



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**

**CON ORIENTACIÓN**

**EN PRÁCTICAS PREVENTIVAS**

**TÍTULO TESIS:**

**“ACCESIBILIDAD Y SALUD BUCAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN AL DESARROLLO DE LA  
INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE LA CIUDAD DE CORRIENTES”**

**AÑO 2019**

**MAESTRANDO: DRA. SOFÍA DE LOS MILAGROS ALÍ**

**DIRECTORA: DRA. MARÍA SILVINA DHO**

## **DEDICATORIA**

**Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme dado la vida y por haberme permitido llegar a este momento, cuidándome y dándome fortaleza para continuar. A mi familia y amigos pilares fundamentales en mi vida.**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi Directora Dra. María Silvina Dho, un especial agradecimiento por la constante dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo. Es un ejemplo de una combinación de saberes y disposiciones.

A la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste

A mis amigas incondicionales, Roxana Blanco y Alejandra Meana que me han acompañado y lo siguen haciendo. Sin ellas todo hubiera sido muy difícil

Al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y Adolescencia, CADIA, por permitirme realizar dicho trabajo, el cual solo tiene un objetivo, la inclusión a la atención odontológica de todas las personas con discapacidad

A los Docentes de la Maestría por brindarme sus enseñanzas

A la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste

## **RESUMEN**

El presente trabajo de tesis tiene como objetivo analizar el estado de las piezas dentarias y la higiene oral de los niños con discapacidad intelectual que asisten al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia de la ciudad de Corrientes, y su posible relación con barreras de accesibilidad para la atención odontológica.

Se realizó un estudio transversal en padres, tutores o encargados de niños y adolescentes que concurrieron al centro antes mencionado, durante el período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018. Se incluyeron en el trabajo a todos los padres, tutores o encargados de niños que aceptaron participar en la investigación y a los niños que expresaron su asentimiento para el examen clínico bucodental. Se excluyeron a aquellos que presentaron impedimentos motores y/o poca colaboración en el momento del examen clínico bucodental.

La muestra estuvo constituida por niños con discapacidad intelectual, conformada por 21 mujeres y 79 varones; la edad de los mismos osciló entre los 2 a 13 años con una media de 8 años.

Se caracterizó la población de estudio según variables sociodemográficas, se analizaron de manera descriptiva las variables correspondientes a los padres/tutores: edad, sexo, nivel de instrucción y ocupación; y las variables correspondientes a los niños: edad y sexo. La edad promedio de los tutores fue de 36,7 años. El 85% correspondió al sexo femenino. El nivel de instrucción que predomina fue el secundario (58%). El 38% de los tutores declaró trabajar en relación de dependencia. Asimismo se halló que el 64% de la población de estudio, no puede acceder por diferentes causas, como ser: no accede porque el

odontólogo no atiende a pacientes con discapacidad (27%); no accede por factores económicos (26%); no accede por factores geográficos (11%). No se reportaron impedimentos edilicios para acceder al lugar de la atención. El 36% de la población de estudio manifestó que tiene acceso a la atención odontológica.

Los resultados señalan que el 53% de las personas con discapacidad no recibieron ningún tipo de prestación odontológica. El 45% de los padres tutores perciben como “mala” la actitud del odontólogo frente a la atención odontológica de los niños con discapacidad intelectual.

Los resultados han evidenciado que el 23% de la población de estudio no tiene caries dental. El 77% de los niños se encuentran afectados por esta patología.

En la población de estudio, el índice de caries dental para dientes temporarios ceod presentó un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 13. El valor promedio fue de 2,81 (Desviación estándar 3,3). En tanto el índice de caries dental para dientes permanentes CPOD presentó un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 8. El valor promedio fue de 1,49 (Desviación estándar 2,0).

Con respecto a la higiene bucal, el índice de placa bacteriana de O´ Leary de la población de estudio, mostró valores mínimo de 12% y máximo de 73%.

Se halló una correlación positiva entre las variables estado de salud dental de los niños con discapacidad intelectual, categorizada como presencia/ ausencia de caries dental y las variables: Accesibilidad a la atención odontológica, Tipo de atención o prestación Odontológica, Actitud del Odontólogo frente a la atención de paciente con discapacidad. Los resultados fueron estadísticamente significativos ( $p=0,000$ ).

La variable estado de salud dental osciló entre un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 14 piezas dentarias con presencia de caries dental en la boca de cada niño; para el análisis de la variable higiene oral se consideró los valores del índice de placa bacteriana de O Leary de 0 a 100. Se realizó correlación de Pearson. Se consideró un nivel de significación de hasta  $p=0,05$ . Se halló un valor de Pearson  $r=0,66$   $p=0,000$ . Los resultados son estadísticamente significativos, indican una correlación positiva entre ambas variables.

Se buscó relación entre las variables edad de los niños con discapacidad intelectual y estado de salud dental. Los datos se analizaron con el coeficiente de correlación de Spearman. Se halló una correlación positiva entre ambas variables (valor de 0,340) con un valor de  $p=0,001$  muy significativo.

Se confirma parcialmente la hipótesis de trabajo planteada: existe una relación estadísticamente significativa entre el estado de las piezas dentarias de los niños con discapacidad intelectual y las variables barreras de accesibilidad a la atención odontológica, tipo de atención o prestación recibida, actitud del odontólogo frente a la atención de paciente con discapacidad, edad del niño e higiene oral del niño. No existe relación estadísticamente significativa entre el estado de las piezas dentarias de los niños y las variables sociodemográficas de los padres tutores.

**Palabras Claves:** Accesibilidad, Discapacidad Intelectual, Atención Odontológica

## Índice

1-INTRODUCCIÓN.....	1
2-PLANTEO DEL PROBLEMA .....	4
3- OBJETIVOS.....	6
General.....	6
Específicos .....	6
4- MARCO TEÓRICO.....	7
4.1- ANTECEDENTES .....	7
4.2-BASES TEÓRICAS .....	10
4.2.1- Discapacidad intelectual. Definiciones .....	10
4.2.2- Manifestaciones orales y Discapacidad intelectual .....	12
4.2.2-Accesibilidad y atención odontológica.....	15
5-HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	20
6-METODOLOGÍA .....	21
Variables de estudio.....	21
7- RESULTADOS .....	25
8- DISCUSIÓN.....	41
9-CONCLUSIÓN.....	47
10-BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS .....	55
Anexo-I .....	56
Anexo-II .....	57
Anexo-III .....	58
Anexo-IV .....	59

## **1-INTRODUCCIÓN**

La salud oral en pacientes con discapacidad ha representado un reto para el profesional de la salud oral a través de la historia<sup>1</sup>. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en la segunda parte del artículo 1 define: “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás<sup>2</sup>.”

Los factores importantes de parte de los odontólogos, para el manejo de este tipo de paciente son comprensión y paciencia. A estos dos factores se debe sumar uno más, de suma importancia como es la accesibilidad. En tal sentido, la mayoría de los consultorios odontológicos, no están adecuados ediliciamente para la accesibilidad de personas con discapacidad. Es decir que los mismos no cuentan con rampa, la puerta de acceso no cuenta con medidas necesarias para el ingreso de una silla de ruedas y espacios para la circulación de las mismas. Así mismo los baños no están adaptados a tales circunstancias, como el mobiliario.<sup>3</sup> Lo antes mencionado coincide con lo que expresa un estudio realizado por Rocha y col. en Brasil<sup>4</sup>. Para Serrano Ruiz y col. cuando se habla de accesibilidad, se refiere a la posibilidad de llegar a donde se requiere ir o alcanzar aquello que se desea. En tanto, en el contexto de la discapacidad el término adquiere un matiz reivindicativo<sup>5</sup>.

Según la OPS en la 27 Conferencia Sanitaria Panamericana se identifica que en la región de las Américas la falta de calidad se manifiesta de múltiples formas incluyendo: la limitada accesibilidad con barreras administrativas, geográficas, económicas, culturales o sociales, e indiferencia respecto a la perspectiva de género en la provisión de servicios de salud. Esta situación se manifiesta en largas listas de espera, horarios de atención incompatibles con las posibilidades de consulta del usuario, distancias excesivas al centro de atención sanitaria, falta de medicamentos en los centros de atención, y oferta de servicios no adecuada al contexto/preferencias culturales y sociales del ciudadano<sup>6</sup>.

La Argentina tiene 3.571.983 personas de 6 años y más de edad que padecen algún tipo de discapacidad, una cifra que equivale en forma estimada al 10,2% de la población, según un estudio preliminar del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)<sup>7</sup>. En tanto La región del Noreste cuenta con un 10% de personas con discapacidad.

Si no se entiende a la discapacidad como una condición humana sino como algo excepcional que involucra a un grupo reducido de personas, la sociedad no establecerá las facilidades para el acceso a servicios médicos, educativos, empleo, transporte, entre otros, que hacen que las personas con discapacidad estén marginadas, en condiciones de vulnerabilidad y por lo tanto en desventaja en comparación con el resto de la población<sup>8</sup>.

Para asegurar una buena salud bucal, la prevención es uno de los aspectos más importantes a considerar, en cualquier tipo de pacientes. Más aún en las personas con discapacidad, siempre teniendo presente los factores sociales, económicos, físicos y médicos, que quizás dificultan la atención odontológica.

## 2-PLANTEO DEL PROBLEMA

Desempeñando con su misión en la sociedad, la Facultad de Odontología de la UNNE realiza actividades de extensión a través de diferentes programas centrales, dependientes de la Universidad Nacional del Nordeste y de la Secretaría de Políticas Universitarias, como así también programas de la propia Unidad Académica. Dichas tareas comprenden promoción de la salud bucal, la prevención de enfermedades bucodentales y prácticas odontológicas, las que se focalizan especialmente en sectores de la población más vulnerables de la sociedad.

Es así que desde el año 2003 hasta la fecha, se han desarrollado distintos proyectos de extensión universitaria en distintos centros de rehabilitación y escuelas donde concurren personas con discapacidad.

Los mismos fueron y son ejecutados por docentes y alumnos de la Asignatura Odontología Social y Comunitaria.

Surgió así, la problemática a investigar:

- *¿Cuál es el estado de salud bucal de los niños con discapacidad que asisten al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia de la ciudad de Corrientes?*
- *¿Existen barreras de accesibilidad que para que los niños puedan recibir atención odontológica?*

El presente trabajo de investigación se enmarca en las Líneas Prioritarias de Investigación de la Facultad de Odontología de la UNNE (Resolución 483/12-C.D.). Dentro de las áreas temáticas estratégicas prioritarias regionales establecidas figura “Odontología Social y Comunitaria” que incluye una línea prioritaria sobre “Epidemiología” y “Servicios de Salud”.

Los resultados obtenidos, podrían contribuir al desarrollo de políticas públicas destinadas a mejorar la accesibilidad a la atención odontológica y la salud oral de esta población altamente vulnerable.

### **3- OBJETIVOS**

#### **General**

- Analizar el estado de las piezas dentarias de los niños con discapacidad intelectual que asisten al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia de la ciudad de Corrientes, y su posible relación con barreras de accesibilidad para la atención odontológica.

#### **Específicos**

- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de instrucción, ocupación).
- Identificar las barreras de accesibilidad para acceder a la atención odontológica de las personas con discapacidad intelectual.
- Establecer tipo de prestaciones odontológicas recibidas que presenta la población de estudio
- Identificar la actitud del odontólogo frente a la atención odontológica desde la percepción del tutor.
- Registrar el estado de las piezas dentarias y la higiene oral que presenta la población de estudio

## **4- MARCO TEÓRICO**

### **4.1- ANTECEDENTES**

La literatura científica señala que a través de los años se han realizado diversas investigaciones, en distintos contextos, sobre la salud bucal de personas con discapacidad y las distintas barreras de accesibilidad para la atención odontológica.

Gaitán<sup>9</sup> y colaboradores realizaron un estudio descriptivo en un grupo de 54 personas en condición de discapacidad física, con edades entre 18 y 80 años, a quienes se les realizó una encuesta sobre las barreras físicas de acceso a los consultorios y las trabas estructurales de la unidad odontológica que impidan una atención en salud oral. Los resultados demostraron que son muchas las barreras de acceso, físicas y estructurales, en los centros odontológicos, relacionadas con el espacio antropométrico y con algunas partes específicas de la unidad odontológica que pueden impedir una atención odontológica apropiada, eficaz y de calidad.

Rapalo y col realizó un estudio en la Universidad de Florida E.E.U.U.<sup>10</sup>, donde comprobó que muchas personas que sufren distintos tipos de discapacidades, no tienen acceso adecuado a la atención integral de la salud oral. Este estudio informa sobre los costos de la atención como una barrera para el cuidado de la salud oral. Se utilizaron los datos de la Florida Behavioral Risk

Factor Surveillance System 2007 (BRFSS) (n = 33.777). Se evaluó la falta de acceso a la atención dental debido a los costos, los floridianos con discapacidades eran 60% más propensos a reportar el costo como una barrera para el cuidado dental.

Williams J, y col., en su estudio realizado en escuelas de educación y centros de desarrollo en el condado de Oakland<sup>11</sup>, demostraron que la barrera más difícil para acceder a la atención odontológica de las personas con discapacidad es encontrar un odontólogo dispuesto a atenderlos.

Rouleau T. y col., realizaron en Carolina del Norte EE.UU<sup>12</sup>, un estudio para describir la recepción de cuidado dental por los pacientes con discapacidad y para entender su punto de vista con respecto a las barreras a la atención odontológica, En la población de estudio, halló que el 57,2% informó ser atendido por un dentista en los últimos 12 meses, en comparación con el 67,3% antes de tener una discapacidad. La última cita con el dentista fue un examen de rutina para el 59,5% de los encuestados. Desde que se padece una discapacidad, el 16,6% de los sujetos informó problemas para recibir atención dental. Los retos financieros eran el problema principal seguido por los factores físicos de accesibilidad.

Rocha Buelvas<sup>13</sup> en un estudio realizado en Colombia, coincide que las barreras económicas de acceso a los servicios de salud se han constituido en el

principal obstáculo para la utilización de los servicios de salud bucal de la población.

Un estudio realizado en España<sup>14</sup>, por Martínez-Leal R y col. demuestran que existe un patrón diferenciado de salud y una disparidad en la atención sanitaria entre personas con discapacidad intelectual y población general. Las personas con discapacidad intelectual presentaron 25 veces más casos de epilepsia y el doble de obesidad. Un 20% presentó dolor bucal, y existió una alta presencia de problemas sensoriales, de movilidad y psicosis. También presentaron una menor participación en programas de prevención y promoción de la salud, estas deficiencias en la atención sanitaria podrían estar motivadas por el hecho de que la desinstitucionalización de las personas con discapacidad intelectual no se ha acompañado de una adaptación de los servicios sanitarios.

En Australia del Sur<sup>15</sup>, un trabajo realizado por Pradhan A y col, indicó que la falta de odontólogos con conocimientos técnicos de la odontología en personas con discapacidad era el problema más frecuente. Tenían un mejor acceso a la atención dental aquellos que estaban institucionalizados.

Cardona Gómez y col., indican que algunos odontólogos consideran no sentirse preparados para atender una persona con discapacidad, entre ellas, las que tienen que ver con la salud mental, además se enfrentan con frecuencia a temores y dudas sobre el manejo que debe tener ante la presencia de una

persona con esta condición, por cuanto los vínculos de comunicación tienen un componente adicional de dificultad<sup>16</sup>.

Pérez Bejarano y col., a través de un estudio en la Fundación Pequeño Cottolengo Don Orione, Paraguay, indicaron que la falta de conocimiento por parte del odontólogo para desarrollar en ellos un tratamiento conservador, llevan a las extracciones múltiples, sin tomar en cuenta las mutilaciones que ello significa, o bien directamente, el rechazo del paciente y la negatividad a su atención<sup>17</sup>.

## **4.2-BASES TEÓRICAS**

### **4.2.1- Discapacidad intelectual. Definiciones.**

Existen controversias conceptuales con este tipo de discapacidad. Antes se hablaba de retraso mental, minusvalía psíquica, discapacidad del aprendizaje. Actualmente se tiende a considerar como políticamente correcto el término discapacidad intelectual. Sin embargo, el constante cambio de nombre no obedece a criterios terminológicos sino al estigma asociado al retraso mental. Como este se asocia al problema y no a la denominación del mismo, los distintos términos finalizan absorbidos por dicho estigma, lo cual hace necesario cambiarlos. La Asociación Europea de Salud Mental en el Retraso Mental (en inglés, AEMH-MR),<sup>18</sup> ha adoptado la decisión de continuar con concepto tradicional, frente a otras organizaciones, que prefieren el término discapacidad intelectual.

Según la AAIDD<sup>19</sup> (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities): "Es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales, y prácticas". Esto implica una limitación en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder en distintas situaciones y en lugares (contextos) diferentes. Dicha discapacidad se expresa cuando una persona con limitaciones significativas interactúa con el entorno. Es decir, que obedece tanto de la propia persona como de las barreras u obstáculos que tiene el mismo. Esto dependiendo si es un entorno más o menos facilitador, la discapacidad se expresará de manera diferente. Este tipo de discapacidad tiene un impacto importante en la vida de la persona y de su familia, dado que generalmente es permanente.

No debemos considerar a la discapacidad como una enfermedad, debemos ver a estos individuos:

- ✓ Como persona, como un ciudadano más.
- ✓ A cada persona en su entorno, con sus capacidades y sus limitaciones.
- ✓ Con posibilidades de progresar si le damos los apoyos adecuados.

Dentro de este tipo de discapacidad se encuentran entre otras, las originadas por distintas deficiencias, tales como:

- ✓ Síndrome de Down
- ✓ Síndrome de Williams
- ✓ Síndrome de Noonan
- ✓ Síndrome de Cornelia de Lange (SCdL)

- ✓ Autismo
- ✓ Síndrome de Asperger (SA)

#### **4.2.2- Manifestaciones orales y Discapacidad intelectual.**

A continuación se desarrollan las manifestaciones orales de las deficiencias antes mencionadas, que si bien no agotan el amplio espectro de la discapacidad intelectual, son las más comunes.

#### **Manifestaciones orales en el Síndrome de Down (SD)**

Son muchas las manifestaciones orales que podemos encontrar en el SD. A nivel de la cara se puede observar un menor desarrollo del tercio medio que del inferior. El paladar duro es alto y profundo con tendencia a un arco elevado (paladar ojival). El paladar blando suele ser corto y en ocasiones presenta úvula bífida.

Pueden observarse los labios resecos y agrietados relacionados con la mayor incidencia de respiración bucal. Esto último facilita la aparición de gingivitis e infecciones en el tracto respiratorio alto. El hábito de la boca abierta en forma de postura pasiva contribuye a la instalación de la respiración bucal, del babeo y a producirse con frecuencia queilitis angular<sup>20</sup>.

La lengua es grande en una cavidad bucal relativamente pequeña que hace que protruya hacia afuera de la boca. Casi siempre presenta maloclusión dental, puede haber oclusión con mordida cruzada posterior y mordida abierta anterior.

Muchas veces los dientes son pequeños y se encuentran espaciados, y retraso en la erupción de las denticiones primaria y permanente. En ocasiones, hay dientes ausentes de manera congénita. Exhiben prevalencia cariosa general menor, alta incidencia de enfermedad periodontal por elementos locales, como la morfología dental, el bruxismo, la maloclusión, la falta de función masticatoria normal y una higiene bucal precaria.

### **Manifestaciones orales en el Síndrome de Williams**

Muchos recién nacidos y niños tienen problemas en la alimentación. Estos problemas han sido asociados con un tono muscular disminuido, un reflejo al vomito aumentado, dificultad para succionar o tragar. Las dificultades en la alimentación tienden a solucionarse a medida que los niños crecen, pero aun así desarrollan una patología dentaria especial, siendo frecuente el esmalte hipoplásico, las agencias y dientes de menor tamaño. Los problemas en la alimentación generan reflujos ácidos frecuentes provocados y que si aparecen en forma reiterada desencadenan abrasiones dentarias. Son frecuentes en estos niños las mordidas abiertas<sup>21</sup>.

### **Manifestaciones orales en el Síndrome de Noonan**

Está caracterizado por múltiples lesiones de gran extensión y profundidad, localización atípica en zonas, generalmente, libres de caries y velocidad de progresión rápida. Los factores etiológicos de mayor relevancia son: en el paciente, vómitos y reflujo secundarios a hipertrofia congénita del píloro, y dificultad para la alimentación en el primer año y medio de vida. Existe una

exposición anormal, en la cavidad bucal, a ácidos intrínsecos o extrínsecos. Es parte del síndrome, la hipotonía muscular, la que asociada al déficit de desarrollo psicomotor existente, dificulta la correcta autoclisis y la higiene bucal. La erosión, cuadro que podría definirse como una pérdida de estructura dentaria derivada de una desmineralización de origen químico, no bacteriano<sup>22</sup>.

### **Manifestaciones orales en el Síndrome de Cornelia de Lange**

Presentan un labio superior fino con comisuras orientadas hacia abajo, paladar ojival, micrognátia, malposición dental, retraso en la erupción, microdoncia, enfermedad periodontal y erosión dental producida por el reflujo gástrico. Persistencia de dientes temporales y policaries<sup>23</sup>.

### **Manifestaciones orales en el Autismo y Síndrome de Asperger**

Los niños con estos trastornos no presentan anomalías dentales y la mayoría de las enfermedades dentales se relacionan con los patrones de comportamiento. La morfología dental es normal, pero podría haber desgaste oclusal debido a bruxismo. Algunos niños pueden desarrollar crisis convulsivas. La higiene oral puede ser deficiente debido a la falta de cepillado y la incapacidad de aceptar la ayuda de otra persona. Algunos medicamentos para niños con autismo pueden causar reacciones orofaciales adversas. Estos medicamentos son los anticonvulsivos, antidepresivos, antipsicóticos, anti agresivos, los que estabilizan

el estado de ánimo y mejoran la atención. Las reacciones adversas orofacial incluyen: xerostomía, estomatitis, lengua edematosa, disfagia y edema facial<sup>24</sup>.

#### **4.2.2-Accesibilidad y atención odontológica**

La accesibilidad ha sido definida de diferentes maneras. A la vez, posee límites borrosos con otros conceptos relacionados, como los de acceso, uso o calidad de los servicios de salud, los cuales algunos autores utilizan como sinónimos<sup>25</sup>.

La mayor parte de los autores tiende a pensar la accesibilidad en términos del ajuste entre las características de los servicios y sus profesionales, y las necesidades, situaciones o particularidades de la población que se busca beneficiar. En esta línea, se tiende a concebir la accesibilidad como la posibilidad y/o capacidad de los usuarios de recibir cuidados de salud de manera ágil cuando resulta necesario<sup>26</sup>, lo que permite centrarse en la articulación entre la oferta de los servicios de salud y las características de la demanda. Vista así, la noción de accesibilidad se muestra como un concepto relacional, ya que se refiere al vínculo que se establece entre los sujetos y los servicios de salud, siendo imposible plantearse el acceso sin considerar la articulación entre ambos<sup>27,28</sup>.

Florencia Ferrara, especialista en medicina social y quien fuera ministro de salud de la Provincia de Buenos Aires, define la accesibilidad como la facilidad con que cuenta la población para usar los recursos de salud, clasificándola en accesibilidad: administrativa, geográfica, cultural, jurídica, y económica<sup>29</sup>.

La accesibilidad a los servicios de salud bucal puede mirarse desde ámbitos diferentes. Algunas razones según un estudio realizado por Vanobbergen y colaboradores<sup>30</sup> son a saber: problemas económicos, imposibilidad para transportarse, no considerar prioritaria la salud bucal.

Las tres cuartas partes de la población mundial con discapacidad no reciben atención odontológica, por lo que las necesidades de salud bucal de estas personas no están solventadas desde ningún ámbito, complicando aún más su calidad de vida<sup>31</sup>.

Especialmente en las personas con discapacidad las afecciones bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda de atención y gasto público, fuerte impacto en la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y desventaja social y funcional, así como también por el efecto sobre el deterioro aún mayor de la salud general de estas personas<sup>32,33</sup>.

Podemos sintetizar el conocimiento actual en relación al perfil del componente bucal de la salud de las personas con discapacidad intelectual en los siguientes enunciados:

Dada la magnitud del sufrimiento humano que la discapacidad implica y la grave afectación de la calidad de vida de las personas que la padecen y teniendo en cuenta el impacto que producen en las familias los síntomas y signos que la

persona va presentando, es que la salud bucal no es a menudo prioritaria, no es tenida en cuenta y esto lleva al deterioro de la misma a tempranas edades<sup>34</sup>.

La falta de profesionales y de centros de salud preparados para atenderles, también hace que estos pacientes sean sometidos a traslados dificultosos de un sitio a otro, esperas prolongadas, cambios continuos de profesionales con lo cual es imposible lograr un vínculo con el paciente, condición indispensable para la intervención odontológica en estas personas en particular.

El ámbito odontológico, sin duda alguna, implica desafíos que condicionan un mayor campo de acción en la práctica moderna. Un área siempre controversial es aquella en la que se discuten las posibilidades de atención del paciente con discapacidad. El tratamiento odontológico propiamente dicho que se ofrece a estos pacientes es, en la mayoría de los casos, el mismo que se le brinda a cualquier otra persona, pero se debe poner énfasis en los métodos preventivos de control de enfermedades, como la caries dental y la enfermedad periodontal.

Así mismo, como se indicara al comienzo del trabajo, la realidad nos demuestra situaciones de negligencia y descuido extremos en los que se suele recibir al paciente con dolor intenso, abscesos de origen dentario, múltiples lesiones cariosas con una pérdida importante de la estructura dentaria, periodontitis severa con gran movilidad de las piezas dentales, gingivorragia espontánea, entre otras.

Para asegurar una buena salud bucal, la prevención es uno de los aspectos más importantes a considerar, en cualquier tipo de pacientes. Más aún en las personas con discapacidad, siempre teniendo presente los factores sociales, económicos, físicos y médicos, que quizás dificultan la atención odontológica.

Como ya se dijo, la mayoría de los pacientes con discapacidad, requieren de la supervisión de los padres o de las personas que los asisten, el odontólogo debe percibir la problemática del individuo. Y también transmitirles a los padres y al paciente como debe realizarse una buena higiene bucal<sup>35</sup>. Las diferentes estrategias que debe realizar el profesional, con fines de poder dar comienzo al tratamiento odontológico, se conoce como métodos de abordaje. En este caso en particular, donde la atención es a pacientes con discapacidad, el profesional deberá emplear distintas técnicas. Las cuales dependerán del tipo y grado de discapacidad que presente el paciente. Nunca se debe olvidar, en el caso de que no exista una urgencia odontológica, se debe respetar los tiempos de cada uno de los pacientes.

En el transcurso de los años, han ido variando las tendencias y las necesidades del ser humano y se ha pensado en el equilibrio, del hombre con su medio ambiente y diseñar con bajo estándares sustentables. La adaptación del entorno, de la vivienda, del transporte, del medio laboral y de los centros educativos, del acceso a las comunicaciones, de los centros comerciales, de las áreas de descanso y recreación, son ejemplos de medidas para la integración

social de estos individuos, permitiéndoles llevar una vida autónoma. Es preciso incorporar la accesibilidad universal al criterio general.

En este trabajo se tomará la accesibilidad, entendida como todo tipo de acceso para obtener los servicios de salud. Se analizarán distintas barreras: económica, edilicias, utilización del servicio (tipo de prestación brindada) y la actitud del profesional, para acceder a la atención odontológica.

## **5-HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Hipótesis: El estado de las piezas dentarias de los niños con discapacidad intelectual se relaciona con:

- Variables sociodemográficas referentes al padre/tutor
- Sexo y edad del niño
- La presencia de barreras de accesibilidad a la atención odontológica
- Tipo de atención o prestación recibida
- Actitud del Odontólogo frente a la atención de paciente con discapacidad
- Higiene oral del niño

## **6-METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio transversal en padres, tutores o encargados de niños y adolescentes que concurrieron al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia de la ciudad de Corrientes durante el período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018. La muestra estuvo constituida por todas aquellas personas que aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Se incluyeron en el trabajo a todos los padres, tutores o encargados de niños que aceptaron participar en la investigación y a los niños que expresaron su asentimiento para el examen clínico bucodental. Se excluyeron a aquellos que presentaron impedimentos motores y/o poca colaboración en el momento del examen clínico bucodental.

### **Variables de estudio.**

#### **Variables sociodemográficas:**

Categorías de la variable:

-Referentes al padre/tutor: Edad; Sexo; Nivel de Instrucción; Ocupación

-Referentes a niños: Edad; Sexo

#### **Variables relacionadas con la accesibilidad:**

Categorías de la variable: No acceden por Factores económicos; Impedimentos edilicios para acceder al lugar (Ej. Falta de Rampas; Puertas delgadas para el ingreso de silla de rueda; Consultorios con poco espacio); factores geográficos (distancia desde la vivienda a un centro de salud); sí accede a la atención.

**Tipo de atención odontológica recibida:**

Categorías de la variable: Preventiva; restauradora; extracciones, derivaciones.

**Actitudes del profesional para la atención odontológica del niño desde la perspectiva del padre/ tutor**

Categorías de la variable: Muy buena, buena, regular, mala

**Estado de las piezas dentarias:**

Categorías de la variable:

--Estado de las piezas dentarias temporarias: Número de dientes con caries, número de dientes con extracción indicada, número de dientes obturados (índice de caries ceod)

- Estado de las piezas dentarias permanentes: Número de dientes con caries, número de dientes con extracción, número de dientes obturados (índice de caries CPOD)

- Estado de las piezas dentarias permanentes y temporarias: se contabiliza todas las piezas dentarias con caries, se establecen dos categorías: con y sin caries.

-Higiene oral

Categorías de la variable: compatible con salud (índice de placa bacteriana de O Leary de 0 a 20 %); Riesgo de caries y enfermedad periodontal (índice de placa bacteriana superior al 20%).

**Recolección de la información**

- Encuestas estructuradas a padres/tutores
- Historia Clínica de las personas con discapacidad, con registro de datos biológicos y sociales.

## **Registro de Datos:**

- Ficha con datos personales.

- Examen clínico bucodental: se realizó con instrumental de inspección (espejo bucal, explorador y pinza de algodón). Los datos se registraron en el odontograma, en el cual se plasmó el estado en que se encontraba las piezas dentarias de estas personas.

- Con los datos registrados se realizaron los Índice ceod (Es el Índice adoptado por Gruebbel<sup>38</sup> para dentición temporal en 1944. Se obtuvo de igual manera, pero considerando sólo los dientes temporales cariados (c), extraídos (e), y obturados (o). Se consideran 20 dientes) y CPOD (Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson en Maryland, EUA, en 1935. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados, el cual determina número de piezas cariadas permanentes (C), número de piezas pérdidas permanentes (P), número de piezas obturadas permanentes (O)).

INDICE O'LEARY, mide la presencia de placa y evalúa la higiene oral, fue elegido porque permite señalar a la persona que está a cargo la presencia de placa y la forma en que el niño se cepilla, aprovechando para motivar y educar al paciente.

Para la visualización de la placa se utilizó sustancia revelante líquida de doble tono, la técnica de revelado se realizó 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 una ficha ad hoc. En esta ficha, 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 100.

**Análisis de datos:**

Para el análisis de los datos se utilizó el Programa estadístico SPSS 21.0. Se realizó una estadística descriptiva de cada una de las variables de estudio. Se calculó promedios y desviación estándar, distribución de frecuencias y porcentajes. Se elaboraron tablas de contingencia que expresan relación entre variables y gráficos. Para identificar la existencia de relación entre las variables de estudio, se utilizó la prueba de chi cuadrado; correlación de Pearson y Spearman. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

**Consideraciones Éticas:**

El trabajo de investigación cuenta con el Aval del Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la UNNE (dictamen N°83.2014)

## 7- RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 100 niños/adolescentes y sus respectivos padres/tutores.

Para responder al primer objetivo específico: Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas, se analizaron de manera descriptiva las variables correspondientes a los padres/tutores: edad, sexo, nivel de instrucción y ocupación; y las variables correspondientes a los niños: edad y sexo.

La edad promedio de los tutores fue de 36,7 años (Tabla N°1). El 85% correspondió al sexo femenino. El nivel de instrucción que predomina fue el secundario (58%) El 38% declaró trabajar en relación de dependencia (Tabla N°2).

**Tabla 1:** Edad de Tutores de Niños/Adolescentes con Discapacidad Intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia. Ciudad de Corrientes. Período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018.

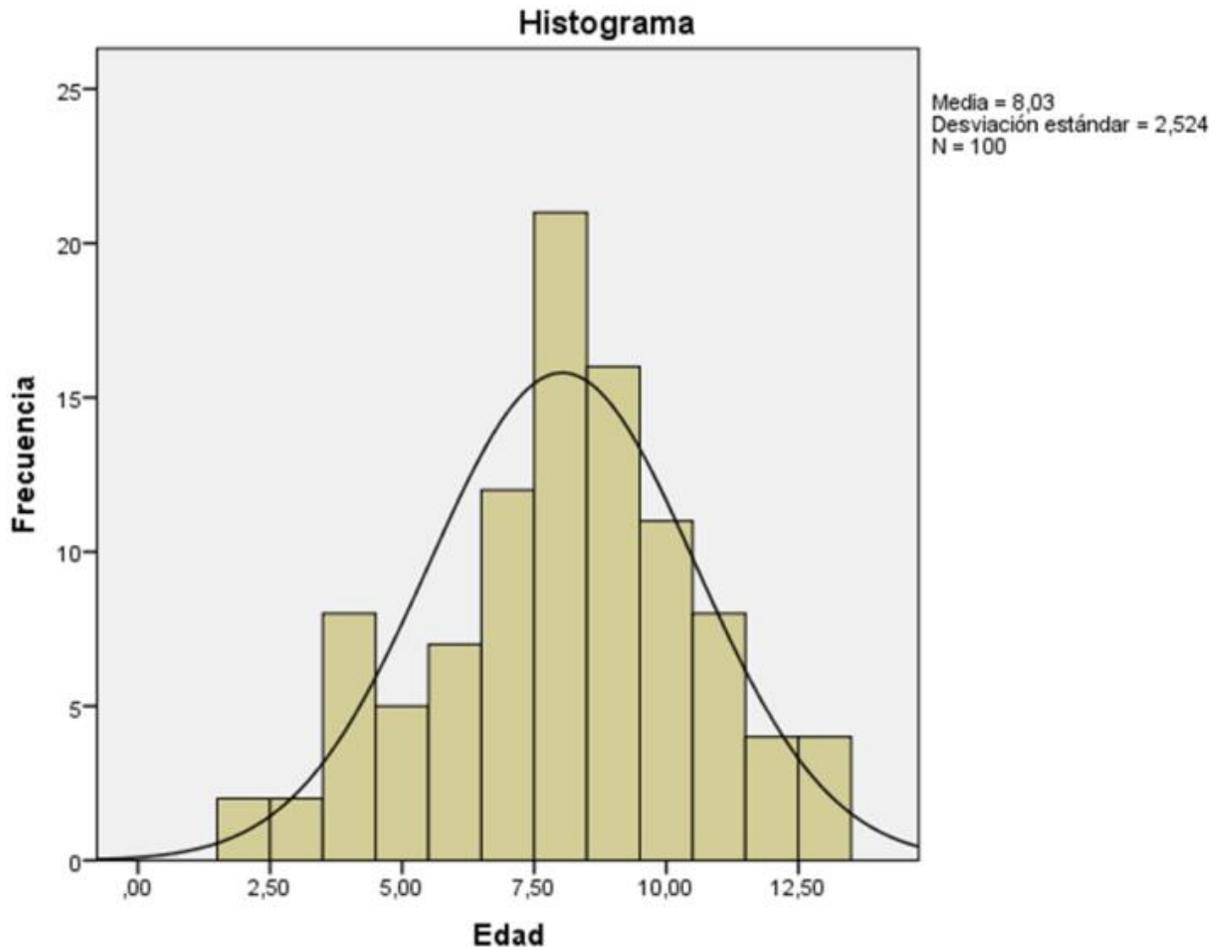
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	100	21	58	36,78	8,271
N válido (por lista)	100				

**Tabla N°2:** Variables sociodemográficas de Tutores de Niños con Discapacidad Intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia. Ciudad de Corrientes. Período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018. (n=100)

<b>Nivel de Instrucción de Tutores</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Ninguno</b>	2,0
<b>Primaria</b>	30,0
<b>Secundaria</b>	58,0
<b>Terciario/Universitario</b>	10,0
<b>Ocupación de Tutores</b>	
<b>En relación de dependencia</b>	38,0
<b>Independiente</b>	29,0
<b>Desocupado</b>	20,0
<b>Beneficiario de planes sociales</b>	13,0

La muestra de niños con discapacidad intelectual que participaron del estudio, quedó conformada por 21 mujeres y 79 varones; la edad de los mismos osciló entre los 2 a 13 años con una media de 8 años. El mayor porcentaje de personas con discapacidad intelectual (83%) tenían entre 6 a 13 años al momento del estudio.

**Gráfico N°1:** Edad de Niños con Discapacidad Intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia. Ciudad de Corrientes. Período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018. (n=100)



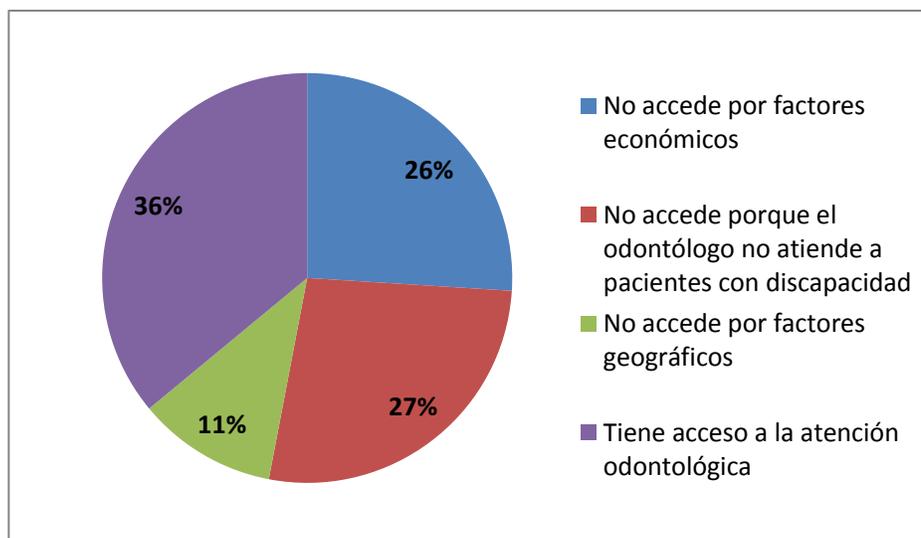
Para responder al segundo objetivo específico: Identificar las barreras de accesibilidad para acceder a la atención odontológica de las personas con discapacidad, se procedió a analizar de manera descriptiva las respuestas de los padres/tutores a la pregunta: Accesibilidad a los servicios de salud odontológica: respecto a los servicios de salud bucal:

- no accede porque el odontólogo no atiende a pacientes con discapacidad
- no accede por factores económicos

- no accede por factores geográficos
- no se reportaron impedimentos edilicios para acceder al lugar de la atención.
- tiene acceso a la atención odontológica

Se halló que el 64% de la población de estudio, no puede acceder por diferentes causas, como ser: no accede porque el odontólogo no atiende a pacientes con discapacidad (27%); no accede por factores económicos (26%); no accede por factores geográficos (11%). No se reportaron impedimentos edilicios para acceder al lugar de la atención. El 36% de la población de estudio señaló que tiene acceso a la atención odontológica (Gráfico N°2).

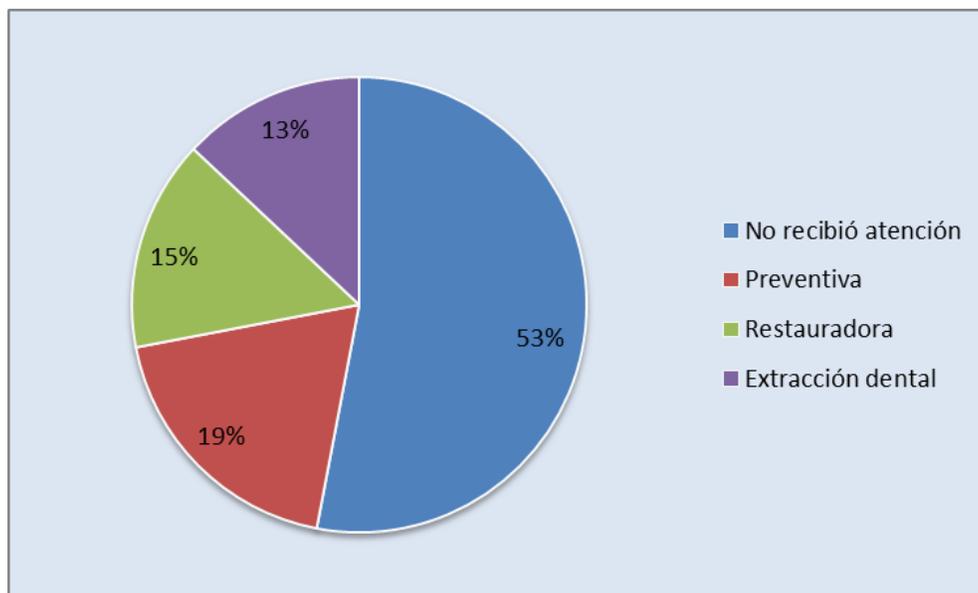
**Tabla N° 2:** Análisis descriptivo sobre la accesibilidad a Servicios de Salud Oral en niños con Discapacidad Intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia. Ciudad de Corrientes. Período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018 (n=100)



Para responder al tercer objetivo específico: Establecer tipo de prestaciones odontológicas recibidas que presenta la población de estudio, se analizó de manera descriptiva la pregunta ¿Qué tipo de atención le brindaron a su hijo/a?  
No recibió atención odontológica- Preventiva- Restauradora-Extracción dental

Los resultados señalan que el 53% de los las personas con discapacidad no recibieron ningún tipo de prestación odontológica. El tipo de prestaciones recibidas se puede visualizar en el Gráfico N°3.

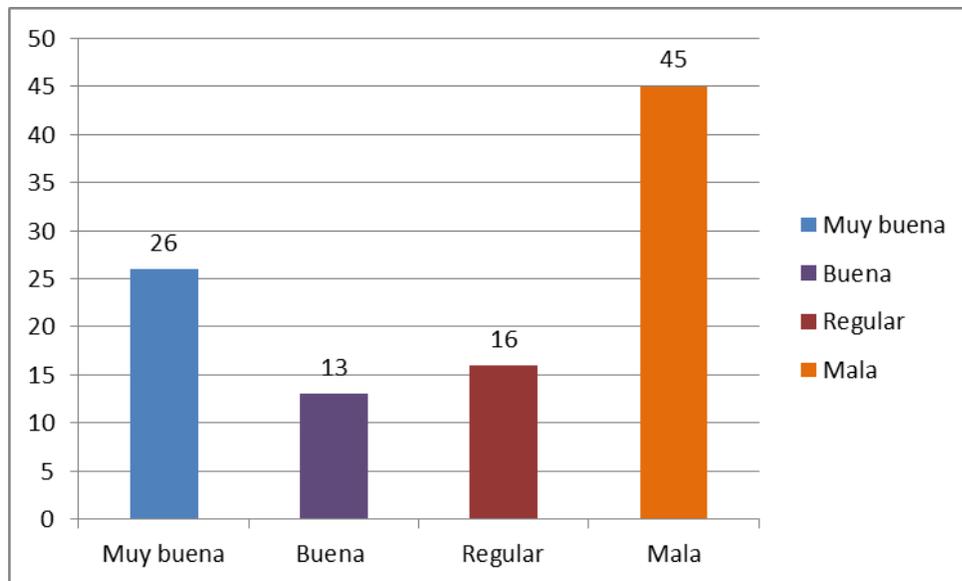
**Gráfico N° 3:** Tipo de Prestaciones odontológicas recibidas en niños con Discapacidad Intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia. Ciudad de Corrientes. Período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018 (n=100)



Para responder al cuarto objetivo específico: Identificar la actitud del odontólogo frente a la atención odontológica desde la percepción del tutor, se analizó de manera descriptiva la pregunta: Actitudes del profesional  
Muy Buena- Buena- Regular-Mala

El 45% de los padres tutores perciben como “mala” la actitud del odontólogo frente a la atención odontológica de los niños con discapacidad intelectual (Gráfico 4)

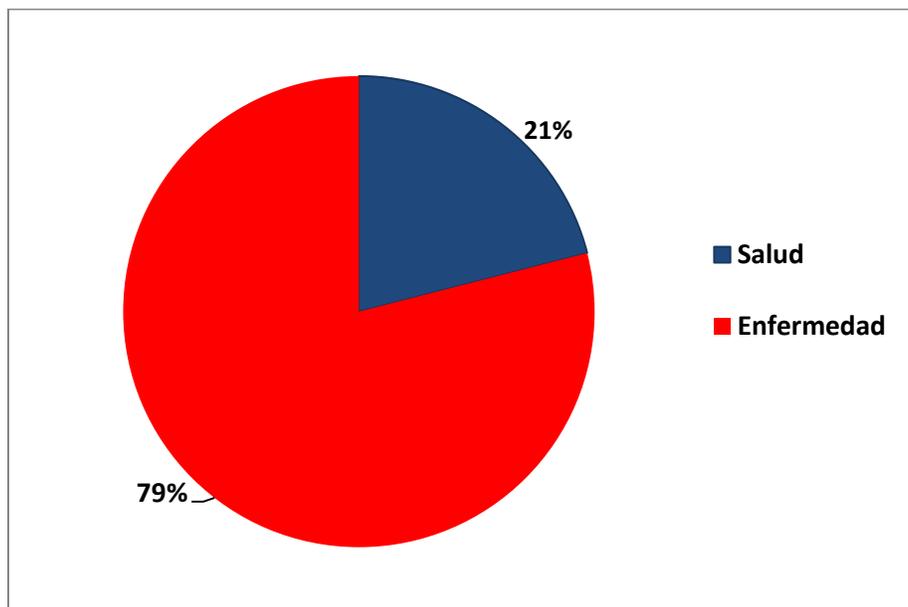
**Gráfico N°4:** Actitud del odontólogo para la atención de niños con Discapacidad Intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia. Ciudad de Corrientes. Período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018.



Para responder al quinto objetivo específico: Registrar el estado de las piezas dentarias y la higiene oral que presenta la población de estudio, se realizó el análisis descriptivo del estado de las piezas dentarias de los niños con los datos obtenidos del registro del examen clínico bucodental.

Los resultados indican que el 79% se encuentra afectado por la enfermedad (caries dental) (Gráfico N°5).

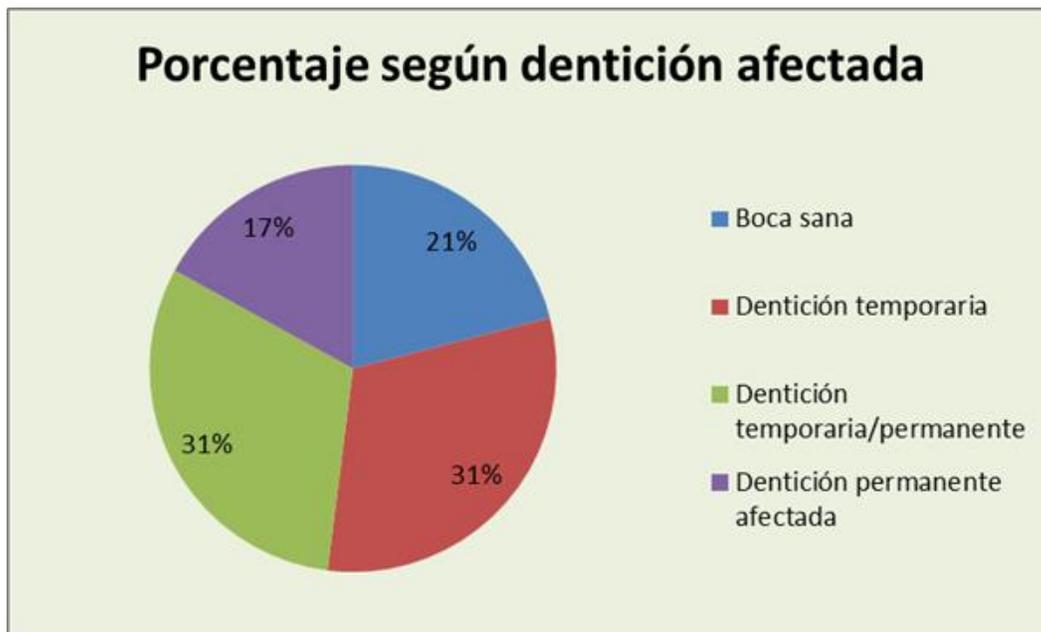
**Gráfico N°5:** Estado de las piezas dentarias de Niños con Discapacidad Intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia. Ciudad de Corrientes. Período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018 (n=100)



La patología abarca distintos tipos de denticiones, en algunos casos se identificó afectación de piezas dentarias solamente temporarias, en otros la

patología afecta ambas denticiones, y en ocasiones solamente se encuentran afectados los dientes permanente (Gráfico N°6).

**Gráfico N° 6:** Dentición afectada por caries dental en niños con Discapacidad Intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia. Ciudad de Corrientes. Período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018 n=100



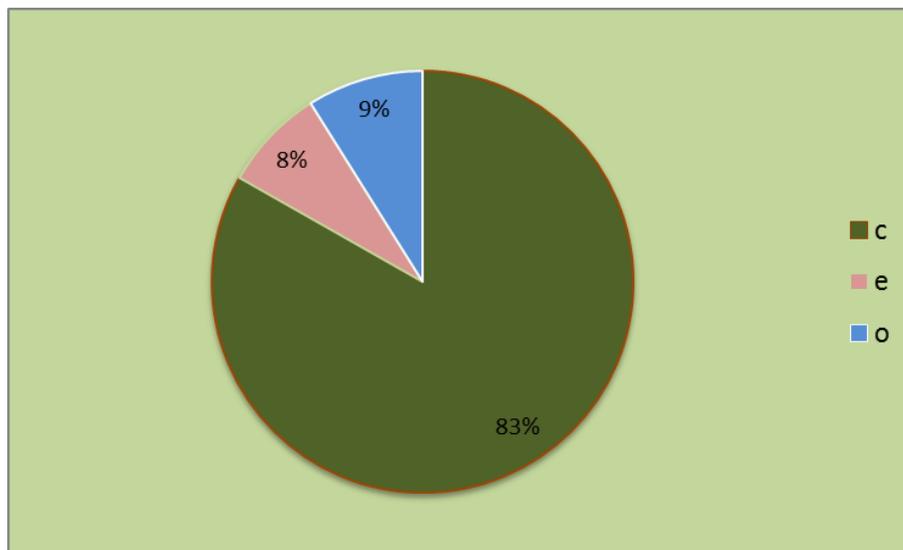
### Resultados del índice de caries dental para dientes temporarios ceod

En la población de estudio, el índice de caries dental para dientes temporarios **ceod** presentó un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 13. El valor promedio fue de 2,81 (Desviación estándar 3,3). Los resultados pueden observarse en detalle en la Tabla N°3 y el Gráfico N°7, según el criterio de severidad de la OMS, sería de mediano riesgo.

**Tabla N°3: Estadísticos descriptivos Índice de Caries para dientes temporarios ceod**

Dientes Temporarios	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Cariados	100	0	13	2,33	2,906
Extraídos	100	0	4	,22	,705
Obturados	100	0	7	,25	,903
Índice ceo	100	0	13	2,81	3,387
N válido (por lista)	100				

**Gráfico N°7:** Proporción de los componentes del índice de caries para dientes temporarios ceod en niños con Discapacidad Intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia. Ciudad de Corrientes. Período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018 n=100



El componente c, corresponde a dientes con caries dental. El componente e, corresponde a dientes con extraídos por caries dental; El componente o, corresponde a dientes obturados por haber presentado caries dental

## Resultados del índice de caries dental para dientes permanentes CPOD

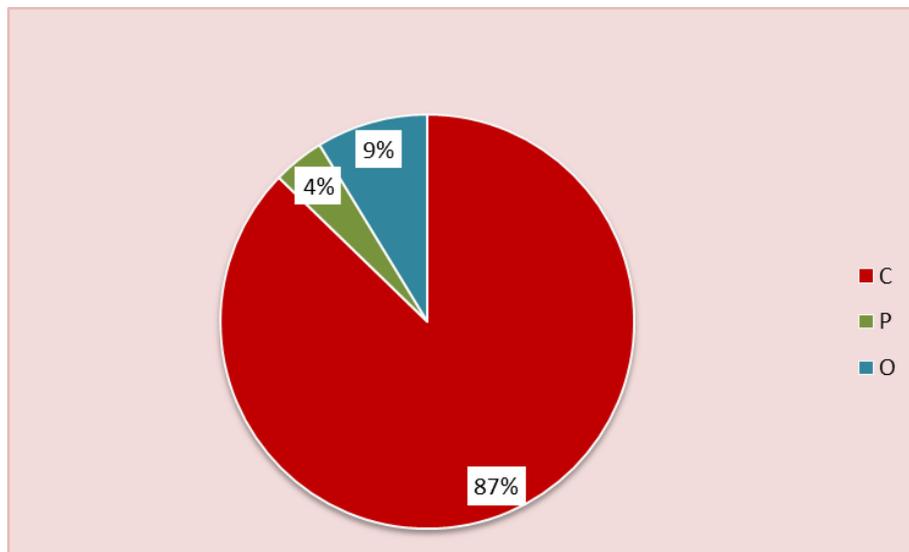
El índice de caries dental para dientes permanentes CPOD presentó un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 8. El valor promedio fue de 1,49 (Desviación estándar 2,0) (Tabla N° 4) según el criterio de severidad de la OMS, este valor indicaría bajo riesgo.

**Tabla N°4: Estadísticos descriptivos Índice de Caries CPOD**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
C	83	0	8	1,55	1,971
P	83	0	3	,07	,376
O	83	0	3	,16	,481
CPOD	83	0	8	1,78	2,084
N válido (por lista)	83				

El componente que predomina en ambos índices (ceod y CPOD) es el referente a dientes con caries dental como puede observarse en las gráficos 7 y 8.

**Gráfico N°8:** Proporción de los componentes del índice de caries para dientes permanentes CPOD en niños con Discapacidad Intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia. Ciudad de Corrientes. Período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018 n=100



El componente c, corresponde a dientes con caries dental. El componente e, corresponde a dientes con extraídos, El componente o, corresponde a dientes obturados por haber presentado caries dental

### Caries dental en la Población de Estudio

Para analizar la presencia de caries en la cavidad bucal de cada niño, se consideró el número de caries presentes tanto en piezas dentarias temporarias como permanentes. Se halló que el 23% de la población de estudio no tiene caries dental. El 77% de los niños se encuentran afectados por esta patología.

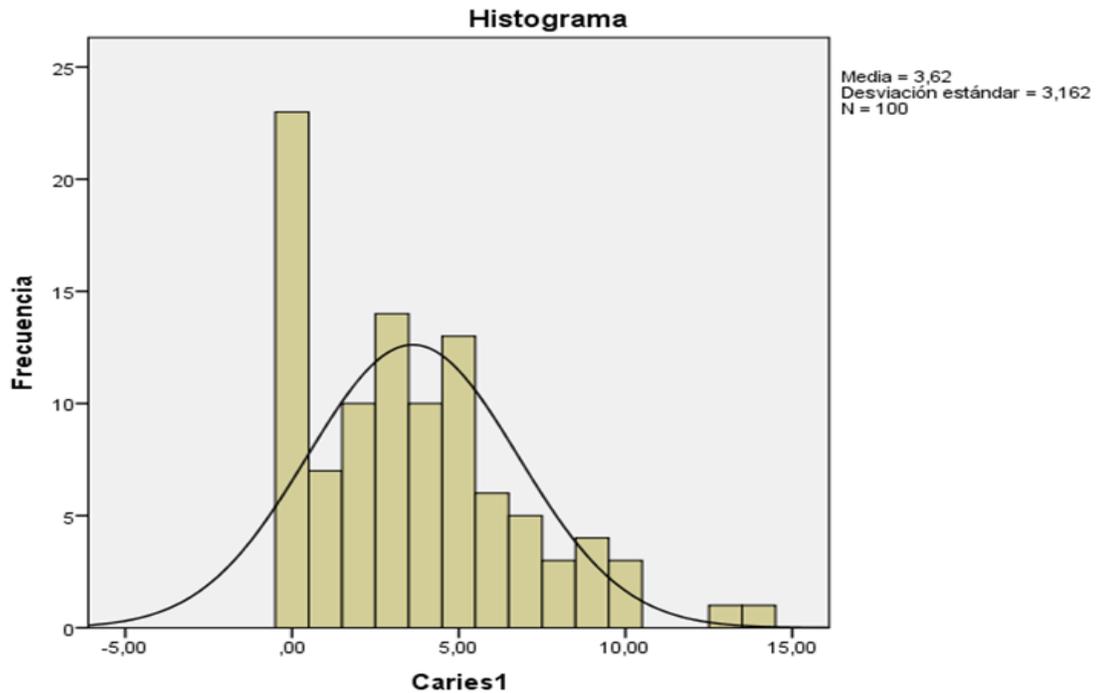
Se registró un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 14 piezas dentarias afectadas, la media fue de: 3,62 y la desviación estándar: 3,16. La distribución de la frecuencia se puede observar en la tabla N°5 y en el gráfico N°9.

**Tabla N°5:** Análisis descriptivo la presencia de caries en la cavidad bucal de cada niño con Discapacidad Intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia. Ciudad de Corrientes. Período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018.

(n=100)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido ,00	23	23,0	23,0
1,00	7	7,0	30,0
2,00	10	10,0	40,0
3,00	14	14,0	54,0
4,00	10	10,0	64,0
5,00	13	13,0	77,0
6,00	6	6,0	83,0
7,00	5	5,0	88,0
8,00	3	3,0	91,0
9,00	4	4,0	95,0
10,00	3	3,0	98,0
13,00	1	1,0	99,0
14,00	1	1,0	100,0
Total	100	100,0	

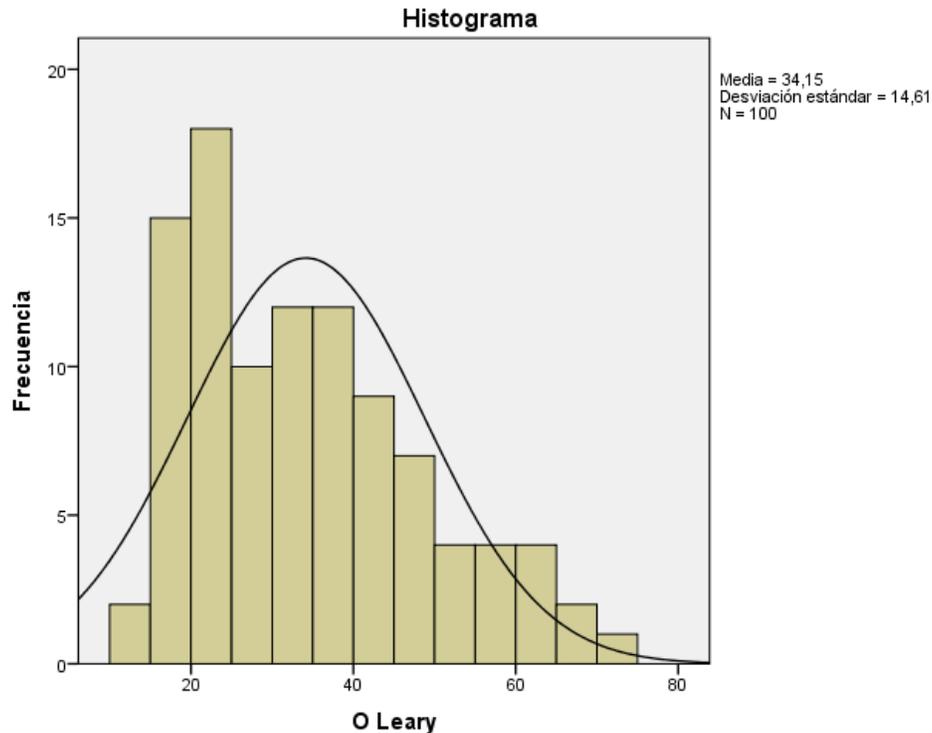
**Gráfico N°9:** Distribución de Caries Dental en Niños con Discapacidad Intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia. Ciudad de Corrientes. Período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018. (n=100)



### Resultados del índice de Placa Bacteriana de O Leary

Con respecto a la higiene bucal, el índice de placa bacteriana de O Leary de la población de estudio, mostró valores mínimo de 12% y máximo de 73%. El valor promedio fue de 34,15 (desviación estándar de 14,61) (Gráfico N°10).

**Tabla N° 10:** Estadística descriptiva del Índice de Placa Bacteriana de O Leary en niños con Discapacidad Intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia. Ciudad de Corrientes. Período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018 (n=100)



### Relación entre las variables de estudio:

Para relacionar las variables de estudio, se utilizó la prueba del chi cuadrado de Pearson. Se trabajó con un intervalo de confianza de 95% y un nivel de significación de hasta  $p= 0,05$ . Se consideraron las variables: Salud dental: categorizada como presencia/ausencia de caries dental en boca y se buscó relación con variables sociodemográficas (Nivel de Instrucción / Ocupación de padres Tutores); Accesibilidad a la atención odontológica; Tipo de atención o prestación odontológica; Actitud del Odontólogo frente a la atención de paciente con discapacidad desde la percepción del tutor.

**Tabla 6:** Relación entre el estado de las piezas dentarias de niños con discapacidad intelectual y distintas variables de estudio

<b>Variables relacionadas con el estado de salud dental (presencia/ausencia de Caries dental)</b>	<b>Valor de p</b>
Género del tutor	0,765
Nivel de Instrucción de Tutores	0,370
Ocupación de Tutores	0,345
Accesibilidad a la atención odontológica	0,000
Tipo de atención o prestación Odontológica	0,000
Actitud del Odontólogo frente a la atención de paciente con discapacidad	0,000

Se halló una correlación positiva entre las variables estado de salud dental de los niños con discapacidad intelectual, categorizada como presencia/ ausencia de caries dental y las variables: Accesibilidad a la atención odontológica, Tipo de atención o prestación Odontológica, Actitud del Odontólogo frente a la atención de paciente con discapacidad. Los resultados fueron estadísticamente significativos ( $p=0,000$ ).

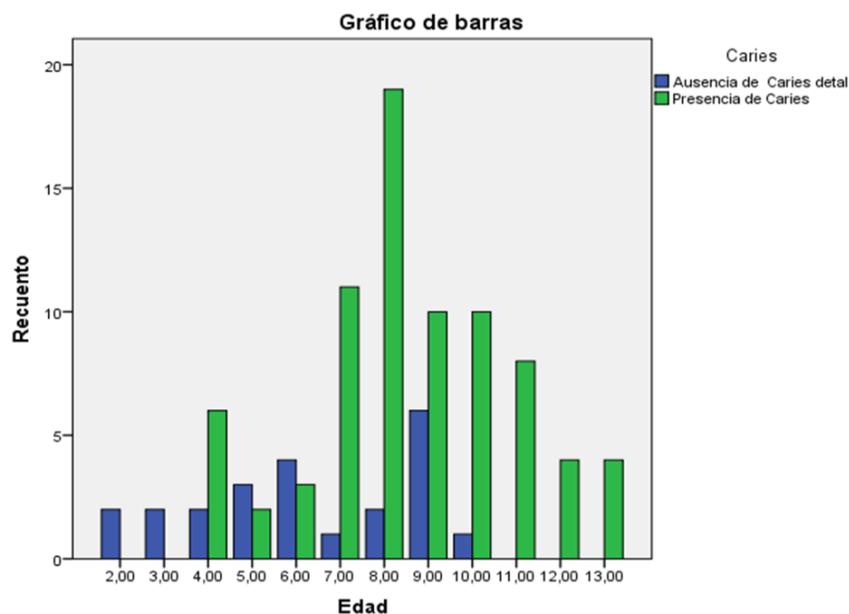
La variable estado de salud dental de los niños con discapacidad intelectual, no se correlacionó de manera significativa con las variables sociodemográficas del tutor (género, nivel de instrucción, ocupación).

Para relacionar las variables: estado de salud dental- higiene oral, se consideraron ambas variables de manera numérica. La variable estado de salud dental osciló entre un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 14 piezas dentarias

con presencia de caries dental en la boca de cada niño (Tabla: N°6); para el análisis de la variable higiene oral se consideró los valores del índice de placa bacteriana de O Leary de 0 a 100. Se realizó correlación de Pearson. Se consideró un nivel de significación de hasta  $p=0,05$ . Se halló un valor de Pearson  $r=0,66$   $p=0,000$ . Los resultados son muy significativos, indican una correlación positiva entre ambas variables.

Se buscó relación entre las variables edad de los niños con discapacidad intelectual y estado de salud dental. Los datos se analizaron con el coeficiente de correlación de Spearman. Se halló una correlación positiva entre ambas variables (valor de 0,340) con un valor de  $p=0,001$  muy significativo (Gráfico N°11)

**Gráfico N°11:** Estado de salud dental de niños con discapacidad intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia. Ciudad de Corrientes. Período: Septiembre 2017 – Septiembre 2018.



## **8- DISCUSIÓN**

El objetivo fundamental de este trabajo fue el de analizar el estado de las piezas dentarias de los niños con discapacidad intelectual que asisten al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia de la ciudad de Corrientes, y su posible relación con barreras de accesibilidad para la atención odontológica.

Si partimos de la definición ya mencionada en este trabajo por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en la segunda parte del artículo 1, "Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás"<sup>2</sup>, podemos ver, que de esta definición surge como se puede apreciar; que hablamos de personas con discapacidad las que se ven impedidos de participar plenamente en su vida cotidiana y con igualdad de derechos que el resto de los ciudadanos. Asimismo se habla de barreras, las mismas nos puede hacer pensar, en algo arquitectónico, físico. Pero en realidad esas barreras son establecidas, edificadas y proyectadas por la misma sociedad. Pantano<sup>39</sup> hace un análisis de la condición y la situación de discapacidad. La misma lo analiza desde una perspectiva sociológica. Es decir, que la discapacidad no es de competencia exclusiva del afectado y de su familia sino de toda la sociedad. Teniendo en cuenta esto, podemos decir que la discapacidad depende de cómo funcionan nuestras estructuras sociales. Y si lo analizamos en términos de Bourdieu,

debemos hablar del habitus: el cual busca explicar el proceso por el cual lo social se interioriza en los individuos para dar cuenta de las "concordancias" entre lo subjetivo y las estructuras objetivas.

Viendo hoy en día el estado de salud bucal de dichas personas, podemos decir, que la posición que construye la sociedad ante la discapacidad, es de desventaja.

Dicha vulnerabilidad es otro asunto que afecta la salud oral desde que se reconoce que la distribución desigual de la riqueza, el desempleo y la falta de movilidad social y cohesión pueden incrementar la vulnerabilidad de los individuos.

Debemos tener presente que la salud bucodental es un indicador clave de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general. La OMS define la salud bucodental como “un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial”<sup>36</sup>.

La caries es la más común de las enfermedades crónicas, especialmente en aquellas personas que se encuentran en circunstancias sociales marginalizadas. Las prácticas de autocuidado y las visitas odontológicas varían de

acuerdo con la edad, el género, el estado socioeconómico, el grado de escolaridad, entre otros factores.

Si observamos, los resultados obtenidos en este estudio podemos advertir que, las personas con discapacidad intelectual presentan un estado de salud bucal bastante alarmante.

Teniendo en cuenta el primer objetivo específico el cual consistió en caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas, se analizaron de manera descriptiva las variables correspondientes a los padres/tutores: edad, sexo, nivel de instrucción y ocupación; y las variables correspondientes a los niños: edad y sexo. Dicho trabajo en cierta medida coincide con Rapalo y col<sup>10</sup>, cuyos pacientes no tienen acceso adecuado a la atención integral de la salud oral. No así por la falta de acceso a la atención dental debido a los costos, como lo manifiesta en su estudio Rapalo D, Davis J, Burtner P.<sup>10</sup> el cual informa sobre los costos de la atención como una barrera para el cuidado de la salud oral. En este estudio, la variable estado de salud dental de los niños con discapacidad intelectual, no se correlacionó de manera significativa con las variables sociodemográficas del tutor (género, nivel de instrucción, ocupación).

El segundo objetivo específico que fue Identificar las barreras de accesibilidad para acceder a la atención odontológica de las personas con discapacidad, coincide con Williams J<sup>11</sup>, y col. dado que demuestra que una de las barreras para acceder a la atención odontológica de las personas con

discapacidad es encontrar un odontólogo dispuesto a atenderlos. Porcentaje que arroja ésta investigación es que el 27% de la población en estudio no accede porque el odontólogo no atiende a pacientes con discapacidad; no accede por factores económicos (26%); no accede por factores geográficos (11%). No se reportaron impedimentos edilicios para acceder al lugar de la atención. El 36% de la población de estudio señaló que tiene acceso a la atención odontológica

En tanto tercer objetivo específico se basó en establecer el tipo de prestaciones odontológicas recibidas que presentaba la población de estudio. Los resultados señalaron que el 53% de las personas con discapacidad no recibieron ningún tipo de prestación odontológica, el 13% recibieron una práctica extraccionista, el 15% prácticas restauradoras y tan solo el 19% prácticas preventivas. Lo cual coincidentemente con Pradhan A, Slade G, Spencer A.<sup>15</sup>, surge del presente trabajo que 53 pacientes si bien tuvieron acceso a la atención odontológica, no recibieron ningún tipo de prestación, lo cual puede deberse en coincidencia, a los estudios realizados Cardona Gómez y col., el cual indica que algunos odontólogos consideran no sentirse preparados para atender una persona con discapacidad. Además se enfrentan con frecuencia a temores y dudas sobre el manejo que debe tener ante la presencia de una persona con esta condición, por cuanto los vínculos de comunicación tienen un componente adicional de dificultad<sup>16</sup>. Por ende se evidencia la falta de conocimiento por parte del odontólogo para desarrollar en ellos un tratamiento conservador, llevándolo al peor de los casos a realizar prácticas extraccionistas.

En el cuarto objetivo específico se trabajó en identificar la actitud del odontólogo frente a la atención odontológica desde la percepción del tutor. Los resultados obtenidos en este trabajo demuestran que el 45% de los padres tutores perciben como “mala” la actitud del odontólogo frente a la atención odontológica de los niños con discapacidad intelectual. Lo antes mencionado estaría en concordancia con lo manifestado en el estudio realizado por Pérez Bejarano y col.<sup>17</sup>, el cual indica rechazo del paciente y la negatividad a su atención. Los resultados antes mencionados estarían en coincidencia con Williams J, y col.<sup>11</sup>.

El quinto objetivo específico se basó en registrar el estado de las piezas dentarias y la higiene oral que presenta la población de estudio. Cuyos resultados indican que el 79% se encuentra afectado por la enfermedad (caries dental).

Al relacionar el estado de salud dental- higiene oral, los resultados fueron muy significativos, indicando una correlación positiva entre ambas variables. Esto se refleja en los resultados arrojados por este trabajo donde tanto en dentición temporaria como permanente dio resultados elevados de caries, dado que a mayor Índice de O’Leary hay mayor número de caries. Esto es debido que la higiene bucal en estos pacientes, se ve afectada por una serie de factores que impiden tener valores compatibles con salud. A lo cual es necesario también saber que los padres toman como algo aislado el estado de salud bucal, al de la discapacidad que presentan estas personas. Debido a estos hallazgos se confirma la necesidad y la importancia de implementar cuidados especiales para el control de la placa bacteriana en esta población en particular

La odontología como ciencia de la salud, tradicionalmente poco se ha ocupado de dar respuestas a esta problemática, siendo la atención a personas con discapacidad un área de la profesión a la que muy pocos se han orientado.

## **9-CONCLUSIÓN**

De los puntos tratados en este trabajo se pudo observar que las personas con discapacidad son identificadas como colectivo vulnerable a sufrir algún tipo de exclusión. Y esto se debe a las barreras impuestas por la sociedad y la organización de los sistemas de salud, limitándolos a acceder a los mismos.

Se confirma parcialmente la hipótesis de trabajo planteada: existe una relación estadísticamente significativa entre el estado de las piezas dentarias de los niños con discapacidad intelectual y las variables barreras de accesibilidad a la atención odontológica, tipo de atención o prestación recibida, actitud del odontólogo frente a la atención de paciente con discapacidad, edad del niño e higiene oral del niño. No existe relación estadísticamente significativa entre el estado de las piezas dentarias de los niños y las variables sociodemográficas de los padres tutores.

## 10-BIBLIOGRAFÍA

1- Marulanda J, Betancur JD, Espinosa S, Gómez L, Tapias A. Salud oral en discapacitados [Online].; 2011 [citado 14 Julio 2016]. Disponible en:

[revistas.ces.edu.co › Inicio › Vol 24, No 1 \(2011\) › Marulanda](http://revistas.ces.edu.co/Inicio/Vol24/No1(2011)/Marulanda)

2- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Naciones Unidas [serie en Internet]. (2007) [Citado 18 Julio 2016]. Disponible en:

<http://www.sidar.org/recur/direc/legis/convencion.php>

3- Alí, S. Determinantes de salud que influyen en el estado buco dental de personas con discapacidad en la ciudad de Corrientes. (Tesis Doctoral) Corrientes, Argentina. FOUNNE 2016

4- Leal Rocha, L ; Vieira de Lima Saintrain, M; Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer, A. El acceso a los servicios públicos dentales por personas con discapacidad. [Sitio en Internet]. 2015 Mar. [Citado 20 Julio 2016]. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4367974/>

5- Serrano Ruíz, C., Ramírez, C., Miranda J, et al. Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física: Discapacidad y barreras contextuales. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Revista en Internet]. 2013 Abr. [Citado 20 Julio 2016]; Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072013000100006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072013000100006&lng=en).

6- Organización panamericana de la salud. Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana. [Sitio en Internet] 2007. [Citado 20 Agosto 2016]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-16-s.pdf>.

**7-** Instituto Nacional de Estadística y Censos - I.N.D.E.C. Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad: resultados provisorios 2018. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2018.

**8-** OMS-Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra Suiza: OMS; 2011.

**9-** Gaitán HF, Sánchez-Mendoza F, González-Colmenares G. Barreras físicas y estructurales para el tratamiento odontológico de personas con discapacidad motora. Rev Nac Odontol. [Revista en Internet] 2013 Jun. [Citado 21 Agosto 2016]. Disponible en:

<http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/574>

**10-** Rapalo D, Davis J, Burtner P. Cost as a barrier to dental care among people with disabilities: a report from the Florida behavioral risk factor surveillance system. Florida, EE.UU.: Universidad de Florida, Departamento de Epidemiología y Bioestadística de la Facultad de Salud Pública y Profesiones de la Salud, Universidad de Florida, Florida, EE.UU.; [Sitio en Internet]. 2010 Agost. [Citado 21 Agosto 2016]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618778>

**11-** Williams J, Spangler C , Yusaf N. Barriers to dental care access for patients with special needs in an affluent metropolitan community. [Sitio en Internet]. 2015 Agost. [Citado 21 Agosto 2016] Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Barriers+to+dental+care+access+for+patients+with+special+needs+in+an+affluent+metropolitan+community>

- 12-** Rouleau T, Harrington A, Brennan M, Hammond F. et al. Receipt of dental care and barriers encountered by persons with disabilities. [Sitio en Internet]. 2015 Agost. [Citado 22 Agosto 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21371067#>
- 13-** Rocha Buelvas, A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un de equidad. [Sitio en Internet]. 2013 Jul. [Citado 22 Agosto 2016] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n25/v12n25a08.pdf>
- 14-** Martínez-Leal R, Salvador-Carulla L, Gutiérrez-Colosía MR, et al. La Salud en las Personas con Discapacidad intelectual en España: estudio europeo POMONA-II. Revista de Neurología. [Revista en Internet]. 2011; [Citado 22 Agosto 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3884680/>
- 15-** Pradhan A, Slade G, Spencer A. Access to dental care among adults with physical and intellectual disabilities: residence factors. Australian Research Centre for Population Oral Health, School of Dentistry, The University of Adelaide, South Australia. [Revista en Internet]. 2009 Sep.; [Citado 26 Agosto 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19709107>
- 16-** Cardona Gómez, N, Giraldo Moncada, K., Gutiérrez Pineda, J., Jiménez Ruiz, P., Giraldo Zuluaga, M. Manejo odontológico de pacientes en condición de discapacidad. Revisión de tema. 2016. Disponible en: [N Cardona Gomez, KA Giraldo Moncada... -2015 - bdigital.ces.edu.co](http://bdigital.ces.edu.co)
- 17-** Pérez Bejarano Nohelia María, Alarcón González Viviana Soledad, Ferreira Gaona Marta Inés, Díaz Reissner Clarisse Virginia, Duré Pedro, Andriotti Natalia et al . Estado de Salud Oral en Discapacitados Residentes en la Fundación Pequeño Cottolengo Don Orione, Paraguay. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2016 Abr.

Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2016000100012&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2016000100012&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2016000100012>.

**18-** Vanobbergen J, Van Der Beken R, Gyssels L, De Roo L, Willems S. Barriers to oral health care access among socially vulnerable groups: a qualitative study. *Journal of Disability and Oral Health*. [Revista en Internet]. 2007; [Citado 26 Agosto 2016].

Disponible en: [https://www.stephenhancocks.com/download.php?op=view\\_article&article\\_id=223](https://www.stephenhancocks.com/download.php?op=view_article&article_id=223)

**19-** Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., y cols. *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducción al castellano de M.A. Verdugo y C. Jenaro (en prensa). Madrid: Alianza Editorial]. 2002.

**20-** Schalock RL, et al. *Intellectual disabilities: definitions, classification, and system of support*. Washington, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 11th ed 2010.

**21-** Culebras, A., Silvestre-Rangil, J., Silvestre Donat F.J. Alteraciones odontostomatológicas en el niño con síndrome de Down. *Revista española de pediatría*. Vol. 68 nº6, 2012.

**22-** Asociación de Anomalías y Malformaciones Dentofaciales: AAMADE [Serie en Internet]. 2012 [Citado 15 de Marz 2019].

Disponible en: [http://www.sindromewilliamscantabria.org/web\\_sw\\_page2.h](http://www.sindromewilliamscantabria.org/web_sw_page2.h).

**23-** Ballesta Martínez, M.J.; Guillen Navarro, E.; Síndrome de Noonan. *Protoc diagn ter pediatr*. [Revista en Internet]. 2010 [Citado 15 de Marz 2019]. 1:56-63

Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/sindrome\\_de\\_noonan.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/sindrome_de_noonan.pdf)

- 24-** Gil MC, Ribate MP, Ramos FJ. Síndrome de Cornelia de Lange. Protocolo diagnóstico pediátrico. [Revista en Internet]. 2010 [Citado 18 de Marzo 2019]. 1:1-12. Disponible: [http://www.aeped.es/sites/default/files/.../sindrome\\_de\\_cornelia\\_de\\_lange.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/.../sindrome_de_cornelia_de_lange.pdf)
- 25-** Ruiz-Lázaro P.M., Posada de la Paz M., Hijano Bandera F.. Trastornos del espectro autista: Detección precoz, herramientas de cribado. Rev Pediatr Aten Primaria [Revista en Internet]. 2009 [Citado 7 abril 2019]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000700009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000700009&lng=es).
- 26-** Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev Salud Pública. [Revista en Internet]. 2010; [Citado 3 Septiembre 2016]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-8&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-8&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642010000500001>.
- 27-** Mishima S, Pereira F, Matumoto S, Fortuna C, Pereira M, Campos A, et al. La asistencia en la salud de la familia bajo la perspectiva de los usuarios. Rev Latinoam Enferm [Revista en Internet]. 2010; [Citado 3 Septiembre 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_20.pdf)
- 28-** Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: perspectiva relacional entre población y servicios. Anu Investig – Fac Psicol, Univ B Aires [Sitio en Internet]. 2007; [Citado 5 septiembre 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100019](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019)
- 29-** Solitario R, Garbus P, Stolkiner A. Derechos, ciudadanía y articulación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Anu Investig – Fac

Psicol, Univ B Aires [Sitio en Internet].2008; [Citado 5 Septiembre 2016].

Disponible en:[www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v15/v15a25.pdf](http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v15/v15a25.pdf)

**30-** Ferrara A. F. Teoría Social y Salud. s.l.: Catálogos editora. [Sitio en Internet]. 1985. [Citado 10 Septiembre 2016]. Disponible en:

[www.ateargentina.org.ar/.../80Labradores de la salud popular Floreal Ferrara.pdf](http://www.ateargentina.org.ar/.../80Labradores_de_la_salud_popular_Floreal_Ferrara.pdf)

**31-** Organización Mundial de la Salud. Discapacidad: incluida la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. 58º Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. 2005.

Disponible en: [www.who.int/iris/handle/10665/22679](http://www.who.int/iris/handle/10665/22679) al 13/2/2013

**32-** Silvestre Donat F y col. Manual de manejo odontológico en el paciente discapacitado. Valencia: Editorial Proter & Gamble España S.A; 2010. p 13-59.

**33-** Marulanda J, Betancur J, Espinosa S, Gómez J, Tapias A. Salud oral en discapacitados. [Sitio en Internet] 2011. [Citado 10 Septiembre 2016]. Disponible

en:<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3696489.pdf>

**34-** Hall H R, Neely-Bames S, Graff J.C, Kreck T, Roberts R, Hankins J. Parental stress in families of children with a genetic disorders/disability and the resilience model of family stress, adjustment and adaptation. [Sitio en Internet] 2012. [Citado 20 Septiembre 2016].

Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22250965> -

**35-** Córdoba Urbano, D., España Coral, S., Tapia T., G. Conocimientos y actitud de los odontólogos en la atención de personas con discapacidad intelectual. Rev Univ. Salud. [Serie en Internet]. 2012 Ene [Citado 27 de Ene 2014] ; 14(1): 78-86. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072012000100007&lng=en.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000100007&lng=en)

**36-** World Health Organization. Universal Health Coverage, Fact sheet.

Published 2018. Disponible en: <https://www.who.int> › Acceso › Centro de prensa › Notas descriptivas ›

[Detail](#)

**37-** Organización Mundial de la Salud (OMS). Oral health surveys: basic methods - 5th edition [Sitio en Internet]. 2013. [Citado 09 Agosto 2017]; Disponible

en: [http://www.who.int/oral\\_health/publications/9789241548649/en/](http://www.who.int/oral_health/publications/9789241548649/en/)

**38-** Gruebbel AO. A measurement of dental caries prevalence and treatment service for deciduous teeth. J Dent Res. 1944. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/242409883\\_Deciduous\\_Teeth\\_A\\_Measurement\\_of\\_Dental\\_Caries\\_Prevalence\\_and\\_Treatment\\_Service\\_for](https://www.researchgate.net/publication/242409883_Deciduous_Teeth_A_Measurement_of_Dental_Caries_Prevalence_and_Treatment_Service_for)

# **ANEXOS**

**Anexo-I**

Solicitud de Autorización

Mediante la firma de éste documento doy mi consentimiento para ser entrevistada por la Dra. Sofía de los Milagros Alí y además para que realice examen odontológico a mi hijo/a. Se me realizarán preguntas acerca de datos personales, y temas relacionados con el cuidado de la salud bucal de mi familia.

Concedo libremente esta entrevista, sé que es voluntaria y que puedo negarme a responder algunas preguntas o decidir terminar la entrevista en cualquier momento.

Entiendo que este estudio permitirá comprender mejor cuales son los factores que influyen en la salud bucal de mi hijo/a, y permitirá a los odontólogos organizar programas que nos permitan participar con más conocimiento sobre el tema.

Entrevistada

Apellido y Nombre

Firma

## Anexo-II

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

1-Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

2-Sexo:  (F/M)

3- Tipo o Nivel de Ocupación:

En Relación de Dependencia  Independiente  Desocupado  Beneficiario de planes sociales

4-Grado de Escolaridad:

Primaria  Secundaria  Terciaria  Universitario

5-Accesibilidad a los servicios de salud odontológica: respecto a los servicios de salud bucal. **¿Tiene acceso a los servicios de salud odontológicas?**

**¿Cuál es la principal barrera para no acceder a los mismos?**

1- no accede porque el odontólogo no atiende a pacientes con discapacidad

2- no accede por factores económicos

3- no se reportaron impedimentos edilicios para acceder al lugar de la atención.

4- tiene acceso a la atención odontológica

6-¿Qué tipo de atención le brindaron a su hijo/a?

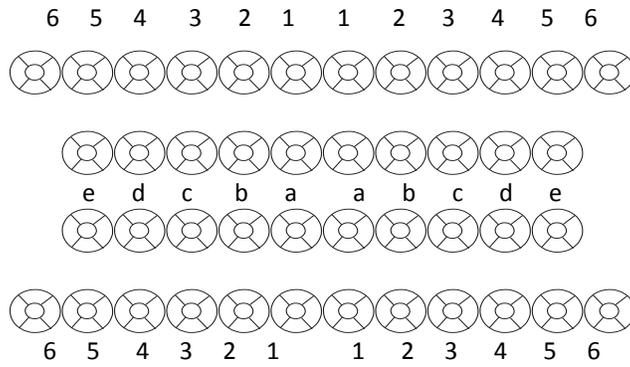
No recibe atención  Preventiva  Restauradora  Extracciones dental

7- Actitudes del profesional

Muy buena  Buena  Regular  Mala

**Anexo-III: Odontograma**

ESTADO ACTUAL



Índice de O'Leary

Índice primera consulta	%	Fecha:
-------------------------	---	--------

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**Anexo-IV**

**Tabla cruzada Sexo\*Caries**

Recuento

		Caries		Total
		Ausencia de Caries dental	Presencia de Caries	
Sexo	Fem	20	65	85
	Masc	3	12	15
Total		23	77	100

**Nivel de Instrucción- Caries dental**

Recuento

		Caries		Total
		Ausencia de Caries dental	Presencia de Caries	
Nivel de Instrucción	Ninguno	0	2	2
	Primaria	4	26	30
	Secundaria	16	42	58
	Terciario/Universitario	3	7	10
Total		23	77	100

**Ocupación- Caries dental**

Recuento

		Caries		Total
		Ausencia de Caries dental	Presencia de Caries	
Ocupación	En relación de dependencia	6	32	38
	Independiente	8	21	29
	Desocupado	4	16	20
	Beneficiario de planes sociales	5	8	13
Total		23	77	100

**Accesibilidad a los servicios de atención odontológica – Caries dental**

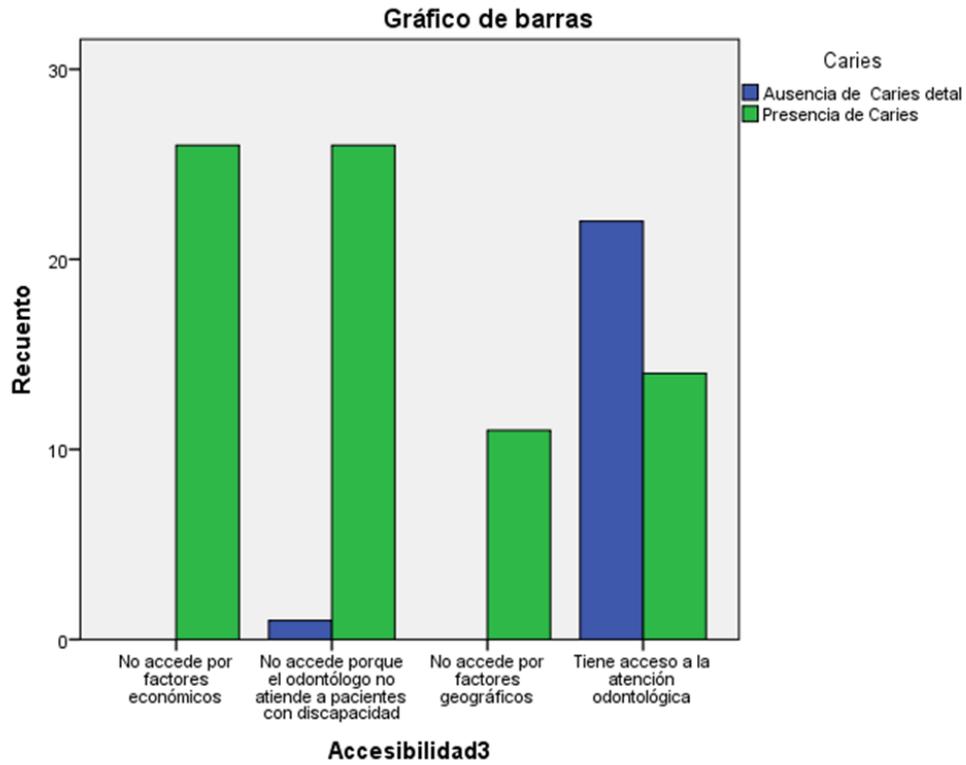
Recuento

		Caries		Total
		Ausencia de Caries dental	Presencia de Caries	
Accesibilidad a los servicios de atención odontológica	No accede por factores económicos	0	26	26
	No accede porque el odontólogo no atiende a pacientes con discapacidad	1	26	27
	No accede por factores geográficos	0	11	11
	Tiene acceso a la atención odontológica	22	14	36
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Tipo de Atención odontológica- Caries dental**

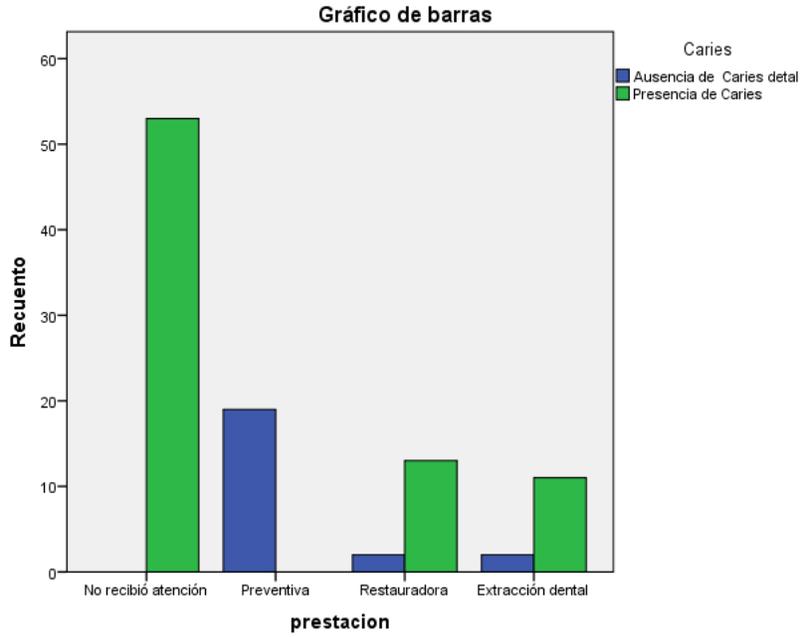
Recuento

		Caries		Total
		Ausencia de Caries dental	Presencia de Caries	
Tipo de Atención	0	0	48	48
	Preventiva	19	0	19
	Restauradora	2	18	20
	Extraccioncita	2	11	13
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>77</b>	<b>100</b>



**Tipo de Atención o Prestación odontológica- Caries**

Recuento		Caries		Total
		Ausencia de Caries dental	Presencia de Caries	
Prestación	Preventiva	19	0	19
	Restauradora	2	13	15
	No recibió atención	0	53	53
Total		23	77	100



**Actitud del odontólogo frente a la consulta del paciente con discapacidad desde la percepción del tutor- Caries dental**

Recuento

		Caries		Total
		Ausencia de Caries dental	Presencia de Caries	
Actitud	Muy Buena	20	6	26
	Buena	0	13	13
	Regular	1	15	16
	Mala	2	43	45
Total		23	77	100

**Tabla cruzada Edad\*Caries**

Recuento

		Caries		Total
		Ausencia de Caries dental	Presencia de Caries	
Edad	2,00	2	0	2
	3,00	2	0	2
	4,00	2	6	8
	5,00	3	2	5
	6,00	4	3	7
	7,00	1	11	12
	8,00	2	19	21
	9,00	6	10	16
	10,00	1	10	11
	11,00	0	8	8
	12,00	0	4	4
	13,00	0	4	4
Total		23	77	100

