



BARRERAS DE ACCESO EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE PACIENTES DE
CUIDADOS ESPECIALES SEGÚN ODONTÓLOGOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD DE LA V REGIÓN

Trabajo de Investigación
requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista

Alumnos: Ivania Arancibia Flores
Javiera Araya Salazar
Daniela Astudillo Gutiérrez
Flores Bezanilla Fernández

Docente Guía: Julio Mansilla Montenegro
Docente co-investigadora: Sofía Bonvallet
Commentz
Cátedra Odontología Infantil Integral

Valparaíso - Chile
2021

Agradecimientos

Agradecemos a nuestras familias por el apoyo y amor incondicional que nos han brindado durante todos estos años, a nuestros amigos por acompañarnos y darnos animo durante toda la carrera y a todos quienes han ayudado a convertirnos en mejores profesionales.

Además, queremos agradecer a nuestros docentes guías, Dr. Julio Mansilla Montenegro y Dra. Sofía Bonvallet Commentz, por su compromiso y motivación en el desarrollo de este trabajo de investigación. También queremos agradecer a la Dra. Mariela García (Jefatura del Programa Odontológico de la comuna de Valparaíso) por su ayuda en la difusión de nuestro instrumento y su buena disposición para responder todas nuestras dudas.

Ivania, Javiera, Daniela y Florencia.

Índice

Introducción	1
Marco teórico	3
1. Discapacidad.	3
1.1 Definición.	3
1.2 Epidemiología.	3
2. Marco judicial regulatorio en Chile.	4
3. Odontología de cuidados especiales.	5
3.1 Definición.	5
3.2 Salud oral en pacientes de cuidados especiales.	6
3.3 Adecuación de los tratamientos para pacientes de cuidados especiales.	7
3.4 Contexto en el servicio de salud público de Chile	9
4. Barreras de acceso a la atención.	10
4.1. Barreras en la atención odontológica.	10
4.2. Formación universitaria en odontología de cuidados especiales	12
4.2a. Situación internacional.	12
4.2b. Situación nacional.	14
Pregunta de Investigación	16
Objetivos	16
Materiales y métodos	17
Resultados	29
Discusión	46
Conclusiones	57
Referencias	59
Anexos	65

Resumen

Los pacientes que requieren cuidados especiales en odontología (PRCEO) suelen presentar mayores problemas de salud bucal sin resolver en comparación con el resto de la población, esto se ha asociado a las diferentes barreras que encuentran al acceder a la atención odontológica. **Objetivo:** Determinar cómo se relacionan las barreras de acceso con la atención odontológica de pacientes de cuidados especiales según odontólogos de atención primaria en salud (APS) de la V región. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal, aplicado a 149 odontólogos de APS de la V región. A través de una encuesta auto-aplicada en Google Forms que incluía información general, experiencia clínica, formación y barreras. Se realizó análisis descriptivo y de relación para los datos obtenidos **Resultados:** se encontró relación estadísticamente significativa (p -valor <0.05) entre la confianza al atender PRCEO y calificación de la formación en pregrado y postgrado en odontología de cuidados especiales (OCE). Así como, entre el tipo de capacitación posterior al pregrado en OCE y la confianza al atender PRCEO. **Conclusión:** Los odontólogos reportan una alta frecuencia de atención en APS y su confianza se ve aumentada en relación a su nivel de formación en el área.

Introducción

La odontología de cuidados especiales (OCE) es aquella destinada a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud bucodental de un grupo heterogéneo de personas, quienes pueden requerir algún tipo de adecuación en su atención odontológica, resultando en ocasiones un desafío para la odontología tradicional. La Asociación Internacional para la Discapacidad y la Salud Oral (IADH) incluye dentro de este grupo a personas con limitaciones físicas, sensoriales, cognitivas, médicas, mentales, sociales o más comúnmente una combinación de éstas, quienes pueden ver afectada su salud oral de manera directa o indirectamente, aumentando su susceptibilidad a las patologías orales. Esta nueva área de la odontología aún se encuentra en desarrollo y plantea desafíos singulares en la actualidad, ya que requiere un enfoque innovador y cuidadosamente planificado que se adapte a las necesidades de cada persona, involucrando no solo una adaptación en la atención, sino que también la coordinación con un equipo interdisciplinario de salud¹⁻². Al ser un área emergente hay un desarrollo desigual en los diferentes países: algunos la registran como una especialidad odontológica, mientras que en otros como el nuestro se encuentra aún sin reconocer, y solo se puede complementar la formación en este tema a través de diplomados.

En Chile existen escasos estudios que entreguen información sobre el estado de salud bucal de estos pacientes y éstos parecen respaldar la existencia de un mayor daño bucal en esta población. Esto se ha asociado a nivel internacional a diferentes barreras de acceso a la atención odontológica, entre las que se pueden encontrar la formación insuficiente de los odontólogos en la educación universitaria de pre y postgrado, la poca experiencia profesional, dificultades para comunicarse, el acceso físico al lugar de atención, dificultades económicas, entre otras. Asimismo, en el caso de nuestro país, la limitada oferta de programas odontológicos gubernamentales específicamente dirigidos a este grupo hace difícil el acceso oportuno de los pacientes a la Atención Primaria de Salud (APS)²⁻³⁻⁴⁻⁵⁻⁶.

Es pertinente realizar una investigación en la que se recoja información actual sobre el tema, debido a que aún no existen estudios en nuestro país ni en la región, para esclarecer las principales barreras de acceso que dificultan la atención de este grupo de pacientes, y de esta forma, poder mejorar el acceso a la atención odontológica para asegurar una atención de calidad que permita la mantención de la salud oral de estos pacientes.

El objetivo de esta investigación es determinar cómo se relacionan las barreras de acceso con la atención odontológica de pacientes de cuidados especiales según odontólogos de Atención Primaria de Salud de la V región.

Marco teórico

1. Discapacidad.

1.1 Definición.

La Clasificación de Función, Discapacidad y Salud (CIF), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2001, describe la discapacidad como un término general que agrupa las limitaciones de actividad, deficiencias y restricciones en la participación. Esta clasificación es utilizada como marco de referencia para definir los componentes de la discapacidad basada en un modelo integral, diseñado para servir a diversas disciplinas y sectores brindando un lenguaje universal y estandarizado. En los últimos años, la comprensión del término discapacidad ha cambiado desde una perspectiva biomédica a una que incluye además el contexto biopsicosocial de una persona. Se reconoce que la discapacidad es el resultado de la presencia de barreras que impiden participar en la vida cotidiana a una persona en específico, cuando se consideran sus circunstancias individuales⁷⁻⁸⁻⁹.

1.2 Epidemiología.

La OMS estima que más de mil millones de personas viven en situación de discapacidad, lo que corresponde al 15% de la población mundial. Alrededor de 190 millones de personas mayores de 15 años tienen dificultades significativas en el funcionamiento. De hecho, las tasas de discapacidad siguen aumentando, probablemente asociado al envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, el cáncer y las enfermedades de salud mental. Según la carga mundial de morbilidad, alrededor de 95 millones de niños menores de 14 años viven con alguna discapacidad moderada o grave a nivel global, y de estos, 8 millones

corresponden a niños que viven en América latina y el Caribe, lugares donde existe menor ingreso económico, mayores tasas de discapacidad y, el impacto de esta se ve agravado por cuestiones de accesibilidad y falta de servicios de salud⁷⁻⁸⁻¹⁰.

El Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (2015) realizado en nuestro país estimó una prevalencia de discapacidad en la población adulta del 20%, que corresponde a 2.606.914 personas. El 70% de las personas en situación de discapacidad pertenecía a las familias de menor ingreso del país y el 40,4% se encontraba en situación de dependencia. Adicionalmente, las personas que presentaban grados más severos de discapacidad tenían menos años de escolaridad y menor participación laboral. En relación a la población infantil (niños de 2 a 17 años), un 5,8% se encontraba en una situación de discapacidad que equivalen a 229.904 personas¹⁻¹².

2. Marco judicial regulatorio en Chile.

Con el fin de asegurar el respeto a los derechos de las personas en situación de discapacidad, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2006 aprobó la Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, siendo un instrumento internacional que articula los derechos de estas personas conviniendo promover, proteger y asegurar los derechos humanos en condiciones de igualdad y libertades fundamentales para todas estas personas. Este documento fue ratificado en nuestro país en el año 2008 y posteriormente se crearon en Chile otras leyes asociadas al tema, como la Ley N° 20.422 (2010) “Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad”, que recoge el cambio de paradigma centrado en las personas, el respeto de sus derechos y el fomento de su independencia y autonomía¹³⁻¹⁴. En el área de la salud, se debe garantizar la cobertura financiera, acceso oportuno a las prestaciones y rehabilitación sin exclusión. Asimismo implementar políticas, planes y programas socio-sanitarios que mejoren su inclusión en la comunidad, a través de los programas de

Prevención y Promoción de la Salud en Personas con Discapacidad y el Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación con Base Comunitaria¹⁵. En el año 2012 fue promulgada la Ley N° 20.609 “Antidiscriminación” que establece medidas contra las discriminaciones arbitrarias por motivos como variados como nacionalidad, situación socioeconómica, idioma, ideología u opinión política, religión, sexo, identidad de género, estado civil, edad, apariencia personal y enfermedades o discapacidad¹⁶. Por otra parte, la Ley N° 20.584 (2012) regula los "Derechos y deberes que tienen las personas en relación a acciones vinculadas a su atención de salud" se centra en tres principios básicos: la dignidad, autonomía e igualdad. Dentro de sus artículos más relevantes se encuentran el artículo 2° que indica que todo individuo tiene derecho a acciones de promoción, prevención, recuperación de salud y rehabilitación, oportunas y sin discriminación. A su vez, el artículo 5° expone que las personas tienen el derecho de recibir trato digno y respetuoso en todo momento y circunstancia. Además establece que, los prestadores deben utilizar un lenguaje adecuado y claro durante la atención; entregar la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario del establecimiento, si existiere, o con apoyo de un tercero que sea designado por la persona atendida. Si bien esta ley no es específicamente para los pacientes en situación de discapacidad los incluye de igual manera¹⁷.

3. Odontología de cuidados especiales.

3.1 Definición.

La OCE es aquella que se preocupa de mantener y mejorar la salud bucodental de un grupo heterogéneo de personas que necesitan adecuación en la atención de manera segura y apropiada, lo que en situaciones puede representar un desafío para la odontología tradicional¹⁻¹⁸. En el año 2016, la IADH señaló que entre los pacientes que requieren cuidados especiales en

odontología (PRCEO) se incluyen aquellos que tienen limitaciones físicas, sensoriales, cognitivas, médicas, mentales, sociales o más comúnmente una combinación de estas¹⁹. Este grupo puede incluir una diversidad de pacientes de todas las edades y condiciones, por ejemplo, las personas en situación de dependencia severa, institucionalizados, la población penal, migrantes, personas en situación de calle y aquellas con fobias al dentista²⁰. Además, pueden incluirse los trastornos o afecciones que se manifiestan sólo en el complejo orofacial (por ejemplo, la amelogénesis imperfecta, fisura labiopalatina, entre otras)¹¹. Por lo tanto, la gran variabilidad dentro de los PRCEO incluidos en la OCE plantea desafíos singulares, ya que requiere un enfoque innovador y cuidadosamente planificado que se adapte a las necesidades de cada persona involucrando la coordinación con un equipo interdisciplinario de salud¹⁻²¹.

3.2 Salud oral en pacientes de cuidados especiales.

La salud oral es una parte importante de la salud general y el bienestar de todas las personas. Una correcta salud oral se relaciona con una favorable comunicación y nutrición, lo que conlleva a una mejora en la autoestima, confianza e integración social de los individuos. Por el contrario, una salud bucal deficiente está asociada a dolor, disfunción, incomodidad y necesidad de tratamientos largos, complejos y costosos que deterioran la calidad de vida. La literatura ha señalado que la identificación temprana de las enfermedades bucales puede contribuir al pronto diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades sistémicas como infecciones, deficiencias nutricionales, desórdenes del sistema inmunológico, algunos tipos de cáncer, entre otros. Por el contrario, las infecciones orales crónicas o agudas sin tratar, como periodontitis crónica e infecciones odontogénicas, provocan una respuesta inflamatoria exacerbada y un aumento de patógenos, agravando enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y diabetes no controlada. Un ejemplo del

vínculo entre la salud oral y sistémica es el caso de la endocarditis infecciosa, que puede producirse por la bacteremia generada por procedimientos dentales, colonizando las válvulas cardiacas con patógenos encontrados en el biofilm dental y generado alta morbilidad y mortalidad en pacientes de riesgo (ej. pacientes con cardiopatías congénitas como en el Síndrome de Down (SD))¹¹⁻²¹⁻²²⁻²³.

Los PRCEO presentan una mayor prevalencia de enfermedades orales en comparación al resto de la población y tienen mayores necesidades dentales insatisfechas en comparación al resto de la población. Algunos factores que intervienen en la salud oral de estos pacientes son la dieta y nutrición, condiciones médicas (agudas y crónicas), así como también situaciones particulares en que los problemas de cooperación y comunicación dificultan la higiene oral y la atención odontológica. Existen numerosos casos de manifestaciones orales que están asociadas a distintas condiciones y patologías de base, como por ejemplo: autolesiones o hipersensibilidad oral en pacientes con trastorno del espectro autista (TEA), erosiones dentales en pacientes con bulimia, caries en pacientes con abuso de drogas (metanfetaminas), mucositis y caries cervicales en pacientes con radioterapia en cabeza y cuello, entre otros. En algunos casos las manifestaciones orales pueden ser consecuencia del consumo de fármacos, como agrandamiento gingival en personas que consumen fármacos anticonvulsivantes; osteonecrosis asociada a medicamentos en pacientes en tratamiento con bifosfonatos; enfermedad del injerto contra hospedero en pacientes post-trasplante de médula ósea, entre otros¹⁻²⁴⁻²⁵⁻²⁶.

3.3 Adecuación de los tratamientos para pacientes de cuidados especiales.

Los PRCEO pueden necesitar modificaciones en la atención odontológica. En la mayoría de los casos éstas pueden ser sencillas como uso de técnicas de manejo conductual convencional o mayor tiempo de atención, pero en otros casos pueden requerirse implementos especiales como un

reclinador de silla de ruedas, atención domiciliaria, la utilización de sedación o anestesia general. En otras situaciones se podrá requerir un acompañante o traductor (lengua de señas o pacientes extranjeros) para facilitar la comunicación con el paciente. El plan de tratamiento y sus posibles modificaciones deben ser analizados en base a una evaluación individual de cada paciente, considerando las circunstancias personales, condiciones y patologías en conjunto con sus tratamientos, posibles dificultades en la atención, entre otros. Es importante generar una buena comunicación con el paciente, programar de manera oportuna y con anticipación sesiones de corta duración, indicar elementos de higiene oral individualizados para cada paciente (como cepillos acondicionados o eléctricos), optar por técnicas operatorias atraumáticas, y trabajar con un equipo interdisciplinario. Esto permitirá adaptar la atención odontológica, logrando un mayor éxito clínico, con mejor manejo del dolor, y evitando complicaciones durante y posterior al tratamiento¹. Además, cabe mencionar que no todos los pacientes que componen este grupo necesitan un odontólogo especialista en esta área, debido a que a menudo un odontólogo general puede lograr una atención odontológica satisfactoria si se adapta a las necesidades del paciente¹.

Dentro de los aspectos claves del manejo de estos pacientes encontramos la educación y prevención. Es fundamental realizar instrucciones de higiene personalizadas tanto a los pacientes como a sus cuidadores, y mantener en control periódico para evitar que se generen las patologías orales. Sin embargo, cuando ya se ha generado daño en la cavidad oral, el diagnóstico y tratamiento oportuno es crucial dado que ayuda a reducir al mínimo la necesidad de procedimientos complejos o que requieren de varias sesiones, donde el manejo del paciente puede ser difícil¹.

3.4 Contexto en el servicio de salud público de Chile

En Chile, según la encuesta de la Superintendencia de Salud del año 2011, la población atendida en el sistema de salud público era alrededor del 80%, mientras que únicamente el 20% accedía al sistema privado. En la región de Valparaíso el porcentaje de beneficiarios FONASA era 75,1%⁶⁻²⁷. La APS corresponde al nivel de menor complejidad del sistema de salud y atiende a la mayor cantidad de pacientes. Su enfoque está basado en el modelo de salud integral de carácter familiar y comunitario, que entiende la atención en salud como un proceso integral y continuo centrado en las personas y sus familias²⁸⁻²⁹⁻³⁰⁻³¹⁻³².

En el área odontológica, la APS se encarga de la promoción y prevención de patologías orales, entregando a la población herramientas para el autocuidado. A su vez, también cumple con labores de recuperación de la salud, con tratamientos periodontales y rehabilitadores básicos y cirugías³³⁻³². En el área específica de OCE, desde el año 2018 existe en los establecimientos de APS el programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, que entrega atención a los pacientes y sus cuidadores. Este programa otorga atención preventiva y curativa, y está enfocado en alcanzar la funcionalidad y el confort del paciente³⁴. A nivel secundario la atención odontológica incluye diversas especialidades como la odontopediatría, dentro de la cual se otorga atención a través de la “Guía Clínica Salud Oral Integral para Menores de 20 años en Situación de Discapacidad que Requieren Cuidados Especiales en Odontología” (2012). Existen tres tipos de modalidades, que considera la atención odontológica de personas con trastornos del movimiento y/o dificultad para seguir órdenes simples a nivel preventivo, restaurador y con anestesia general³⁻²⁰.

4. Barreras de acceso a la atención.

4.1. Barreras en la atención odontológica.

Los PRCEO presentan dificultades para acceder a la atención odontológica. Estas pueden estar asociadas a diferentes tipos de barreras: relacionadas al paciente, a los padres y cuidadores, a la atención odontológica, a la infraestructura y acceso; al equipo profesional y al gobierno³.

La comunicación se basa principalmente en los sistemas sensoriales del oído y la vista, por lo que si alguno de estos se ve alterado puede dificultar el acceso a la atención odontológica. El proceso comunicativo puede verse afectado si el emisor no logra entregar el mensaje, por una dicción poco clara (ej. SD), o en el caso del receptor, por la incapacidad de comprender el lenguaje que es utilizado para entregar el mensaje (ej. discapacidad visual o auditiva). La ansiedad es otro factor que influye en este proceso, debido a que puede evitar que el paciente ponga atención o retenga la información que se le está entregando⁴².

La comunicación con aquellos pacientes que se encuentran en alguna condición de discapacidad y/o con dificultad del aprendizaje (como SD, discapacidad auditiva y visual, TEA, parálisis cerebral, entre otros) puede resultar un desafío no sólo al momento de contactar al proveedor de salud para solicitar horas de atención, sino que también al ser llamados en la sala de espera, en el proceso diagnóstico y en la entrega de indicaciones. Lograr establecer una buena comunicación nos permite conocer el motivo de consulta del paciente, su historial médico y explicar las necesidades de tratamiento y de esta manera entregar una buena atención. Es común que estos pacientes requieran que sus cuidadores estén presentes durante la atención debido a que el personal no suele modificar o adaptar la comunicación a las necesidades del paciente, ya que acostumbran hablar con demasiada rapidez, hacer muchas preguntas o dar mucha información, sin darle al paciente la oportunidad y el tiempo suficiente para responder o realizar sus propias preguntas²¹⁻⁴¹⁻⁴²⁻⁴⁴. En

algunos casos los pacientes o sus cuidadores pueden no percibir la necesidad de tratamiento dental, ya sea por alguna discapacidad intelectual o desconocimiento de las enfermedades orales y sus consecuencias²⁵⁻⁴³.

Una de las principales limitantes para acceder a la atención dental corresponde a la falta de conocimientos y experiencia de los odontólogos con respecto a estos pacientes. La carencia de formación y experiencia laboral produce falta de empatía, ansiedad, miedo, problemas para comunicarse, y riesgo de subestimar las necesidades de los pacientes. En consecuencia, la atención de PRCEO puede resultar desafiante para los odontólogos, especialmente cuando no se encuentran capacitados en el área³⁻²⁶⁻³⁶. Estudios en donde se ha analizado la perspectiva de los odontólogos generales, respecto a las dimensiones que afectan el acceso a la atención de PRCEO, han concluido que muchos profesionales desean eliminar la desigualdad existente en la atención dental que se brinda a estas personas. Sin embargo, aún existe una relación entre la falta de experiencia entrenamiento de parte del odontólogo y la magnitud del daño bucal que presentan los pacientes que no ha permitido lograr cerrar esta brecha³⁷⁻³⁸.

En otros casos pueden existir barreras de acceso físico, especialmente para personas con discapacidad motora, por ejemplo, usuarios de sillas de ruedas que pueden encontrar dificultad en el acceso a la atención debido a los espacios reducidos dentro del recinto de salud y/o la sala de procedimiento dental. En otros casos se enfrentan dificultades cuando no se cuenta con infraestructura y/o equipos adaptados para el tratamiento de personas de cuidados especiales, por ejemplo, la falta de estacionamientos adecuados, baños accesibles y ascensores acondicionados o rampas de acceso¹⁶⁻²⁶⁻³⁶⁻³⁻⁴²⁻⁴⁵.

El equipo de salud que atiende a los PRCEO para el tratamiento de sus patologías crónicas rara vez encuentra relación entre las enfermedades sistémicas y las orales debido al desconocimiento de las patologías bucales. Sin embargo, estas pueden impactar directamente en la condición general de

su salud. Por lo tanto, la cooperación y comunicación interdisciplinaria entre diferentes profesionales de la salud es importante para lograr un diagnóstico e interconsulta oportuna. En relación a los profesionales odontológicos, puede existir una falta de canales expeditos de comunicación entre los especialistas de niveles secundarios y terciarios de salud con dentistas de APS que dificulta el acceso de los pacientes a prestaciones de especialidad³⁻³⁹⁻⁴⁰⁻⁴¹.

El factor económico puede actuar también como una limitante, debido al alto costo que suelen conllevar los tratamientos dentales cuando no están completamente cubiertos por el sistema de salud público o cuando los usuarios acceden a la atención privada. La necesidad de muchos tratamientos implica un mayor número de citas (con los costos asociados a horas laborales perdidas); y en algunos casos la necesidad de otras técnicas como sedación o anestesia general, aumentan los costos y pueden no estar disponibles³⁶⁻²⁶⁻⁴³⁻⁴⁵⁻⁴¹.

4.2. Formación universitaria en odontología de cuidados especiales

La formación universitaria del odontólogo es un tema relevante, ya que investigaciones realizadas en otros países han revelado que la falta de formación en el área impacta negativamente en el acceso a la atención odontológica de los PRCEO². Según los estudios de Alurman et al. 2018 y da Rosa et al. 2020, un dentista que no ha tenido educación y entrenamiento en la atención de este grupo de pacientes tiene menos probabilidades de atender a un paciente de estas características²⁶⁻⁴⁶⁻³⁶. Esta formación puede darse tanto en pregrado como en programas específicos de postgrado.

4.2a. Situación internacional.

En el caso de la formación de pregrado, en Estados Unidos existen programas de atención para pacientes en situación de discapacidad desde 1970

y, desde el año 2004, se han adoptado estándares establecidos por la “Comisión de Acreditación Dental” (CODA), con el objetivo de formar futuros profesionales mejor preparados y competentes para la atención de PRCEO⁴⁶⁻⁴⁷. En otros países como Australia, un tercio de los estudiantes de la zona oeste recibieron algún tipo de educación dentro de su malla curricular². En el Reino Unido, el año 2004 comenzó una reforma en la educación de pregrado, para incluir competencias en el área, realizada por un grupo de profesores pertenecientes a la Sociedad Británica de Discapacidad y Salud Oral (BSDH) junto a la IADH¹⁸.

Con la intención de tener estándares internacionales a nivel mundial, en el año 2012, la IADH lanzó un currículum para la formación de pregrado con el cual se espera asistir a los educadores y de esta forma guiar la enseñanza y práctica de la odontología en estos pacientes en las diferentes universidades y facultades alrededor del mundo. Se enfoca en entregar a los estudiantes conocimientos teóricos y experiencia clínica, actitud positiva y un comportamiento adecuado hacia los PRCEO. Los contenidos y competencias de aprendizaje se agrupan en 6 dominios²⁰:

1. El ámbito de Odontología para personas con Discapacidad o Riesgo Médico (ODRM).
2. Acceso y barreras para la salud oral de personas con discapacidad y otros grupos marginados.
3. Consentimiento informado para personas que requieren atención odontológica especializada.
4. Habilidades de comunicación en ODRM.
5. Impacto de los trastornos, discapacidades y condiciones sistémicas sobre la salud y la funcionalidad oral.
6. Manejo clínico de los pacientes que requieren estrategias odontológicas particulares.

En el caso de la formación de postgrado, es una especialidad aún emergente, en algunos países como Brasil, Australia, Malasia, Reino Unido, Argentina y Perú, la OCE ya se encuentra reconocida como una especialidad odontológica, y cuentan con programas de formación en el área con diferentes grados de complejidad²⁻⁴⁶⁻⁴⁸⁻⁴⁹. En relación a la formación de postgrado en el tema, en Australia, la especialidad de Odontología en cuidados especiales está registrada desde el año 2003 en la región este del país, mientras que, en Inglaterra la especialidad está reconocida por el Consejo Dental General (GDC), desde el año 2008, lo que proporciona profesionales formalmente entrenados y preparados para el cuidado de estas personas. Tanto en Brasil como Reino Unido la especialidad fue formalizada el año 2002 y 2004 respectivamente, y reconoce los grados de magíster y doctorado en el tema⁴⁶⁻⁴⁷.

La educación en el tema varía de país en país. Es por esto, que de forma general aún se aprecia una falta de entrenamiento tanto a nivel de pregrado como de postgrado, ya que incluso en los países donde se encuentra la OCE reconocida como especialidad, esta lleva poco tiempo desarrollándose y aún no hay gran cantidad de profesionales formados en el área²⁻⁵⁰.

4.2b. Situación nacional.

De acuerdo con el Manual para Cuidados Especiales en Odontología, la formación de pregrado de los cirujanos dentistas chilenos varió de una universidad a otra en relación a la atención de PRCEO. Los resultados de su estudio mostraron que no hay lineamientos a nivel nacional respecto a la educación en OCE y, esta varía de una universidad a otra¹¹.

En relación a la formación de postgrado, se debe destacar que hasta el momento ni la OCE ni la odontogeriatría son especialidades reconocidas en el país. A pesar de ello, desde el año 2014 se imparten diplomados de postítulo enfocados en pacientes con necesidades especiales con la intención de mejorar día a día la atención de estos pacientes⁵¹. Es importante considerar también los

diplomados y magíster de odontogeriatría que actualmente se imparten en distintas universidades chilenas, ya que estos son un aporte para el área.

Pregunta de Investigación

¿Cómo se relacionan las barreras de acceso con la atención odontológica de pacientes de cuidados especiales según los odontólogos de atención primaria de salud de la V región?

Objetivos

Objetivo General: Determinar cómo se relacionan las barreras de acceso con la atención odontológica de pacientes de cuidados especiales según odontólogos de atención primaria de salud de la V región.

Objetivos específicos:

- Establecer si existe relación entre las características demográficas del odontólogo y la cantidad de pacientes de cuidados especiales que atendía en promedio en un mes antes de la pandemia.
- Establecer si existe relación entre los años de ejercicio clínico del odontólogo de APS con la confianza al atender PRCEO.
- Establecer si existe relación entre el tipo de formación académica posterior al pregrado de los odontólogos de APS y la confianza al atender PRCEO.
- Establecer si existe relación entre la formación académica de pre y post grado en el área OCE de los odontólogos de APS y la cantidad de PRCEO que atienden.
- Establecer si existe relación entre la formación académica de pre y post grado en el área OCE de los odontólogos de APS y la confianza al PRCEO.
- Reconocer la necesidad de incorporar el tema de atención de PRCEO tanto a la formación académica de pregrado como de postgrado según la opinión de los odontólogos de APS.
- Determinar si los PRCEO de APS corresponden mayoritariamente a población infantil o adulta.
- Reconocer las barreras que impactan en la atención odontológica de PRCEO en los lugares de APS según los odontólogos.

- Identificar si los odontólogos de APS de la V región conocen las guías y documentos de referencia a nivel nacional sobre atención de PRCEO.

Materiales y métodos

I. Tipo de estudio.

Estudio descriptivo de corte transversal.

II. Población.

La población correspondió a los cirujanos dentistas de APS de Chile, mientras que la población objetivo incluyó a los cirujanos dentistas de APS de la V Región y la muestra fueron los cirujanos dentistas de APS de la V región que estuvieron dispuestos a participar y cumplían los criterios de inclusión y exclusión. Las unidades de estudio fueron las encuestas respondidas por los profesionales.

III. Muestra.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, para la selección de los participantes que contestaron la encuesta. Las personas seleccionadas pertenecen a la población que es de interés para el estudio.

Para realizar el cálculo muestral se usó la fórmula de estimación de proporción de población finita (Figura 1), utilizando la cantidad de población total de 1566 dentistas que informaron trabajar en la V región según la Superintendencia de Salud y que se puede encontrar en el registro nacional de prestadores individuales⁵². Se fijó la proporción esperada en 11% por ser el porcentaje conocido de dentistas que trabajan en APS en Chile⁵³⁻⁵⁴, precisión de 5% y seguridad de 95% dando como resultado 137 participantes.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

N = Total de la población;
Z_α² = 1,96², si la confianza es del 95%;
p = Proporción esperada;
q = 1 - p
d = precisión deseada

$$\frac{1566 \times 1,96^2 \times 0,11 \times 0,89}{0,05^2 \times (1566 - 1) + 1,96^2 \times 0,11 \times 0,89} = 137$$

Figura 1. Fórmula cálculo muestral.

IV. Criterios de inclusión.

- Trabajar actualmente en la V región.
- Trabajar en el servicio de atención primaria de salud (no es excluyente trabajar además en el sistema privado).
- Haber aceptado de forma libre y voluntaria participar en el estudio, dando su aprobación mediante un consentimiento informado.

V. Criterios de exclusión.

- Cirujanos dentistas con menos de 1 año de experiencia laboral.

VI. Instrumento utilizado.

Confección del instrumento

Para realizar la formulación de las preguntas incluidas en esta encuesta se comenzó con una búsqueda bibliográfica en la base de datos PUBMED, en la que se encontraron artículos que utilizaron metodologías similares, estos fueron utilizados como guía para la confección del instrumento²⁵⁻³⁶⁻⁵⁵⁻⁵⁶.

Posteriormente se diseñó una encuesta auto aplicada no presencial con el fin de ser contestada a través de la plataforma Google Forms, siguiendo las indicaciones de “Diseño y validación de cuestionarios” descritas por Martín Arribas en el año 2004⁵⁷, con un total inicial de 17 preguntas.

Evaluación de Expertos

Para obtener la validez de contenido, se recurrió a 7 Expertos en diferentes áreas de Investigación y APS vinculados a la Universidad de Valparaíso de los cuales todos accedieron a participar. Se configuró a través de Google Forms la encuesta junto con una pauta de evaluación (Tabla I) para cada pregunta, donde evaluamos redacción y claridad, relevancia y coherencia, a través de una escala de Likert que puede tomar valores entre 1 y 5. Además, contaba con una sección al final de cada pregunta para dejar sus comentarios y sugerencias si el experto encontraba pertinente realizar modificaciones.

Con los resultados de los 7 participantes, se confeccionó una base de datos en Excel. Posteriormente, para obtener la fiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente de Alpha de Cronbach, el cual arrojó un valor de 0,71, que según George y Mallery (2003) corresponde a una fiabilidad buena, demostrando así que el instrumento es consistente.

	Muy Malo (1)	Malo (2)	Regular (3)	Bueno (4)	Muy Bueno (5)
Claridad y redacción	No se entiende el concepto. Mala redacción.	Mezcla conceptos. Confunde al lector. Semántica y sintaxis deficiente.	Se entiende el concepto a evaluar. Sintaxis adecuada.	Se entiende el concepto a evaluar. Semántica y sintaxis adecuada.	Pregunta clara y precisa. Semántica y sintaxis adecuada.
Relevancia	La información no aporta ni tiene relación con el objetivo de la investigación.	La información que aporta es insuficiente para la investigación.	La pregunta aporta información que puede a no ser útil a la investigación.	La pregunta aporta información relevante a la investigación.	Aporta información lógica, relevante, coherente con el objetivo de estudio.
Coherencia	Sin coherencia	Respuestas incompletas	Insuficiente coherencia	Existe coherencia	Gran coherencia

	entre enunciado-alternativas. Respuestas inadecuadas .	y poco coherente con el enunciado	entre enunciado-alternativas. Respuestas incompletas	entre enunciado-alternativa. La respuesta contesta la pregunta.	entre enunciado-alternativas. Las respuestas contestan en forma adecuada a la pregunta
--	--	-----------------------------------	--	---	--

Tabla I. Pauta evaluación para los expertos.

Prueba Piloto

En una segunda etapa se aplicó la encuesta de 17 preguntas a una muestra piloto conformada por 10 cirujanos dentistas egresados de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso, que trabajan actualmente en APS, con el objetivo de obtener sugerencias y opiniones respecto a la formulación y contenido de las preguntas. Para la selección de los participantes se solicitaron voluntarios a través del grupo de Facebook de la biblioteca de la universidad, las primeras 10 personas en contestar y cumplir los requisitos fueron seleccionadas. Con sus respuestas se realizaron modificaciones a la encuesta, eliminando una de las preguntas y quedando finalmente con 16 (figura 2).

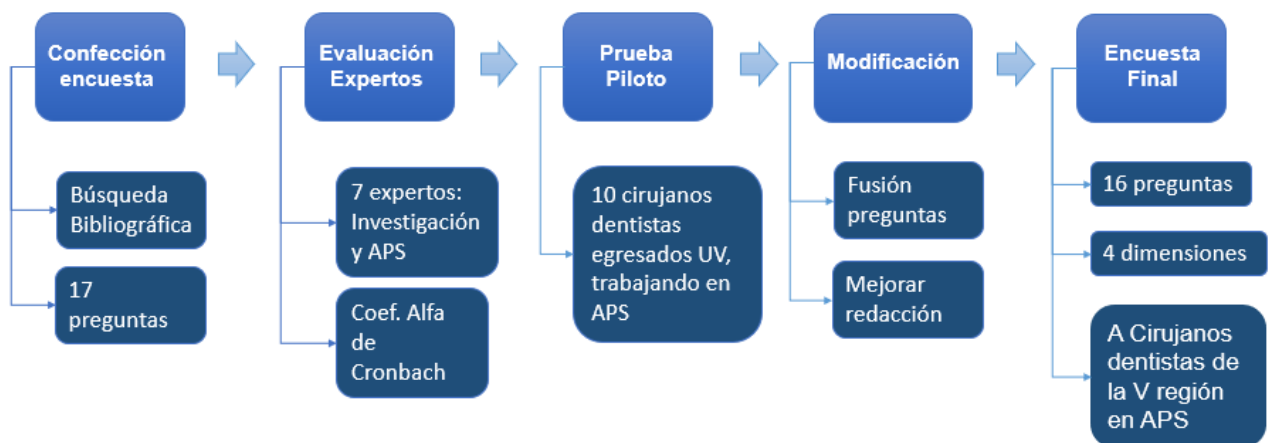


Figura 2. Flujograma que resume la confección de la encuesta.

La encuesta utilizada se compuso de cuatro dimensiones: información general del odontólogo, formación académica en OCE, experiencia laboral en la atención de PRCEO y barreras de acceso (tabla II).

Dimensión	Cantidad de preguntas	Modalidad
Información general	5 preguntas	4 preguntas abiertas, 1 pregunta de menú desplegable.
Formación académica en OCE	5 preguntas	2 preguntas de selección múltiple, 2 en escala de Likert y una de selección de opciones.
Experiencia laboral	4 preguntas	4 preguntas de selección múltiple.
Barreras de acceso	2 preguntas	2 preguntas de selección de opciones.

Tabla II. Dimensiones encuesta.

El instrumento final contó con 16 preguntas en total, se aplicó a los cirujanos dentistas de la V región, los cuales fueron invitados a participar a través de la difusión de la encuesta mediante correo electrónico a los coordinadores de APS odontológico y también con la ayuda de organizaciones como el Colegio de Dentistas de la V Región. La participación en el estudio fue de manera anónima y voluntaria, proporcionando a los participantes la total confidencialidad de la información recopilada al no pedir datos identificadores. Esta se realizó entre abril y mayo del año 2021. Se estimó que los participantes demorarían alrededor de 5 minutos en contestar la encuesta.

VII. Variables. Definición conceptual y operacional:

1. Variables relacionadas a la información general del odontólogo.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Valores
1.1 Edad	Tiempo que ha vivido el participante hasta el momento en que responde la encuesta.	Variable cuantitativa continua.	Números enteros.
1.2 Género con el que se identifica	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Variable cualitativa nominal policotómica.	Femenino, masculino u otro.
1.3 Comuna de ejercicio profesional	La comuna es el ámbito territorial definido por un conjunto de características geográficas, económicas, demográficas y culturales, en la cual la población habita, participa y se desarrolla, siendo el municipio el encargado de satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural.	Variable cualitativa nominal policotómica.	Comunas (38) de la V región donde trabaja el participante en APS.
1.4 Tipo de formación académica posterior al pregrado	Proceso de transmisión y adquisición del conjunto de conocimientos, habilidades, procedimientos y estrategias que se necesitan para analizar, comprender y dar solución a los problemas de la práctica clínica en cualquier área de la odontología.	Variable cualitativa ordinal.	Formación académica que indique el participante pudiendo ser diplomado, magíster, especialidad o doctorado.

1.5 Años de ejercicio clínico	Cantidad de años que el participante ha ejercido la profesión con atención directa a pacientes, que tiene relación con los conocimientos y aptitudes que el odontólogo adquiere a lo largo del tiempo en su actividad profesional.	Variable cuantitativa discreta.	Números enteros que representan la cantidad de años de ejercicio clínico en la profesión.
-------------------------------	--	---------------------------------	---

Tabla III. Variables relacionadas a la información general del odontólogo.

2. Variables relacionadas a la formación en odontología de cuidados especiales.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Valores
2.1 Tipo de formación de pregrado en OCE	Modalidad en la que se ha obtenido el conocimiento sobre el tratamiento de pacientes de cuidados especiales durante su programa de pregrado.	Variable cualitativa nominal policotómica.	Se medirá en Sí, teórica; Sí, clínica; Sí, teórica-clínica y No.
2.2 Percepción sobre la calidad de la formación académica de pregrado.	Percepción que tiene el participante sobre la calidad de su formación durante el pregrado en relación a OCE.	Variable cualitativa ordinal.	Se medirá con escala de Likert, tomando valores entre 1 y 7. El valor 1 se ve representado por malo y el valor 7 excelente.
2.3 Incorporación de OCE a la formación de pregrado	Qué tan de acuerdo está el participante con la incorporación dentro del programa de pregrado de odontología contenidos sobre OCE.	Variable cualitativa ordinal.	Se medirá en escala de Likert tomando valores entre 1 a 7. El valor 1 se ve representado

			por “en desacuerdo” y el valor 7 “muy de acuerdo”.
2.4 Tipo capacitación posterior al pregrado en OCE	Formación en OCE llevada a cabo luego de terminar el programa de pregrado y la modalidad en que fue adquirido ese conocimiento, que puede diferir en profundidad según la cantidad de horas que conlleve.	Variable cualitativa ordinal.	Se medirá en la elección de: Capacitación de entre 1 a 15 hrs; Capacitación de entre 16 a 45 hrs; Diplomado; Magíster; Ninguna; Otros. Se puede seleccionar una opinión
2.5 Interés en complementar la formación	Intención de ahondar conocimientos en el área de OCE.	Variable cualitativa dicotómica.	Se medirá en Sí o No.

Tabla IV. Variables relacionadas a la formación académica.

3. Variables relacionadas a la experiencia laboral.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Valores
3.1 Cantidad de PRCEO atiende en un mes	Aproximación en el número de PRCEO atendidos en un mes promedio previo a la pandemia.	Variable cuantitativa discreta.	Se medirá en 0, intervalos de 1 a 5, 6 a 10 y más de 10. Ya que se espera un número estimado.
3.2 Razón por la cual se evita la atención	Motivo por el cual el profesional no atiende PRCEO.	Variable cualitativa nominal policotómica.	Se medirá en no me siento preparado, no me interesa, no suelen acudir al CESFAM u otro.

3.3 Confianza	Grado de confianza que siente el profesional al atender pacientes de cuidados especiales.	Variable cualitativa ordinal.	Se medirá en escala de Likert, tomando valores de 1 a 7. El valor 1 se ve representado por “no me siento confiado” y el valor 7 “Me siento muy confiado”.
3.4 Edad de PRCEO que se atienden en APS	Grupo etario de los pacientes de cuidados especiales que atiende el profesional.	Variable cualitativa nominal.	Se medirá en menores de 18 años, mayores o igual a 18 años, de todas las edades, o no atendiendo.

Tabla V. Variables relacionadas a la experiencia laboral.

4. Variables relacionadas a otras barreras.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Valores
4.1 Otras barreras	Son todos aquellos factores del entorno de una persona que dificultan el acceso a la atención odontológica.	Variable cualitativa policotómica.	Se medirá de acuerdo a la selección de ítems de la lista de barreras que dificultan el acceso en la atención a PRCEO según la experiencia del odontólogo, la cual está disponible en el Anexo 1, pregunta 15. Con la posibilidad de

			seleccionar más de una.
4.2 Conocimiento de documentos nacionales relacionados con la odontología de PRCEO.	Conocimiento de los guías de referencia sobre atención de pacientes de cuidados especiales en odontología.	Variable cualitativa dicotómica.	Se medirá de acuerdo a la selección de ítems de la lista de documentos.

Tabla VI. Variables relacionadas a otras barreras.

VIII. Procesamiento y análisis estadísticos de los datos.

El análisis de los datos se realizó a 152 encuestas que fueron contestadas por los odontólogos de APS de la V Región. De todas las respuestas obtenidas, 3 personas no aceptaron participar por lo que fueron excluidos de la muestra, quedando con un total de 149 encuestas.

Una vez obtenidos los datos de la encuesta se confeccionó una planilla Excel para realizar el análisis detallado de la base de datos, este fue principalmente descriptivo y de relación. Se utilizaron distintas pruebas de independencia según las características de las variables que se relacionan que se detallan en la tabla VII.

Prueba/coeficiente	Descripción	VARIABLES A RELACIONAR
Prueba de independencia de Spearman	Se realizó en los casos en que una de las variables de la relación fuera cualitativa nominal y la otra cualitativa ordinal, también cuando ambas fueran cualitativas ordinales o cuando una de las dos fuera cuantitativa discreta.	Edad y cantidad de PRCEO que atiende en un mes. Edad y razón por la cual se evita la atención. Años de ejercicio clínico y confianza al atender. Formación durante el pregrado en OCE y

		confianza. Confianza al atender y percepción sobre la calidad de la formación académica.
Prueba Chi-cuadrado	Se utilizó en el caso que ambas variables fueran cualitativas nominales y que ningunas de las frecuencias teóricas fueran inferiores a 5, debido a que para utilizar con seguridad la prueba de Chi-cuadrado basada en la aproximación por la distribución de Chi-cuadrado, las frecuencias teóricas no deben ser inferiores a 5.	Género con el que se identifica y Cantidad de PRCEO que atiende en un mes. Tipo de formación académica posterior al pregrado y Confianza al atender. Tipo de capacitación posterior al pregrado en OCE con la confianza al atender.
Coeficiente V de Cramer	En el caso que las dos variables fueran cualitativas nominales, se utiliza en reemplazo de la prueba de Chi-cuadrado cuando esta no cumpla con la condición de la frecuencia teórica, la interpretación de este coeficiente es el siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ● 0 y 0,2 indica que no hay asociación. ● 0,2 indica una asociación débil. ● 0,2 y 0,6 indican una asociación moderada. ● 0,6 y 1 indica una asociación fuerte. 	Tipo de formación en OCE durante el pregrado y cantidad de PRCEO que atiende en un mes. Tipo capacitación posterior al pregrado en OCE y cantidad de PRCEO que atiende en un mes.

Tabla VII. Pruebas utilizadas para análisis de los datos.

Las hipótesis a contrastar tanto para la prueba de Chi-cuadrado y de Spearman son las siguientes:

H_0 : Ambas variables son independientes.

H_1 : Ambas variables están relacionadas.

Los análisis estadísticos fueron desarrollados en el software estadístico Stata 11.2.

IX. Resguardos éticos

El proyecto fue evaluado y aprobado bajo el código PREG-18-20 por el Comité de Ética Científica de la Universidad de Valparaíso.

La información obtenida de la encuesta fue transcrita y guardada en una base de datos en Google Drive y en el computador del estadístico que se utilizó para el estudio y análisis de datos. Luego de 5 años la información será eliminada por el tutor a cargo.

Los participantes fueron informados del carácter anónimo, de la confidencialidad de los datos, del propósito y de la metodología del estudio a través del consentimiento informado (Anexo 2).

Resultados

El análisis de los datos se realizó a 152 encuestas que fueron contestadas por los odontólogos de APS de la V Región. De todas las respuestas obtenidas, 3 personas no aceptaron participar por lo que fueron excluidos de la muestra, quedando con un total de 149 encuestas.

1. Análisis descriptivo.

Dentro de los resultados obtenidos sobre la información general de los odontólogos encuestados el 65,1% se identificó con el género femenino, mientras que el 34,9% con el género masculino. El rango etario de los encuestados se encontró entre los 26 y los 84 años, con una edad promedio de 36 años, en la tabla VIII se puede observar la mediana y moda de esta variable.

	\bar{X}	Moda	Mediana	Desv. Est.	Máx.	Mín.
Edad	36,6	33	33	10,4	84	26

Tabla VIII. Edad de los participantes.

Con respecto al ejercicio clínico de los odontólogos se preguntó por la cantidad de años de desempeño como dentistas (Tabla IX) y la comuna en la que ejercen en el área de APS (Figura 3), siendo el promedio de años de ejercicio clínico de 11 años y la comuna de Valparaíso la de mayor concentración de respuestas con un 25,5%.

	\bar{X}	Moda	Mediana	Desv. Est.	Máx.	Mín.
Años de ejercicio clínico Odontólogo	11	4	7	10,8	60	1

Tabla IX. Años de ejercicio clínico.

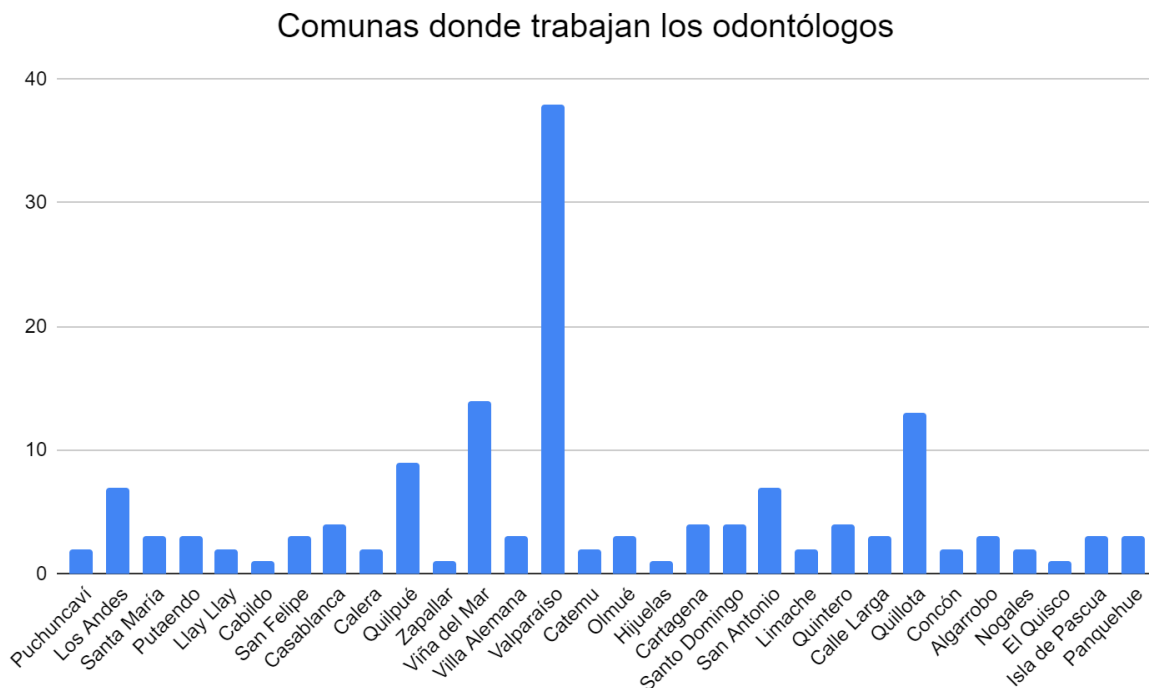


Figura 3. Comuna de ejercicio profesional.

Se preguntó además sobre la formación posterior al pregrado, lo cual puede observarse en la figura 4, siendo “diplomado” la opción con más respuestas. Cabe destacar que los diplomados “Salud Familiar y Comunitaria en Odontología” y “Gestión en APS” fueron las respuestas que más se repitieron y en conjunto equivalen al 26,17% del total de las encuestas respondidas.

Tipo de formación posterior al pregrado

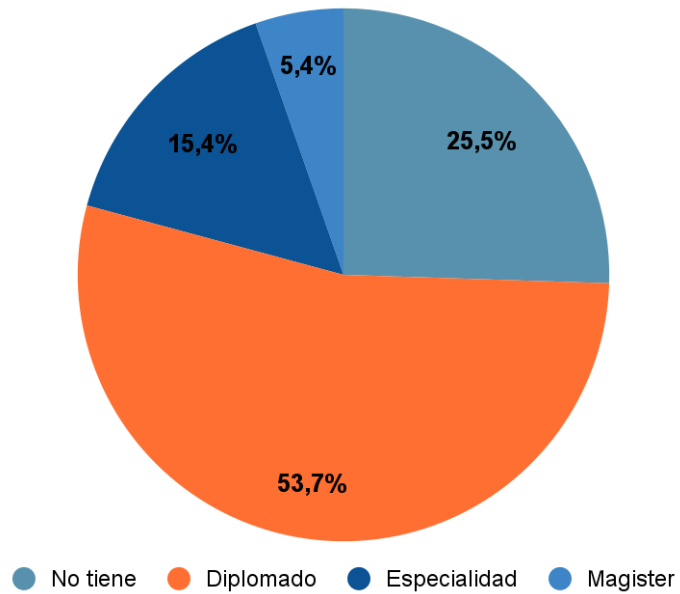


Figura 4. Tipo de formación de postgrado en cualquier área de la odontología.

Con respecto a la formación en OCE, en primera instancia se consultó por el tipo de formación durante el pregrado, donde el 69,8% de los participantes afirmaron haber tenido algún tipo de formación en el área.

Tipo de formación en OCE en el pregrado

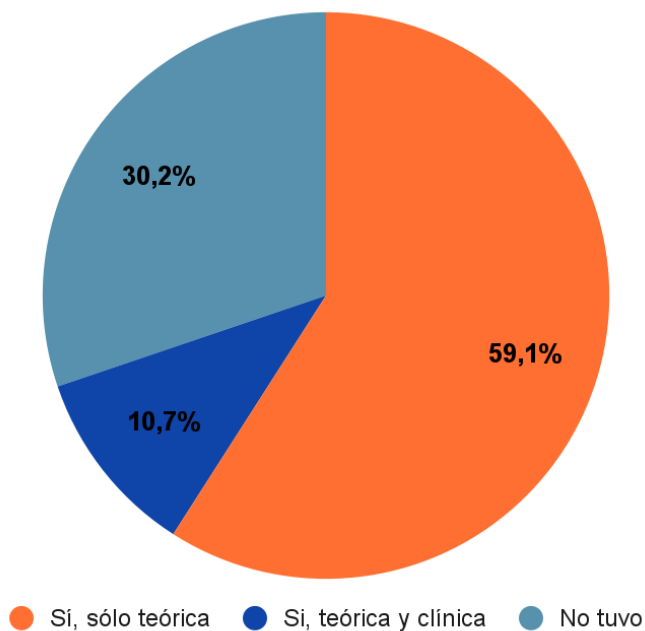


Figura 5. Tipo de formación en OCE en el pregrado.

Además, a quienes afirmaron haber tenido algún tipo de formación en OCE en el pregrado, se les solicitó calificarla, obteniéndose un promedio de 4,1 en una escala de Likert del 1 al 7, interpretándose como “regular” como se ve en la tabla X.

	\bar{X}	Moda	Mediana	Desv. Est.	Máx.	Mín.
Calificación	4,1	4	4	1,4	7	1

Tabla X. Percepción sobre la calidad de la formación académica.

Por otro lado, en relación a la formación en OCE posterior al pregrado, un 71,1% afirmó haber tenido algún tipo de capacitación, mientras que un 28,8% no tuvo formación en el tema (Figura 6). Cabe mencionar que aquellas personas que respondieron “otro” indicaron especialidad en odontopediatría y pasantía.

Tipo de capacitación en OCE posterior al pregrado

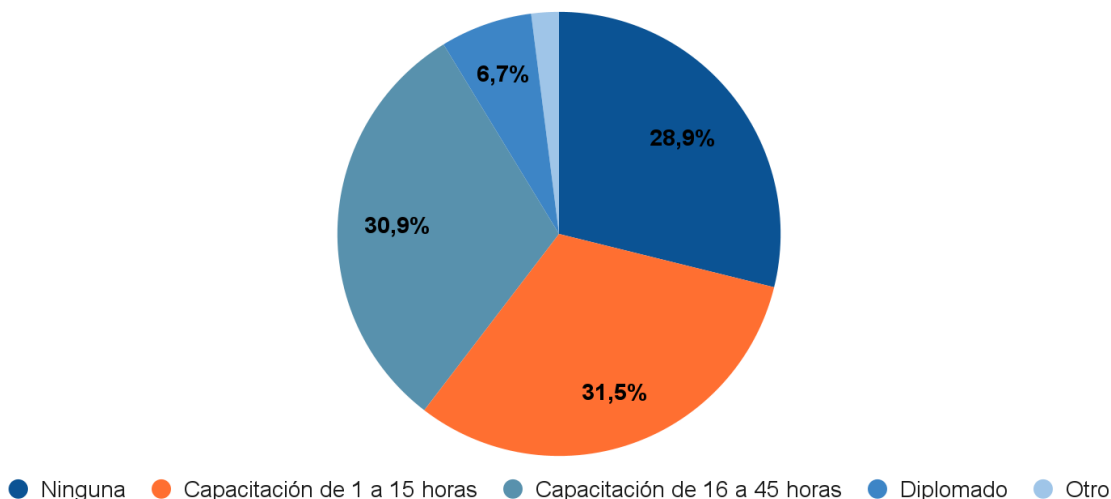


Figura 6. Capacitación en OCE posterior al pregrado.

Al consultar por la necesidad de los odontólogos de complementar su formación en OCE, el 92,6 de los encuestados responde que Sí, mientras que el 7,4 responde que no.

En relación a la necesidad de incorporar OCE al programa de pregrado, la mayoría lo calificó con nota máxima en la escala de Likert, el análisis descriptivo se observa en la Tabla XI.

	\bar{X}	Moda	Mediana	Desv. Est.	Máx.	Mín.
Calificación	6,7	7	7	0,7	7	3

Tabla XI. Necesidad de incorporar OCE al programa de pregrado.

Sobre la experiencia clínica en APS, se consultó acerca de la cantidad de PRCEO que atendían en un mes, promedio previo al inicio de la pandemia (figura 7). Donde el 93,3% afirmó atender al menos un paciente, con la mayoría (69,8%) atendiendo entre 1 y 5 pacientes mensuales.

Cantidad de PRCEO que atienden en un mes en APS

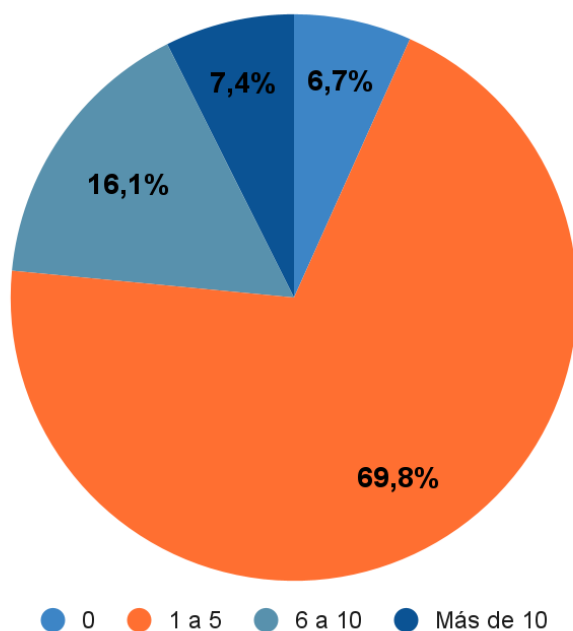


Figura 7. Cantidad de PRCEO que atiende en un mes, promedio previo a la pandemia en APS.

A quienes contestaron no atender PRCEO (6,7%) se les preguntó la razón por la cual no lo hacen, estos resultados se pueden encontrar en la (figura 8), en donde la mayoría justificó la no atención en la falta de demanda. El 27,8% que especificó otros motivos, incluyeron razones como: “tener otras responsabilidades” y que no son parte de los programas. Dentro de las razones que se entregaron fueron “tener otras responsabilidades” o “que los programas no incluyen a estos a pacientes”.

Razón por la cuál evitan la atención

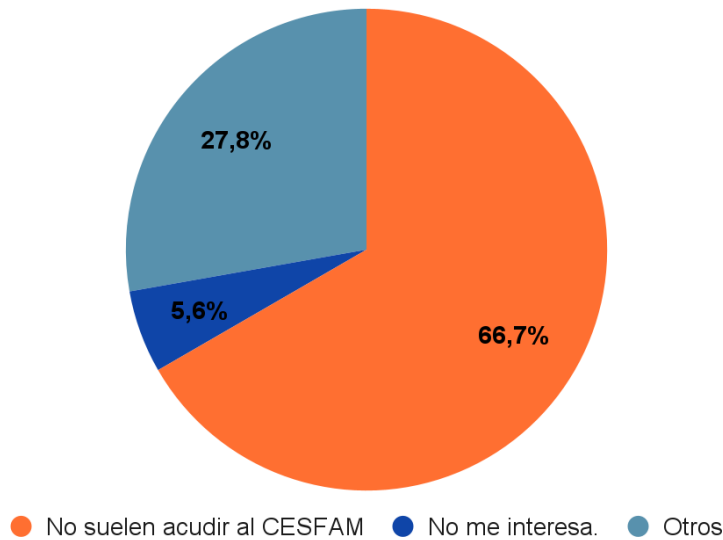


Figura 8. Motivos para evitar la atención de PRCEO en APS.

Referido a la confianza al atender PRCEO, la respuesta promedio de los odontólogos encuestados fue de “Regular a Buena”, calificándola con un 5 (Tabla XII).

	\bar{X}	Moda	Mediana	Desv. Est.	Máx.	Mín.
Confianza al atender PRCEO	4,9	5	5	1,2	7	1

Tabla XII. Confianza al atender PRCEO.

En relación a la demografía de los PRCEO atendidos en APS, se puede observar (Figura 9) que la mayoría de los encuestados atiende a pacientes de todas las edades.

Edad de PCREO que se atienden en APS

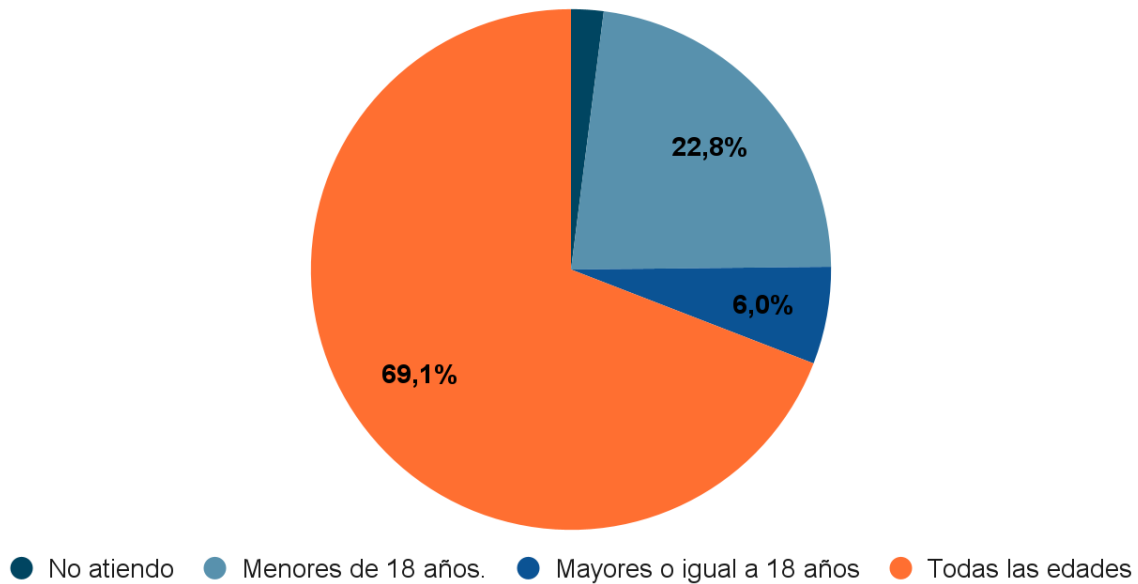


Figura 9. Edad de PCREO que se atienden en APS

En cuanto a las barreras que los odontólogos identifican al atender a PCREO se obtuvo que la mayoría de ellos considera que la principal limitante es el tiempo de atención acotado, seguido de los problemas de comunicación, luego la escasez de programas gubernamentales y sólo un 8,7% de los odontólogos indica como barrera no tener experiencia en este tipo de pacientes. Las respuestas “Otros” refieren a la dificultad en la derivación de los PCREO a la atención secundaria, ya sea por dificultades administrativas o por disponibilidad de atención (Tabla XIII).

Barreras de acceso según odontólogos	%
Relacionadas al paciente	
Problemas de comunicación	44,9
Comportamiento del paciente	40,9
Relacionadas a los padres y cuidadores	
Falta de motivación de padres/cuidadores	26,2
Problemas económicos	20,8
Relacionadas al equipo profesional	
Poca o escasa comunicación con el equipo médico tratante	36,9
Falta de conocimiento de las condiciones de los pacientes	25,5
Relacionadas a la atención odontológica	
Tiempo de atención acotado	59,7
Falta de seguimiento de los pacientes	38,9
Voluntad del dentista y/o su equipo	10,1
Falta de experiencia	8,7
Relacionadas a la infraestructura y acceso	
Infraestructura inadecuada	38,3
Poca disponibilidad de horas	29,5
Locomoción	19,5
Relacionadas al gobierno	
Escasez de programas gubernamentales	43,6
Otros	2

Tabla XIII. Barreras asociadas a la atención odontológica en APS.

En lo que respecta al conocimiento de las guías y documentos nacionales, se observó que la más conocida por los encuestados corresponde a la guía del Minsal “Salud oral integral para menores de 20 años en situación de discapacidad que requieren cuidados especiales en odontología”, sin embargo, esta era conocida por aproximadamente la mitad de los encuestados. Cabe destacar que un tercio de los participantes (32,2%) no conocían ninguna de las guías o documentos consultados.

Conocimiento de las guías y documentos nacionales	%
Salud oral integral para menores de 20 años en situación de discapacidad que requieren cuidados especiales en odontología (MINSAL).	52,4
Higiene bucal en personas en situación de discapacidad (MINSAL).	42,9
Manual de Cuidados Especiales: Atención Odontológica de Personas en Situación de Discapacidad que requieren Cuidados Especiales en Salud (U. de Chile / SENADIS).	27,5
No las conozco.	32,2

Tabla XIV. Conocimiento de las guías y documentos nacionales.

2. Análisis de relación.

A. Información general.

Al cruzar las variables de edad de los profesionales con la cantidad de PRCEO atendidos, se observó (tabla XV) que aquellos profesionales que reportan no atender a estos pacientes tienen el promedio más alto de edad con 41 años, mientras que aquellos que atienden más de 10 pacientes al mes tienen en promedio 32 años de edad. Sin embargo, al realizar la prueba estadística de Independencia de Spearman se obtuvo un valor-p 0,1174, lo que implica que no existe relación significativa entre la edad de los profesionales y la cantidad de PRCEO que atiende en un mes.

Cantidad de PRCEO atendidos en APS al mes	Edad de los profesionales					
	Cant.	%	\bar{X}	Desv. Est.	Mín.	Máx.
0	10	6,7	41,1	15,3	28	74
1 a 5	104	69,8	36,7	10,4	26	84
6 a 10	24	16,1	36,6	10	27	61
> de 10	11	7,4	31,5	2,9	26	35
Total	149	100	36,6	10,5	26	84

Tabla XV. Edad de los profesionales según cantidad de pacientes atendidos en un mes.

Al relacionar la edad de los profesionales con la razón por la cual evitaban atender PRCEO (Tabla XVI), sólo 1 participante respondió que no le interesa atender y tenía 74 años de edad. Al realizar una prueba de independencia de Spearman para determinar si la edad estaba relacionada con la razón por la cual evitan atender a los PRCEO, se obtuvo un valor-p igual a 0,4891, es decir, no existe relación entre estas variables.

Razón por la cual evitan la atención	Edad de los profesionales				
	Cant.	%	Desv. Est.	Mín.	Máx.
No suelen acudir al CESFAM	6	34,3	5,8	28	45
No me interesa	1	74	-	74	74
Otros	3	43,7	16,9	32	63
Total	10	41,1	15,3	28	74

Tabla XVI. Edad de los profesionales y razón por la cual evitan atender PRCEO.

Al relacionar las variables de género de los odontólogos y cantidad de pacientes que atiende en un mes, en la tabla XVII se observó que la distribución tanto en hombres como mujeres es similar, con aproximadamente un 70% atendiendo entre 1 a 5 pacientes al mes. Tampoco se encontró una relación estadísticamente significativa al realizar el test de Chi-cuadrado, ya que se obtuvo un valor-p igual a 0,800.

Cantidad de PRCEO atendidos en APS al mes	Género de los Profesionales			
	% Femenino	% Masculino	Total	
			Cant.	%
0	6,2	7,7	10	6,7
1 a 5	70,1	69,2	104	69,8
6 a 10	17,5	13,5	24	16,1
> de 10	6,2	9,6	22	7,4

Tabla XVII. Distribución de los odontólogos según género y cantidad de pacientes atendidos en un mes.

Para relacionar los años de ejercicio clínico y la confianza al atender PRCEO se realizó la prueba de independencia de Spearman, obteniendo un valor-p igual a 0,7002 por lo que no existe relación entre ambas variables. En la Figura 10 no se puede observar una tendencia que indique que a más años de experiencia mayor es la confianza al atender pacientes de cuidado.

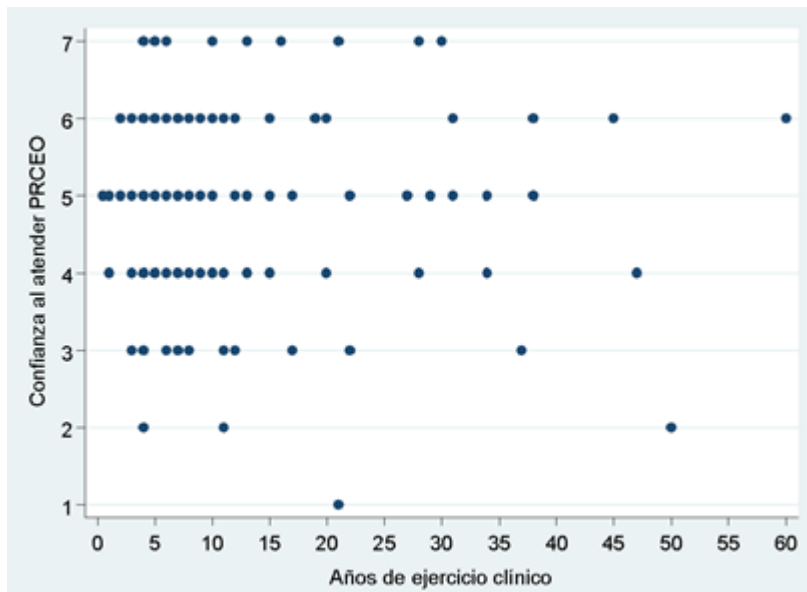


Figura 10. Relación entre años de ejercicio y confianza al atender PRCEO.

B. Formación académica

En relación al tipo de formación pregrado en OCE y la cantidad de PRCEO atendidos mensualmente, se observó (tabla XVIII) que la mayor cantidad de profesionales atiende entre 1 a 5 pacientes al mes, sin importar la modalidad de la formación de Pregrado en OCE que recibieron. Como se corroboró al realizar el cálculo del coeficiente V de Cramer en que se obtuvo un resultado igual a 0,154, es decir, este indica que no hay asociación entre las dos variables.

Cantidad de PRCEO que atiende en un mes en APS	Tipo de formación en OCE durante el pregrado					
	No tuvo		Sí, teórica		Sí, teórica y clínica	
	Cant	%	Cant.	%	Cant.	%
0	5	11,1	5	5,7	0	0
1 a 5	29	64,4	63	71,6	12	75
6 a 10	8	17,8	15	17,1	1	6,2
> de 10	3	6,7	5	5,7	3	18,8
Total	45	100	88	100	16	100

Tabla XVIII. Distribución de los odontólogos según el tipo de formación de pregrado en OCE y cantidad de pacientes en un mes.

Al relacionar el tipo de formación de pregrado en OCE con la confianza al atender PRCEO, se observó que en todos los casos la mediana de la confianza es de 5 (tabla XIX) . Además, se observó que el promedio de confianza aumenta al tener más formación en pregrado, sin embargo, esto no presentó significancia estadística, ya que el valor-p obtenido al realizar la prueba de independencia de Spearman fue igual a 0,1560.

Formación pregrado en OCE	Confianza al atender PRCEO					
	Cant.	%	Mediana	\bar{X}	Mín.	Máx.
No tuvo	45	30,2	5	4,7	1	7
Sí, teórica	88	59,1	5	4,9	3	7
Sí, teórica y clínica	16	10,7	5	5,3	3	7
Total	149	100	5	4,9	1	7

Tabla XIX. Confianza al atender pacientes de cuidados especiales y formación de pregrado.

Por el contrario, cuando se compararon las variables confianza al atender pacientes de cuidados especiales y la calificación de la formación en pregrado en OCE sí se observó relación entre ambas variables ya que la prueba de independencia de Spearman, obtuvo un valor-p igual a 0,0014. En la Figura 11 se expone que hay un aumento en la confianza a medida que la calificación de la formación en Pregrado en OCE es mayor.



Figura 11. Relación entre calificación de la formación en pregrado en OCE y confianza al atender PRCEO.

Por otro lado, al relacionar el tipo de formación académica posterior al pregrado de los odontólogos de APS y la confianza a atender PRCEO, se observó que la mediana de la confianza en todos los tipos de formación académica posterior al pregrado es de 5 y el promedio también se encuentra en torno al 5. Se realizó la prueba Chi-cuadrado en que se obtuvo un valor-p igual a 0,9140, por lo tanto, no existe relación entre estas dos variables.

Con respecto a la relación entre el tipo de capacitación en OCE posterior al pregrado que tuvieron los profesionales y la cantidad de pacientes que atienden en promedio en un mes (tabla XX), se observa que la mayor cantidad de profesionales atendían entre 1 a 5 pacientes al mes, esto sin importar la cantidad de horas de capacitación posterior al pregrado en OCE que tenían. Al realizar el cálculo de V de Cramer se obtuvo un coeficiente igual a 0,147, por lo que no hay asociación entre las dos variables.

Cantidad de PRCEO que atiende en un mes en APS	Tipo de capacitación en OCE posterior el pregrado									
	Ninguna		Cap. 1 a 15 hrs		Cap. 16 a 45 hrs		Diplomado		Otros	
	Cant	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
0	2	4,7	4	8,5	3	6,5	1	10	0	0
1 a 5	34	79,1	31	66	32	69,6	6	60	1	33,3
6 a 10	6	14	8	17	8	17,4	1	10	1	33,3
> de 10	1	2,3	4	8,5	3	6,5	2	20	1	33,3
Total	43	100	47	100	46	100	10	100	3	100

Tabla XX. Distribución de los odontólogos según tipo de capacitación en OCE posterior al pregrado y cantidad de pacientes en un mes.

Al relacionar el tipo de capacitación en OCE posterior al pregrado con la confianza al atender PRCEO, se observó en la Tabla XXI que existe un aumento en la confianza en relación al tipo de capacitación posterior al pregrado en OCE. También se observa que el promedio de confianza aumenta al mejorar el tipo de capacitación posterior al pregrado en OCE. Se realizó la prueba Chi-cuadrado y se obtuvo un valor-p igual a 0,0043, por lo tanto, sí existe relación entre estas dos variables.

Tipo de capacitación posterior al pregrado en OCE	Confianza al atender PRCEO					
	Cant.	%	Mediana	\bar{X}	Mín.	Máx .
Ninguna	43	28,86	5	4,56	2	6
Cap. 1 a 15 hrs	47	31,55	5	4,87	1	7
Cap. 16 a 45 hrs	46	30,87	5	5,11	3	7
Diplomado	10	6,71	5,5	5,10	2	7
Otros	3	2,01	6	6,33	6	7
Total	149	100,00	5	4,90	1	7

Tabla XXI. Confianza al atender pacientes de cuidados especiales y tipo de capacitación posterior al pregrado en OCE.

Discusión

En la actualidad, la bibliografía sobre este tema es escasa a nivel mundial y especialmente en nuestro país, no contando con publicaciones que abarquen las dimensiones incluidas en este estudio, es decir, que midan la formación en OCE, experiencia laboral y otras barreras.

Debido a que la OCE es una disciplina relativamente nueva y no se encuentra reconocida como especialidad en todos los países, la formación que reciben los estudiantes de odontología a nivel mundial no está estandarizada. Lo anterior también se ve reflejado en Chile, ya que el Manual de Cuidados especiales en Odontología Atención Odontológica de Personas en Situación de Discapacidad que requieren Cuidados Especiales en Salud¹¹, analizó la educación en el pregrado en OCE de universidades chilenas, demostrando la poca o nula cantidad de horas destinadas para la formación de los futuros profesionales en esta área. Sus hallazgos indican que el 38% de las universidades no proporcionaba a sus estudiantes formación en la atención de OCE. En aquellas que sí lo hacían, el 31% contaba con menos de 10 horas y el mismo porcentaje poseía más de 10 horas de clases en pregrado en esta materia. Sin embargo, cabe mencionar que la cantidad de horas destinadas a la formación en OCE de los profesionales podría ser difícil de cuantificar con exactitud, ya que habitualmente no es una asignatura por sí sola, sino que se abarca a través de clases orientadas al manejo de PRCEO en distintas áreas de la odontología. Es así como en nuestro estudio, cerca del 70% de los encuestados relató haber recibido algún tipo de educación en esta área, siendo principalmente de carácter teórica, y sólo incluyendo práctica clínica en el 11% de los casos. Al comparar nuestros resultados con otros estudios realizados previamente, Valderrama et al.⁵⁸ reportó que el porcentaje de profesionales con formación a nivel de pregrado era menor (52%) al de nuestro estudio. Por otra parte, Faulks et al.⁵⁹ menciona que para mejorar las habilidades clínicas y de comunicación al atender PRCEO es necesario que las instituciones encargadas de formar a los profesionales entreguen entrenamiento en esta área, para que de esta forma los futuros cirujanos dentistas alcancen un nivel de entrenamiento

óptimo al titularse y atiendan a más PRCEO. En cuanto a la valoración por parte de los encuestados de nuestro estudio a la formación en OCE a nivel de pregrado, el promedio fue regular en la escala de Likert (4.1), a diferencia de lo evidenciado en un estudio de Adyanthaya et al.³⁶ realizado en India, el cual señaló que el 45% de los participantes relataron haber recibido un buen entrenamiento en el tema, según escala de Likert.

Al consultar sobre el tipo de capacitación posterior al pregrado en OCE, un tercio de los encuestados señaló no tener capacitaciones en el tema, lo cual llama la atención, pues la gran mayoría (93%) de los encuestados atiende PRCEO todos los meses. 10 de los encuestados han recibido formación mediante un diplomado en el área, lo que podría deberse al poco interés en adquirir estas competencias o bien a que en Chile existe una oferta limitada de postgrado en PRCEO. En la actualidad aún no existe especialización y desde el año 2015 se dictan diplomados relacionados a este tema. El 62% de los participantes de nuestro estudio tienen capacitaciones en el área, lo que muestra un interés de parte de los profesionales o de la APS en formarse en este tema. Lo que se corroboró además con la intención de los encuestados en complementar aún más sus conocimientos en el área, ya que un alto porcentaje de ellos (92,6%) consideró que le gustaría realizarlo, lo que concuerda con otros estudios realizados en el extranjero. Por ejemplo, Derbi et al. en Australia² mencionó que el 66% de los participantes presentó interés en continuar su formación, mientras que en el estudio realizado por Adyanthaya et al.³⁶ el resultado fue del 84% de los participantes. En otra investigación realizada en Arabia Saudita por Alamoudi et al.⁶⁰, los dentistas expresaron su consenso sobre la necesidad y voluntad de obtener más educación y formación en el campo de OCE, debido a que el artículo ha revelado que la educación odontológica tiene un impacto fundamental en las actitudes y el rendimiento de los profesionales al atender PRCEO. Lo anterior evidencia la importancia de obtener más formación en OCE, tal y como lo demuestra un estudio realizado en nuestro país por Campos et al.³⁹, en donde se enfatiza que la falta de disponibilidad de personal especializado en el área, se asocia en gran parte a la

ausencia o escasa formación de los profesionales en OCE, de allí la importancia de la incorporación de este tema en las mallas curriculares y pensar en la creación de la especialidad.

Con respecto a la necesidad de incorporar este tema al plan de estudios de pregrado, el 85% de los participantes manifestaron estar muy de acuerdo, calificándolo con nota 7 en la escala de Likert, demostrando así que los profesionales consideran relevante el tema, esto podría deberse a que la mayoría de ellos atiende al menos un PRCEO todos los meses. En el estudio de Adyanthaya et al.³⁶, aproximadamente el 61% de los encuestados consideraba que para mejorar la calidad de atención de los niños que requieren cuidados especiales en odontología era necesaria la incorporación de este tema a nivel de pregrado y, además contar con clínicas donde se pueda atender a estos pacientes. De igual forma, en los estudios de Figueredo et al.⁴ y Santos et al.⁶¹, realizados en Brasil, todos los participantes indicaron que la disciplina es importante para la formación académica y debería ser obligatoria en el pregrado. Así también, Ferreira et al.⁶², concluyeron que la experiencia de atención de estos pacientes durante el pregrado ayuda a la construcción de un profesional más preparado y minimiza las dificultades al enfrentarse a estos pacientes. Por esta razón en el año 2013, la IADH creó una guía para integrar la OCE en el currículo de pregrado, respondiendo al requerimiento de educadores de todo el mundo; este puede ser adecuado según las necesidades de cada país e incluso universidades. La guía contiene diversas metodologías de enseñanza para garantizar la experiencia práctica de los estudiantes a través de la atención clínica guiada de variados grupos de pacientes, enfatizando en la importancia de aplicar el conocimiento teórico a la práctica clínica de todas las disciplinas odontológicas y de esta forma alcanzar los niveles de competencia y confianza requeridos para la atención de PRCEO en APS²⁰. Gracias a la incorporación de nuestro país a la IADH se han empezado a añadir a la formación universitaria estos conocimientos, lo que se refleja al consultar los actuales contenidos mínimos de la enseñanza de odontología de pregrado en Chile, realizados por la Asociación Chilena de Enseñanza de la Odontología (ACHEO), donde se observa que al menos 1 de los 246 contenidos mencionados se relaciona directamente con la OCE,

aunque implícitamente varios podrían vincularse al tema. Es importante destacar que lo mencionado en el documento de la ACHEO son solo sugerencias para las universidades pertenecientes a esta asociación, y no una norma que deba cumplirse⁶³.

Actualmente los odontólogos generales se ven enfrentados al desafío de atender PRCEO en su práctica diaria a pesar de relatar no tener suficiente formación en el manejo de ellos, lo cual es una realidad a nivel mundial. En relación a lo anterior, un estudio realizado por Valderrama et al.⁵⁸ señaló que el 31% de los encuestados no atiende este tipo de pacientes y el 2% no sabe si los atiende, ya que no los reconoce. Sin embargo, en el caso de aquellos profesionales que no pueden atenderlos, el 57% tiene conocimiento de las correctas vías de derivación. En este mismo estudio, también se analizó la cantidad de PRCEO que atienden los cirujanos dentistas al mes, afirmando que la mayoría atiende al menos 1 paciente (30%). En cambio, O'Donnell et al.⁶⁴ en Hong Kong, relató que el 60% de los profesionales atendían entre 1-5 pacientes al mes. En un estudio similar, realizado por Adyanthaya et al.³⁶, el 70% de los dentistas atendía al menos 3 pacientes en el mismo rango de tiempo. Así mismo, los datos obtenidos en el estudio de Valderrama et al.⁵⁸, indicaron que el 68% atendía entre 1 a 5 pacientes al mes, datos que son equiparables al de nuestro estudio donde un 70% de los encuestados indicaron atender la misma cantidad. Es importante destacar que el 93% de los participantes atendían al menos 1 paciente al mes y sólo el 6,7% relató no atender a PRCEO. Con respecto a estos últimos, se observó que tienen el promedio de edad más alto, mientras que aquellos que atendían más de 10 pacientes al mes tienen el promedio de edad más bajo. A pesar de no encontrarse una relación estadísticamente significativa, una de las razones por la que quizás los profesionales más jóvenes indican atender a más PRCEO, podría ser por la formación en OCE en pregrado; esto se traduce en que reconocen de mejor forma el amplio grupo de pacientes que se consideran de cuidados especiales, a diferencia de profesionales de mayor edad, ya que la incorporación de estas temáticas a las mallas curriculares de pregrado es nueva a nivel de nuestro país. De hecho, en Australia por Derbi et al.², afirma que aquellos profesionales que se graduaron desde la promoción del año 2000 a la actualidad presentan mayor probabilidad de haber recibido formación

en el área de atención de PRCEO en su programa de pregrado. De igual forma, en el mismo estudio se señala que aquellos odontólogos más jóvenes pudieron definir en un concepto más amplio y heterogéneo a estos pacientes, clasificándolos no solo como aquellos que presentan discapacidad física y/o motora, sino que también aquellos con discapacidad intelectual, afecciones médicas complejas, problemas psiquiátricos y pacientes de tercera edad.

Según Wang et al.⁶⁵ es importante que la metodología de enseñanza para los estudiantes de odontología se componga de teoría y de práctica clínica, ya que sin estos se carece de razonamiento clínico y una vez que los estudiantes se gradúan, sus conocimientos teóricos no pueden aplicarse adecuadamente en la atención de pacientes. A pesar de lo mencionado en el estudio de Wang, en nuestra investigación no se encontró una relación estadísticamente significativa entre las diferentes modalidades de enseñanza en pregrado y la cantidad de pacientes que atendían en un mes, ya que todos los grupos atendían entre 1-5 pacientes en este período de tiempo. Por el contrario, el estudio de Derbi et al.², encontró asociación entre estas variables, donde el 71,6% de los participantes que habían tenido algún tipo de formación durante el pregrado atendían a estos pacientes.

En la actualidad no existen estudios que relacionen el número de pacientes atendidos y la formación posterior al pregrado en OCE por parte de los cirujanos dentistas. Si bien, en nuestra investigación no se encontró relación estadísticamente significativa entre ambos, esta situación podría atribuirse a que en nuestro país actualmente no existen muchas instituciones que impartan cursos o diplomados relacionados a la OCE y los cursos que suelen tomar los profesionales suelen ser de pocas horas de capacitación.

Al consultar sobre el motivo por el cual no atendían PRCEO, la mayoría (66,7%) relató que la razón era que no acudían a su CESFAM, esta percepción podría estar sesgada por el poco conocimiento de la gran variedad de condiciones que pueden tener este grupo de pacientes, por lo que los profesionales pueden errar al identificarlos como parte de este grupo, a pesar de haberse incluido la definición en la encuesta.

Esto, como mencionamos anteriormente, podría estar vinculado con la formación en el tema, que se ve directamente relacionado con la edad del profesional, ya que al ser un área nueva se introdujo hace pocos años en la malla curricular de la carrera. En la actualidad no existen estudios que relacionen la edad del profesional con la razón por la cual evitan atender a PRCEO. Si bien nuestros resultados no demuestran una relación estadísticamente significativa, creemos que se debe principalmente a que las edades de los encuestados son bastante variadas, no teniendo una tendencia clara hacia una edad específica de los participantes. Si comparamos nuestros resultados con los del estudio de Figueredo et al.⁶⁶, el principal motivo por el que los dentistas no atendían a estos pacientes, era el no haber recibido dicha preparación durante su formación académica.

Al igual que en el presente estudio, otras investigaciones realizadas sobre el tema no han encontrado información que indique asociación significativa entre las características demográficas de los odontólogos generales y la disposición que tienen a atender a estos pacientes, es así como en el presente estudio no se encontró relación estadísticamente significativa entre la cantidad de pacientes que atienden al mes y el género de los profesionales encuestados. Datos coincidentes se observa en el estudio de Derbi et al.², en el cual tampoco se encontró relación estadísticamente significativa entre estas variables, lo que quiere decir que no hay una predisposición a que un género atienda más PRCEO que el otro hasta el momento.

Diversos estudios han demostrado que la confianza que sienten los profesionales al enfrentarse a PRCEO en su día a día es importante, es por esto que al analizar en este estudio la confianza de los cirujanos dentistas en el momento de la atención, se obtuvo un promedio de 4.9 en una escala de Likert del 1 al 7, considerándose como bueno-regular. Lo anterior nos permite deducir que a pesar que la mayoría de los participantes consideran no haber tenido suficientes estudios en relación a OCE, e indicar que les gustaría reforzar sus conocimientos en el área, esto no afectaría directamente en su confianza al atender a este grupo de pacientes. Al relacionar la confianza con los años de ejercicio clínico, no se encontró una tendencia

que indique que a más años de práctica profesional mayor sea la confianza al atender PRCEO, esto podría deberse a que los años de experiencia por sí solos no son suficientes para aumentar la confianza de los profesionales, sino que también es necesario tener formación teórica y clínica en el tema para poder atender a estos pacientes con comodidad y confianza.

Derbi et al.² analizó la relación que existía entre la formación de pregrado y la confianza al atender, encontrando una significancia estadística. Al igual que Gysling et al.⁶⁷ en Estados Unidos, en donde los participantes que habían recibido formación en OCE en pregrado se sentían mejor preparados para tratar a estos pacientes. Sin embargo, en nuestro estudio no se demostró una relación estadísticamente significativa entre estas variables, a pesar de esto, el promedio de la confianza aumentó al tener mayor formación, es decir, aquellos que tuvieron una formación clínica y teórica fueron quienes más confiados se sintieron al atender PRCEO.

Al analizar la confianza al atender PRCEO y la calificación de la formación en pregrado en OCE, se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, es decir, mientras mejor valorada es la formación de pregrado, más confiados se sienten los profesionales al atender estos pacientes. Lo anterior difiere del estudio de Adyanthaya et al.³⁶, donde se menciona que el 45% de los entrevistados afirmaron haber recibido un buen nivel de entrenamiento en la etapa de pregrado, sin embargo, el nivel de confianza en el 57% de ellos era bajo. Esta diferencia podría deberse a que la confianza es una percepción subjetiva que varía de persona en persona y se ve afectada por diferentes factores como socioculturales, económicos, entre otros.

Al relacionar el tipo de capacitación posterior al pregrado en OCE con la confianza al atender PRCEO, se obtuvo que los promedios de la confianza aumentan descriptivamente al mejorar el tipo de capacitación posterior al pregrado en OCE. Encontrándose una relación estadísticamente significativa entre ambas variables según la prueba chi-cuadrado. Estos resultados indicarían que a mayor cantidad de horas destinadas a la formación de OCE posterior al pregrado, más confianza tienen

los profesionales al atender PRCEO. Por lo que, es posible que en el caso de crearse la especialidad, siendo este considerado el mayor grado disponible, los profesionales podrían obtener aún más confianza al atender a estos pacientes. Como lo demuestran estudios como el de Faulks et al.⁵⁹, en donde se menciona que el reconocimiento del área de OCE como especialidad ayuda a que se reduzca la falta de formación en el tema durante el pregrado. Lo anterior, también ayudaría a que estos pacientes tengan más acceso a la atención dental en el sistema de salud de nuestro país. Un estudio realizado en Brasil por Condessa et al.⁶⁸, señaló que en el sistema de salud brasileño, los pacientes con discapacidad pueden ser atendidos por odontólogos generales en atención primaria, ya que las directrices curriculares en Brasil recalcan la importancia del conocimiento y manejo de PRCEO durante el pregrado. Sólo los casos más complejos deben ser derivados a atención secundaria, a la especialidad de pacientes con necesidades especiales. Esto podría adaptarse a las necesidades de nuestro país, donde en la actualidad solo existe la atención especializada de estos pacientes en el sistema de salud secundario por odontopediatras dentro del programa “Salud oral integral para menores de 20 años en situación de discapacidad que requieren cuidados especiales en odontología”, lo que es una gran limitación para la atención del amplio grupo de PRCEO, ya que quedan automáticamente fuera los pacientes adultos.

Al preguntar a los participantes acerca de la edad de los PRCEO atendidos, es interesante mencionar que se observó que la mayoría de los profesionales (69%) atiende a pacientes de todas las edades y no solo niños, como es la asociación tradicional en América. Es por esto que es importante que al momento de formar a los cirujanos dentistas, la educación en OCE debe abarcar tanto a la población infantil como a la adulta, considerando también que en APS acuden pacientes de edades transversales. Este dato obtenido es difícil de comparar con otros estudios previamente realizados, ya que la mayoría de ellos se centran en niños o personas con condiciones específicas.

Al momento de identificar las principales barreras al atender PRCEO en APS, la mayoría de los participantes de nuestro estudio consideró el tiempo de atención

acotado (59,7%), seguido de problemas de comunicación (44,9%) y escasez de programas gubernamentales (43,6%) como las razones principales. Una situación similar se evidenció en un estudio realizado por Derbi et al. en el año 2016² en Australia, señalando el tiempo de atención acotado como principal barrera. Esto se contrapone con un estudio realizado el 2017 por Adyanthaya et al.³⁵ en India, donde los odontólogos indicaron como principal barrera la infraestructura y/o equipos inadecuados para la atención dental, el nivel de formación del profesional y la voluntad al atender PRCEO seguido, en menor medida por el comportamiento del paciente y la dificultad de establecer comunicación con ellos. Las diferencias encontradas con nuestro estudio, podrían deberse a las diversas realidades encontradas en cada país y servicios de salud. En Chile, la ley N°20.422 establece que todo edificio de uso público y que preste servicios a la comunidad, como un consultorio, por ejemplo, debe ser accesible y utilizable de forma autónoma y sin problemas por personas con discapacidad; con esto se refiere a tener adaptaciones como rampas de acceso, puertas amplias, señalizaciones especiales, entre otros requisitos necesarios para la seguridad y correcto desplazamiento y calidad de vida de estas personas¹⁴. Pese a esta normativa el 38,3% de los encuestados en este estudio, consideran que aún la infraestructura es inadecuada para estos pacientes en nuestro país.

Otras de las barreras identificadas por los odontólogos encuestados fueron las aquellas relacionadas al equipo profesional, donde expresan tener poca o escasa comunicación con el equipo médico y una falta de conocimiento de las condiciones sistémicas de cada paciente. Según Tan Castañeda⁶⁹, existe un desfase entre la formación médica que reciben los odontólogos y la escasa o deficiente educación odontológica que se les da a los médicos, por lo que se llega a afirmar que el odontólogo debe servir como orientador del médico para obtener un mejor resultado en el cuidado de la salud bucal del PRCEO.

Las barreras más destacadas en nuestro estudio difieren de las indicadas en el estudio de Gerreth y Borysewicz-Lewicka⁴¹, donde los cuidadores o padres de niños de entre 6 y 18 años que acuden a colegios especiales, relataron que las mayores

barreras fueron los largos tiempos de espera, la reluctancia de los profesionales para atender a los pacientes, altos costos del tratamiento dental, lejanía de los centros de atención en relación a sus lugares de residencia y la falta de continuidad en los tratamientos. Desde el punto de vista de los pacientes, las principales barreras encontradas en el estudio de Ali et al.⁴⁴, específicamente en personas con discapacidad intelectual, fueron las dificultades para comunicarse con los profesionales de salud, indicando que muchas veces no se les daba importancia, se les ignoraba cuando estaban sus cuidadores presentes o no se adaptaban a las necesidades de estos hablándoles muy rápido sin esperar que comprendieran.

En relación a la actualización de los profesionales con respecto a los documentos nacionales de relevancia para la atención de PRCEO, los resultados obtenidos indicaron que aproximadamente un tercio de los participantes (32,2%) no conocía ninguna de las guías. Este resultado sorprende, pues los encuestados corresponden a funcionarios públicos y por lo tanto, se esperaría conocimiento de estas guías ministeriales. El desconocimiento de las guías podría deberse a un sesgo de memoria al momento de responder la encuesta por parte de los participantes, a desinterés en relación al tema y no recordar la difusión de estas guías, una falta de difusión constante de los documentos o a la dificultad de acceso a ellas (por ejemplo, podría considerarse la creación de un portal odontológico MINSAL donde se encuentren todas las guías). Cabe mencionar, que en la actualidad no existen estudios que analicen el conocimiento de estas guías preguntadas en este estudio.

A diferencia de la literatura internacional, en el presente estudio parecen tomar relevancia otros factores en la atención de PRCEO. Los cirujanos dentistas participantes no asociaron el no atender PRCEO con una falta de preparación, estudios o confianza si no que, en la mayoría de los casos se relaciona con factores externos a ellos o que involucran a terceros. Esto destaca, ya que a pesar de no considerarlo como un factor que dificulta la atención de estos pacientes, la mayoría si piensa que requiere profundizar sus conocimientos en esta área como se mencionó anteriormente.

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio se puede observar que sería importante incluir la OCE de forma obligatoria en el currículo de pregrado de las universidades que imparten la carrera de odontología en nuestro país, ya que según los encuestados los PRCEO se atienden día a día en los servicios de APS. De esta manera todos los profesionales que trabajan en esta área tendrían los conocimientos necesarios para dar una atención adecuada y de calidad a los casos más sencillos. En relación a la atención de estos pacientes en APS, es deber del odontólogo brindar educación y orientación, tanto a los pacientes como a sus familias y contar con controles periódicos que ayuden a mejorar su salud oral. En la actualidad solo existe atención priorizada para este grupo en APS a través del programa de atención domiciliaria odontológica destinado a personas con dependencia severa, cuyo objetivo es brindar prestaciones tanto preventivas como recuperativas de nivel primario³⁴. En el caso contrario, de aquellos casos que se requiera atención de especialidad, es responsabilidad del profesional conocer las actuales vías de derivación a nivel de atención secundaria.

Dentro de las limitaciones de este estudio se considera que, al ser una encuesta auto-aplicada, algunos participantes podrían no haber seguido las instrucciones de forma adecuada o se dejaron influir por su propia idea sobre quienes componen el grupo de PRCEO, ignorando la definición de OCE expuesta. Cabe mencionar, que una limitación que encontramos en los estudios que utilizan como metodología las encuestas de percepción, es el sesgo de memoria, debido a que los participantes pueden tener problemas al recordar su experiencia previa, por ejemplo, en relación a la cantidad de PRCEO atendidos en un mes. El análisis de los datos se realizó en base a los cuestionarios contestados por los Cirujano Dentistas que aceptaron participar de la investigación, estos debían estar actualmente trabajando en la APS de la V región, pero debido al contexto de pandemia a nivel mundial en el que nos encontramos, no se pudo acudir a los recintos de salud a realizar los cuestionarios de forma presencial teniendo como consecuencia no poder llegar a todas las comunas de la región.

Conclusiones

Los odontólogos reportan una alta frecuencia de atención de PRCEO en APS, por lo tanto, es fundamental establecer la formación académica OCE de manera integral en la educación superior, para así mejorar la calidad de atención que se les brinda a estos pacientes. La identificación de las barreras que enfrentan estos pacientes permitiría mejorar el acceso y oportunidad que tiene los PRCEO y así disminuir la brecha de las necesidades orales insatisfechas que presentan.

Se reconoce la falta formación en el área y que esta es relevante en el ejercicio de la profesión. Fue comprobado a través de nuestro estudio que a mayor nivel de educación más confianza tienen los profesionales al atender.

Sugerencias

Se recomienda continuar con estudios descriptivos que muestren la realidad a nivel nacional sobre el conocimiento y práctica de la OCE, con el fin de desarrollar en un futuro, estrategias que refuercen la formación académica en pregrado y entregue sustentos para mejorar las políticas públicas de salud enfocadas a este grupo de pacientes. Además, es importante considerar también el punto de vista de los pacientes y tomar en cuenta como ellos califican la atención brindada por los profesionales.

Referencias

1. Scully C, Diz Dios P, Kumar N. Special care in dentistry. Churchill Livingstone Elsevier; 2007.
2. Derbi HA, Borromeo GL. The perception of special needs dentistry amongst general dentists within Western Australia, Australia. J Gerontol Geriatr Res. 2016;5(4):2.
3. Salud Oral Integral para Menores de 20 años en Situación de Discapacidad que Requieren Cuidados Especiales en Odontología Ministerio de Salud. 2012.
4. Cançado Figueiredo M, Nicoli Haas A, Maciel Da Silva A, Corrêa Furtado T, Concha Melgar X. Percepción de los estudiantes de odontología de la ufrgs sobre la disciplina de pacientes con necesidades especiales. Odontoestomatología. 2019;21(33):28–36.
5. Yeaton S, Moorthy A, Rice J, Coghlan D, O'Dwyer L, Green E, et al. Special care dentistry: how prepared are we? Eur J Dent Educ. 2016 Feb;20(1):9–13.
6. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional SALUD Síntesis de Resultados Ministerio del Desarrollo Social. 2018.
7. de la Salud AM. Discapacidad: Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad: Informe de la Secretaría [Internet]. 2014. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170540/A67_16-sp.pdf
8. OMS. Informe Mundial sobre la discapacidad. Suiza, 2011.
9. Organization WH, Others. Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF. 2001; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42419/9243545426.pdf>
10. de Unicef Para América Latina y Caribe OR. Notas de orientación programática sobre niños, niñas y adolescentes con discapacidad [Internet]. UNICEF; 2019. Available from: <https://www.unicef.org/lac/informes/notas-de-orientacion-programatica-sobre-ninos-ninas-y-adolescentes-con-discapacidad-2018>
11. SENADIS, Universidad de Chile. Manual de Cuidados Especiales, Atención Odontológica de Personas en Situación de Discapacidad que requieren Cuidados Especiales en Salud 2015. 2015.

12. SENADIS. Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad. In: Un nuevo enfoque para la inclusión. Ministerio Desarrollo Social, Chile; 2015. p. 30.
13. Nations U, United Nations. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.18356/92a7700f-es>
14. Ley 20422. Ley N°20.422 3 de Febrero 2010.
15. Servicio Nacional de la Discapacidad, Ministerio de Desarrollo social, Chile. Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad [Internet]. 2013. Available from: <https://www.senadis.gob.cl/>
16. Establece Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. 2010.
17. Ley 20584_ [Internet]. 20584 Apr 24, 2012. Available from: <http://bcn.cl/2drdf>
18. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 1. Access. Br Dent J. 2008 Jun 14;204(11):605–16.
19. FDI World Dental Federation. FDI/IADH policy statement on Oral health and dental care of people with disabilities: Adopted by the FDI General Assembly, September 2016, Poznan, Poland. Int Dent J. 2017 Feb;67(1):16–7.
20. Dougall A, Thompson SA, Faulks D, Ting G, Nunn J. Guidance for the core content of a Curriculum in Special Care Dentistry at the undergraduate level. Eur J Dent Educ. 2014 Feb;18(1):39–43.
21. Giraldo-Zuluaga MC, Martínez-Delgado CM, Cardona-Gómez N, Gutiérrez-Pineda JL, Giraldo-Moncada KA, Jiménez-Ruiz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. CES Odontol. 2017;30(2):23–36.
22. Chadwick D, Chapman M, Davies G. Factors affecting access to daily oral and dental care among adults with intellectual disabilities. J Appl Res Intellect Disabil. 2018 May;31(3):379–94.
23. Chen T-T, Yeh Y-C, Chien K-L, Lai M-S, Tu Y-K. Risk of Infective Endocarditis After Invasive Dental Treatments: Case-Only Study. Circulation. 2018 Jul 24;138(4):356–63.
24. Bautista B, Ceballos A, Parra G. Manifestaciones clínicas de la anorexia y bulimia en cavidad bucal. Revista Venezolana de [Internet]. 2015; Available from: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/viewFile/6618/6432>

25. Alshatrat SM, Al-Bakri IA, Al-Omari WM. Dental Service Utilization and Barriers to Dental Care for Individuals with Autism Spectrum Disorder in Jordan: A Case-Control Study. *Int J Dent*. 2020 Aug 3;2020:3035463.
26. da Rosa SV, Moysés SJ, Theis LC, Soares RC, Moysés ST, Werneck RI, et al. Barriers in Access to Dental Services Hindering the Treatment of People with Disabilities: A Systematic Review. *Int J Dent*. 2020 Jul 23;2020:9074618.
27. Aravena L P, Inostroza P M. Evaluation of public and private health care systems. *Rev Med Chil*. 2015 Feb;143(2):244–51.
28. Pesse-Sorensen K, Fuentes-García A, Ilabaca J. Estructura y funciones de la Atención Primaria de Salud según el Primary Care Assessment Tool para prestadores en la comuna de Conchalí-Santiago de Chile. *Revista médica de Chile*. 2019;147(3):305–13.
29. Atención Primaria de Salud - Atención Primaria de Salud - SS Concepción [Internet]. [cited 2021 Jan 14]. Available from: <https://saludprimaria.cl/atencion-primaria-de-salud/>
30. Establecimientos de Salud [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 14]. Available from: <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>
31. Servicios de Salud [Internet]. [cited 2021 Jan 14]. Available from: <https://www.minsal.cl/servicios-de-salud/>
32. Gattini C. El sistema de salud de Chile. Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP), Escuela de Salud Pública U de Chile. Noviembre de 2018;
33. Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030. Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención Y Control de Enfermedades Departamento de Salud Bucal. Ministerio de Salud Chile; 2017.
34. SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DEPARTAMENTO DE MODELO UNIDAD ODONTOLÓGICA. Orientación Técnica Atención Odontológica Domiciliaria 2018.
35. Ley 20845_08 [Internet]. 20845 8 junio de 2015. Available from: <http://bcn.cl/2aom5>
36. Adyanthaya A, Sreelakshmi N, Ismail S, Raheema M. Barriers to dental care for children with special needs: General dentists' perception in Kerala, India. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2017 Jul;35(3):216–22.
37. Chamorro JRS, de Pauw JD, Figueroa NB, Zuñiga MG. Percepción de

estudiantes y docentes de odontología acerca de incorporar la atención a personas con discapacidad intelectual. *Revista Electrónica de Investigación en Docencia Universitaria*. 2020;2(1):38–46.

38. Salama FS, Kebriaei A, Durham T. Oral care for special needs patients: a survey of Nebraska general dentists. *Pediatr Dent*. 2011 Sep;33(5):409–14.

39. Campos V, Cartes-Velásquez R. Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve. *Revista médica de Chile*. 2019;147(5):634–42.

40. Pegon-Machat E, Jourdan D, Tubert-Jeannin S. Inégalités en santé orale: déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France. *Sante Publique*. 2018;30(2):243–51.

41. Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M. Access Barriers to Dental Health Care in Children with Disability. A Questionnaire Study of Parents. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2016 Mar;29(2):139–45.

42. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 2. Communication. *Br Dent J*. 2008 Jul 12;205(1):11–21.

43. Arya D, Bharti R, Chandra A, Tikku A, Gupta R. Oral care needs, barriers and challenges among elderly in India [Internet]. Vol. 15, *The Journal of Indian Prosthodontic Society*. 2015. p. 17. Available from: <http://dx.doi.org/10.4103/0972-4052.155044>

44. Ali A, Scior K, Ratti V, Strydom A, King M, Hassiotis A. Discrimination and other barriers to accessing health care: perspectives of patients with mild and moderate intellectual disability and their carers. *PLoS One*. 2013 Aug 12;8(8):e70855.

45. Teo CHK, Mahesh MN, Lim GXD. Oral health status and barriers to care in a multiethnic mixed disability center: Rethinking disability community dental services. *Spec Care Dentist*. 2020 Jul;40(4):344–55.

46. Alumran A, Almulhim L, Almolhim B, Bakodah S, Aldossary H, Alakrawi Z. Preparedness and willingness of dental care providers to treat patients with special needs. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2018 Oct 26;10:231–6.

47. Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. General dentists and special needs patients: does dental education matter? *J Dent Educ*. 2005 Oct;69(10):1107–15.

48. Mugayar L, Hebling E, Dias PV. Special care dentistry: a new specialty in Brazil. *Spec Care Dentist*. 2007 Nov;27(6):232–5.

49. Hamzah SZ. Special needs dentistry (SND) in Malaysia: A way forward. *Malays Dent J.* 2012;34(1):33–6.
50. Ahmad MS, Mokhtar IW, Khan NLA. Extramural Oral Health Educational Program Involving Individuals With Disabilities: Impact on Dental Students' Professionalism. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2020 May;10(3):323–8.
51. Rojas E. Asociación Latinoamericana de Odontología para Pacientes Especiales Alope Chile. Enero2012.
52. Oficio Solicitud de Acceso a información pública transparencia Superintendencia de Salud. 2020.
53. Registro Nacional Prestadores Individuales de Salud. Superintendencia de Salud [Internet]. Superintendencia de Salud; [cited 2020 Dec 30]. Available from: <https://www.superdesalud.cl>
54. La Odontología en Salud Pública, una deuda pendiente [Internet]. webdental.cl/odontologia/la-odontologia-en-salud-publica-una-deuda-pendiente. [cited 2020 Dec 30]. Available from: <https://www.google.com/url?q=https://webdental.cl/odontologia/la-odontologia-en-salud-publica-una-deuda-pendiente/&sa=D&ust=1609365401009000&usg=AOvVaw1EYmLmmGDBrcuZ2EUf3xkK>
55. Loepky WP, Sigal MJ. Patients with special health care needs in general and pediatric dental practices in Ontario. *J Can Dent Assoc.* 2006 Dec;72(10):915.
56. Agrawal R, Shah P, Zebracki K, Sanabria K, Kohrman C, Kohrman AF. Barriers to care for children and youth with special health care needs: perceptions of Illinois pediatricians. *Clin Pediatr.* 2012 Jan;51(1):39–45.
57. Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión.* 2004;5(17):23–9.
58. Valderrama AC, Arredondo NÁ, Figueroa DR, Mejía CIL, Osorio APA, Quiroz LHR. Factores determinantes para la atención clínica odontológica de pacientes con discapacidad [Internet]. Vol. 10, *Acta Odontológica Colombiana.* 2020. p. 52–67. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/aoc.v10n2.83726>
59. Faulks D, Freedman L, Thompson S, Sagheri D, Dougall A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *Eur J Dent Educ.* 2012 Nov;16(4):195–201.
60. Alamoudi NM, Almushayt AS, El Derwi DA, Mirdad LH, El-Ashiry EA. Dentists' perception of the care of patients with special health care needs in

Jeddah, Saudi Arabia. *J Oral Hyg Health*. 2017;5(3):2332–0702.

61. Santos MFS, Hora IA dos A. Atenção odontológica a pacientes especiais: atitudes e percepções de acadêmicos de odontologia. *Rev ABENO*. 2014 May 10;12(2):207–12.
62. Ferreira SH, Suita RA, Rodrigues PH, Kramer PF. Percepção de estudantes de graduação em Odontologia frente ao atendimento de pessoas com deficiência. *Rev ABENO*. 2017 Mar 13;17(1):87–96.
63. CONTENIDOS MÍNIMOS EN LA ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGÍA DE PREGRADO EN CHILE. Asociación Chilena de Enseñanza de la Odontología; 2020.
64. O'Donnell D, Sheiham A, Yeung KW. The willingness of general dental practitioners to treat people with handicapping conditions: the Hong Kong experience. *J R Soc Promot Health*. 2002 Sep;122(3):175–80.
65. Wang W, Bi X, Zhu Y, Li X. Reforming teaching methods by integrating dental theory with clinical practice for dental students. *PeerJ*. 2020 Feb 7;8:e8477.
66. Figueiredo MC, Haas AN, Scariot D, Lima GL, Melgar XC. Actitud de odontólogos acerca de la atención de pacientes con necesidades especiales [Internet]. Vol. 22, *Odontología Sanmarquina*. 2019. p. 5–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.15381/os.v22i1.15856>
67. Gysling SP, Taiclet LM, Polk DE. Associations between practice patterns and dental education in special care dentistry. *J Dent Educ*. 2020 Oct;84(10):1084–90.
68. Condessa AM, de Lucena EHG, Figueiredo N, de Goes PSA, Hilgert JB. Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014 [Internet]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/scielopreprints.933>

Anexos

Anexo 1.

ENCUESTA “BARRERAS DE ACCESO EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE PACIENTES DE CUIDADOS ESPECIALES SEGÚN ODONTÓLOGOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA V REGIÓN EN EL AÑO 2021.”

I. Información general:

1. Edad: _____
2. ¿Con qué género se identifica? : ___Femenino / _____ Masculino/___Otra.
3. ¿Cuántos años de ejercicio clínico tiene? _____
4. Considerando solamente APS ¿En qué comuna trabaja? (si trabaja en más de una comuna, indique en la que tenga mayor cantidad de horas y/o prefiera).

- | | | |
|---------------------|-----------------|--------------------|
| 1) Algarrobo. | 14) La Cruz. | 27) Quilpué. |
| 2) Calera. | 15) La Ligua. | 28) Quintero. |
| 3) Cabildo. | 16) Limache. | 29) Rinconada. |
| 4) Calle Larga. | 17) Llay Llay. | 30) San Antonio. |
| 5) Cartagena. | 18) Los Andes. | 31) San Esteban. |
| 6) Casablanca. | 19) Nogales. | 32) San Felipe. |
| 7) Catemu. | 20) Olmué. | 33) Santa María. |
| 8) Concón. | 21) Panquehue. | 34) Santo Domingo. |
| 9) El Quisco | 22) Papudo. | 35) Valparaíso. |
| 10) El Tabo. | 23) Petorca. | 36) Villa Alemana. |
| 11) Hijuelas. | 24) Puchuncaví. | 37) Viña del Mar. |
| 12) Isla de Pascua. | 25) Putaendo. | 38) Zapallar. |
| 13) Juan Fernández. | 26) Quillota. | |

5. ¿Tiene algún tipo de formación de diplomado, postgrado (Magíster o Doctorado) o especialización? ¿Cuál o cuáles? (considere cualquier área de la odontología)_____

Antes de contestar estas preguntas, debe tener en cuenta que los pacientes que requieren cuidados especiales son considerados por la Asociación Internacional para la Discapacidad y la Salud Oral (IADH), como aquellos que tienen limitaciones físicas, sensoriales, intelectuales, médicas, emocionales, sociales, o más comúnmente una combinación de estas.

II. Formación.

6. ¿Tuvo formación sobre la atención de cuidados especiales en salud durante el pregrado?

- a. Sí, Teórica.
- b. Sí, clínica.
- c. Sí, teórica y clínica.
- d. No.

7. Si su respuesta fue Sí, ¿Cómo califica que fue su formación en el tema?

Deficiente 1 2 3 4 5 6 7 Excelente

8. ¿Cree usted que la incorporación de este tema al plan de estudios de pregrado es necesaria?

En desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo.

9. ¿Qué tipo de capacitación ha tenido en Odontología de cuidados especiales posterior al pregrado? Puede marcar más de una.

- a. Capacitación de 1 a 15 horas.
- b. Capacitación de 16 a 45 horas.
- c. Diplomado.
- d. Magister
- e. Ninguna.
- f. otro: _____

10. Según sus actuales competencias ¿Cree usted que es necesario complementar su formación en relación a la atención de pacientes de cuidados especiales?

- a. Sí.
- b. No.

III. Experiencia Laboral.

11. ¿Cuántos pacientes de cuidados especiales en odontología atiende usted en un año aproximadamente en APS? (considere un año sin contexto Covid-19).

- a. 0
- b. 1 a 5.
- c. 6 a 10.
- d. Más de 10.

12. Si su respuesta anterior fue 0, ¿A qué se debe?

- a. No me siento preparado.
- b. No me interesa.
- c. No suelen acudir al CESFAM.
- d. Otra: _____

13. ¿Qué tan confiado/a se siente cuando atiende a pacientes de cuidados especiales en odontología?

No me siento confiado 1 2 3 4 5 6 7 Muy Confiado.

14. ¿De qué edades son los pacientes de cuidados especiales que atiende en APS?

- a. Menores de 18 años.
- b. Mayores o igual a 18 años.
- c. Todas las edades.
- d. No atiendo.

15. En su experiencia con estos pacientes ¿cuál o cuáles considera que son las barreras que dificultan la atención de pacientes que requieren cuidados especiales en su lugar APS? Puede marcar más de una opción.

- a. Comportamiento del paciente.
- b. Problemas de comunicación.

- c. Voluntad del dentista y/o su equipo.
- d. Falta de motivación de padres/cuidadores.
- e. Problemas económicos.
- f. Tiempo de atención acotado.
- g. Falta de seguimiento de los pacientes.
- h. Falta de conocimiento de las condiciones de los pacientes.
- i. Poca o escasa comunicación con el equipo médico tratante.
- j. Escasez de programas gubernamentales.
- k. No tengo experiencia.
- l. Poca disponibilidad de horas.
- m. Locomoción
- n. Infraestructura adecuada.
- o. Otros _____.

16. ¿Usted conoce las siguientes guías nacionales (Seleccione cuál o cuáles conoce)
- a. Salud oral integral para menores de 20 años en situación de discapacidad que requieren cuidados especiales en odontología (MINSAL)
 - b. Higiene bucal en personas en situación de discapacidad. (MINSAL)
 - c. Manual de Cuidados Especiales: Atención Odontológica de Personas en Situación de Discapacidad que requieren Cuidados Especiales en Salud (U. de Chile / SENADIS)
 - d. No las conozco

Anexo 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “BARRERAS DE ACCESO EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE PACIENTES DE CUIDADOS ESPECIALES SEGÚN ODONTÓLOGOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA V REGIÓN EN EL AÑO 2021.”, cuyo investigador principal es Julio Mansilla Montenegro y co-investigadora Sofía Bonvallet. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará vía online a través de la plataforma Google Forms durante el año 2021.
2. Esta encuesta está diseñada para reunir información sobre la relación de la formación académica, experiencia laboral y barreras de acceso con la atención odontológica de pacientes de cuidados especiales según odontólogos, ya que consideramos de suma importancia investigar e identificar las diversas barreras que enfrenta este grupo de personas, que aún sigue siendo discriminado, dificultando el acceso a la atención dental. Es relevante realizar esta investigación para dar a conocer la realidad de estos pacientes, crear conciencia sobre la necesidad de atención que presentan y de esta forma poder generar un cambio en la actitud frente a la atención de estos pacientes en los cirujanos dentistas, si no que también en la formación.
3. El objetivo de esta investigación es determinar la relación de la formación académica, experiencia laboral y barreras de acceso con la atención odontológica de pacientes de cuidados especiales, según odontólogos de atención primaria de salud de la V región en el año 2021.
4. Su participación consiste en contestar una encuesta que le tomará 10 minutos que se le enviará a través de la plataforma Google Forms en mayo del 2021, cabe destacar que su participación es de carácter voluntaria, anónima y no recibirá pago alguno. Se le eligió para formar parte del estudio debido a que posee el título de cirujano dentista y se desempeña ejerciendo en la quinta región.
5. La participación en esta investigación no involucra riesgos para usted.
6. El participante no recibirá dinero por concepto de pago de participación en el estudio.
7. El participante tiene derecho a manifestar sus dudas a los investigadores en cualquier momento pudiendo contactar vía correo electrónico al e-mail tesisuvne2020@gmail.com y se le explicará las preguntas que no queden claras o directamente con el investigador principal al correo: Julio.mansilla@uv.cl. Puede tomarse su tiempo para reflexionar si quiere participar. De considerarlo necesario,

puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin ningún perjuicio, comunicándose con el investigador principal.

8. No será requerida su identificación personal, por lo que sus respuestas serán anónimas.
9. El registro de los datos será reservado únicamente para el acceso de los investigadores y serán resguardados por el investigador principal. Los datos serán ingresados y resguardados en la Oficina de investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.
10. Los resultados de la investigación pueden ser divulgados según lo estimen los investigadores en publicaciones de tipo científica y/o académica, siempre preservando la identidad de los participantes.
11. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité Ético Científico de Proyectos Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes a su secretaria, Profa. Claudia Cañete Hernández, al teléfono +56 32-2508500, o a través del mail institucional tesis.odontologia@uv.cl
12. En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento.

Dr. Julio Mansilla Montenegro julio.mansilla@uv.cl

Rut. 9986709-4

Dra. Sofía Bonvallet Commentz.

Rut. 16.885.999-6

Valparaíso, 2021

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Comité de Revisión
Proyectos de Investigación

Valparaíso, 05 de abril de 2021

Sr.
Prof. Dr. Julio Mansilla Montenegro,
Investigador Responsable
Dra. Lucía Bonvallet Commentz,
Co-Investigadora
Presente

De nuestra consideración:

Se realizó la evaluación de su Proyecto de Investigación titulado "Relación de la Formación Académica, Experiencia Laboral y Barreras de Acceso con la Atención Odontológica de Pacientes de Cuidados Especiales, según Odontólogos de Atención Primaria de Salud de la V Región en el Año 2021", bajo el código PREG-18-20, el que no presenta reparos desde el punto de vista metodológico y/o bioético. En consecuencia, se aprueba la ejecución de su proyecto.

La validez de esta aprobación es por un año a partir de esta fecha. Al término de ese plazo, le solicitamos realice un informe respecto de su investigación y enviarlo a este Comité. Podrá asimismo, de ser necesario, solicitar una prórroga de esta aprobación por otro periodo de un año.

Atentamente,

Ricardo
Alberto
Moreno
Silva

Prof. Dr. Ricardo Moreno Silva

Presidente
Comité de Revisión
Proyectos de Investigación
Facultad de Odontología

Tratado de Bioética por Ricardo
Alberto Moreno Silva
Resolución de acreditación CDS
n.º 12.411-01/2014 - 18/03/2014
FOLIO 1002223 - Valparaíso
en el Departamento de Valparaíso
en el Concejo de los señores
doctores don Esteban
Moreno Silva
en Valparaíso, Chile, el día
veinte de mayo de mil novecientos
veintiuno (2021) a las 11:00 hrs.
Comité de Bioética Facultad de
Odontología



