 2018];5(2):149-169.Disponible en:

<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/73154>

11.- Taset I, Sánchez M, Zamora A. El retraso mental y su relación con la Estomatología. Multimed [Internet].2017 [citado 18 octubre 2017];21(4):342-344.

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2017/mul174c.pdf>

12.- Lozada Martínez I, Bolaño Romero M. Trastorno del Desarrollo Intelectual, anteriormente llamado Retraso Mental: abordaje y actualización. Psiquiatría.com [Internet]. 2019 [citado 16 julio 2019];23:1-25.

Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/333489818_Trastorno_del_Desarrollo_Intelectual_anteriormente_llamado_Retraso_Mental_Abordaje_y_actualizacion

13.-Cabrera Rodríguez A. Repercusión familiar de los diagnósticos de retraso mental Leve y trastorno de conducta. Rev Cubana Medicina General Integral [Internet].2018 [citado 5 marzo 2019];34(4):1-11.

Disponible en: <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/view/722>

14.- Pinealt Raynald; Daveluy Carole. “La Planificación Sanitaria, Conceptos, Métodos, Estrategias” Editorial. Masson, S. A. 2da ed. 1995 214 p 214– 215.

15.- Mendoza Morales F. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención odontológica. Rev VIVE [Internet].2020 [3 mayo 2020];3(7):35-43.

Disponible en:

<https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/40/57>

16.- Mc Mahon R, Barton E, Piat M. “Evaluación de las Actividades de Salud” En: “Guía para la Gestión de la Atención Primaria de la Salud. 2^{da} Edición. Washington DC. E.U.A 1997. Organización Panamericana de la Salud. (3): 341-345

17.- Mulas F. Rojas M. Trastorno del Desarrollo Intelectual. Superposiciones con el Trastorno del Espectro Autista y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Rev Medicina [Internet].2018 [citado 7 febrero 2019];78(2):63-68.
Disponible en: <http://www.medicinabuenaosaires.com/PMID/30199368.pdf>

18.- Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco J, Rodríguez Larreynaga M. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 [citado 5 marzo 2018];19(3):89-100.
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2017/gme173i.pdf>

19.- Ley 26.378 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) [Internet]. Argentina 13 de diciembre de 2006. [citado 2 junio 2020].
Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

20.- López Santacruz H, Hernández Molinar Y, Martínez Sandoval B, Rosales Berber M, Torre Delgadillo G. Estrategias terapéuticas de calidad en Odontopediatría: parálisis cerebral. Acta Pediatr Mex [Internet].2019 [citado 10 marzo 2019];40(1):32-43.
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2019/apm191f.pdf>

21.-Rodríguez Guerrero K, Peña Sisto M, Clavería Clark R, Vallejo Portuondo G, García Díaz R. Salud bucal en pacientes con síndrome de Down según actitud de sus tutores legales.MEDISAN [Internet].2017[12 marzo 2018];21(7):842-849.

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700010

22.- OMS. Informe mundial sobre la discapacidad [Internet].2016 [citado 5 abril 2019].

Disponible en: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/

23.- OMS. Discapacidad y Rehabilitación [Internet].2016 [citado 10 abril 2019].

Disponible en: <https://www.who.int/disabilities/es/>

24.- OMS. 10 datos sobre la discapacidad [Internet]. 2017[citado 15 abril 2019].

Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/disability/es/>

25.- OMS. OPS 3 de diciembre 2017. Día Internacional de las Personas con Discapacidad [Internet]. 2017[citado 8 abril 2019].

Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/index.php?option=comcontent&view=article&id=13967:a-day-for-all-2017&Itemid=72199&lang=es>

26.- Giraldo Zuluaga M, Martínez Delgado C, Cardona Gómez N, Gutiérrez Pineda J, Giraldo Moncada K, Jiménez Ruíz P. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. Rev CES Odont. [Internet].2017 [citado 6 febrero 2018];30(2):23-36.

Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v30n2/0120-971X-ceso-30-02-00023.pdf>

27.-Figueroa Fernández N, Hermida Rojas M, Domínguez Sánchez A, Zorrilla Martínez I, Valenzuela Ontiveros Y, Rivera Luna F. Atención odontológica a pacientes con discapacidad mental y psicomotriz en la Facultad de Odontología de Mexicali. Univ Odontol. [Internet].2019 [23 febrero 2020];38(81):1-22.

Disponible en:

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/28445>

28.- Sánchez Torres D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Artículos de opinión. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet].2017 [citado 15 febrero 2019];55(1):82-89.

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf>

29.- Materón Palacios S.Principios de equidad e igualdad: una perspectiva inclusiva para la atención educativa de las poblaciones con discapacidad en Colombia. Revista Colombiana de Bioética [Internet].2016 [citado 20 abril 2018];11(1):117-131.

Disponible en:

<https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/1817>

30.- Luengas Aguirre M, Luengas Quintero E, Sáenz Martínez L. Atención odontológica a personas con discapacidad intelectual: una cuestión de derecho. Rev ADM[Internet].2017 [citado 14 mayo 2018] ;74(5):269-274.

Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2017/od175j.pdf>

31 - Tamayo M, Besoain A, Rebolledo J. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. Gac San [Internet].2018 [citado 14 agosto 2019];32(2):96-100.

Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/ga/2018.v32n1/96-100/es>

32.- De Fuentes C. La “nueva” discapacidad mental. Revista Española de Discapacidad [Internet].2016 [citado 8 septiembre 2018];4(1): 249-255.

Disponible en: <https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/218>

33.- Cano J, et al. Modelo de atención y clasificación de «Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud-NANEAS»: recomendaciones del Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. Revista Chilena de Pediatría [Internet].2016 [citado 3 octubre 2018];87(3):224-232.

Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410616300043>

34.- Castillo R, Oleas J, Iñesta A. Estudio Descriptivo: Expresiones de Aceptación–Rechazo Parental hacia Hijos con Síndrome de Down. Revista Médica HJCA [Internet].2016[citado 30 noviembre 2019];8(3):238-245.

Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Ruth_Clavijo/publication/312289072

35.- Serrano Fernández L, Izuzquiza D. Percepciones parenterales sobre el impacto del Síndrome de Down en la familia. Siglo Cero [Internet].2017[citado 30 noviembre 2019];48(2):81-98.

Disponible en: [https://revistas.usal.es/index.php/0210-](https://revistas.usal.es/index.php/0210-1696/article/view/scero20174828198)

[1696/article/view/scero20174828198](https://revistas.usal.es/index.php/0210-1696/article/view/scero20174828198)

36.- Aguilar C, Morocho M, Armijos M, Peñaloza W. Discapacidad y familia: Desgaste emocional. Academo [Internet].2018 [citado 13 diciembre 2019];5(1):89-98.

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6267714>

37.- Gallegos M. Las familias de estudiantes con discapacidad en la escuela, sus necesidades y demandas. Caso Ecuador. Alteridad [Internet]. 2017 [citado 30 agosto 2018];12(1):20-31.

Disponible en:

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4677/467751868002/html/index.html>

38.- Suárez Zafra D, Cabrera Salas A, Torres Hernández I, Estrada Sánchez G. Necesidad de tratamiento estomatológico en niños de la Escuela Especial “Jardín de La Alegría”, 2016. Rev Cubana Estomatol [Internet] .2019 [citado 22 abril 2020];56(4):1-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072019000400005&lng=es.

39.- Scagnet G. Odontología y discapacidad. Rev Asoc Odontol Argent [Internet].2018 [citado 14 agosto 2019];106(4):107-110.

Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981620/1-odontologia-y-discapacidad.pdf>

40.- Cançado Figueiredo M, Haas Andressa N, Da Silva Aline M, Corrêa Furtado T, Concha Melgar X. Percepción de los estudiantes de odontología de la ufrgs sobre la disciplina de pacientes con necesidades especiales Odontoestomatol [Internet].2019 [citado 30 noviembre 2019];21(33):28-36.

Disponible en:

https://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392019000100028

41.- Cançado Figueiredo M, Nicoli Haas A, Scariot D, Luchsinger Lima G, Concha Melgar X. Actitud de odontólogos acerca de la atención de pacientes con necesidades especiales. Odontol. Sanmarquina [Internet].2019 [citado 16 noviembre 2019];22(1):5-11. Disponible en:

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/15837/13613>

42.- Pérez Bejarano N, et al. Estado de salud oral en discapacitados residentes en la Fundación Pequeño Cottolengo Don Orione, Paraguay. Int. J. Odontostomat. [Internet].2016 [citado 15 diciembre 2019];10(1):69-74. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2016000100012&script=sci_arttext&lng=n

43.- Torres A, et al. Actitudes hacia la discapacidad en una universidad mexicana. Rev. Bras. Educ. [Internet].2019 [citado 17 diciembre 2019]; 24:1-20. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/v24/1809-449X-rbedu-24-e240023.pdf>

44.- Arias González V, Arias Martínez B, Verdugo Alonso M, Rubia Avi M, Jenaro Rio C. Evaluación de actitudes de los profesionales hacia las personas con discapacidad. Siglo Cero [Internet].2016 [citado 8 septiembre 2018]; 47(2):7-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14201/scero2016472741>

45.- Arriola Pacheco F, Betancourt Pérez M. Comparación de prevalencia de caries en una población discapacitada semi-institucionalizada. Rev. Tamé [Internet].2018 [6 de febrero de 2019];6(18):671-675. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/tame/tam-2018/tam1818e.pdf>

46.- Medrano Montero J, Mesa Rodríguez N, Hernández Feria O, Rosales Concepción M. Afectación por caries dentales de los pacientes con ataxia espino-cerebelosa tipo 2. Posibles factores etiológicos. Correo Científico Médico [Internet].2017 [citado 16 junio 2019]; 21(2):383-394.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200005

47.- Weckwerth S, et al. Parents' perception of dental caries in intellectually disabled children. Special care in dentistry [Internet].2016[citado 13 febrero 2019] ;36(6):300-306.

Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scd.12191>

48.- Muñoz Cárdenas D, Abanto Silva L, León Manco R, Zavaleta Boza C. Caries dental en niños con necesidades especiales de un colegio de bajos recursos en el Perú. Rev. Estomatol. Herediana [Internet].2018 [citado 14 agosto 2019]; 28(4):229-236.

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1019-43552018000400003&script=sci_arttext&tlng=pt

49.- Espín León V, Guamán Hernández V. Determinación de los índices de CPOD-ceod en niños de 6 a 12 años con parálisis cerebral [Tesis de pregrado] Riobamba: Repositorio Digital UNACH, Universidad Nacional de Chimborazo; [Internet]. 2019. [citado 10 mayo 2020]

Disponible en: <https://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6058>

50.- Moreno Becerra L. Evaluación del estado de salud bucal en niños de 4 a 12 años de edad en el Instituto Nacional de Audición y Lenguaje (INAL) [Tesis de pregrado] Quito: Repositorio digital Universidad de las Américas; [Internet]. 2017. [citado 22 agosto 2019]

Disponible en: <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/7550/1/UDLA-EC-TOD-2017-137.pdf>

51.- Santos Pérez Y, Novoa López A. Hábitos bucales en pacientes sordos e hipoacúsicos del municipio Playa, La Habana, 2011-2014. Rev Habanera de Cs Médicas [Internet].2016 [citado 12 junio 2019];15(5):702-

713. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69554>

52.- Serrano Figueras K, Arévalo Rodríguez N, Hernández Zaldívar L. El conocimiento sobre salud bucal de padres y maestros de la Escuela especial La Edad de Oro. Correo Científico Médico [Internet]. 2019[citado 24 octubre 2019];23(2):512-527. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812019000200512&script=sci_arttext&tlng=pt

53.- Álvarez Correa D, Rodríguez Delgado C, Bobadilla Turriago L, Grandas Ramírez A. Atención estomatológica de niños con microcefalia y bajo peso al nacer (1000 g). Descripción de un caso. Univ Odontol [Internet].2019 [citado 24 marzo 2020];38 (81):1-23. Disponible en:

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/articloe/view/28442>

54.- Gordon Navarrete D, et al. Estado de salud periodontal en pacientes con epilepsia. Rev Odont Mex. [Internet].2019[citado 24 julio 2019];23(2):74-84.

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2019/uo192c.pdf>

55.- Alvarado A, et al. Estudio del Índice nivel /dosis de la fenitoína en pacientes epilépticos voluntarios de Mérida. Rev. Méd. Clín. Condes [Internet].2020[citado 27 junio 2020];31(2):197-203.

Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300249>

56.- Lara Rojas A, Chuquimarca Paucar B. Prevalencia de caries dental y su relación con el pH salival en niños y adolescentes con discapacidad

intelectual. Dom. Cien [Internet].2017 [citado 18 de junio 2018]; 3(1):474-487.

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5802921>

57.- Díaz A, González Jiménez B, Gómez Anguiano M. Actitud de los padres ante el uso de aditamentos de contención física en la consulta dental en pacientes con discapacidad. Rev. Mex. Estomatol. [Internet].2017[citado 30 noviembre 2019];4(1):16-17.

Disponible en:

<https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/113/197>

58.- Vaessen Hermanus H, et al. The feasibility of office-based propofol sedation for dental care in patients with intellectual disability by sedation practitioners. Spec. Care in Dentist. [Internet].2017 [citado 11 diciembre 2019];37(2):93-98. Disponible en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/action/doSearch?ContribAuthorStored=Vaessen%2C+Hermanus+H+B>

59.- Hillebrecht AL, Hrasky V, Anten C, Wiegand A. Changes in the oral health-related quality of life in adult patients with intellectual disabilities after dental treatment under general anesthesia. Clin Oral Investig. [Internet]. 2019 [citado 21 marzo 2020]; 23(10):3895-3903.

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30707300/>

60.- Han JH, et al. Dental treatment under general anesthesia in an intellectually disabled child with intellectually disabled parents. J Dent Anesth Pain Med. 2016 [Internet]. 2016 [citado 21 noviembre 2018]; 16(3):213-216. Disponible en:

<https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.17245/jdapm.2016.16.3.213>

61.- Braúna A, Abreu M, Resende V, Castilho L. Risk factors for dental caries in children with developmental disabilities. Braz. Oral Res.

[Internet]. 2016 [19 de Julio 2019];30(1):79. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242016000100266&lng=en

62.- Brito Ferreira A, Rodríguez Almeida H, Vilela Heimer M, Vieira S, Colares V. Oral Health Status and Treatment Needs Among Disabled Children in Recife, Brazil. Oral Health Prev Dent [Internet]2019[citado 22 Junio 2020];18(3):467-474. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/340924120_Oral_Health_Status_and_Treatment_Needs_Among_Disabled_Children_in_Recife_Brazil

63.- Diéguez-Pérez M, de Nova-García MJ, Mourelle-Martínez MR, Bartolomé-Villar B. Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: Systematic review I. J Clin Exp Dent. [Internet].2016 [citado 23 agosto 2019];8(3):337-343.

Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4930646/>

64.- García Rosales L, Rebolledo Cobos M, Moreno Juvinao V, Mejía Grimaldo D, de La Hoz Urrutia L. Anomalías dentales en personas con discapacidad. Rev Cubana Estomatol [Internet].2020 [citado 10 julio 2020];57(3):1-10. Disponible en:

<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3060/1804>

65.- Chinchilla Soto G. Consideraciones al referir pacientes con discapacidad a tratamiento ortodóntico. Rev Mex ortodoncia. [Internet].2017[citado 21 junio 2019];5(3):148-159. Disponible en:

<http://revistas.unam.mx/index.php/rmo/article/view/62353/54866>

66.- Brizuela Bogado A, Cristaldo Valiente J, Bañuelos Gómez F, Vera Lubary R, Adorno C. Trastornos temporomandibulares e índice de dientes cariados, perdidos y obturados en personas con discapacidad psicosocial

crónica internadas en el Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Asunción, 2018. Rev. Salud Pública Parag [Internet].2020[citado 22 julio 2020] ;10(1):66-73. Disponible en:

http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2307-33492020000100066&script=sci_abstract&lng=es

67.- Suárez Zafra D, Villar Francois G, Suárez Vázquez B, Francois Ramírez M, Estrada Sánchez G. Necesidad de tratamiento estomatológico en niños discapacitados de La Habana. Rev. Inf. Cient. [Internet] 2018 [citado 14 agosto 2019]; 97(4):798-809. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000400798

68- Mina Bedoya C, Álvarez Velasco P. Estado de salud bucodental de niños con discapacidad del Instituto de Educación Especial del Norte (IEEN) y su asociación con el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral [Tesis de pregrado] Quito: Repositorio digital Universidad Nacional del Ecuador; [Internet] 2016. [Citado 6 de febrero de 2018]

Disponible en:

<https://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/6797?mode=full>

69.- Vera Taffur D. Condiciones de Salud Bucal en Pacientes con Discapacidad Motora en la Comunidad de Manantiales [Tesis de pregrado] Manabí: Repositorio digital Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí; [Internet] 2018. [1citado 3 de julio 2019].

Disponible en:

<https://repositorio.uleam.edu.ec/bitstream/123456789/1617/1/ULEAM-ODON-0043.pdf>

70.- Martínez Díaz Y. Comportamiento del acceso a los servicios de salud bucal en un grupo de escolares en condición de discapacidad intelectual

[Tesis de pregrado] Bogotá: Repositorio digital Fundación Universitaria del Área Andina; [Internet] 2016. [citado 11 de Mayo 2020].

Disponible en:

<https://digitk.areandina.edu.co/repositorio/handle/123456789/3465>

71.- Pariasca Marcos Y. Atención de servicios en salud y satisfacción del usuario externo en el C.S. Los libertadores de la micro red San Martín de Porres- Rimac 2015 [Tesis de maestría] [internet] 2016 Perú: Repositorio digital Universidad César Vallejos; . [citado 29 de julio 2019].

Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/42078>

72.- Victorio Pérez J, Mormontoy Laurel W, Díaz Pizán M. Conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores sobre salud bucal en el distrito de Ventanilla. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2019 [citado 30 noviembre 2019]; 29(1):70-79.

Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1019-43552019000100008&script=sci_arttext

73.- Oliveira del Rio J, Macías Velásquez Z, Mendoza Castro A. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes especiales con gingivitis crónica. Dom. Cien. [Internet]. 2017 [citado 2 diciembre 2019]; 3(4):250-263.

Disponible en:

<https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/674>

74.- Liu H Y, Chen J R, Hsiao S Y, Te Huang S. Caregivers' oral health knowledge, attitude and behavior toward their children with disabilities. J.Dent.Sci. [Internet]. 2017 [citado 20 octubre 2019]; 12(4):388-395.

Disponible en:

<https://www.tps.sciencedirect.com/science/article/pii/S1991790217300685>

75.- Wilson N J, et al. Countering the poor oral health of people with intellectual and developmental disability: a scoping literature review. BMC Public Health [Internet].2019 [Citado 15 diciembre 2019]; 19(1):1530-46.

Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7863-1>

76.- Lopresti W. Odontología y discapacidad: mitos para derribar. Rev.Facultad de Odontol. [Internet]. 2016 [citado 13 noviembre 2019] ;10(1):34-37.Disponible en:

https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/10730/loprestirfo-1012016.pdf

77.- Ravaglia C. Odontología en niños discapacitados. Metodología para su atención. Buenos Aires. Fundación Severo Vaccaro para las Ciencias y el Arte.1999. p 59.

78.- Paneque-Gamboa M, Quesada-Oliva L, Macías-Gil R, Paneque-Gamboa J, Paneque-Gamboa M. Psicoterapia conductual en la atención estomatológica en Retrasado Mental no convencional. MULTIMED [Internet].2017 [14 noviembre 2019]; 19(6):1126-1136. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/434>

79.- Baus Domínguez M et al. Metallothioneins in Failure of Dental Implants and Periodontitis Down Syndrome Patients. Genes [Internet].2019 [citado 29 noviembre 2019];10 (9):711-23. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2073-4425/10/9/711/htm>

80.- Quezada Silva F, Rivero Yañez N. Frecuencia de Control Odontológico en Niños con Síndrome de Down entre 6 y 12 Años en el año 2018 en el Colegio Andalué [Tesis de pregrado] Chile: Repositorio

Institucional. Universidad del Desarrollo; 2018. [Citado 30 Noviembre 2019]
Disponibile en: <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/3025>

81.- Otero LM. Eficacia de la Musicoterapia en la reducción de la ansiedad dental en niños con Necesidades Especiales durante la Atención Odontológica. [Tesis de pregrado] Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2020. [citado 05 Junio 2020]

Disponibile en.

<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/651634?show=full>

82.- Cárdenas Lancheros M, Ocampo Anjellis M, Mendoza González I, Hernández Rojas E. Intervención preventiva por estudiantes de odontología a un paciente con parálisis cerebral. Descripción de un caso. Univ Odontol. [Internet].2019[citado 17 febrero 2020];38(81):1-35.

Disponibile en:

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/28443>

83.- Robles Espinoza A, Rubio Jurado B, De la Rosa Galván E, Nava Zavala A. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. Residente [Internet].2016[citado 20 agosto 2018];11(3):120-125.

Disponibile en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>

84.- Pava Ripoll N. Narrativas conversacionales con familias y docentes de niños y niñas con discapacidad: Un aporte metodológico. Interdisciplinaria [Internet].2015 [citado 15 mayo 2019];32(2):203-222.

Disponibile en: <http://www.redalyc.org/pdf/180/18043528001.pdf>

85.- Zhou N, Wong H M, Wen Y F, Mcgrath C. Oral health status of children and adolescents with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. Dev Med Child Neurol [Internet].2017

[citado 14 octubre 2019]; 59(10):1019-1026.

Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dmcn.13486>

86.- Taibah S. Dental professionalism and influencing factors: patients' perception. Patient preference adherence [Internet]. 2018 [citado 16 mayo 2019]; 12:1649-1658. ·

Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/327398180_Dental_professionalism_and_influencing_factors_Patients'_perception

87.- 53° Consejo Directivo. 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Plan de acción para 5 años 2014-2021. [Internet] Washington, D.C. 2017; [citado 6 julio 2020].

Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-sp.pdf

88.- Prasetyowati S, Sugito B, Ulfah Siti F. Effect of teacher empowerment in maintaining oral health of mentally disabled students on decrease of debris index. IJADS [Internet]. 2020 [citado 16 julio 2020]; 6(2):385-390. Disponible en:

<http://www.oraljournal.com/pdf/2020/vol6issue2/PartF/6-2-52-810.pdf>

89.- Townsend J, Wells M. Behavior guidance of the pediatric dental patient. Pediatric Dentistry. Content Repository [Internet]. 2019 [citado 13 mayo 2020]; 2:352-370.

Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323608268000249>

90.- NASCIMENTO, S. Behavior's evaluation of children with and without disabilities and maternal dental anxiety at the first dental care. Trabalho de

Conclusão de Curso [Graduação em Odontologia] Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; [Internet] 2017.

[citado 12 abril 2020]

Disponibile en: <https://www.oraljournal.com/archives/2020/6/2/F/6-2-52>

91.- Goettems M, et al. Influence of maternal characteristics and caregiving behaviours on children's caries experience: an intergenerational approach. *Com Dent Oral Epidemiol* [Internet].2018 [citado 11 abril 2020] ;46(5):435-441.

Disponibile en: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12406>

92.- Krishnan L, Prabha G, Madankumar PD. Knowledge, attitude, and practice about oral health among mothers of children with special needs – A cross-sectional study. *J Dent Res Rev* [Internet]. 2019 [citado 14 abril 2020];6(2):39-43.

Disponibile en:<http://www.jdr.org/article.asp?issn=2348-2915;year=2019;volume=6;issue=2;spage=39;epage=43;aulast=Krishnan>

93.- Dos Santos Marques K, et al. Meanings and practices of oral health: a qualitative study with mothers of disabled children. *Biosci. J.* [Internet].2020 [citado 16 junio 2020];36(2):681-690.

Disponibile en: <https://doi.org/10.14393/BJ-v36n2a2020-48259>

94.- Leiva Garcia B, Planells E, Planells del Pozo P, Molina Lopez J. Association Between Feeding Problems and Oral Health Status in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord* [Internet].2019 [citado 5 diciembre 2019];49(12):4997–5008.

Disponibile en: <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04211-w>

95.- Lee J-Y, et al. Oral health status of the disabled compared with that of the non-disabled in Korea: A propensity score matching analysis. PLoS ONE [Internet].2019 [Citado 14 septiembre 2019];14(1):1-12.

Disponible en:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0208246>

96.- Díaz-Cárdenas S, et al. Impacto de salud oral sobre calidad de vida en adultos jóvenes de clínicas odontológicas universitarias. Int. J. Odontost. [Internet].2017 [citado 11 abril 2018];11(1):5-11.

Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2017000100001&script=sci_arttext&tlng=e

97.- Pineda E; de Alvarado L; Canales F; *“Metodología de la Investigación”*, Manual para el desarrollo de Personal de Salud” 2da. Edición, OMS / OPS, En: serie Paltext, Washington D.C. 1994: N° 35: 143-146.

98.- Valdez Penagos R, Rosado E, Zarza Martínez Y, Cortés Quiroz M, Ramírez Sánchez R, Juárez López M. Confiabilidad en la medición de caries dental. México D.F: UNAM, FES Zaragoza;2018.

99.- Castelli E. Índice de O’Leary [Internet].2015 [citado 15 junio 2018] Disponible en: <https://www.es.slideshare.net/lturca/indice-de-oleary-49469635>

100.- Doño R. Diagnóstico Gingival. Organización panamericana de la Salud. PRECONC. Buenos Aires, Argentina: PALTEX/ OPS/OMS; 1992
Curso I; Submódulo 2: 57-58

101.- Índice gingival de Llöe y Silness. [internet] 2015 [citado 15 de abril de 2019]

Disponible en: <https://es.calameo.com/read/00498341014384117f87c>

102.- Peredo Videá R. Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. Rev. Psicología [Internet].2016 [citado 28 agosto 2018];(15):101-122.

Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322016000100007

103.- Pozón S. Una visión más realista de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Acta bioeth. [Internet].2017 [citado 5 marzo 2018]; 23 (1):119-128.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2017000100119>

104.- Info LEG. Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud [Internet] Argentina. 19 de noviembre de 2009 [citado 5 marzo 2018].

Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

105.- Ariasgago O, Marasso Spaciuk N. El consentimiento informado en las publicaciones de investigación odontológica. Acta Odont. Venez. [Internet].2014 [citado 22 marzo 2018]; 52(3):17-18.

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6833541>

106.- Pérez Castro J, González Osorio P. Los servicios profesionales para las personas con discapacidad. Principios, valores y dilemas éticos. Rev Esp Discapacidad. [Internet].2018[citado 12 septiembre de 2019];6(1):113-137.

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6450111>

107.-Pineda Pérez E. Bioética: necesidad de su aplicación en la atención a niños con Síndrome de Down. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet] 2016[citado 04 mayo de 2019];32(3):1-9.

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2016/cmi163l.pdf>

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

108.-Polit Denise F, Hungler Bernadette R N. “Investigación Científica en Ciencias de la Salud ” Ed. Mc Graw – Hill Interamericana. Sexta Edición.(2000)

109.- Weintraub Jane A; Douglas W; Chester,Gillings Denis B. "Bioestadística de la Salud Bucodental" OPS – OMS 1985. ISBN 92 75 32032-2

110.- Organización Panamericana de la Salud. 1992. Publicación Científica N° 543
La investigación en Salud en América Latina. Estudios de Países Seleccionados. SBN 927531543 4.

111.- OPS-OMS 1996 “Promoción de la Salud: Una Antología”
Publicación Científica N°557. ISBN 927531557-4

112.- Kadt Emanuel; Tasca Renato. “Promover la Equidad” Un Nuevo Enfoque Desde el Sector Salud”. Serie Salud y Desarrollo. OMS-OPS 1993. ISBN 927532094 2

113.- García Juan C. “Pensamiento Social en Salud en América Latina” OPS –OMS.1994. Ed. INTERAMERICNA – Mc GRAW - HILL
ISBN968 25-2028-2

ANEXOS

ANEXO 1

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Mediante la firma de éste documento doy mi consentimiento como tutor legal – madre – padre - hermano, - para ser entrevistada por la Od. Diana Emilia Falcón con fines de investigación.

Se me harán preguntas acerca de temas que se refieren a las prácticas que realizo para el cuidado de la salud bucal de mi tutelado con discapacidad, sobre la atención que brinda el profesional y las condiciones del servicio.

Concedo libremente esta entrevista, sé que es voluntaria y que puedo negarme a responder alguna pregunta o decidir terminar la entrevista en cualquier momento, sin que mi tutelado se vea afectado de la atención odontológica que brinda el servicio.

Entiendo que este estudio permitirá comprender mejor cómo actuamos los tutores respecto a la salud de bucal de nuestros tutelados, como así también la conformidad o disconformidad de la atención recibida.

Los resultados permitirán organizar programas que serán en beneficio de todos los pacientes que asisten al servicio, y aportar nuevos conocimientos a los profesionales odontólogos.

Ante cualquier duda la Od. Falcón responde a cualquier inquietud y o aclaraciones solicitadas, y puede ser localizada en la Facultad de Odontología los días miércoles y viernes en los horarios de 10 a 15 hs.

Apellido y nombre del tutor legal

Firma:

DNI

ANEXO 3
GUIA PARA ENTREVISTA
INTRODUCCIÓN :

1. ¿Cuándo fue la última vez que visitó al odontólogo?
2. ¿Qué edad tenía?
3. ¿Dónde concurrió?
4. ¿Recuerda cuál fue el motivo?
5. ¿Qué tratamiento le propusieron?
6. ¿Cumplió con el tratamiento hasta terminarlo?
7. ¿Qué experiencia recuerda?
8. Desde entonces, ¿cada cuánto tiempo consulta a un odontólogo?
9. ¿Recibió alguna vez consejos para cuidar sus dientes o los de sus niños?
10. ¿Recuerda cuál fue,... dónde,... y quién se lo dio?
11. ¿Alguna vez su tutelado tuvo dolor de dientes?
12. ¿A qué hora fue,... que hizo Ud.,... dónde concurrió?
13. ¿Qué tratamiento le propuso el odontólogo?
14. ¿Le realizó el tratamiento propuesto, si,... no,... por qué?
15. ¿Le dio algunos consejos,... cuáles?
16. ¿Cómo cuida Ud. los dientes de su tutelado?
17. ¿Qué tipo de dificultades encuentra para consultar o recibir
18. tratamiento odontológico para su tutelado?

SONDEOS NEUTROS NO DIRIGIDOS

- Podría añadir algo más? Continúe.
- Existe algún otro motivo; Qué quiere decir?
- Por qué siente que es así
- Podría explicarme, dar un ejemplo?

ANEXO 4

ENCUESTA ESTRUCTURADA

ACTIVIDADES:

Puntaje del 1 al 3, de acuerdo a los siguientes criterios:

- 1.- Nunca :** Cuando nunca realiza la actividad. 1p
- 2.- A veces:** Cuando realiza la actividad en determinadas ocasiones. 2p
- 3.- Siempre :** Cuando siempre realiza la actividad. 3p

1. Acostumbra mirar la boca de su tutelado

- 1 nunca
- 2 a veces
- 3 siempre

2. Lleva a su tutelado a la consulta periódica al odontólogo:

- 1 nunca
- 2 a veces
- 3 siempre

3. Cuando por algún motivo lleva a su tutelado al odontólogo, solicita explicaciones sobre el estado de salud bucal general:

- 1 nunca
- 2 a veces
- 3 siempre

4. Le interesa el tratamiento que le propone el odontólogo y sus posibles resultados:

- 1 nunca
- 2 a veces
- 3 siempre

5. Si su tutelado necesita tratamiento, es colaboradora con el profesional:

- 1 nunca
- 2 a veces
- 3 siempre

6. El tratamiento indicado por el profesional, lo cumple hasta terminarlo:
 - 1 nunca
 - 2 a veces
 - 3 siempre

7. Llevar a su tutelado al odontólogo le produce ansiedad por temor a que sufra y no pueda expresarlo:
 - 1 siempre
 - 2 a veces
 - 3 nunca

8. Sus miedos, ansiedad, o malas experiencias le hacen posponer el tratamiento odontológico:
 - 1 siempre
 - 2 a veces
 - 3 nunca

9. Finalizado el tratamiento, concurre a la consulta para control, en fecha indicada por el profesional:
 - 1 nunca
 - 2 a veces
 - 3 siempre

10. Cumple con las indicaciones y consejos del profesional para mantener sanos los dientes:
 - 1 nunca
 - 2 a veces
 - 3 siempre

11. Controla la cantidad de dulces que su tutelado toma o come por día:
 - 1 nunca
 - 2 a veces
 - 3 siempre

12. Cepilla los dientes de su tutelado después de cada comida o después de comer dulces y a la noche antes de dormir:
 - 1 nunca
 - 2 a veces
 - 3 siempre

ESCALA:

24 – 36 Muy Buena

18 – 23 Buena

12 - 17 Indiferente

Determinación del puntaje para establecer la colaboración de los tutores sobre el cuidado de la salud bucal

Muy Bueno		buena		Indiferente	
Opción	Respuesta	Opción	Respuesta	Opción	Respuesta
1	3 - 2	1	2 - 1	1	1
2	3 - 2	2	2 - 1	2	1
3	3 - 2	3	2 - 1	3	2
4	2 - 3	4	2 - 1	4	2
5	3	5	3 - 2	5	2
6	3	6	2 - 1	6	2
7	2 - 3	7	1 - 2	7	1
8	2 - 3	8	2	8	1
9	3	9	2	9	1
10	3	10	2	10	2
11	2 - 3	11	1	11	1
12	2 - 3	12	2	12	2

ANEXO 5

ENCUESTA ESTRUCTURADA

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Puntaje del 1 al 3, de acuerdo a los siguientes criterios:

- 1** : Nunca 1 p
2 : A veces 2 p
3 : Siempre 3 p

1.- Los días y horarios de atención le parece suficientes?

Nunca A veces Siempre

2.- Tuvo dificultades cuando solicitó turnos

Nunca A veces Siempre

3.- En casos de suspensión de turnos, fue comunicado con la suficiente anticipación?

Nunca A veces Siempre

4.- El tiempo en la sala de espera para ser atendido fue apropiado?

Nunca A veces Siempre

5.- En caso de urgencias, fue atendido sin demoras?

Nunca A veces Siempre

6.- El profesional ofreció información sobre los tratamientos a realizar?

Nunca A veces Siempre

7.- el profesional ofreció opciones de tratamientos?

Nunca A veces Siempre

8.- Ud. comprendió la información ofrecida, fue clara y explícita?

Nunca A veces Siempre

9.- Considera Ud. que su tutelado recibió el tratamiento apropiado?

Nunca A veces Siempre

10.- El trato con el paciente fue con respeto, cordial, con paciencia y seguridad?

Nunca A veces Siempre

11.- El servicio ofrece comodidad para al paciente y al tutor?

Nunca A veces Siempre

12.- El servicio contaba con los insumos odontológicos necesarios?

Nunca A veces Siempre

13.- El equipamiento odontológico del servicio presentaba óptimo estado de funcionamiento?

Nunca A veces Siempre

14.- La higiene del servicio, le pareció correcta?

Nunca A veces Siempre

Escala

Muy satisfecho 30 - 42

Satisfecho 22 - 29

No satisfecho 14 - 21

Determinación del puntaje para determinar la satisfacción del usuario

Muy Satisfecho		Satisfecho		No satisfecho	
Opción	Respuesta	Opción	Respuesta	Opción	Respuesta
1	3	1	1	1	1
2	3	2	2	2	1
3	3	3	2	3	2
4	3	4	2	4	2
5	3	5	3	5	2
6	3	6	2	6	1
7	3	7	2	7	2
8	3	8	2	8	1
9	3	9	2	9	2
10	3	10	2	10	2
11	3	11	2	11	1
12	3	12	3	12	2
13	3	13	2	13	1
14	3	14	3	14	1