



**PERCEPCIÓN DEL CONOCIMIENTO Y CAPACITACIÓN  
QUE POSEE EL ODONTÓLOGO EN LA ATENCIÓN DE  
PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES  
PERTENECIENTES A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
DE LAS COMUNAS DE VALPARAÍSO Y VIÑA DEL MAR.**

**Integrantes:  
Franchesca Cáceres Navarro  
Claudia Jiménez Aguilar  
Paula Lazcano Colarte  
Docente Guía:  
Prof. Sabina Hernández Ovalle**

**Valparaíso, 23 de octubre, 2015**





**PERCEPCIÓN DEL CONOCIMIENTO Y CAPACITACIÓN  
QUE POSEE EL ODONTÓLOGO EN LA ATENCIÓN DE  
PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES  
PERTENECIENTES A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
DE LAS COMUNAS DE VALPARAÍSO Y VIÑA DEL MAR.**

**Integrantes:  
Franchesca Cáceres Navarro  
Claudia Jiménez Aguilar  
Paula Lazcano Colarte  
Docente Guía:  
Prof. Sabina Hernández Ovalle**

**Valparaíso, 23 de octubre, 2015**

## AGRADECIMIENTOS

*Terminando este proceso quisiera extender mi gratitud a mis hermanos, a mis padres, a mis amigos y a toda persona que a lo largo de estos años, tuvo la amabilidad de darme una palabra de aliento.*

*Franchesca Cáceres Navarro*

*Quiero agradecer a mis padres y hermanas por su constante apoyo, compañía, palabras de estímulo y en especial a la confianza que pusieron en mí para poder cumplir mi objetivo de terminar este proceso. A mis amigas, gracias a su compañía y amistad hicieron de esta experiencia algo especial.*

*Claudia Jiménez Aguilar.*

*A ti que siempre me dijiste que no corriera, que en cada sueño me alentaste. Gracias tata, abuelita y tía Julia. Quiero agradecer a ustedes mis padres Luis e Irma que fueron mis pacientes, mis psicólogos, mis padres y amigos pues siempre me apoyaron en todo, también agradecer a mi hermano ¡mi gurú! Y finalmente a mis amigos pocos pero buenos, muchas gracias por darme siempre la palabra de aliento necesaria.*

*Paula Lazcano Colarte.*

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	3
Personas con Necesidades Especiales.....	3
El modelo de CIF.....	6
Tipos de discapacidad.....	9
Las deficiencias físicas.....	9
Las deficiencias mentales.....	9
Las deficiencias sensoriales.....	10
Atención odontológica en pacientes con necesidades especiales.....	10
Consideraciones generales de la atención odontológica:.....	13
Salud pública odontológica para discapacitados en Chile:.....	15
MATERIALES Y MÉTODOS.....	22
Pregunta de Investigación:.....	22
Objetivos:.....	22
Diseño del estudio:.....	22
Criterios de inclusión.....	22
Criterios de exclusión.....	23
Universo:.....	23
Muestra:.....	23
Variables:.....	25
RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
Instrumentos y materiales utilizados.....	27
Análisis de Datos:.....	28
RESULTADOS.....	29
DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES.....	47
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	49
RESUMEN.....	50
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS.....	54

## INTRODUCCIÓN

Dentro de nuestra sociedad existen personas con características especiales, a los cuales se les hace más difícil integrarse y realizar las actividades cotidianas.

Estas personas presentan limitaciones, restricciones y dificultades para su participación en la sociedad, es por esto que a nivel mundial se busca una integración para que todos tengan las mismas posibilidades en la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define discapacidad como un “término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación”<sup>(1)</sup>.

En este escenario, “los individuos con Necesidades Especiales de Atención en Salud, son aquellos que presentan impedimentos físicos, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognoscitivo y/o emocional que los alejan de la normalidad y que requieren manejo médico, intervenciones de atención en salud y/o aplicación de programas o servicios especializados”. La atención en salud de estas personas requiere de prestadores especializados y un equipo capacitado.

En el mundo existen más de 500 millones de personas con algún tipo de discapacidad y aproximadamente el 75% de ellas habita en países en vías de desarrollo en condiciones de pobreza y/o marginalidad. En Chile, las personas con discapacidad representan un 12.9% de la población total del país. En la Región de Valparaíso el 8,5 % de la población regional presentan discapacidad.

Toda discapacidad tiene su origen en una o varias deficiencias funcionales o estructurales de algún órgano corporal.

Los individuos con discapacidad se encuentran en alto riesgo de sufrir problemas de salud. El nivel de cuidado de cada uno, está directamente relacionado con el grado de discapacidad, de aprendizaje y con discapacidades más profundas pueden necesitar mayores niveles de apoyo. El estado oral de éstos, generalmente es caracterizado por una baja higiene oral y por retención prolongada de alimentos, lo que provoca inflamación gingival, caries y enfermedad periodontal, aumentando la incidencia y severidad por el difícil acceso a los servicios de salud y por su constante preocupación en otros ámbitos de salud.

Por lo anterior, es importante establecer estrategias para desarrollar una cobertura asistencial adecuada a los pacientes con necesidades especiales. En relación a su salud bucal, debería existir una relación entre las necesidades y los servicios de salud.

Según estos antecedentes se generaron muchas dudas sobre la atención odontológica en estos pacientes, por lo cual decidimos investigar en un aspecto más cercano y cómo el odontólogo enfrenta esta tarea en su labor clínica mediante la siguiente pregunta, “¿Cuál es la percepción del conocimiento y capacitación que posee el odontólogo en la atención de pacientes con necesidades especiales pertenecientes a la atención primaria de salud de las comunas de Valparaíso y Viña del Mar?”. Con esta interrogante enfocaremos este estudio en la percepción de la atención en salud pública, desde la mirada de los odontólogos, para tratar de

objetivar con una mirada cercana como se abarca el diagnóstico bucal y el tratamiento ofrecido a estos pacientes en los centros de atención primaria de las comunas de Valparaíso y Viña del Mar.

## MARCO TEÓRICO.

### Personas con Necesidades Especiales

A través de la historia, siempre han existido personas con características físicas, mentales o sensoriales particulares. Tales características usualmente les han generado dificultades para desempeñarse en actividades esenciales de la vida. Para categorizar a estas personas se ha utilizado una gran variedad de términos que se han destacado por denotar condiciones de inferioridad. En general, se ha hablado y se habla aún de: “personas inválidas, incapacitadas, lisiadas, limitadas, impedidas o minusválidas”. Estos términos en general, indican una clara subvaloración o negación de habilidades y no permiten ahondar en la responsabilidad social, lo cual genera hacia estas personas una visión individualizada y negativa de su condición.

Los pacientes con necesidades especiales incluyen aquellos con alteraciones físicas, del desarrollo, mental, sensorial, del comportamiento, cognitivas o alteraciones emocionales, o alguna limitación, que requieran tratamiento médico y uso de servicios y programas especiales. La condición puede ser cognitiva, del desarrollo, adquirida por alguna enfermedad, trauma o causas ambientales que pueden generar limitaciones en el desarrollo diario, en las actividades de cuidado propio o limitaciones importantes en actividades de la vida. El cuidado de la salud para individuos con necesidades especiales, requiere de un conocimiento especial, que se debe adquirir a través de estudios adicionales, así como también se necesita el aumento de su atención, el conocimiento, la adaptación y medidas prácticas que estén más allá de lo usado comúnmente<sup>(2)</sup>.

El término, de uso más frecuente en la actualidad, para referirse a las desventajas que presenta una persona en su desempeño cotidiano, debido a una característica particular en su condición biológica, es el de persona con discapacidad o persona en situación de discapacidad. La discapacidad ha existido como la interacción con una deficiencia, también la interpretación de la sociedad sobre esa deficiencia, y el contexto político y económico amplio de la discapacidad. Esto quiere decir que en el momento en que una persona presenta una condición particular en su cuerpo y al momento de relacionarse con su entorno, se le presentan diferentes dificultades en su desarrollo en el medio, debido a que no se han realizado los ajustes necesarios para que actúe libremente.

Los términos en los cuales se refieren a las personas con discapacidad y su uso en forma imprecisa, expresan el modo de pensar de la sociedad hacia esta población. Algunos de los términos se han empleado de forma ambigua, a pesar de que su definición por parte de organizaciones e instituciones de carácter internacional como la OMS y la Organización Internacional de Trabajo (OIT) hayan tenido un sentido diferente al comúnmente manejado. Por ejemplo, la palabra minusvalía propuesta por la OMS en el año 1980 fue definida como “las desventajas experimentadas por el individuo como resultado de la deficiencia y la discapacidad”. Este concepto incorporaba las dificultades en la interacción de la persona con su entorno. Sin embargo, aún en la actualidad este término es ocupado para referirse a personas que se encuentran con obstáculos presentes en la interacción con el

medio. En ocasiones quienes hacen uso errado de estos términos son organismos internacionales, formuladores de políticas públicas y los medios masivos de comunicación. No obstante, organizaciones como las Naciones Unidas han tenido en cuenta “las imperfecciones de la terminología y han adelantado esfuerzos para despojar a la discapacidad de su carácter discriminatorio, a la vez que reconocen deficiencias de carácter social.”

Preexistiendo múltiples términos que indican la relación del individuo y la sociedad, nace el concepto señalado como “Necesidades Especiales de Atención en Salud” (NEAS) que concierne a cualquier condición física, mental, sensorial, conductual, cognoscitiva, impedimento o limitación emocional que requiere manejo médico, intervención de la atención en salud, y/o uso de programas o servicios especializados.<sup>(2)</sup>

La discapacidad en la sociedad se ve influenciada por el envejecimiento de la población, la desnutrición, el abandono de infantes, los grupos sociales postergados, la pobreza extrema, el desplazamiento de grupos poblacionales y fenómenos naturales.

Como consecuencia de esto y sin importar la clase social, la raza, la religión, género y condición económica, varias personas presentan un tipo de discapacidad y requieren de la sociedad el derecho a la igualdad de posiciones. Por lo tanto, con el fin de integrarse y tener una vida digna e independiente, demandan el derecho que garantice el acceso a los servicios de salud, a la educación, a lo laboral y la recreación.

El logro y el mantenimiento de una calidad de vida aceptable para las personas con discapacidad, requiere de acciones como promoción de salud, prevención de discapacidades y recuperación funcional, así como integración e inclusión social.

En el sector salud no se ha enfrentado el problema con urgencia, en los programas y servicios no siempre se detectan los riesgos ni se consideran las pérdidas funcionales físicas, psicológicas y sociales que se producen como consecuencias de los daños y de las enfermedades, con lo que la situación salud se transforma en un problema social.<sup>(3)</sup>

A lo largo de la historia, las ideas sobre las personas con discapacidad se han modificado sustancialmente. Las tradiciones y creencias juegan un papel importante así como el avance de la ciencia.

En junio del 2001, el Instituto Interamericano del niño, de la Organización de Estados Americanos, OEA, publicó un trabajo en que plantea la evolución del concepto de la discapacidad según los siguientes modelos:

- **Modelo preformista o negativista:** Es el que prevalece hasta el siglo XVII. En él se pensaba que se preformaban en el momento de la concepción o eran designios de fuerzas divinas. Las personas con discapacidades eran segregadas, perseguidas o institucionalizadas de manera permanente. Se practicaba la eugenesia.
- **Modelo predeterminado médico:** Se extiende hasta el siglo XIX. Se consideraba que las discapacidades eran de origen biomédico. Si no podían

ser curados, se institucionalizaban en centros donde se atendían personas con cualquier tipo de discapacidad.

- **Modelo determinista:** Se extiende hasta alrededor del año 1980, donde se desarrolla el criterio de la rehabilitación y la educación especial
- **Modelo interaccionista o estructuralista:** Comienza a desarrollarse el concepto de desventaja y a enfatizarse los factores ambientales. Se establece la normalización de la educación. Se reconoce el valor de la prevención para eliminar las barreras físicas y estructurales.
- **Modelo inclusivo de los derechos humanos:** Se reconoce que los derechos humanos son fundamentales y se les incluye en los programas.<sup>(3)</sup>

La OMS, define discapacidad como un “término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, donde las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal, las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación, son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”.<sup>(1)</sup>

En el mundo hay alrededor de 1000 millones de personas con discapacidad, y todas ellas tienen las mismas necesidades generales en materia de salud que las personas sin discapacidad, tales como vacunas, detección del cáncer y servicios de salud reproductiva. Por consecuencia, necesitan tener acceso a los servicios corrientes de asistencia sanitaria. En el artículo 25 de la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, se reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel de salud sin discriminación.<sup>(4)</sup>

Muchas personas con discapacidad necesitan rehabilitación; por ejemplo, el apoyo después de una hospitalización por un coma diabético o la colocación de una prótesis después de la amputación de un miembro.

“Las personas con discapacidad se enfrentan muy a menudo con obstáculos para recibir los servicios de salud y rehabilitación”, afirma la doctora Margaret Chan, Directora General de la OMS. “Entre ellas sobresalen el estigma y la discriminación, la falta de medios especiales que les permitan el acceso y la incapacidad de pagar”.

Hoy en día, las personas con discapacidad indican con una frecuencia dos veces mayor, que las aptitudes del personal sanitario y las características de los establecimientos asistenciales no satisfacen sus necesidades. Con una frecuencia tres veces mayor, que se les niega la asistencia sanitaria, y con una frecuencia cuatro veces mayor, que son tratadas de mala manera en el sistema sanitario por comparación con quienes no tienen discapacidad.<sup>(1)</sup>

En todo el mundo, la mitad de las personas con discapacidad no pueden pagar la asistencia sanitaria que necesitan y tienen un 50% más de probabilidad de incurrir en gastos médicos, que las personas sin discapacidad.

Muchas personas con discapacidad no pueden conseguir los dispositivos de ayuda ni los servicios de rehabilitación conexos que necesitan. Por ejemplo, se calcula que 360 millones de personas padecen pérdida de la audición entre

moderada y profunda, pero la producción de audífonos apenas basta para satisfacer un 10% de las necesidades a escala mundial y un 3% de las necesidades en los países en desarrollo; unos 200 millones de personas necesitan anteojos u otros dispositivos contra las deficiencias visuales pero no tienen acceso a ellos. Alrededor de 70 millones de personas necesitan una silla de ruedas, pero solo la consiguen entre un 5 y un 15% de ellas (OMS 2013).

Según la OMS, 66% de las personas con discapacidad no recibe atención bucodental (PAHO, 2001) lo que afecta tanto la salud oral como general, acentuando aún más la discapacidad. <sup>(5)</sup>

En el trabajo del 2001, la OMS aprobó la nueva versión de la Clasificación de las Discapacidades con el nombre definitivo de “Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud”, con las siglas **CIF**. Ésta clasificación habla del:

- **Funcionamiento:** como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano.
- **Discapacidad:** como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano.
- **Salud:** como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores.

La nueva conceptualización que la CIF hace del término “**discapacidad**” fundamental. Discapacidad es asumido como un término genérico que abarca las distintas dimensiones de:

- Deficiencias de función y deficiencias de estructura (antes deficiencias).
- Limitaciones en las actividades (antes discapacidades).
- Limitaciones en la participación (antes minusvalías).

## El modelo de CIF

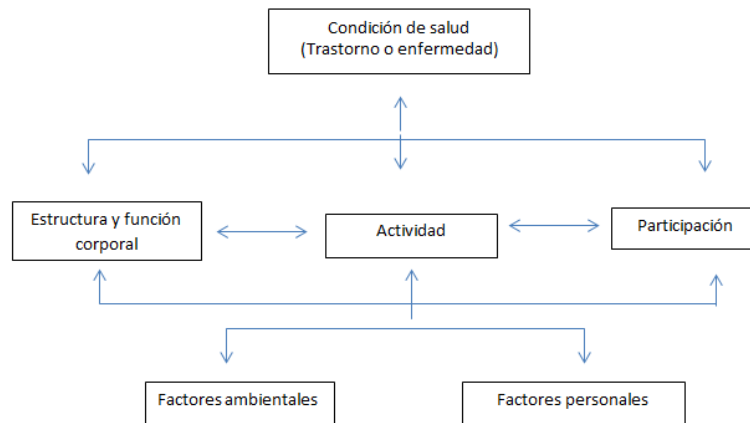
Dos grandes conceptos de modelos de discapacidad han sido propuestos. El **modelo médico** ve la discapacidad como una característica de la persona, causada directamente por una enfermedad, trauma u otra condición de salud, que requieren cuidados médicos para un tratamiento individual otorgado por un profesional. La discapacidad, en este modelo, requiere el tratamiento médico u otra intervención, para “corregir” el problema con el individuo.

La discapacidad de **modelo social**, ve la discapacidad como un problema creado por la sociedad y para nada como un atributo del individuo. En el modelo social de CIF, la discapacidad demanda una respuesta política, ya que el problema es creado por una incomodidad física que el medio ambiente trae de parte de otros medios de la sociedad.

Por si solos, ningún modelo es adecuado, sin embargo ambos son parcialmente válidos. La discapacidad es un concepto complejo, es un problema

del estado del cuerpo de la persona y un problema social. La discapacidad es siempre una interacción entre las características de la persona y características del medio ambiente en donde la persona se desarrolla, pero algunos aspectos de la discapacidad son en la mayoría completamente un aspecto interno de la persona, mientras que otro aspecto es externo.

Este modelo más útil de la discapacidad se podría conocer como **modelo biopsicosocial**. CIF se basa en este modelo, que consiste en una integración de lo médico y social. CIF ofrece, para esta síntesis, una visión coherente de las diferentes perspectivas de salud: biológica, individual y social.



**Figura N°1. Diagrama explicativo de la interacción de discapacidad y factores contextuales.**

Como el diagrama N°1 lo indica, la discapacidad y función en CIF son vistos como un resultado de la interacción entre condición de salud (enfermedad, desórdenes o injurias) y factores contextuales.

Entre estos factores se encuentran el medio ambiente (por ejemplo actitudes, características estructurales, estructuras sociales y legales, así como el clima o terreno); y factores personales internos, que incluyen el género, edad, estilo de afrontamiento, aspecto social, educación, profesión, experiencia pasada y presente, patrones de comportamiento, carácter y otros factores que influyen como el individuo experimenta la discapacidad.

El diagrama N°1 identifica los tres niveles del funcionamiento humano clasificado por CIF: el funcionamiento a nivel del cuerpo o partes del cuerpo, la persona completa, y la persona completa en el contexto social. La discapacidad involucra la disfunción en uno o más de estos niveles: impedimentos, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación. La definición formal de estos componentes CIF se dan a continuación:

- Funciones corporales: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo funciones psicológicas).
- Estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

- Deficiencias: son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación o pérdida significativa.
  - Actividad: es la ejecución de una tarea o acción por un individuo.
  - Participación: es la implicación en una situación vital.
  - Limitaciones de actividad: son dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de actividades.
  - Restricciones de Participación: son problemas que un individuo puede experimentar en la participación en situaciones de la vida.
  - Factores Ambientales constituyen el entorno físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.
- La clasificación que hace referencia al modelo CIF se divide en dos partes:

### 1. **Funcionamiento y discapacidad.**

- *Funciones y estructuras corporales*
  - Cambios en las funciones corporales (funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las psicológicas)
  - Cambios en las estructuras corporales (partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, extremidades y componentes)
- *Actividades y participación*
  - Capacidad, como la ejecución de tareas en un entorno uniforme
  - Desempeño/ realización, como la ejecución de tareas en el entorno.

### 2. **Factores contextuales**

- *Factores ambientales*, entendidos como la influencia externa sobre el funcionamiento y la discapacidad, con efecto facilitador o barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal.
- *Factores personales*, entendidos como la influencia interna sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo efecto es el impacto de los atributos de la persona.

A partir de esta clasificación, se puede determinar el grado de discapacidad de una persona. La propuesta de la CIF es usar una escala genérica de gravedad en cinco niveles para todos los componentes (funciones y estructuras corporales, actividades y participación, y factores contextuales).

En la tabla I el porcentaje hace referencia, en el caso de las limitaciones para realizar una actividad, a que el problema esté presente en al menos ese porcentaje de tiempo en relación a la dificultad total para realizar dicha actividad que será de un 100%.

A partir de esta escala se podrán establecer las definiciones correspondientes.

<b>DEFICIENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>AUSENCIA</b>	0-4%
<b>LIGERA</b>	5-24%
<b>MODERADA</b>	25-49%
<b>GRAVE</b>	50-95%
<b>COMPLETA</b>	96-100%

*Tabla I. Grado de incapacidad, según porcentaje de limitación para realizar una actividad.<sup>1</sup>*

## **Tipos de discapacidad**

Toda discapacidad tiene su origen en una o varias deficiencias funcionales o estructurales de algún órgano corporal, y en este sentido se considera como deficiencia cualquier anomalía de un órgano o de una función propia de ese órgano con resultado incapacitante.

Partiendo de esta distinción básica, promovida por la OMS a través de la CIF, se puede identificar numerosas clases de deficiencia asociadas a las distintas discapacidades.

Para identificar las características de los grandes grupos se ha recurrido a esa misma fuente agrupando las deficiencias en las categorías física, mental y sensorial, teniendo siempre presente la gran heterogeneidad que existe dentro de cada uno.

### **Las deficiencias físicas:**

Se considerará que una persona tiene deficiencia física cuando padezca anomalías orgánicas en el aparato locomotor o extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores). También se incluirán las deficiencias del sistema nervioso, referidas a las parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejías y tetraplejías y a los trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras. Un último subconjunto recogido en la categoría de discapacidades físicas es el referido a las alteraciones viscerales, esto es, de los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario.

### **Las deficiencias mentales:**

Como ocurre con el resto de los colectivos, el integrado por las personas con deficiencias mentales es de difícil cuantificación, entre otras razones por la falta de precisión en la determinación de sus límites.

### **Las deficiencias sensoriales:**

Al igual que en los casos de los grupos anteriores, al hablar de deficiencias sensoriales es necesario recordar que las categorías de análisis presentan limitaciones en la descripción de la realidad para la que se aplican.

### **Atención odontológica en pacientes con necesidades especiales**

Los niños con discapacidad se encuentran en alto riesgo de sufrir problemas de salud. En particular, los niños con discapacidad intelectual (IDC), por lo general necesitan ayuda para llevar a cabo su cuidado diario. El nivel de cuidado de cada uno está directamente relacionado con el grado de discapacidad de aprendizaje y con discapacidades más profundas pueden necesitar mayores niveles de apoyo. Así, IDC por lo general requieren ayuda extra y dependen de sus padres o tutores para lograr y mantener una buena salud. La salud oral no es una excepción. El cuidado dental se informa constantemente como una de las necesidades médicas primarias de los niños con discapacidad. Las dificultades en relación a sus necesidades de salud oral y enfermedades concomitantes que puedan tener (parálisis cerebral, síndrome de Down, etc.) pueden ser barreras para el cuidado bucal adecuado y pone el IDC en mayor riesgo de desarrollar problemas de salud oral. Varios estudios han reportado una mayor prevalencia de caries en los niños con discapacidad en comparación con los de la población general. <sup>(6)</sup>

El estado oral de las personas con necesidades especiales, generalmente es caracterizado por una baja higiene oral y por retención prolongada de alimentos en la boca, lo que provoca inflamación gingival, caries y enfermedad periodontal, aumentando la incidencia y severidad por el difícil acceso a los servicios de salud.

Pacientes con necesidades especiales requieren de cuidados especiales para realizar su higiene oral, de acuerdo a su edad, cooperación, nivel de inhabilidad y compromiso sistémico, o de lo contrario se pueden generar fácilmente enfermedades a nivel bucal en el paciente, lo que provoca dolor, haciendo que exista más dificultad en el manejo de la atención. El mal estado de la salud oral es un factor de comorbilidad cuando éste es asociado a una enfermedad sistémica existente, aumentando las complicaciones infecciosas, siendo la discapacidad mental, la que presenta mayor incidencia y daño periodontal junto con un alto nivel de actividad cariosa. De manera secundaria la salud oral se ve afectada por los medicamentos que consumen, pudiendo generar como un efecto secundario por ejemplo xerostomía, hiperplasia gingival, entre otros. <sup>(7)</sup>

Asociado a las necesidades especiales, las anomalías que acompañan a las distintas enfermedades, sean estas genéticas o congénitas, el terreno bucal suele verse afectado con patologías propias del quehacer odontológico o con malformaciones derivadas de cada discapacidad.

Por lo anterior, es importante establecer estrategias para desarrollar una cobertura asistencial adecuada a los pacientes con necesidades especiales. En

relación a su salud bucal, debe existir una relación entre las necesidades de esta población y los servicios de salud.

Durante este siglo los odontólogos han sido negligentes con los pacientes con discapacidad por motivos como: <sup>(8)</sup>

1. Falta de conocimiento básico.
2. Falta de experiencia en el tratamiento en estos pacientes.
3. Alteración en la rutina usual de la clínica.
4. Necesidad de equipamiento y estructuras especiales.
5. La posibilidad de que haya una compensación inadecuada por el mayor tiempo aplicado en el tratamiento.

En un estudio en Michigan USA, se encuestó 500 odontólogos escogidos al azar. La encuesta incluía tópicos sobre la formación universitaria, experiencia personal y actitudes al tratar estos pacientes el cual reveló que hubo un 22% de la muestra que no trataba adultos con necesidades especiales y un 50% que no trató a los niños con necesidades especiales; el porcentaje de dentistas que sí trataban a estos pacientes, dependían de la edad del paciente y el tipo de discapacidad. Los pacientes que más se atendían fue con movilidad reducida (87.2%), al igual que los pacientes con hipoacusia (84.9%), pacientes con Alzheimer o demencia (76.4%), pacientes con discapacidad visual (75.9%), y retrasos mentales (70.8%).

Los menos tratados fueron pacientes con autismo (33 %), parálisis cerebral (40.6%) y traumatismo craneal (43.9%), también se vio que los tratamientos en pacientes pediátricos tenían menor porcentajes en general, en orden los más atendidos fueron los pacientes con discapacidad auditiva, movilidad reducida, retardo mental y discapacidad visual respectivamente. Los pacientes pediátricos menos atendidos fueron los que estaban diagnosticados con autismo, parálisis cerebral, desórdenes neurológicos y traumatismo craneal

En general en cuanto a formación, los dentistas más jóvenes estaban en desacuerdo o muy en desacuerdo en la preparación recibida para atender a los pacientes otorgada por sus escuelas dentales. A su vez los dentistas que si percibían que se sentían capacitados, estaban enfocados al tratamiento de pacientes pediátricos como especialidad de post grado.

Entre más cómodos se sintieran atendiendo pacientes con necesidades especiales, más voluntad tenían de adaptar su oficina a sus necesidades para atenderlos, y verificar que su staff estuviera informado y capacitado para su tratamiento. <sup>(9)</sup>

Otro estudio realizado en Nebraska indica que del total de los pacientes de los odontólogos encuestados, menos del 5% correspondían a pacientes con necesidades especiales y el 10% de estos odontólogos suelen ver estos pacientes solo si son mayores de 18 años.

Otras características que los encuestados relataron, que pudieran mejorar la habilidad de los odontólogos para mejorar el tratamiento de los pacientes con necesidades especiales, corresponden a mejor reembolso monetario para el operador, y seguir con la educación luego del titularse, entrenamiento práctico, mejorar equipamiento, privilegios en el servicio. Finalmente el estudio sugiere que

los odontólogos suelen tratar pacientes con necesidades especiales, pero que el nivel de enfermedad, el comportamiento del paciente e insuficiencia de entrenamiento y experiencia, fueron las mayores barreras para su atención. <sup>(10)</sup>

Según un estudio realizado sobre la “Percepción del dentista general sobre cómo afecta la educación y tratamiento en la atención en pacientes con necesidades especiales” solo el 10% atendía a pacientes con necesidades especiales. Solo uno de cuatro tenía experiencia en atención de pacientes con necesidades especiales en sus estudios de pre-grado. Dentistas de mayor edad y aquellos que trabajan en zonas rurales tenían mayor probabilidad de atender a estos pacientes. La formación de post-grado o la práctica general no generó algún tipo de voluntad para profundizar en el cuidado de estos pacientes. Los que tuvieron experiencia en la atención a pacientes con necesidad especial durante su experiencia educativa, no consideraban el nivel de discapacidad y comportamiento como un obstáculo en la atención y consideraban realizar algún estudio adicional sobre la atención a pacientes con necesidades especiales. <sup>(11)</sup>

Dentro de las barreras que impiden el acceso a la asistencia sanitaria existen:

1. Costos prohibitivos asociado a la accesibilidad de los servicios de salud.
2. Oferta limitada de servicios, debido a la falta de servicios apropiados para la discapacidad.
3. Obstáculos físicos, asociado al acceso desigual en los edificios.
4. Aptitudes y conocimiento inadecuado del personal sanitario, carencia de aptitudes, maltratos y negación de la asistencia sanitaria.

Debería existir una disponibilidad real de recursos para satisfacer necesidades básicas de atención. Para realizar un plan de asistencia a pacientes con necesidades especiales, debería aplicarse a toda la comunidad tanto pública como privada, los cuales se deben coordinar en todos sus niveles. Las necesidades básicas pueden deberse o agravarse a raíz de barreras comunicacionales, la falta de cobertura, la inexperiencia del tratante, farmacoterapia y dificultades logísticas que encontramos en los servicios.

Como estrategias de salud pública, el nivel de salud primario debe actuar a nivel de captación de los pacientes; debe existir evaluación siempre que sea posible, midiendo la cooperación del paciente y las dificultades específicas que se puedan encontrar, teniendo en cuenta un plan de tratamiento considerando primero el manejo del dolor, luego el control de la infección y por último acciones preventivas. La educación e instrucciones al cuidador también se deben tener presente en este nivel, sin olvidar la implementación de programas de educación para la comunidad abarcando padres, cuidadores y profesores. <sup>(12)</sup>

En el segundo nivel están los equipos odontológicos especializados en pacientes con necesidades especiales a nivel ambulatorio. En este nivel se puede utilizar el manejo de conducta y restricción física para pacientes discapacitados psíquicos, incluyendo también la sedación en pacientes especiales.

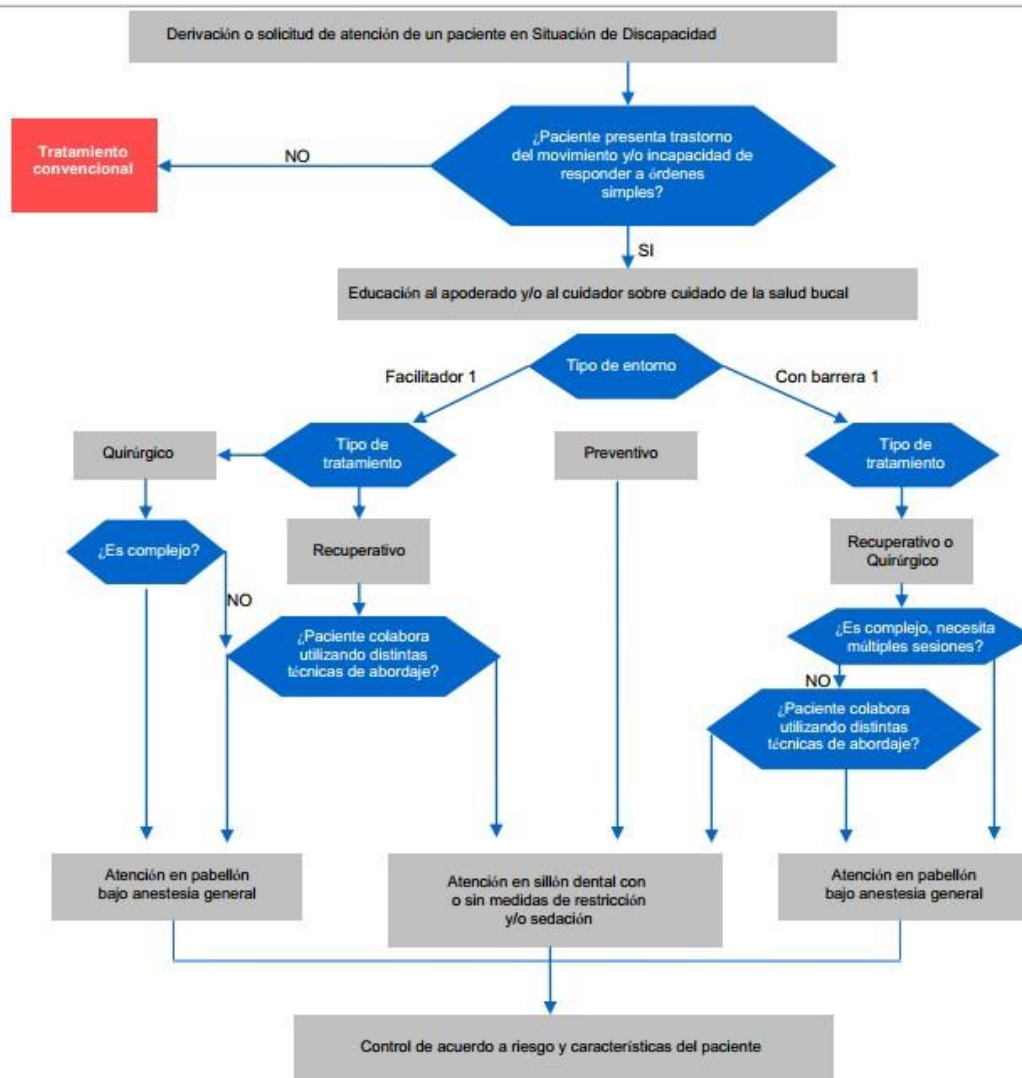
El nivel terciario consistiría en la atención odontológica de pacientes con necesidades especiales a nivel hospitalario. Se incluyen los tratamientos que requieran anestesia general y aquellos pacientes con alto riesgo médico.

### **Consideraciones generales de la atención odontológica:**

Siempre que un paciente con necesidades especiales se encuentre mentalmente impedido, y requiera un tratamiento en el sillón dental, debe ser bajo un consentimiento informado firmado por los padres o tutores, y además se debe seguir los siguientes pasos: <sup>(13)</sup>

1. Hablar de manera sencilla y con la suficiente lentitud. Adaptar el vocabulario y nuestras expresiones al nivel de inteligencia del paciente.
2. Dar un paseo por la clínica antes de sentarse en el sillón, para que conozca sus instalaciones y al personal que trabaja en ella.
3. Explicar al paciente cuál es nuestro trabajo y los beneficios.
4. Preguntarle a él o a sus familiares si tienen alguna duda o consulta sobre cualquier explicación que se les ha dado.
5. Cuando esté sentado en el sillón es importante dar sólo una instrucción.
6. Hacer sesiones cortas. Avanzar gradualmente hacia procedimientos más difíciles después de que el paciente se haya familiarizado con el ambiente.
7. Es mejor citarle en horas tempranas
8. Cuando el paciente no se comunica de forma verbal, es útil el uso de tableros con fotografías que debe ser explicado para llegar a un consenso
9. Advertir al paciente los sonidos del instrumental
10. Considerar la falta de control muscular antes, durante y después del tratamiento sobre todo en el traspaso de la silla de ruedas al sillón dental considerar el uso de sábanas y almohadas para cuidar las extremidades
11. En el caso de retraso mental (leve a moderado), es útil la técnica de adaptación decir mostrar hacer.

En ocasiones no es posible realizar una atención ambulatoria al paciente, debido a sus alteraciones motoras o de comportamiento. En estos casos se realiza la atención bajo sedación o anestesia general (Diagrama 2), procedimiento en el que se busca realizar la totalidad del tratamiento dental indicado según las patologías orales que presenta el paciente <sup>(14)</sup>. Posteriormente el paciente tendrá que asistir a controles periódicos para mantener el estado de su salud bucal, los cuales se realizan en el sillón dental.



**Figura N°2. Flujograma de modalidad de atención para personas menores de 20 años en situación de discapacidad <sup>(15)</sup>**

En el estudio de la Universidad de Chile se observó que el tiempo en la anamnesis en pacientes con discapacidad es 3,8 veces mayor que el tiempo asignado a un paciente sano, lo que nos ayuda a administrar mejor el tiempo en la planificación del servicio

La inducción también demanda más tiempo más tiempo 1,7 veces mayor considerando la dificultad de algunos pacientes de adecuarse a sentar en el sillón. Para la realización de acciones preventivas como destartraje, profilaxis, sellantes y fluoración se requirió de mayor tiempo de atención en los pacientes con DI, sobre todo en la realización de destartraje y sellantes por la alteración sensorial de la utilización de ultrasonido y uso de aislamiento respectivamente. <sup>(16)</sup>

En el caso del tiempo necesario para realizar IHO, ésta ocupa el doble del tiempo, con una diferencia absoluta de más de 4 minutos.

En la anestesia clínicamente la diferencia son solo 2 minutos, lo que corresponde a que el tiempo para este procedimiento es 1,3 veces mayor del tiempo determinado en pacientes sanos <sup>(16)</sup>.

En el caso de tratamientos de Operatoria, la diferencia de tiempo para realizar la acción clínica es de 7,08 minutos, considerando que en un paciente con la condición de DI el tiempo promedio corresponde a 22:27 minutos, mientras que en un paciente sano se requiere de un tiempo promedio de 15:19 minutos, tiempo que se podría ocupar para realizar otras fases del tratamiento.

Asimismo se consideraba que el tiempo requerido para realizar exodoncias en personas con DI sea mayor. Clínicamente el tiempo para realizar el procedimiento es 2,7 veces mayor, con una diferencia de 6:54 minutos, lo que sí es relevante, y debe considerarse al planificar las jornadas clínicas de servicios donde se atienden estos pacientes.

Por último en las indicaciones, los resultados mostraron que existe diferencia estadísticamente significativa. Debido a que las indicaciones entregadas a los pacientes con DI se explican en forma simple y luego se comprueba su comprensión mediante la repetición, lo que toma más tiempo por lo que es imprescindible dar las indicaciones a los padres y/o tutores para asegurar que éstas sean cumplidas. Clínicamente la diferencia corresponde a 2:02, siendo el tiempo requerido para realizar esta actividad 2 veces mayor en pacientes con DI <sup>(16)</sup>.

#### *Tratamientos alternativos:*

- **Musicoterapia:** Corresponde a la utilización de sonidos melodías y otros elementos musicales, con fin de darle soporte emocional y de forma indirecta un efecto relajante para deferir los estímulos dolorosos y estresantes.
- **Técnica de Distracción audiovisual:** Al tomar los sentidos de vista y oído, se disocia la experiencia negativa e incómoda junto con aislarlo de los ruidos inherentes a la actividad clínica. Muy útil en manejo de ansiedad de niños por esta misma razón, en la cual se ha visto que por estas incomodidades no buscan atención odontológica de forma adecuada.

### **Salud pública odontológica para discapacitados en Chile:**

Chile ratificó en 2008 la Convención Internacional de los Derechos de Personas en Situación de Discapacidad, y en febrero del año 2010, nuestro país promulga la ley 20.422, la cual establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, teniendo como objetivo “garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad.” La ley dice que la rehabilitación es un derecho y deber del Estado.

Aún con la ley establecida, el documento de OBJETIVOS SANITARIOS 2012-2020 del MINSAL señala que existen grandes inequidades en cuanto a la salud bucal, existiendo un importante desafío para disminuir las brechas existentes principalmente dado por el nivel socioeconómico, donde se ven en desmedro los niveles más bajos.

### **Acceso insuficiente:**

A pesar del aumento de profesionales odontólogos en la actualidad, la cobertura odontológica tiene una gran brecha en los sectores mayores de la población, lo que se asocia a factores económicos, falta de información y falta de acceso en la capacidad de obtener cobertura odontológica. Aun así, hay un mejor nivel de salud bucal en la población más joven, gracias a diversos estudios epidemiológicos recientes. Estas desigualdades son aún más notorias en el caso de personas con necesidades especiales.

### **Infraestructuras**

Existe diferencia en la estructura de los servicios de salud públicos y privados, esto asociado a los altos costos de los pabellones quirúrgicos.

La infraestructura en el sector público ha mejorado en los últimos 10 años gracias a programas específicos para pacientes con discapacidades, para atenderse de manera convencional en el sillón, sin embargo se encuentra una brecha en áreas rurales, donde hay equipos de trabajo nuevos pero no hay profesionales.

### **Formación**

Las universidades públicas y privadas de Chile realizan una formación insuficiente o nula en el pregrado, la cual solo puede complementarse con curso de postgrado, que también son escasos.

Alguna de las Universidades que están incorporando este tema en el desarrollo del profesional son

- Universidad Católica ha incorporado en la malla curricular de quinto año el ramo de “Pacientes con necesidades especiales”
- Universidad San Sebastián incorporó en la malla curricular en sexto año el ramo de “Odontología de la discapacidad”
- Universidad de Chile ha implementado un Diplomado de “Atención Odontológica de Pacientes que requieren Cuidados Especiales”.

La atención odontológica en pacientes con necesidades especiales, requiere diversos tipos de atención en caso de que no sea posible un manejo en el sillón dental, teniendo como opciones, el apoyo farmacológico, sedación con óxido nitroso, o recurrir a anestesiistas para acceder a una sedación profunda; por lo tanto, la atención debe ser realizada por un equipo multidisciplinario, sumando así otro impedimento a la formación de estos equipos, por el escaso número de anestesiistas, quienes están asociados preferentemente a pabellones y clínicas, y no a servicios ambulatorios, aumentando también el costo de éstos.

### **Políticas públicas**

Las políticas actuales de la Odontología están más enfocadas al área preventiva, pero que no cubren el daño acumulado en poblaciones como adultos mayores y pacientes discapacitados, esto por ser considerada la odontología restaurativa como costosa, solo abarcando grupos principalmente de niños y jóvenes.

Dentro de las políticas de las Garantías Explícitas en Salud (GES) el año 2005 se integró de manera gradual la fisura labio palatino lo cual dio paso a que surgiera en el año 2012, el programa piloto de canastas PPV (Programa de Prestaciones Valoradas) , una iniciativa del Departamento Odontológico de la Subsecretaría de redes asistenciales de Fonasa. Dentro de estas canastas se encuentra la atención a discapacitados de la siguiente forma:

- Tratamiento odontológicos de niños discapacitados, que incluyen
  - Prevención odontológica a niño discapacitados
  - Atención odontológica en sillón a niños discapacitados
  - Atención odontológica en pabellón a niño discapacitado.

### **Salud bucal y calidad de vida**

La salud bucal afecta la calidad de vida de los individuos en cuanto a dolor, malestar, limitación, minusvalía social y funcional.

La pérdida prematura ocasiona:

- Trastornos en el crecimiento óseo de los maxilares haciendo que este se detenga.
- La línea media se corre hacia el lado de la pieza extraída, esto quiere decir que la línea que hace coincidir la unión de incisivos superiores con los inferiores se inclina hacia el lado donde se perdió la pieza dentaria, produciendo trastornos en la mordida del paciente, además de disfunción masticatoria.
- Las piezas dentarias empiezan a migrar y rotar, tienden a ocupar el espacio vacío creado por la ausencia del diente perdido.
- Los dientes antagonistas, sobre erupcionan "aflojándose" y perdiendo su soporte óseo y periodontal, produciendo movilidad y la consecuente pérdida.
- Tras la pérdida de algún molar, toda la masticación recaerá sobre los dientes del lado opuesto y esto sobrecarga la función de los mismos y producen daños a las estructuras dentarias y de soporte.
- La pérdida temprana, antes de la erupción del diente vecino, hace que este último erupcione inclinándose hacia el espacio vacío, favoreciendo la retención de alimentos y la consiguiente aparición de caries dental entre el segundo molar y el segundo premolar.<sup>(17)</sup>

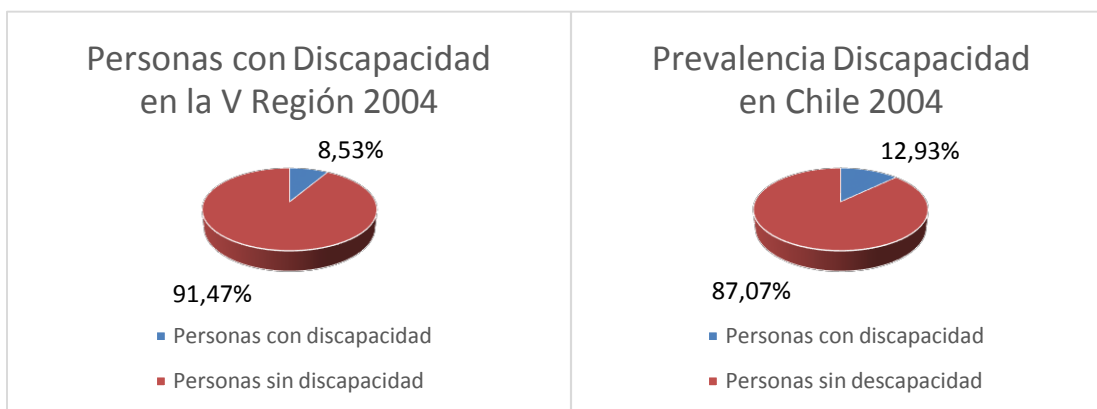
### **Priorización social**

La salud bucal es un tema que ha sido priorizado por la población debido a los cambios socioeconómicos y culturales producidos en el país (MINSAL). El estudio de preferencias sociales para definición de GES señala que la salud dental

es importante ya que afecta el funcionamiento social y además limita las personas en su desempeño público; además es importante señalar que, la salud dental es uno de los ámbitos donde las personas poseen mayores problemas de acceso por alto costo y oportunidad. La implementación de GES de carácter odontológico ha sido expresada principalmente en los grupos de sectores medios, profesionales afiliados y no afiliados a ISAPRES.

El documento “*Objetivos sanitarios 2011-2020*” del MINSAL señala que algunos factores de riesgo de las patologías bucales son comunes a las patologías crónicas, donde el nivel socioeconómico es determinante en desmedro de los niveles más bajos, observándose grandes inequidades en salud bucal, por lo tanto existe un importante desafío para disminuir la brecha entre los niveles socioeconómicos.

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad OMS 2011 hay más de 978 millones de personas con algún tipo de discapacidad moderada o grave, lo que refleja el 15% de la población global. Esta proporción va en aumento atribuido al envejecimiento de la población y aumento de enfermedades crónicas a escala mundial.



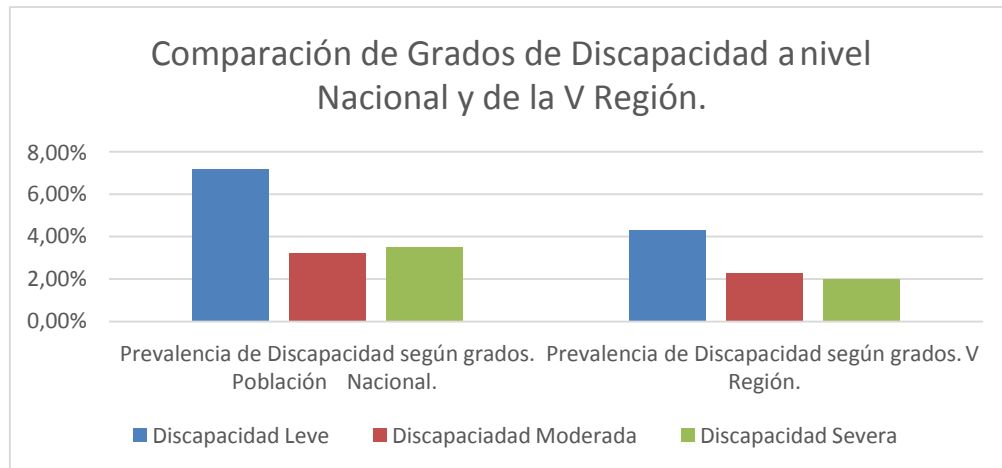
**Gráfico N° 1. Porcentaje de la población de la V región de Valparaíso con discapacidad y sin discapacidad en el 2004.**

**Gráfico N° 2. Prevalencia de discapacidad en Chile en el 2004.**

En nuestro país el Estudio Nacional de Discapacidad en Chile año 2004 señala que el 12,9 % de los chilenos viven con discapacidad, es decir una de cada ocho personas presenta esta condición (Gráfico N°1). En la Región de Valparaíso el 8,5 % de la población regional presentan discapacidad, se observa entonces que la quinta región presenta una tasa de discapacidad menor que la nacional (Gráfico N°2).

De las personas de la región un 4,3% presenta un grado leve de discapacidad, 2,3% moderado y 2% es severo. Es decir 69.425 personas presentan alguna dificultad para llevar a cabo su vida, sin embargo la persona es independiente y no requiere apoyo de terceros (discapacidad leve). Hay 37.491 personas que presentan una discapacidad moderada, lo que quiere decir una

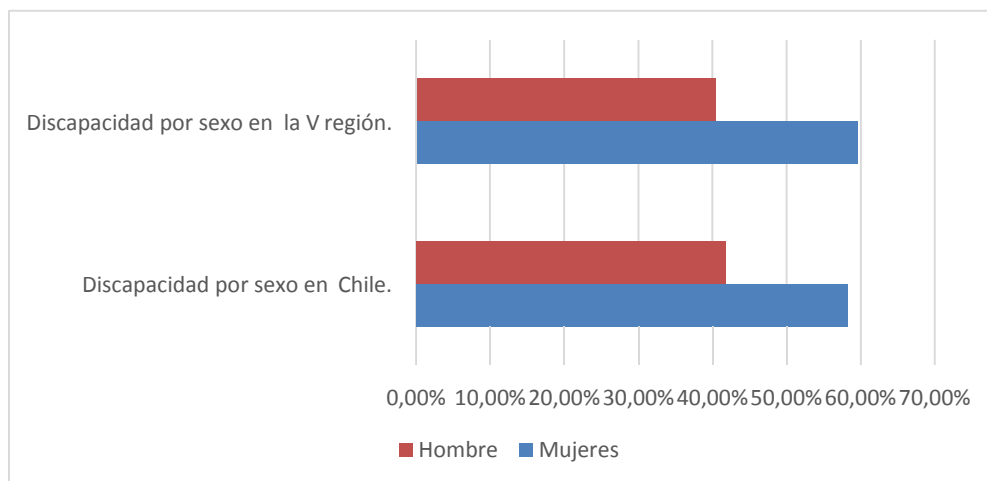
disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar actividades de la vida diaria llegando a requerir apoyo en labores básicas de autocuidado. Finalmente hay 32.483 personas con discapacidad severa las cuales ven gravemente dificultada la realización de sus actividades cotidianas requiriendo el apoyo de una tercera persona, no pudiendo superar las barreras de su entorno o haciéndolo con gran dificultad.



**Gráfico N°3. Comparación de grados de Discapacidad a nivel Nacional y de la V Región.**

Al comparar los grados de Discapacidad de la Región de Valparaíso con la discapacidad a nivel nacional, apreciamos que la región se encuentra bajo el nivel nacional, estando más acentuada la diferencia en la Discapacidad Leve (Gráfico N°3).

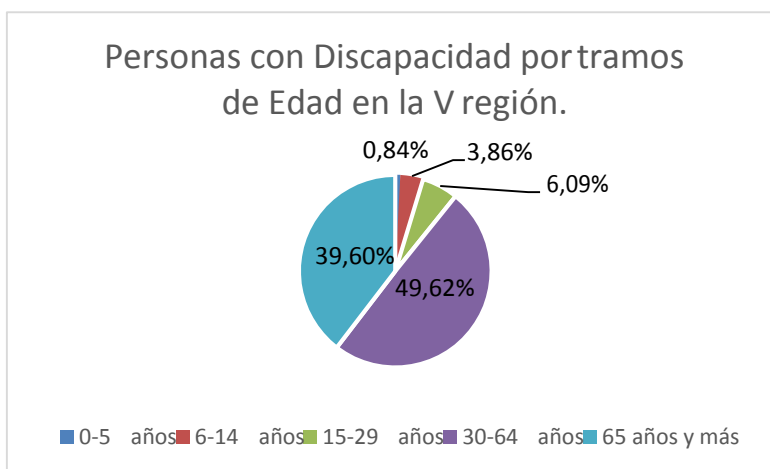
La distribución de discapacidad por sexo de la Región de Valparaíso presenta mínimas diferencias en relación a la discapacidad a nivel nacional. En Chile las mujeres con discapacidad alcanzan el 58,2 % de la población y en la Región de Valparaíso representan al 59,6%. En relación a los hombres con discapacidad en Chile representan el 41,8% y en la Región de Valparaíso al 40,4% (Gráfico N°4).



**Gráfico N°4. Distribución de la discapacidad por sexo en la V Región y en Chile.**

En cuanto a la distribución de las personas por edad con discapacidad de la Región de Valparaíso, se puede apreciar que 49,6% se encuentran en edad adulta 30- 64 años, y que prácticamente el 90 % de la población con discapacidad de la V región tienen más de 29 años (Gráfico N°5).

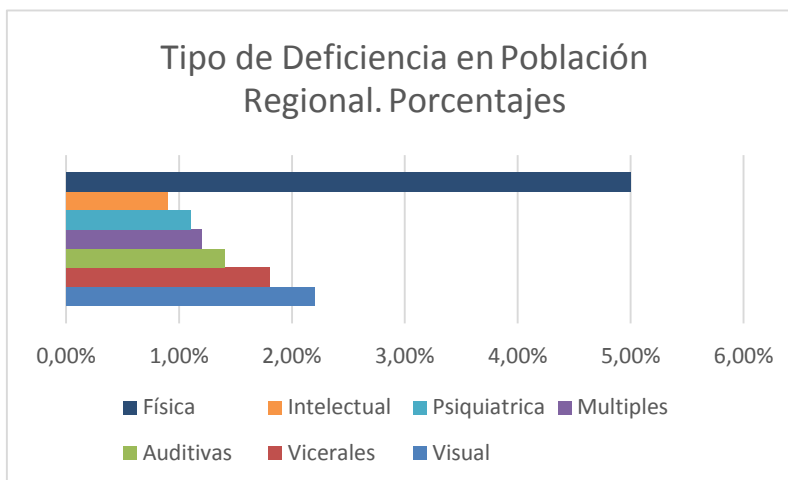
La tasa de prevalencia en niños menores de 6 años de la Región de Valparaíso es de 0,9, y de los niños de 6-14 años es de 2,2.



**Gráfico N°5. Porcentajes por tramos de edad de personas con discapacidad en la V Región.**

En relación al adulto mayor, uno de cada tres adultos mayores viviendo en la quinta región presenta discapacidad. Esta prevalencia es 3,5 veces más que la prevalencia general.

El 5% de las personas de la quinta región tiene una deficiencia física equivalente a 82.305 personas; el 2.2% presenta una deficiencia visual, 32.445 personas; el 1.8% tiene deficiencia visceral referida a problemas del aparato respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario endocrino, metabólico y hematopoyético. Las personas de la Región de Valparaíso que señalan tener más de dos deficiencias representa el 1.2%. A continuación se presenta la distribución del tipo de deficiencia de las personas que presentan discapacidad en la Región de Valparaíso. De este modo las deficiencias más prevalentes, son físicas (movilidad, parálisis, amputaciones, etc.) que corresponden a un 37% de las deficiencias en personas con discapacidad; las deficiencias visuales que corresponden al 6.4% del total, un 13.5% corresponde a las personas con discapacidad visceral, y el resto a otros motivos (Gráfico N°6) <sup>(18)</sup>.



**Gráfico N°6. Prevalencia de los diferentes tipos de Deficiencia en la Población de la VRegión.**

### **Accesos a servicios**

En la Región de Valparaíso tres de cada cuatro personas con discapacidad ha tenido acceso a servicios de salud, sociales y de rehabilitación. De las personas con discapacidad de la región, el 67% ha recibido atención básica de salud y el 32% ha recibido algún tipo de servicio de diagnóstico.

Si establecemos una diferencia de las personas con discapacidad de la Región de Valparaíso que recibieron atención en el sector público y en el sector privado, se observa que solo uno de cada cinco personas con discapacidad lo reciben en el sector privado. El resto 82,1% lo hizo en el sector público.

Al medir el grado de satisfacción con los servicios recibidos, podemos evidenciar que tres de cada cuatro personas con discapacidades en la región manifiesta un alto nivel de satisfacción <sup>(18)</sup>.

### **Situación actual en Chile**

En el año 2012, un grupo de profesionales fundó la filial en Chile de ALOPE (Asociación Latinoamericana de Odontología para Pacientes Especiales Chile (ALOPE-CHILE) debido al número creciente de pacientes con necesidades especiales. El objetivo de esta asociación es reunir a los profesionales de la salud bucal, que tienen como interés común el conocer, intercambiar conocimientos y experiencias, incluyendo el estudio y actualización de las mejores formas de afrontar la gran diversidad de pacientes con necesidades especiales en nuestro país <sup>(19)</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODO

### **Pregunta de Investigación:**

¿Cuál es la percepción del conocimiento y capacitación que posee el odontólogo en la atención de pacientes con necesidades especiales pertenecientes a la atención primaria de salud de las comunas de Valparaíso y Viña del Mar?”.

### **Objetivos:**

#### **Objetivo principal:**

Establecer el conocimiento del odontólogo y su capacitación sobre pacientes con necesidades especiales en la APS de la comuna de Valparaíso y Viña del Mar.

#### **Objetivos específicos:**

- Conocer Centros de Salud donde se realicen atenciones a pacientes con necesidades especiales.
- Saber si el Servicio de Salud brinda capacitación al odontólogo sobre el adecuado trato y tratamiento a pacientes con necesidades especiales.

### **Diseño del estudio:**

El trabajo es un estudio de tipo Descriptivo exploratorio, consistente en describir el conocimiento del odontólogo y su capacitación sobre pacientes con necesidades especiales en la APS de las comunas de Valparaíso y Viña del Mar.

### **Sujetos de estudio:**

**Odontólogos:** Se considerará todo el universo de cada centro de APS de las corporaciones municipales comunas de Valparaíso y Viña del Mar, los cuales deseen participar de manera voluntaria en la actividad.

### **Criterios de inclusión:**

**Odontólogos** que estén ejerciendo labores en los centros de APS pertenecientes a las corporaciones municipales de la comuna de Valparaíso y de la comuna de Viña del Mar, durante el período comprendido entre el 2014 y 2015.

**Criterios de exclusión:**

**Odontólogos** que no se encuentren ejerciendo labores en los centros de APS pertenecientes a las a las corporaciones municipales de las comuna de Valparaíso y Viña del Mar durante el actual período, y los que no deseen participar voluntariamente en el estudio.

**Población:**

**Odontólogos** que estén ejerciendo labores en los centros de APS pertenecientes a las corporaciones municipales de las comunas de Valparaíso y Viña del Mar, durante el actual período.

**Muestra:**

**Odontólogos** ejerciendo en los centros de APS pertenecientes a las corporaciones municipales de las comunas de Valparaíso y Viña del Mar que cumplan con el criterio de inclusión.

- Se trabajará con una muestra no probabilística de tipo consecutivo, para intentar incluir a todos los Odontólogos contratados pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso, y a la Corporación Municipal de Viña del Mar que se encuentren contratados durante el año 2015 los cuales ejercen en los centros de APS en ambas comunas.
- Si se realiza de manera adecuada, la representatividad de la muestra que se obtiene puede ser semejante a la obtenida con un muestreo probabilístico, ya que mediante este método se trata de abarcar toda la población disponible tratando de representar de mejor manera posible la población.
- El diseño de muestreo consecutivo consiste en abarcar a todos los individuos de la población accesible, que cumplan con los criterios de selección durante el periodo de reclutamiento fijado para el estudio, el cual es establecido en función del tamaño muestral deseado y del número de sujetos reclutables cada día. Al considerar los odontólogos contratados en cada Municipalidad se debe considerar que no podrán participar los odontólogos que se encuentren de vacaciones o con licencias médicas, en capacitación, realizando labores estadísticas o que simplemente no deseen participar del estudio, por lo que de forma estricta no se cumple la selección de forma aleatoria ante estos eventos.
- El tamaño mínimo de la muestra para los Odontólogos de la Corporación Municipal de Valparaíso y para los pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar se determinó según la metodología de muestreo estratificado con afijación proporcional y considerando un error de estimación global (error de muestreo) del 5% se tiene que:

$$n = \frac{\sum_{h=1}^k \frac{W_h \cdot N_h \cdot p_h \cdot (\delta^2 \cdot p_h)}{N_h \cdot p_h \cdot (\delta^2 \cdot p_h)}}{\delta^2 + \sum_{h=1}^k \frac{W_h}{N_h}}$$

Figura N°3. Fórmula cálculo muestral.

Donde:

h	Estrato	N <sub>h</sub>
1	CORMUVAL	54
2	CORMUVIÑA	64
Total		118

Tabla II: Cantidad de Odontólogos por corporación.

- **h** corresponde a cada estrato, h puede corresponder a Cormuval (Corporación municipal de Valparaíso) y Cormuviña (Corporación municipal de Viña de Mar).
- **p<sub>h</sub>** es la proporción de odontólogos con conocimiento sobre el tratamiento a paciente con necesidades especiales (al no existir antecedentes previos, se asume **p<sub>h</sub>**= 0,5 de acuerdo a lo sugerido por la literatura de estadísticas)
- **W<sub>h</sub>** es la fracción de odontólogos que representa cada corporación (peso del estrato) con respecto al total (Viña del Mar + Valparaíso). En este caso es 0,4576 para Cormuval y 0,5424 para Cormuviña.
- **δ** es el error de estimación o error de muestreo (en este caso 5% o 0,05)
- **k** es el número de estratos (número de corporaciones, Viña del Mar y Valparaíso, es decir 2)
- **n<sub>h</sub>** es el tamaño de la muestra del estrato h
- **n** es el tamaño de la muestra general

Reemplazando:

$$n = \frac{\frac{0,4576 \cdot 54 \cdot 0,5 \cdot (\delta^2 \cdot 0,5)}{54 \cdot 0,5 \cdot (\delta^2 \cdot 0,5)} + \frac{0,5424 \cdot 64 \cdot 0,5 \cdot (\delta^2 \cdot 0,5)}{64 \cdot 0,5 \cdot (\delta^2 \cdot 0,5)}}{\delta^2 + \frac{0,4576}{54} + \frac{0,5424}{64}}$$

$$n = 20,2$$

$$n \approx 20$$

Figura N°4. Fórmula cálculo muestral para determinar número de odontólogos

Una vez que se obtiene la muestra total requerida ( $n$ ), la muestra para cada estrato  $h$  se obtiene según:

$$n_h = n \cdot W_h$$

Es decir,

- **Muestra Conmuval** =  $54,6 \times 0,4576 \approx 25$  encuestas
- **Muestra Conmuviña** =  $54,6 \times 0,5424 \approx 30$  encuestas

#### **Variables:**

- **Lugar de trabajo:** variable cualitativa nominal.  
Definición operacional: corresponde al Centro de Salud Familiar (CESFAM) en el cual se desempeña el profesional.
- **Tiempo de servicio:** variable cuantitativa discreta.  
Definición operacional: corresponde al número de meses que ha cumplido el profesional ejerciendo su rol en el CESFAM asignado.
- **Especialidad:** variable cualitativa nominal.  
Definición operacional: corresponde a si ha realizado alguna especialización en el área de salud.
- **Formación de pre-grado :** variable cualitativa nominal  
Definición operacional: corresponde a si el odontólogo recibió conocimiento en su estudios de pre-grado en forma teórica, clínica, ambas o ninguna sobre los pacientes con necesidades especiales.
- **Estudios de post-grado:** variable cualitativa dicotómica.  
Definición operacional: corresponde a si el odontólogo posee o no estudios de post grado en relación a conocimientos en el manejo de pacientes con necesidades especiales.
- **Tipo de estudios de post-grado:** Variable cualitativa nominal.  
Definición operacional: Corresponde a qué tipo de estudio de post-grado realizó el odontólogo en relación a los pacientes con necesidades especiales, ya sea capacitación, curso o especialidad.
- **Necesidad de conocimientos específicos:** variable cualitativa dicotómica.  
Definición operacional: corresponde a si el odontólogo encuentra necesario o no, tener mayor conocimiento para la atención de pacientes con necesidades especiales.

- **Capacitación:** Variable cualitativa dicotómica.  
Definición operacional: corresponde a si el odontólogo ha recibido algún tipo de capacitación o no por el Servicio donde trabaja.
- **Conocimiento guía clínica MINSAL “Salud Oral Integral para Menores de 20 años en Situación de Discapacidad que Requieren Cuidados Especiales en Odontología ” generadas por el Ministerio de Salud:** variable cualitativa dicotómica.  
Definición operacional: corresponde al conocimiento y aplicación de la guía del MINSAL en la práctica de la profesión.
- **Lectura guía clínica MINSAL “Salud Oral Integral para Menores de 20 años en Situación de Discapacidad que Requieren Cuidados Especiales en Odontología ” generadas por el Ministerio de Salud:** variable cualitativa dicotómica.  
Definición operacional: corresponde al sí ha tenido la oportunidad de leer o no la guía del MINSAL en la práctica de la profesión.
- **Políticas públicas:** variable cualitativa dicotómica.  
Definición operacional: corresponde a si existe conocimiento de parte de los profesionales sobre el tema del manejo y apoyo de estos pacientes en cuanto a su estado de salud bucal por parte del Estado.
- **Conocimiento sobre la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud publicada por la CIF en el 2001:** Variable cualitativa dicotómica.  
Definición operacional: corresponde a si existe o no conocimiento de parte del odontólogo sobre esta clasificación.
- **Interés del empleador:** variable cualitativa dicotómica.  
Definición operacional: necesidad del Director en corroborar conocimientos sobre la atención de pacientes de estas características.

## RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una encuesta para los odontólogos pertenecientes a los Centros de Atención Primaria de la comuna de Valparaíso y Viña del Mar, llamada “Encuesta al profesional odontólogo”.

La encuesta se realizó de forma presencial, a cada odontólogo que estuviera trabajando en los centros de atención primaria en el momento de la visita. En la misma encuesta existe una nota explicativa donde se indica el objetivo de ésta y se les invita a participar voluntariamente. Se hizo entrega a cada participante de un consentimiento informado donde aceptan las condiciones para participar de este estudio. (Ver anexo)

Esta medición se realizó durante el mes de Mayo del 2015, la información recopilada fue de manera confidencial. La aplicación de la encuesta fue realizada por las tesisistas.

Previamente a la creación del instrumento de estudio, se solicitó la encuesta como método de medición a investigadores que habían estudiado tópicos similares en otros continentes, pero por los diferentes sistemas de salud y realidades de las poblaciones de estudio no fueron posibles de homologar a la población seleccionada para el presente estudio. Al no existir estudios con poblaciones similares al seleccionado en este estudio, el instrumento fue creado por las alumnas tesisistas guiado por tres profesionales expertos en el tema. Antes de la ejecución de la encuesta se realizó una prueba del instrumento para darle validez con el sistema Focus-Group. Se escogieron al azar odontólogos que libremente quisieran participar, que se encontraban realizando sus funciones en los centros de atención primaria de cada comuna donde se entregaron las encuestas, para verificar que al responderla entendieran todos los ítems con claridad.

Las encuestadoras fueron calibradas previamente para evitar asignar juicios de valor a las preguntas y tener un conocimiento equitativo con respecto al tema.

### **Instrumentos y materiales utilizados**

El instrumento que se utilizó corresponde a una encuesta que consta de 14 preguntas que se explicarán a continuación.

Se utilizó el programa Excel para hacer el cuestionario, el cual provee utilidades básicas de análisis estadístico para el tratamiento del resultado posterior.

Dicha encuesta evalúa dos ítems que están agrupados en conocimiento y capacitación. (Ver anexo).

A nivel a conocimiento se midió:

- Formación de pre-grado.
- Realización de algún estudio de post-grado.
- Conocimiento y lectura de Guía Clínica
- Conocimiento de las políticas públicas.

- Conocimiento sobre la clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y de la salud expuesta por la CIF en el 2011.

En cuanto a capacitación:

- Interés del empleador por conocimiento y experiencia del profesional frente al tratamiento de pacientes con necesidades especiales.
- Interés del odontólogo en capacitarse sobre el tema.
- Percepción del odontólogo, en su propia capacidad para atender a pacientes con necesidades especiales.

Este tipo de instrumento presenta ventajas como la aplicación fácil y de poca extensión al querer obtener información de una muestra de gran tamaño.

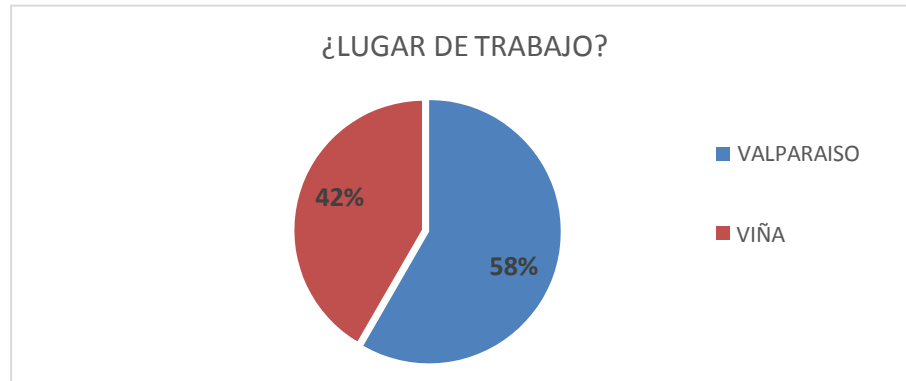
### **Análisis de Datos:**

El tipo de estadística utilizado en este estudio fue de carácter descriptivo.

Siendo obtenidos los datos de las encuestas se tabularon en tablas y gráficos de resumen de información. Se realizó cálculos de medidas descriptivas como los Porcentajes. También se realizaron cálculos de porcentaje comparando ambas poblaciones por lo que se utilizó el test de Chi cuadrado. Esta sección fue desarrollada mediante el programa estadístico Microsoft office Excel 2010 y SSPS.

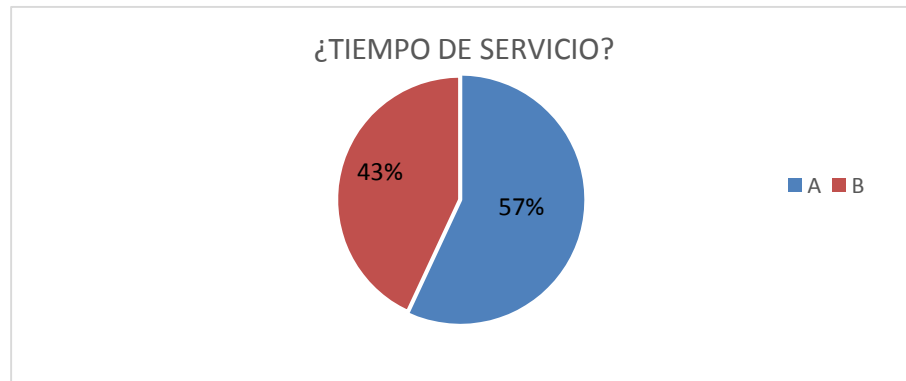
## RESULTADOS

### Aspectos generales:



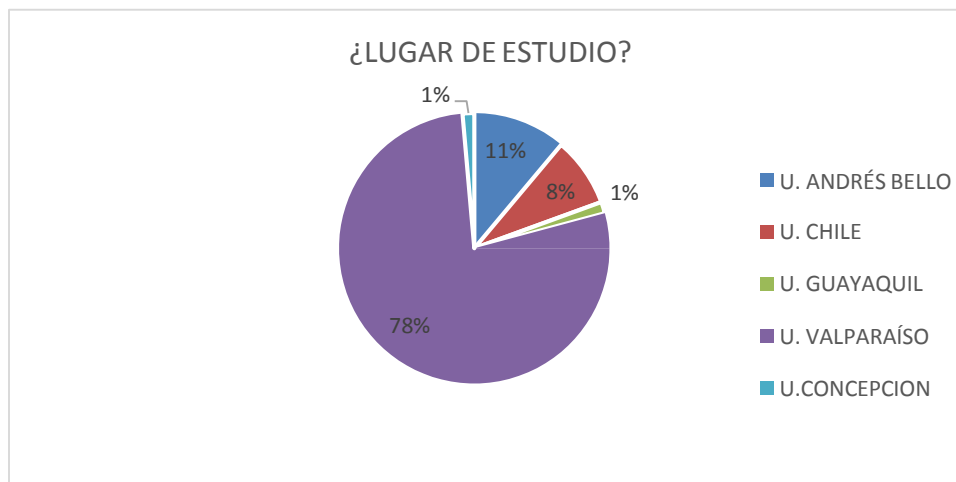
*Gráfico N°7 Frecuencia "Lugar de trabajo"*

Del total de odontólogos encuestados, el 58% trabaja en la zona de Valparaíso y un 42% trabaja en la zona de Viña del Mar.



*Gráfico N°8 Frecuencia "Tiempo de servicio"*

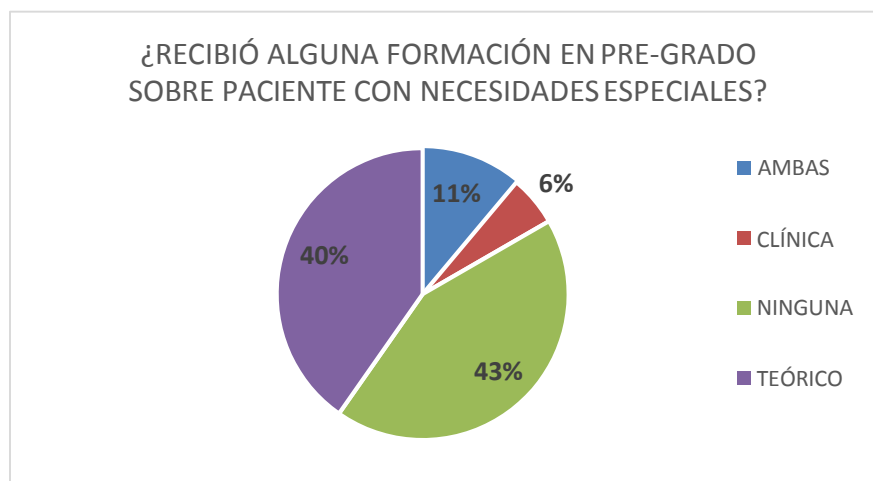
Con respecto al tiempo de servicio se encuentra que el 57% de los encuestado se encuentra en el rango A (1-5 años) versus un 43% que pertenecen al rango B (6 o más años). (Gráfico N°8)



**Gráfico N°9 Frecuencia de "Lugar de estudio"**

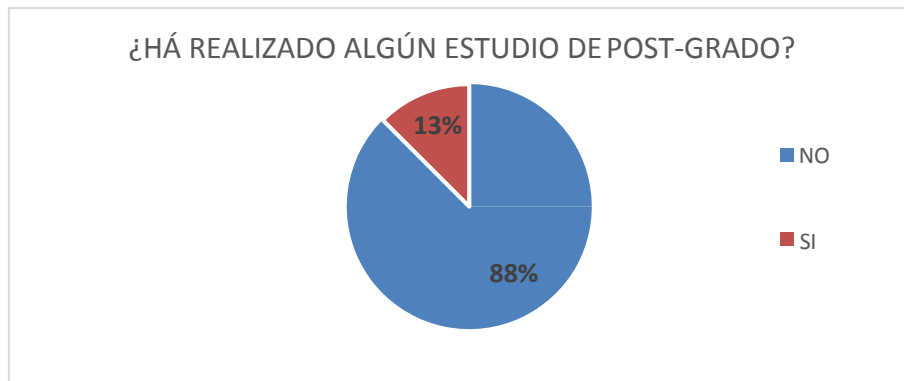
En relación al Lugar de Estudio, el 78% recibió su formación de Pre-grado en la Universidad de Valparaíso, siguiendo con un 11% la Universidad Andrés Bello, luego un 8% Universidad de Chile y con un 1% la Universidad de Concepción y Universidad de Guayaquil. (Gráfico N°9)

## CONOCIMIENTO:



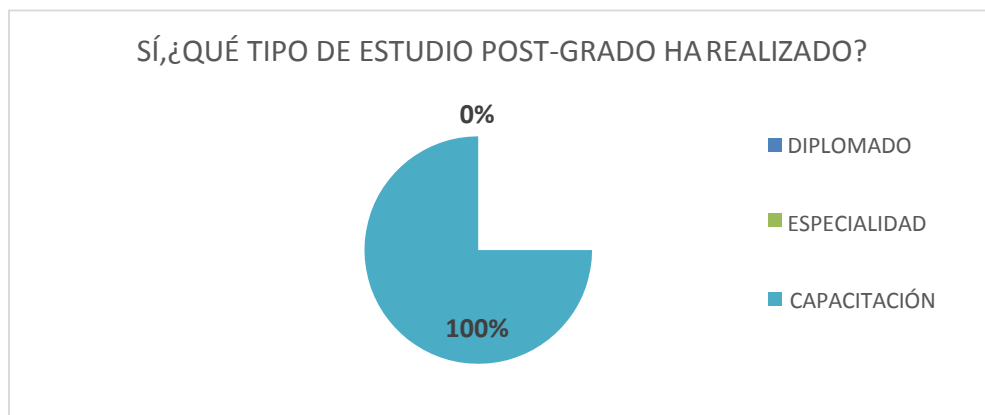
**Gráfico N°10 Frecuencia de "Formación de Pre-Grado"**

Se les pregunto a los encuestados si en su formación de pre-grado recibieron información sobre Pacientes con Necesidades Especiales, el 43% respondió que no había recibido formación de ningún tipo, un 40% de los encuestados recibió una formación de tipo teórica, el 11% recibió tanto formación teórica como clínica y solo un 6% recibió formación clínica. (Gráfico N°10).



*Gráfico N°11 Frecuencia de "Estudio de Post-Grado"*

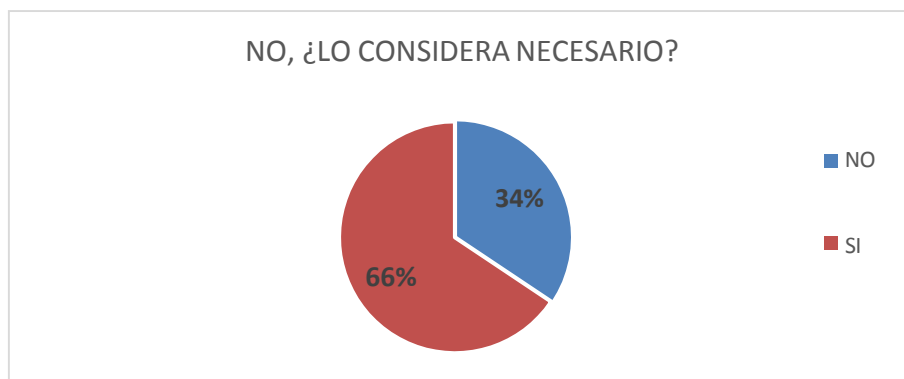
Al consultar sobre estudios de Post-Grado con respecto a Pacientes con Necesidades Especiales, solo un 13% de los encuestados ha realizado algún tipo de estudio. (Gráfico N°11)



*Gráfico N°12 Frecuencia de "Tipo de estudio de Post-Grado"*

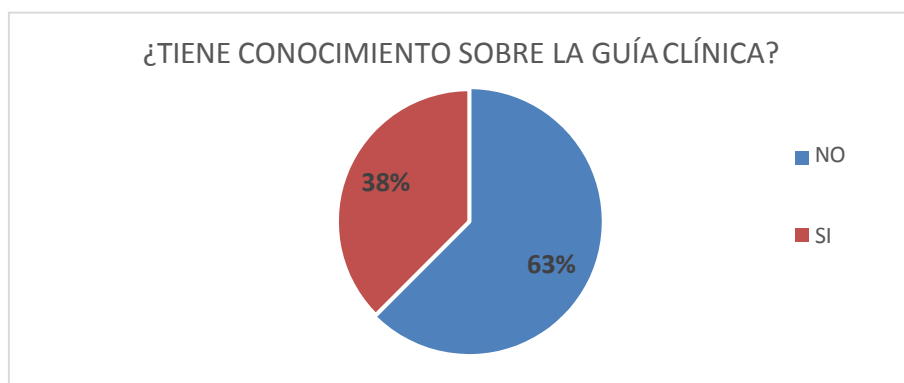
De los encuestados que si han realizado algún estudio de post-grado, el 100% corresponde al tipo de capacitación. (Gráfico N°12).

Aquellos encuestados que no han realizado un estudio de Post-grado, el 66% de ellos lo considera necesario y un 34% no lo encuentra necesario. (Gráfico N°13).



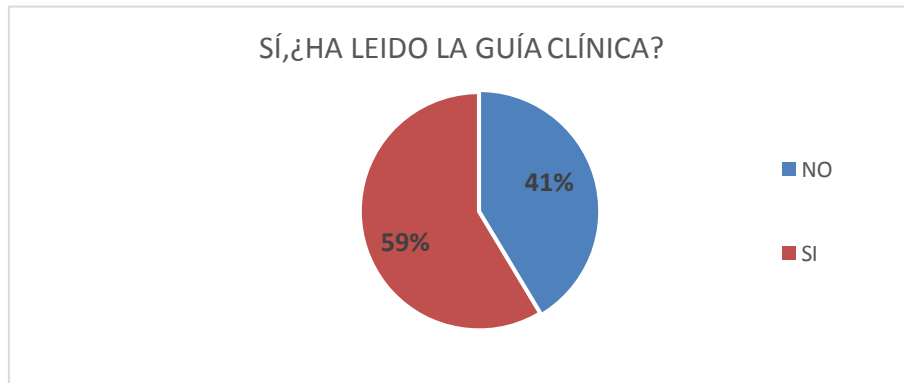
**Gráfico N°13 Frecuencia de "Necesidad estudio de Post-grado"**

Con respecto al conocimiento por parte de los encuestados de la Guía clínica de "Salud Oral Integral para Menores de 20 años en Situación de Discapacidad que requieren cuidados especiales en Odontología", un 63% no tiene conocimiento respecto a ésta, y un 38% sí tiene conocimiento de la guía clínica. (Gráfico N°14)



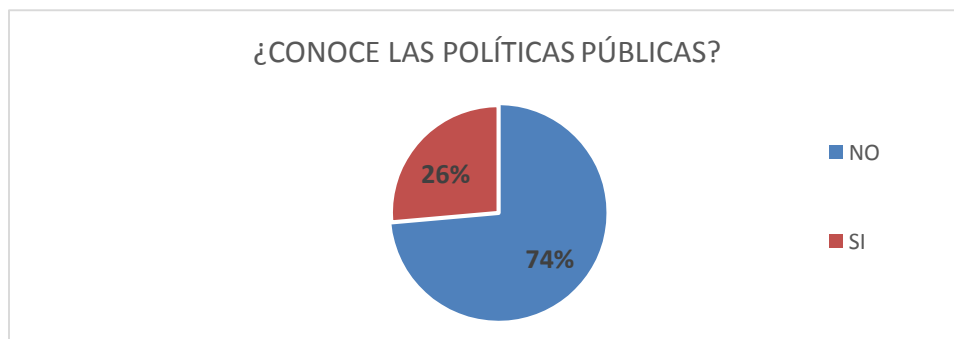
**Gráfico N°14 Frecuencia de "Conocimiento guía clínica"**

Del grupo de odontólogos que tiene conocimiento de la guía clínica, un 59% la ha leído, versus un 41% que no la ha leído. (Gráfico N°15)



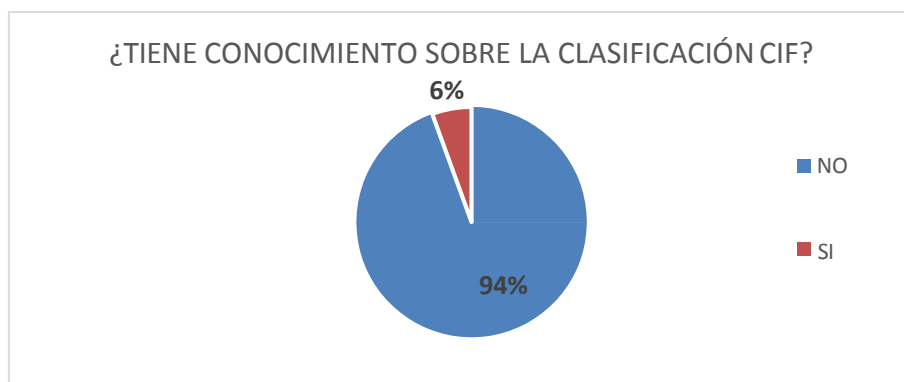
**Gráfico N°15 Frecuencia de "Lectura guía clínica"**

Con respecto al conocimiento de las políticas públicas, un 74% no tiene conocimiento de ellas y solo un 26% de los odontólogos sí lo tiene. (Gráfico N°16)



**Gráfico N°16 Frecuencia de "Conocimiento políticas públicas"**

Al preguntar sobre su conocimiento de la "Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF)", solo un 6% de los odontólogos conocen esta clasificación y el 94% no tiene conocimiento al respecto. (Gráfico N°17)



**Gráfico N°17 Frecuencia de "Conocimiento clasificación CIF"**

### Capacitación:

En el tema de capacitación, se les preguntó a los profesionales si ellos se sentían capacitados para atender a pacientes con necesidades especiales, el 64% de ellos considera que sí se sienten capacitados, mientras que el 36% no se considera capacitado para atender a pacientes con necesidades especiales. (Gráfico N°18)



Gráfico N°18 Frecuencia de "Percepción capacidad"

Con respecto a su interés en recibir algún tipo de capacitación con respecto al tema, el 82% de los odontólogos encuestados sí le interesaría recibir algún tipo de capacitación, y a solo un 18% de los profesionales no les parece útil en su práctica clínica. (Gráfico N°19)

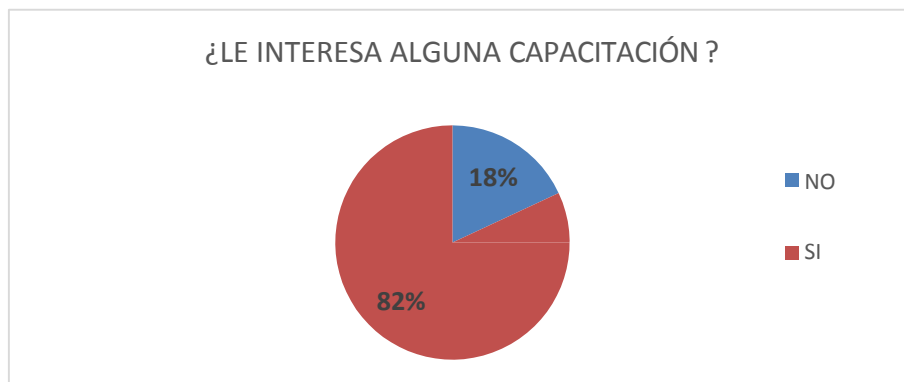
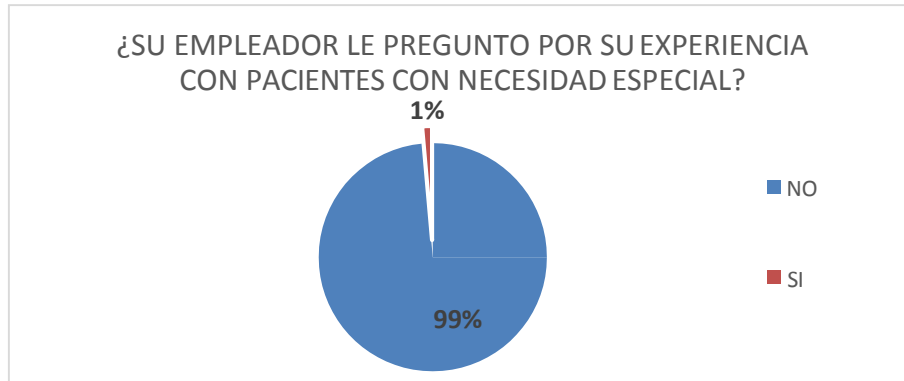


Gráfico N°19 Frecuencia de "Interés por capacitación"

Al preguntar sobre si su empleador en el momento de la entrevista le consultó sobre su experiencia en la atención de pacientes con necesidades especiales, solo

un 1% relató haber sido preguntado con respecto al tema, el 99% restante no fueron preguntados por sus capacidades en la atención de estos pacientes. (Gráfico N°20)

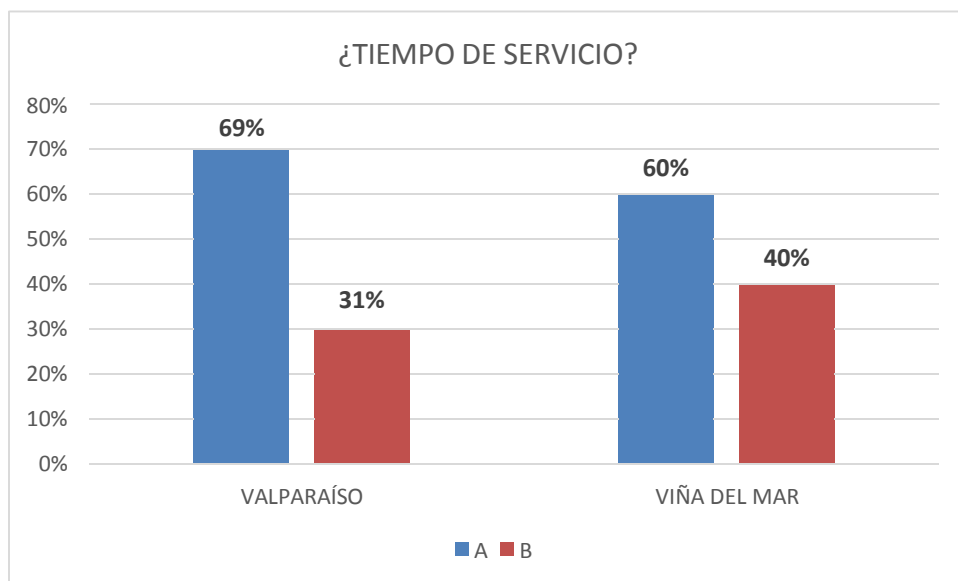


**Gráfico N°20 Frecuencia de "Experiencia previa"**

## Comparación

### Aspecto General:

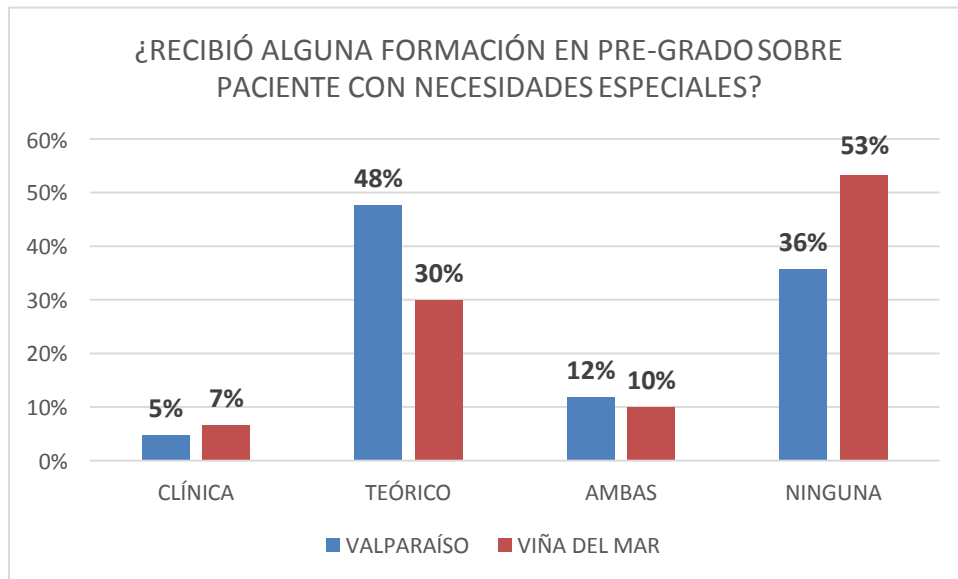
En relación al tiempo de servicio los pertenecientes al rango A fue del 69% en Valparaíso, comparado con un 60% en Viña del Mar. En el rango B en Valparaíso hay un 31% y en Viña del Mar un 40%. (Gráfico N°21)



**Gráfico N°21 Frecuencia de "Tiempo de servicio"**

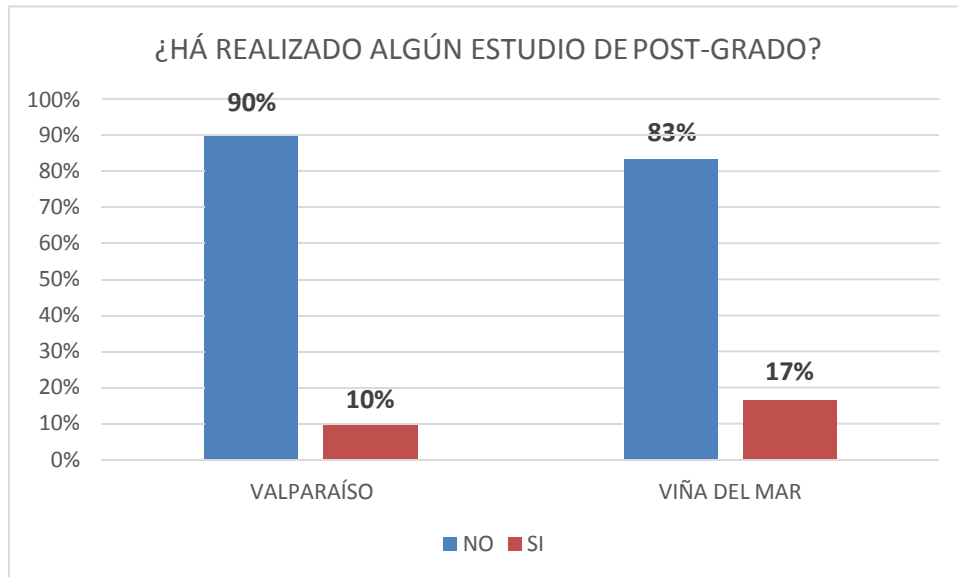
### Conocimiento:

Comparando la formación de Pre-Grado, en el área clínica en Valparaíso fue un 5% y en Viña del Mar un 7%. En el aspecto teórico un 48% corresponde a Valparaíso y un 30% en Viña del Mar. Los que recibieron ambos tipos ya sea clínica y teórico fue un 12% en Valparaíso versus un 10% en Viña del Mar. El grupo que no recibió ningún tipo de formación en pre-grado fue un 36% en Valparaíso y un 53% en Viña del Mar. (Gráfico N°22)



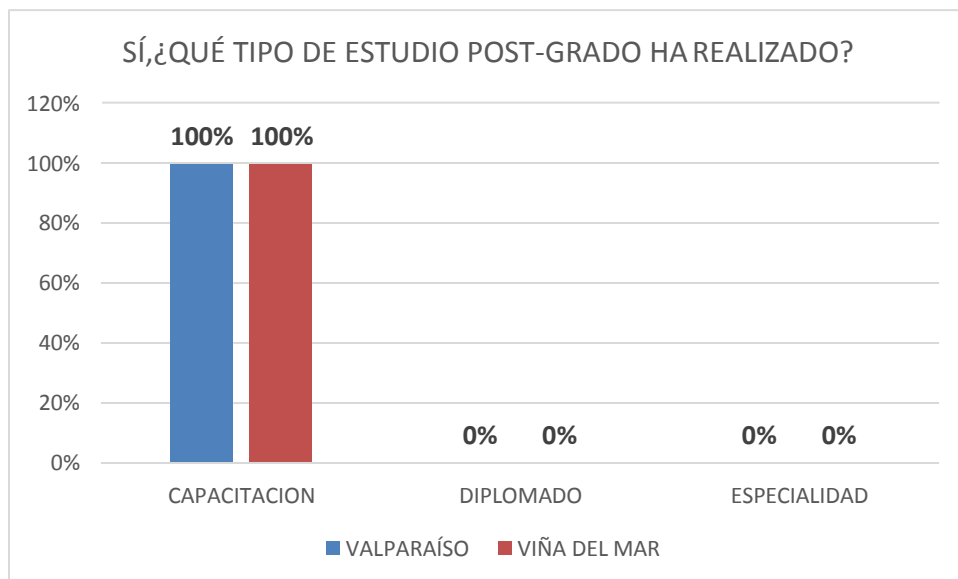
**Gráfico N°22 Frecuencia de "Formación de Pre-Grado"**

Al preguntarle al profesional si ha realizado algún estudio de post-grado con respecto a pacientes con necesidades especiales, un 90% de Valparaíso y un 83% de Viña del Mar no ha realizado algún estudio. Los que sí lo han realizado, son un 10% en Valparaíso y un 17% en Viña del Mar. (Gráfico N°23)



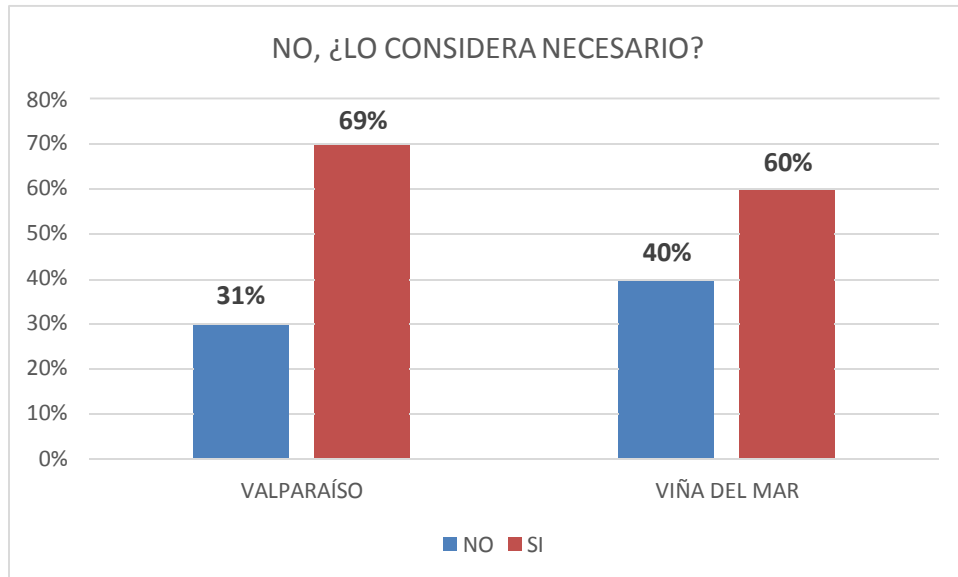
**Gráfico N°23 Frecuencia de “Estudio Post-Grado”**

Del grupo que sí ha realizado algún estudio de post-grado, el 100% de ellos, ya sea pertenecientes a Valparaíso y Viña del Mar, fue del tipo Capacitación. (Gráfico N°24)



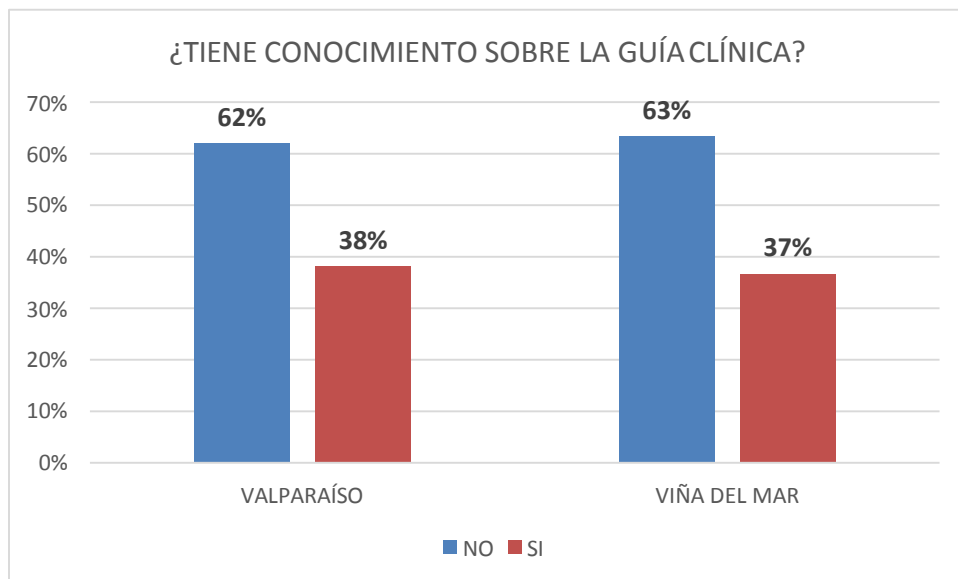
**Gráfico N°24 Frecuencia de “Tipo estudio Post-Grado”**

Los profesionales que no han realizado estudio de post-grado, un 31% de Valparaíso no lo considera necesario y un 40% de Viña del Mar. Un 69% de Valparaíso sí lo considera necesario al igual que el 60% de Viña del Mar. (Gráfico N°25)



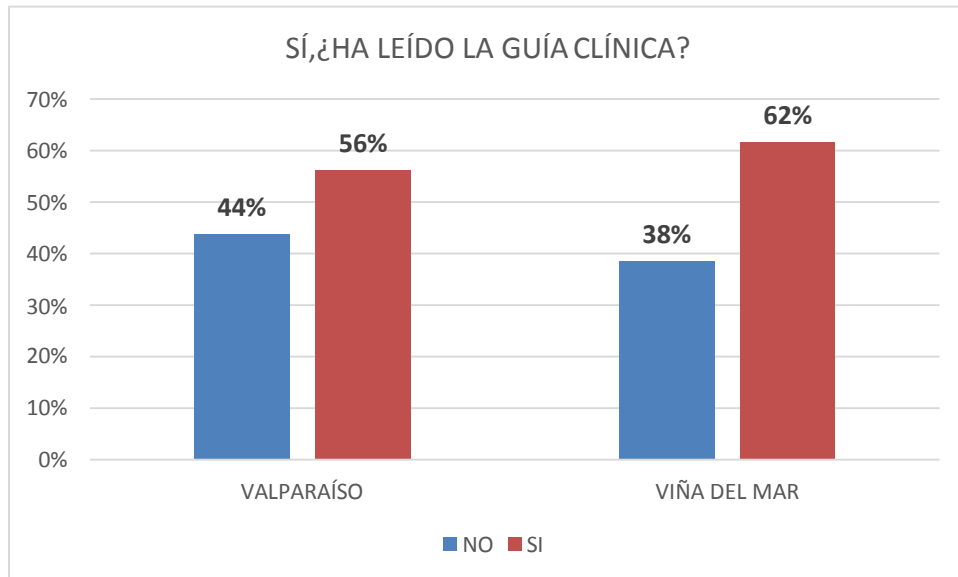
**Gráfico N°25 Frecuencia de "Necesidad estudio Post-grado"**

En cuanto al conocimiento de la Guía Clínica, un 62% de Valparaíso y un 63% de Viña del Mar no tienen conocimiento de ésta. Un 38% de Valparaíso y un 37% de Viña del Mar sí tienen conocimiento al respecto. (Gráfico N°26)



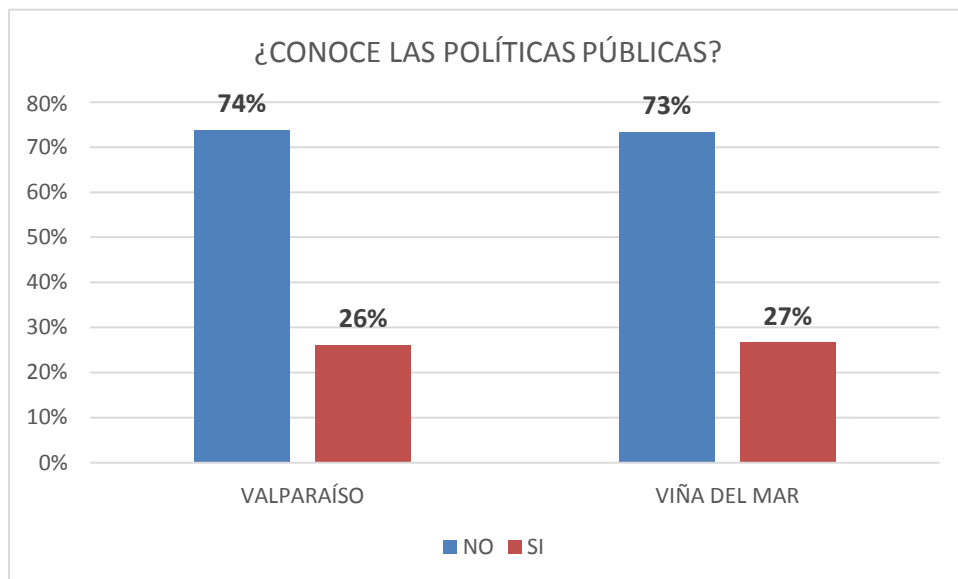
**Gráfico N°26 Frecuencia de "Conocimiento guía clínica"**

De los que tenían conocimiento de la guía clínica un 44% de Valparaíso y un 38% de Viña del Mar no la han leído. En Valparaíso un 56% y en Viña del Mar un 62% si ha leído la guía clínica. (Gráfico N°27)



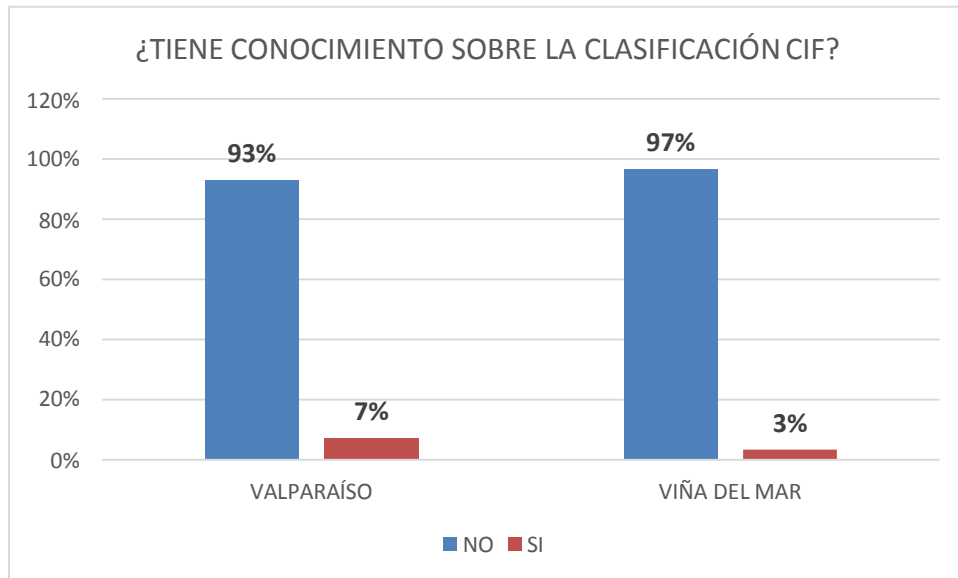
**Gráfico N°27 Frecuencia de “Lectura guía clínica”**

Sobre el conocimiento de las políticas públicas en Valparaíso un 74% y en Viña del Mar un 73% no tenían conocimiento de ellas. Los que sí sabían de las políticas públicas, un 26% en Valparaíso y un 27% en Viña del Mar. (Gráfico N°28)



**Gráfico N°28 Frecuencia de “Políticas públicas”**

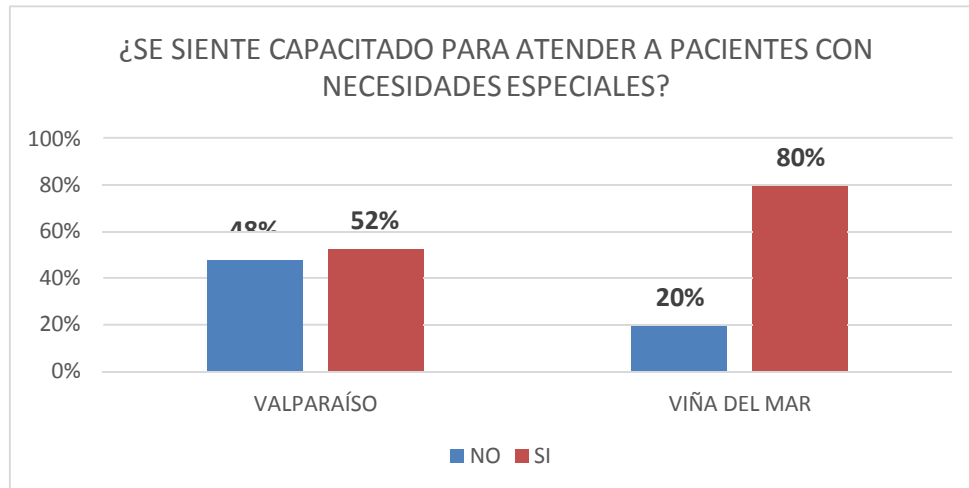
En cuanto al conocimiento de la clasificación de CIF, un 93% de Valparaíso junto con el 97% de Viña del Mar no sabían de dicha clasificación. En Valparaíso un 7% y en Viña del Mar un 3% de los encuestados conocen esta clasificación de CIF. (Gráfico N°29)



**Gráfico N°29 Frecuencia de "Clasificación CIF"**

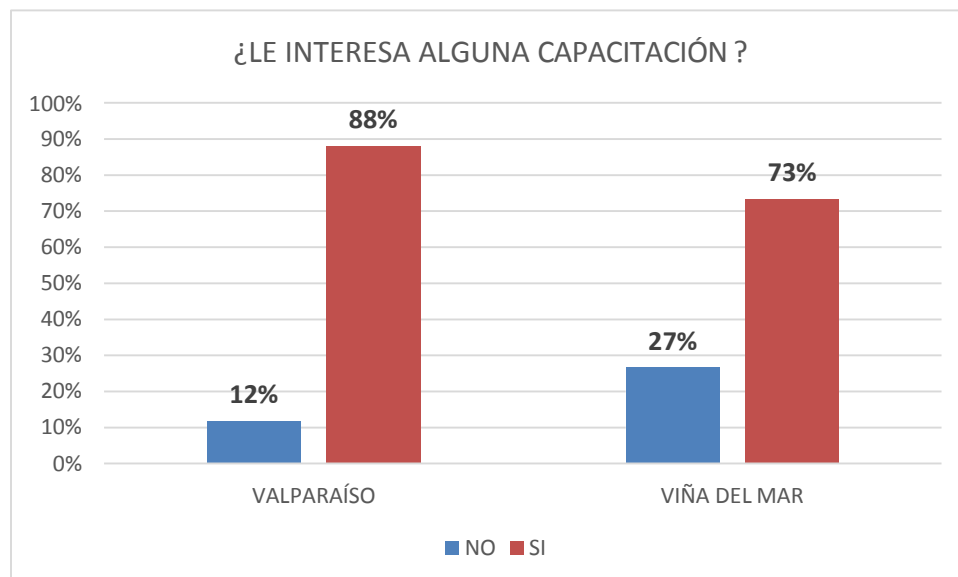
### **Capacidad:**

Un 48% de los profesionales de Valparaíso no se siente capacitado para atender a pacientes con necesidades especiales, en comparación con el 20% de Viña del Mar. Los que sí se sienten con la capacidad para atender a dichos pacientes corresponden a un 52% de los profesionales de Valparaíso y un 80% de Viña del Mar. (Gráfico N°30)



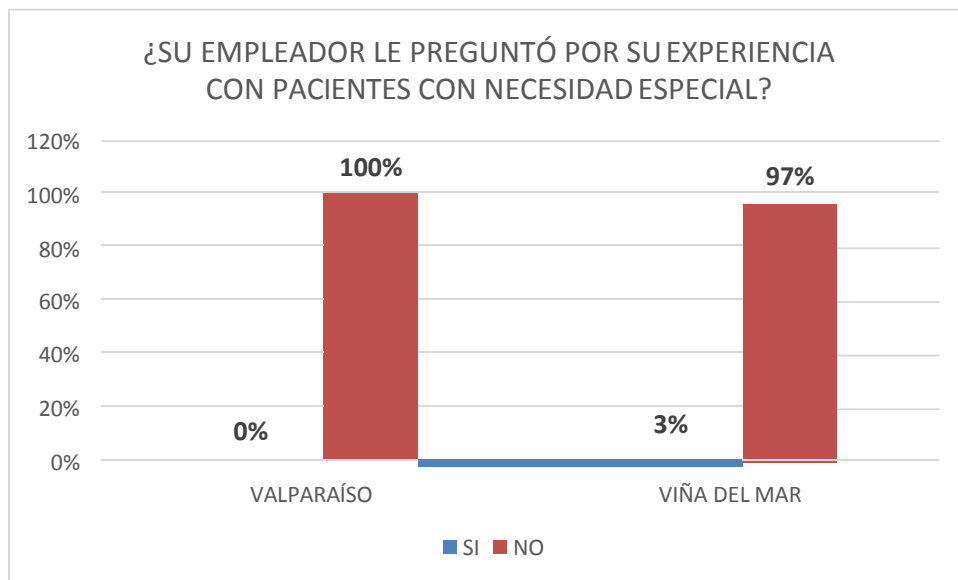
**Gráfico N°30 Frecuencia de "Sensación capacidad"**

En cuanto a su interés por capacitarse, un 12% de Valparaíso y un 27% de Viña del Mar no presenta mayor interés en realizar alguna capacitación, en comparación con el 88% de Valparaíso y un 73% de Viña del Mar que sí tienen el interés de realizarlo. (Gráfico N°31)



**Gráfico N°31 Frecuencia de "Interés por capacitación"**

Con respecto al su experiencia previa, si su empleador le consultó al respecto, solo a un 3% de Viña del Mar se le preguntó sobre su experiencia anterior. Un 100% de Valparaíso y un 97% de Viña del Mar responden que no se les consultó al respecto al postular a su trabajo. (Gráfico N°32)



**Gráfico N°32 Frecuencia de “Experiencia previa”**

## DISCUSIÓN

El presente estudio se generó con la finalidad de adquirir una perspectiva sobre la realidad del tratamiento odontológico que es efectuado a los pacientes con necesidades especiales, atendidos en los CESFAM de las comunas de Viña del mar y Valparaíso pertenecientes a las corporaciones municipales de dichas ciudades, y de esta manera lograr nuestro objetivo principal, que consiste en capturar la percepción que posee el odontólogo de su conocimiento y capacitación frente a la atención de estos pacientes, mediante la realización de una encuesta.

La finalidad de la encuesta es determinar dos grandes aspectos, que son si el odontólogo se siente capacitado para la atención adecuada, y si considera poseer los conocimientos necesarios para efectuar la atención correcta en estos pacientes.

En la actualidad, la bibliografía de este tema en nuestro país no cuenta con publicaciones en las que se detecten estas cualidades de los odontólogos, es decir que mida la percepción de conocimiento y capacidad, siendo lo más próximo a esto, el estudio presentado en la tesis para optar al grado de Cirujano dentista de la Universidad de Chile durante el año 2013<sup>16</sup>. La tesis compara los tiempos de atención clínica, donde la relevancia va más orientada a los procedimientos realizados y al tiempo que éstos demoran y las diferencias numéricas que éstas difieran en el tratamiento de pacientes sanos. Por otro lado, en otra población, esta vez odontólogos de Estados Unidos, encontramos que sí existen estudios que hablan sobre la capacidad y los conocimientos. Es así como el estudio realizado a 208 odontólogos de formación general en la ciudad de Michigan durante el año 2015. Según el autor nortamericano Loan P. Dao y colaboradores<sup>9</sup> sugiere que una parte de los encuestados minoritaria, consideran que su formación de pregrado los preparó adecuadamente para el tratamiento de estos pacientes.

También encontramos otro estudio realizado en Estados Unidos y Canadá, según Krause y colaboradores<sup>20</sup> indica que, en los estudios de pregrado el mejor acercamiento para el tratamiento de estos pacientes, es entregado mediante los conocimientos teóricos sumado a los conocimientos que impartían mediante la clínica, sin embargo en éste estudio se sugiere generar un protocolo de enseñanza similar para todas las escuelas dentales y de ésta manera eliminar la disparidad que puede existir en la futura atención de los pacientes.

Por otra parte en otro estudio efectuado en Estados Unidos el autor PS Casamassimo<sup>11</sup> señala que, los odontólogos formados con cátedras donde había atención en la práctica para estos pacientes, describieron un número menor de barreras para el tratamiento de estos pacientes, sin embargo también detalla que los odontólogos de generaciones más antiguas que no adquirieron esta formación en su pregrado, poseen un genuino interés en la atención de estos pacientes y no presentan barreras desde su perspectiva para un tratamiento adecuado.

Los odontólogos que se encuentran dedicados a la atención del sector público tienen una labor importante, ya que es el primer acercamiento a la realidad de cada paciente, por lo tanto es relevante que a sus conocimientos esté incorporado la atención correcta de este sector de la población, pues si bien no están actualizados los datos según el censo fallido en nuestro país realizado el año

2012, sabemos que esta población va en aumento y con una mayor esperanza de vida. En la encuesta CASEN realizada en el año 2004 el porcentaje de las personas con discapacidad correspondía a 8,53% en nuestra quinta región, región de Valparaíso. Por lo tanto es importante conocer si la atención de esta población, que no es un número menor y que posee características especiales recibe la atención adecuada.

Para una comprensión didáctica se evaluaron dos grandes temas que describiremos como PERCEPCION DE CONOCIMIENTO y CAPACITACION, las cuales se descomponen en una serie de preguntas. Y para generar una correlación consideramos también el tiempo de servicio que posee trabajando en la salud primaria, a lo cual podemos asignarle un valor sumativo que se corresponde con la experiencia clínica y el lugar donde el odontólogo hizo su estudio de pregrado y de esta manera considerar los diferentes enfoques posibles en el manejo de este tema.

Podemos ver que de aquellos odontólogos que contestaron la encuesta, en relación al tiempo de servicio efectuado en la atención primaria en las comunas descritas, encontramos como porcentaje que el 56,6% de los encuestados trabajan hace menos de cinco años en la atención primaria, por otra parte el 43,1% lleva un periodo mayor a cinco años en el sector primario de la salud pública. Al comparar ambas ciudades, observamos que en Viña del Mar, los odontólogos se sienten más capacitados para atender a pacientes con necesidades especiales; lo cual se vería asociado a mayor tiempo de servicio que poseen los encuestados de esta ciudad. Este resultado es avalado por lo expuesto anteriormente en el estudio de PS Casamassimo y colaboradores<sup>11</sup> en Estados Unidos el 2004.

Según la formación adquirida en pregrado, se obtuvo en este estudio que el 43,1% de los encuestados indica que no se le otorgó conocimientos teóricos ni clínicos, mientras que el 40,3% indica que si obtuvo conocimientos en su formación teórica, por otra parte el 5,6% señala que se les dieron conocimientos solo en su parte clínica y por ultimo 11,1% señala que se le fue otorgado de ambas formas. Por lo tanto es de suma importancia regular esta disparidad, para que de ésta manera todos los profesionales posean las mejores herramientas en el tratamiento de estos pacientes a nivel de atención primaria, como lo sugiere Meggan Krause<sup>20</sup> y colaboradores en el estudio realizado en el 2010.

También es importante señalar que un porcentaje considerable, el cual corresponde al 43,1% no obtuvo una formación teórica ni clínica para la atención de éstos pacientes, lo que se acredita con lo declarado por Loan P. Dao y colaboradores<sup>9</sup>, donde se señala que solo una minoría recibió conocimientos en pregrado del tema.

En relación al ítem de percepción del conocimiento se obtuvo que, en cuanto a si los odontólogos poseen estudios de post grados con respecto al tema, el 87.5% indicó que no posee estudios realizados después de egresados sobre el tema y el 12.5% restante si señala que realizó alguna capacitación posterior a su pregrado, lo cual corresponde mayormente a capacitaciones dirigidas desde el servicio público al cual pertenecen. De aquellos que no poseen estudio alguno de post grado, un 58.3% indica que considera necesario algún tipo de estudio posterior para la atención clínica de estos pacientes, por lo que mediante estos resultados podemos inferir un interés y necesidad de integración y una mejor atención para estos pacientes con necesidades especiales. El porcentaje restante que no lo considera

necesario o relevante para su práctica clínica, se sustenta en motivos personales como jubilación próxima, baja frecuencia de asistencia de estos pacientes al consultorio, pudiendo ser por la presencia de otras instituciones privadas que absorben las necesidades de estos pacientes. Dentro de la aplicación de la encuesta se nos indicó por algunos de los profesionales que adquirieron capacitación, que esta capacitación fue otorgada por parte del sistema público, donde un número aproximado de 3 odontólogos por municipalidad fue llamado a una capacitación durante noviembre del año 2014, con la finalidad que luego de asistir tuvieran que compartir los conocimientos adquiridos al resto del equipo odontológico.

Respecto al tema de que si los odontólogos poseen conocimiento de la Guía Clínica, podemos observar que la mayoría de los encuestados que corresponde 62,5 % no tenían conocimiento alguno sobre esta guía, frente a un 37,5 % que sí la conoce. De las personas que sí conocen la guía clínica, solo el 23,6% ha indicado que la ha leído.

Es de importancia tener conocimientos de esta guía clínica del 2012, debido a que nos otorga el nivel de conocimiento mínimo requerido por el MINSAL para la atención de pacientes con necesidades especiales. Podemos observar que tanto en la comuna de Viña del Mar como en la comuna de Valparaíso el porcentaje de desconocimiento es similar, por ende se hace necesario por parte de los odontólogos de ambas comunas que exista un mayor interés en el conocimiento y lectura de esta guía clínica para una adecuada y actualizada atención de estos pacientes.

Siguiendo con el ítem de percepción del conocimiento, se evaluó el tema de conocimiento de las políticas públicas que poseen los odontólogos de ambas comunas respecto a los pacientes con necesidades especiales, donde nos muestra que un 73,6%, siendo en la mayoría de los casos, no tiene conocimiento sobre el programa de prestaciones valoradas que realiza prevención y atención odontológica en sillón y en pabellón a niños discapacitados. Por lo tanto, es importante reconocer si es falta de prestadores para estas acciones o si hay carencia en la difusión por parte de los servicios tanto a los odontólogos como a los pacientes para acceder a ellos.

En cuanto al conocimiento expuesto por la CIF el 2011 el 94.4% indica que no conocen esta clasificación indicada por la OMS, lo que demuestra claramente la falta de conocimiento frente al tema. En relación a las comunas no se describen diferencias entre Valparaíso y Viña del Mar, por ende no podemos apreciar un conocimiento cuantificable.

Acerca del ítem de capacitación, frente al primer punto, que evalúa el interés del empleador por los conocimientos y experiencias del profesional frente al tratamiento de pacientes con necesidades especiales, observamos que el 98.6% del total encuestado indicó que su empleador no consultó por este dato, luego se puede inferir que no es un tema de relevancia para el ingreso a la atención pública.

Con respecto a la pregunta sobre interés del odontólogo en capacitarse sobre la atención de pacientes con necesidades especiales, el 81.9% contestó que sí desea adquirir capacitación sobre el tema versus un 18.1% que indicó que no, lo cual advierte que a pesar de haber herramientas como internet para conocer la guía clínica, las clasificaciones pertinentes y las políticas públicas sobre el tema, no se

observa el interés de adquirir capacitaciones, hay algo que no permite al odontólogo ser efectivo en la búsqueda de estos nuevos conocimientos.

En cuanto a la percepción del propio odontólogo en su capacidad de atención a estos pacientes el 63.9% indicó que sí se siente capaz de brindar atención a esta población. Como comparación, observamos que en Viña del Mar hay una mayor población que lo indica, viéndose de forma contraria en los odontólogos de Valparaíso, lo cual se podría explicar cómo mencionamos anteriormente a que existe un mayor tiempo de experiencia clínica otorgada por los años de ejercicio laboral en el grupo de Viña del Mar.

## CONCLUSIONES

Hemos recopilado información inédita que no existe en la bibliografía basada en nuestro país sobre un tema necesario en la actualidad odontológica, como es el paciente con necesidades especiales, el cual no solo se limita al típico paradigma de la persona discapacitada, si no que confronta a un estigma social que involucra al individuo y su entorno social, disminuyéndolo en su oportunidad de llevar una vida cotidiana como el acceso a salud pública. Para cumplir con este bien fundamental, necesitamos que los profesionales que otorgan atenciones en el área odontológica sean dueños de los más altos estándares de conocimiento y que posean capacitaciones que los hagan partícipes del equipo de salud de manera óptima.

De acuerdo a la información entregada a lo largo de este trabajo, podemos concluir que los odontólogos pertenecientes a los Centros de Salud Familiar que pertenecen a las corporaciones de Viña del Mar y Valparaíso sí realizan atención a los pacientes con necesidades especiales, atención que realizan sin discriminación por su habilidad, siendo ésta postergada solo cuando el manejo y la situación odontológica del paciente se escapa de las herramientas que poseen en sus sitios de trabajo. Sin desmedro de esto, encontramos lagunas de una base sólida para una efectiva atención a estos pacientes, tales como conocimientos de fácil acceso en internet, como la CIF, políticas públicas otorgadas por el Estado y la Guía clínica de atención a pacientes menores de 20 años con necesidad de atención odontológica publicada por el MINSAL, partiendo de la base en que las entidades educadoras no poseen un malla regulada en los aspectos de estas atenciones.

En cuanto al aspecto de capacitaciones existe una percepción positiva sobre ellos mismos en la atención a estos pacientes, aunque son pocos los casos que sean capacitaciones normadas bajo algún ente regulador como el Servicio de Salud, podríamos decir que la experiencia adquirida a lo largo de los años les ha brindado un manejo adecuado a las vicisitudes que podrían enfrentar al tratar a estos pacientes.

En cuanto a la utilidad de adquirir conocimiento y capacitación en esta área los resultados evidencian un interés real por parte de los profesionales, lo cual indica el ánimo de prosperar a una sociedad más inclusiva, por lo que debemos fomentar y esparcir las conductas positivas que integren a esta parte de la sociedad a sentirse como una persona integrada.

En cuanto a la atención en el nivel primario en los Centros de Salud Familiar efectivamente se realizan acciones clínicas a los pacientes con necesidades especiales en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso, a pesar de que muchos describieron dificultades, a raíz del mayor tiempo que se emplea en la atención de estos pacientes, de acceso a los pacientes que poseen movilidad reducida o se

encuentran postrados o que no son capaces de entender el procedimiento a realizar, entre otros obstáculos.

Si bien nuestro estudio es de base descriptiva exploratoria y presenta algunas limitaciones, creemos que éste es el comienzo de una nueva línea de investigación, la cual se hace necesaria para sortear el intrincado quehacer del odontólogo. Deseamos mejorar el nivel de información que se posee en este ámbito, el cual parece ser prácticamente nulo en nuestro país, para así ir generando estrategias cada día más efectivas para la inclusión, por lo que encontramos que es de importancia instar a más profesionales a indagar más sobre este ámbito en futuras investigaciones.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Dentro de las limitaciones podemos encontrar las de forma, en cómo llevar la investigación, ya que se trató de cuantificar temas como la percepción que son netamente cualitativos y suelen ser poco rescatados en nuestro ámbito.

A pesar de ser un estudio sin intervenciones en pacientes, encontramos múltiples limitaciones para el acceso a nuestros resultados, relacionados principalmente para acceder a las personas encargadas de los permisos necesarios para la realización del estudio.

No hay estudios que pudiéramos utilizar como precedentes con alguna población homologable. Los únicos estudios que habla de conocimientos y capacitación del tema, los cuales fueron citados en la discusión, no se corresponden con Chile, pues poseen otro tipo de sistema de salud y otras mallas curriculares en su formación.

Al seleccionar el sector público como población de estudio encontramos limitaciones burocráticas, que variaban de consultorio en consultorio y entre cada municipalidad.

En las preguntas de conocimiento específico hubo que realizar una explicación sobre siglas como el CIF, al cual los encuestados respondían a que una clasificación estimada por ellos como “obvia” o “lógica” era suficiente para su desempeño laboral o aclarar que las políticas públicas las establece MINSAL mediante los programas de PPV siendo esto información de fácil acceso.

Debido al tiempo de trabajo y sus diversas funciones y actividades fue difícil acceder a la población objetivo, por lo que hubo que asistir en variadas ocasiones a los diversos Centros de Salud para alcanzar la muestra adecuada.

## RESUMEN

**TITULO:** Percepción del conocimiento y capacitación que posee el odontólogo en la atención de pacientes con necesidades especiales, pertenecientes a la atención primaria de salud de las COMUNAS de VALPARAÍSO y VIÑA DEL MAR.

**NOMBRES:** Dra. Sabina Hernández Ovalle, Franchesca Cáceres Navarro, Claudia Jiménez Aguilar, Paula Lazcano Colarte.

### INTRODUCCION

Dentro de nuestra sociedad existen personas con características especiales, las cuales presentan limitaciones, restricciones y dificultades para su participación en ella.

La atención en salud de estas personas requiere de prestadores especializados y un equipo capacitado, por lo que es importante establecer estrategias para una mejor cobertura asistencial.

### OBJETIVO:

Establecer el conocimiento del odontólogo y su capacitación sobre pacientes con necesidades especiales en la APS de la comuna de Valparaíso y Viña del Mar.

### MATERIALES Y METODOS:

Estudio Descriptivo exploratorio que utilizó una muestra no probabilística de tipo consecutiva. Se determinó por muestreo estratificado con afijación proporcional y con un error de estimación global del 5%. Se consideró 55 odontólogos para la medición mediante una encuesta.

Con los datos obtenidos se calcularon porcentajes, y se comparó ambas poblaciones, usando el test de Chi cuadrado mediante el programa estadístico Microsoft office Excel 2010 y SSPS.

### RESULTADOS:

Conocimiento: 43% no presenta formación de pre-grado. 100% no presenta capacitación, siendo un 66% los que lo encuentran necesario. 63% no tiene conocimiento de la Guía Clínica y un 74% no conoce las políticas públicas. 94% no tiene conocimiento de la clasificación CIF.

Capacitación: 64% se siente capacitado para realizar la atención y un 82% le interesaría realizar alguna capacitación.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Comparando ambas ciudades, y considerando los parámetros de capacitación y conocimientos en tratamiento de pacientes con necesidades especiales, se asocian tanto a material de libre acceso para profesionales como instancias de capacitación y diplomados que se han generado en los últimos años; sin embargo la falta de estandarización en la formación de pregrado es un tema aún pendiente en la mayoría de las Universidades.

A pesar de esto los odontólogos suplen estas carencias con una actitud de servicio sin discriminación tratando de brindar tratamiento dentro de sus posibilidades en atención primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (2001) "Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud". Madrid: España.
2. American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs (2004). Definition of persons with special health care needs". *Pediatric Dent. Reference Manual*; 33 (6): 11-12.
3. E. Amate A. and cols. Discapacidad todo lo que debemos saber. Washington, DC: OPS. 2006. 2 -3p
4. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo. Sede de las Naciones Unidas en Nueva York. 2008.
5. Villar Villar Y., Bustos Alvarez I., Intervención de educación en salud oral en educadores y apoderados de alumnos de Escuela Especial Ema Sepúlveda, San Javier, (Talca, Chile) Universidad de Talca (Chile). Escuela de Odontología. 2012.
6. Liu Z, Yu D, Luo W, Yang J, Lu J, Gao S, Li W, Zhao W. Impact of oral health behaviors on dental caries in children with intellectual disabilities in Guangzhou, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2014 Oct 22;11(10):11015-27
7. Marulanda J et col. Salud oral en discapacitados. *Rev. CES Odont.*2011;24(1)71-76
8. Waldman HB, Perlman SP. Providing dental services for people with disabilities: why is it so difficult? *Ment Retard*. 2002 Aug; 40(4):330-3.
9. Loan P. Dao, B.S.; Zwetchkenbaum S., D.D.S.; Rohr Inglehart M., et col. General Dentists and Special Needs Patients: Does Dental Education Matter?, *Journal of Dental Education*. Volume 69, Number 10, 2005
10. Saad Salama F., BDS, MS1. Kebriaei A., DDS, MPH2. Durham T., DDS, MPA3. Oral Care for Special Needs Patients: A Survey of Nebraska General Dentists. *PEDIATRIC DENTISTRY V 33 / N O 5 SEP / OC T 1 2011*
11. Casamassimo P., D.D.S., M.S.; N. Seale S., D.D.S., M.S.D.; Ruehs K., D.D.S. General Dentists' Perceptions of Educational and Treatment Issues Affecting Access to Care for Children with Special Health Care Needs. *Journal of Dental Education*. Volume 68, Number 1 2003
12. Morales Chávez M. Odontología en pacientes especiales una necesidad creciente. Venezuela. Editorial Colson. 2012
13. Pérez Gallar A., Pérez Gallar G., Cómo trabajar con pacientes especiales. *Dental Tribune* 2014.
14. Sociedad Chilena de Pediatría, Krämer S. y Sillmann G. Chile. 2009.

15. Guía Clínica: Salud oral integral para pacientes menores de 20 años en situación de discapacidad que requieren cuidados especiales de odontología. MINSAL. 2012
16. Sepúlveda Aravena M. Comparación del tiempo requerido para la atención odontológica de pacientes con discapacidad intelectual y pacientes sanos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad De Chile. Tesis. Universidad De Chile 2013
17. Silvero F. Perdida prematura del primer molar permanente. Tesis.2013
18. Resultado Nacional. Prevalencia de Personas con discapacidad en Chile (ENDISC-CIF). 2004.
19. Asociación Latinoamericana de Odontología para Pacientes Especiales.
20. Krause M. et cols. Dental Education About Patients with Special Needs: A Survey of U.S. and Canadian Dental Schools, Journal of Dental Education November 1, 2010 vol. 74 no. 11 1179-1189

## ANEXOS

### 1. ENCUESTA DIRIGIDA AL ODONTÓLOGO.

Bienvenidos.

Este estudio forma parte de la tesis para optar al grado de Licenciado en Odontología y Cirujano Dentista titulado. El tema a tratar es "Conocimiento y capacitación que posee el Odontólogo en la atención de pacientes con necesidades especiales pertenecientes a los centros de atención primaria de salud de la comunas de Valparaíso y Viña del Mar.". Su respuesta será confidencial y anónima. Los encuestados fueron seleccionados al azar. Los resultados serán analizados y no se comunicaran sus datos individuales. Contesté este cuestionario con la mayor sinceridad posible, no hay respuestas correctas o incorrectas. Lea las instrucciones cuidadosamente.

Paciente con necesidades especiales es aquel que presenta alteración física, del desarrollo, mental, sensorial, del comportamiento, cognitiva o alteraciones emocionales, o alguna limitación, que requieran tratamiento médico y uso de servicios y programas especiales.

N° de encuesta:

Fecha: / /

Lugar de trabajo:

Tiempo de servicio:

Lugar de estudio:

Especialización:

1) En su formación de pregrado, ¿Existieron cátedras donde se incluyeran pacientes con necesidades especiales?

Pre-grado	
Post-grado	
Ambas	
Ninguna	

2) ¿Ha realizado algún estudio de post grado sobre el tema?

Sí  No

3) Si su respuesta es Sí ¿En qué lugar fue realizada?

Capacitación	
Curso	
Post-grado	

4) Si su respuesta es No, ¿Lo considera necesario en su práctica profesional?

Sí  No

5) ¿Usted se siente capacitado para atender pacientes con necesidades especiales?

Sí  No

6) ¿Le interesa realizar algún tipo de capacitación?

Sí  No

7) ¿Tiene conocimiento de la guía clínica de "Salud Oral Integral para Menores de 20 años en Situación de Discapacidad que Requieren Cuidados Especiales en Odontología " generadas por el Ministerio de Salud?

Sí  No

8) Si su respuesta es Sí, ¿Ha tenido la oportunidad de leer esta guía clínica?

Sí  No

9) ¿Está al tanto de políticas públicas de salud en esta materia?

Sí  No

10) ¿Tiene conocimientos sobre la " Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) en el 2001"?

Sí  No

11) Al momento de postular a su trabajo, ¿Su empleador preguntó por sus conocimientos y experiencia en el tratamiento de pacientes especiales?

Sí  No

Muchas gracias por su colaboración.

## DOCUMENTO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **Documento de Consentimiento Informado para Odontólogos que trabajen en atención primaria de la comuna de Valparaíso y Viña del Mar**

Somos alumnas de V año de odontología de la Universidad de Valparaíso, estamos investigando sobre la realidad del tratamiento odontológico en pacientes con necesidades especiales, lo cual es algo que va en aumento en este país. Antes de decidir participar, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Esta investigación consistirá en la contestación de una encuesta anónima.

Queremos incluir a todos los odontólogos que trabajen en los centros de atención primaria de la comuna para obtener su opinión de forma libre y voluntaria, dejando claro que existe la posibilidad de rechazar la participación en la encuesta cuando así lo estime conveniente.

Los datos serán tabulados solo por las tesis.

No compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial.

La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie, sino los investigadores tendrán acceso a verla.

Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información encerrada en cabina con llave.

La recolección de datos durará aproximadamente 20 minutos, a lo cual Ud. deberá contestar la encuesta solo una vez.

He sido invitado a participar en la investigación sobre la realidad odontológica de los pacientes con necesidades especiales en la atención primaria

Entiendo que contestaré una encuesta anónima y que los datos no serán divulgados. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará.

Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y el número telefónico que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento

Informado \_\_\_\_\_ (iniciales del investigador/asistente)

**CESFAM PERTENECIENTES A LA CORMUVAL.**

- CONSULTORIO BARON
- CONSULTORIO REINA ISABEL
- CONSULTORIO PLACERES
- CONSULTORIO PLACILLA
- CONSULTORIO ESPERANZA
- CONSULTORIO QUEBRADA VERDE
- CONSULTORIO RODELILO
- CONSULTORIO LAS CAÑAS
- CONSULTORIO CORDILLERA
- CONSULTORIO PUERTAS NEGRAS
- CONSULTORIO MARCELO MENA
- CONSULTORIO PADRE DAMIÁN

**CESFAM PERTENECIENTES A LA CORMUVIÑA.**

- CONSULTORIO LAS TORRES
- CONSULTORIO JUAN CARLOS BAEZA
- CONSULTORIO CIENFUEGOS
- CONSULTORIO MARCO MALDONADO
- CONSULTORIO NUEVA AURORA
- CONSULTORIO GOMEZ CARREÑO
- CONSULTORIO LUSITANIA
- CONSULTORIO MIRAFLORES
- CONSULTORIO BRÍGIDA ZAVALA