



**Universidad
de Valparaíso**
CHILE

**Facultad de Odontología
Escuela de Graduados**

**¿CUÁL ES LA ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE QUINTO Y
SEXTO AÑO DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE
VALPARAÍSO HACIA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA?**

Trabajo de Investigación

requisito para optar al título de

Especialista en Odontopediatría

Residente: Dra. Javiera Morán Bravo

Docente guía: Dr. Julio Mansilla Montenegro

2015

DEDICATORIA

Quiero plasmar en esta primera plana la inmensa gratitud que siento a personas fundamentales en mi vida, que con su amor y cariño hermoso han ayudado en forjar lo que hoy soy, lo que creo y lo que hago:

A mis padres Luz Marina y Boris, por ser el gran ejemplo de servicio, esfuerzo, perseverancia, alegría, amor y sueños de vida. Por ser el pilar fundamental en ella y entregarme lo mejor de ellos.

A mis hermanos, Tomás y Matías, por ser mis compañeros eternos de camino, por compartir los momentos más alegres como los más difíciles y hacer de cada uno de ellos, un aprendizaje.

A mi cuñada y sobrina, Dayana y Florencia, su amor, alegría y apoyo incondicional han alumbrado mi espacio, como el de muchos corazones.

A mi abuelita, tíos y tías, primos y primas; a ¡mi familia toda!, por hacer de la distancia un instante y por recordarme que la sangre tira más que yunta de bueyes.

A Marcelo, por re-afirmarme que somos agentes de cambios sociales y que la alegría y humor puede llegar a todos los rincones del corazón y del planeta.

A mis amigas y amigos de vida, porque fueron en la distancia y en la cercanía mis grandes compañías.

Al equipo de Cuidados Especiales en Odontología "Capacitando en red", por ser un atómico equipo de trabajo y crear tantos cambios en muchos y en mí.

¡Mil gracias y Los Amo infinito!

"Una vez se dijo que la prueba moral del gobierno es la forma en que el gobierno trata a los que están en los albores de la vida, los niños; los que están en el ocaso de la vida, las personas mayores; y los que están en las sombras de la vida, los enfermos, los necesitados y los discapacitados".

Hubert H. Humphre.

AGRADECIMIENTOS

- A Dra. Marie Therese Flores, por su cariño, generosidad, sabiduría, pasión e inspiración de servicio y de convicciones profesionales.
- A Dr. Juan Eduardo Onetto, por confiar en mí y en mis capacidades. Por ser un gran ejemplo de esfuerzo, constancia y responsabilidad.
- A Dr. Julio Mansilla por su disposición, apoyo, acompañamiento y ayuda en encaminar mi investigación.
- A Prof. PhD. Carlos Henríquez por proporcionar de manera desinteresada y constante, sus conocimientos y experiencia, siendo imprescindible en el desarrollo de este trabajo.
- A Dra. Carolina López, por su escucha amorosa, acertados consejos y apoyo constante.
- A Dra. Mariana Carrasco, Dra. Alexandra Guerrero y Dra. Giglia Sirandoni por el servicio que entregan en la clínica y el apoyo cuando las necesite.
- A mis compañeros y amigos: Mónica, Kiyoko y Víctor, porque hicieron de estos dos años, de esos maravillosos e inolvidables.
- A mis compañeras de especialidad, por tener la disposición de trabajar en equipo y crear un tremendo aprendizaje estos años.
- A los que trabajan en la Clínica Infantil y del Adolescente; Sibelle, Marisol Rivas y Claudina quienes me ayudaron en mi práctica clínica diaria. A Jocelyn por su entrega incondicional, Marlene, Norma, Jacqueline, Marisol Cortés, Cheril, Rebeca y Don Patricio por su apoyo, sonrisas, cariños y disposición para realizar de manera agradable los días de trabajo.
- Y a todos juntos; por hacer el día a día un desafío nuevo, entretenido, eficiente y crear este bello equipo al servicio de nuestros pacientes.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
1.1. Discapacidad	2
2.2. Marco judicial regulatorio en Chile de las personas con discapacidad.....	4
2.3. Personas con Necesidades Especiales de Atención en Salud.....	4
2.4. Barreras de Acceso a la Atención Dental	8
2.5. Programas Curriculares para Estudiantes de Odontología en Necesidades Especiales en Salud.....	12
3. OBJETIVOS	15
4. MATERIALES Y MÉTODOS	16
4.1. Tipo de estudio	16
4.2. Población.....	16
4.3. Muestra	16
4.4. Reclutamiento de los estudiantes.....	16
4.5. Criterios de inclusión	16
4.6. Criterios de exclusión	16
4.7. Instrumento utilizado	16
4.8. Variables	18
4.9. Análisis de los datos.....	18
4.10. Resguardos éticos.....	19
5. RESULTADOS	20
6. DISCUSIÓN	35
7. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	39
8. CONCLUSIONES	40
9. RESUMEN	41
10. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	42
11. ANEXOS	50

1. INTRODUCCIÓN

La discapacidad es un término genérico para referir tanto a déficits y limitaciones de la actividad, cómo a las restricciones en la participación social de determinadas personas. A nivel individual; una persona con discapacidad es aquella que, teniendo una o más deficiencias físicas, psíquicas, intelectuales y/o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en su sociedad. Este concepto denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una condición de salud y sus factores contextuales individuales, ambientales y personales.

A nivel mundial, cerca del 15% de la población vive con algún grado de discapacidad. En Chile, de acuerdo al único reporte realizado por el Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC, 2004), un 12,9% de la población nacional presenta alguna situación de discapacidad.

El marco judicial en Chile, que regula a las personas con discapacidad es la Ley 20.422 y la Ley número 19.584. La primera establece “*Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad*” y la segunda ley regula los “*Derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud*”.

Considerando las distintas limitaciones funcionales, restricciones y patologías médicas de base, algunas personas requieren un cuidado especial en salud, creando el concepto de Necesidades Especiales en Atención en Salud. A nivel de salud oral este grupo presenta mayor riesgo de desarrollar enfermedades buco-dentarias y son más vulnerables a patógenos orales que la población sana por diversos factores. Todos los factores que dificultan el acceso de las personas a cuidados y atención en salud se denominan barreras y pueden relacionarse a los individuos, a los padres y/o cuidadores, a los profesionales odontólogos, a la sociedad, a las universidades y el Estado. Una barrera relacionada con los estudiantes y profesionales odontólogos es una actitud inapropiada al atenderlos, dificultando el acceso y calidad de las personas con discapacidad en la salud bucal.

El término “actitud” es una idea provista de una carga emocional que predispone a una clase de acciones ante un determinado tipo de situaciones sociales. Esta predisposición puede ser positiva o negativa, por tanto tenemos que existen actitudes apropiadas y actitudes inapropiadas, respectivamente.

En Chile, existen investigaciones que evalúan y miden la actitud en estudiantes de carreras de la salud cómo terapia ocupacional, médicos, kinesiólogos, enfermeras, fonoaudiólogos, nutricionistas, obstetras, tecnólogos médicos; pero no existen investigaciones en estudiantes de Odontología. Al no existir estudios, es posible que la actitud de los estudiantes, futuros profesionales, sea una barrera al tratamiento odontológico, contribuyendo a tener una mayor prevalencia de enfermedades orales, una disminución en la calidad y soluciones de atención hacia las personas con alguna condición de salud especial.

Por esta razón el objetivo de esta investigación es conocer, estudiar y describir la actitud de los estudiantes de quinto y sexto año de Odontología de la Universidad de Valparaíso del año 2015 hacia las personas con discapacidad física.

2. MARCO TEÓRICO

1.1. Discapacidad

2.1.1 Concepto

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) evolucionó el concepto de discapacidad, desde la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM) a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF).

La CIF puede aplicarse en diferentes aspectos de la salud y tiene como objetivo proporcionar un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos de la salud; utilizando un lenguaje positivo y universal.

La discapacidad se define como un término genérico que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, denotando los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una condición de salud y sus factores contextuales individuales ambientales y personales (OMS, 2014).

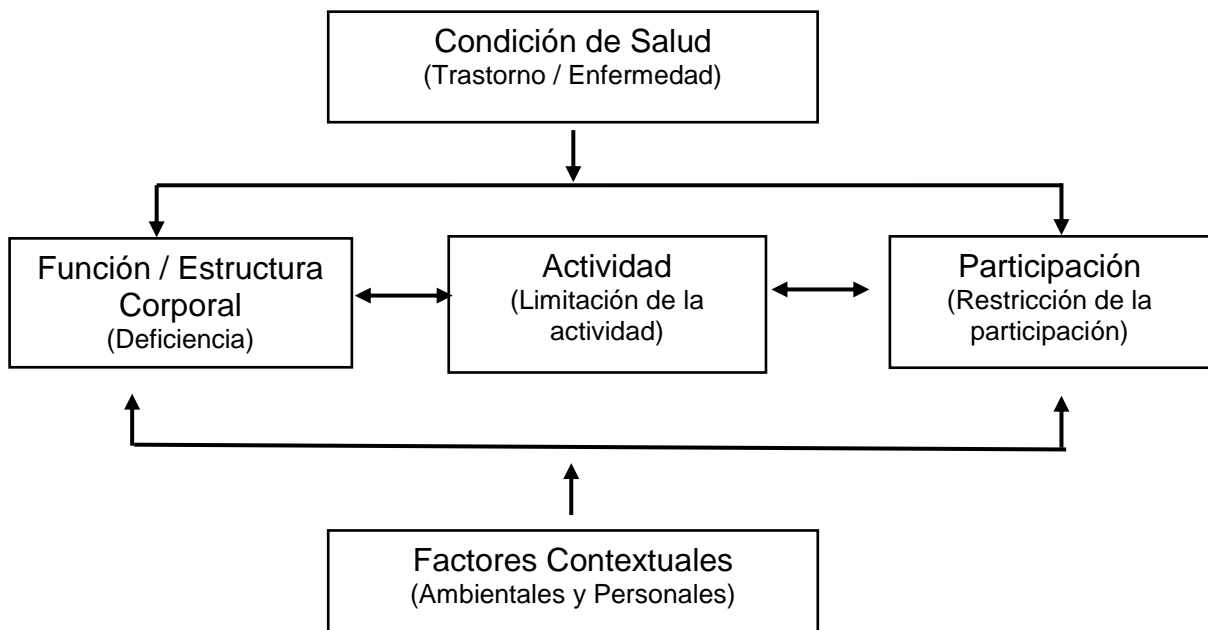


Figura 1. Diagrama del modelo dinámico y multidireccional (CIF, 2001).

La CIF (2001) crea una síntesis entre el modelo médico y el modelo social, asumiendo el modelo biopsicosocial en donde se enfatiza que la discapacidad no es sólo una característica de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones e interacciones que pueden ser creadas por el contexto y el entorno social (Figura 1) (CIF, 2001).

2.1.2. Epidemiología de las Personas con Discapacidad

2.1.2.1 Epidemiología a nivel Mundial

El Estado Mundial de la Infancia en el año 2013, indica que alrededor de 1 de cada 20 niños menores de 14 años vive con alguna situación de discapacidad y de acuerdo la OMS (2014) entre 2,2% al 3,8% de personas mayores de 15 años presentan dificultades importantes para funcionar y cerca de un 15% de toda la población mundial vive con discapacidad.

También se describe un aumento en las tasas de discapacidad debido, en parte, al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Por ejemplo, de acuerdo al censo de discapacidad realizado en Estados Unidos el año 2000, confirmó que el 19,3% de la población presentaba algún tipo de discapacidad; un 5,8% correspondía entre los 5 y 15 años de edad y que este porcentaje aumentaba al triple (18,6%) entre los 16 y 64 años de edad y a un 49,9% en adultos sobre los 65 años y más (Dao *et al.*, 2005). Este estudio incluyó a las personas no institucionalizadas, hombres y mujeres, de todas las edades, raza, etnia y todos los niveles de educación (*Disability Statistics*, 2013).

2.1.2.2 Epidemiología a nivel Nacional

En Chile, de acuerdo a lo descrito por el Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC) del año 2004, realizado, conjuntamente, entre el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), el Servicio nacional de Discapacidad (SENADIS) y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) refleja que el 12,9% de la población nacional presenta alguna situación de discapacidad. Este estudio fue realizado bajo los criterios de la CIF y algunos resultados son los siguientes:

- a. El 12,9% de los chilenos y chilenas viven con discapacidad. Cerca de dos millones de personas.
- b. Existe un 34,6% de los hogares en el país en donde vive una persona con discapacidad.
- c. De acuerdo a la distribución por sexo de las personas, un 58,2% corresponde a sexo femenino y un 41,8% al sexo masculino.
- d. La distribución según los tipos de deficiencias indican que las más prevalentes corresponden a las físicas con un 31,2% del total; seguida de las deficiencias visuales (18,9%), deficiencias viscerales (13,9%), múltiples (10,3%), intelectuales (10%), auditivas (8,7%) y psíquicas (7,3%).
- e. En la distribución por regiones, la V Región de Valparaíso presenta el porcentaje mayor de personas con deficiencias física, siendo un 37% del total en Chile.
- f. El 89% de las personas con discapacidad está sobre los 29 años de edad.
- g. Hasta los 15 años la discapacidad predomina más en el hombre que en la mujer.
- h. Existe un 60% de niños y un 40% niñas con discapacidad.

- i. Del total de las personas con discapacidad, un 55.6% presenta un grado leve de discapacidad; un 24.9% moderado y un 19.5% severo.
- j. Según condición socioeconómica (CSE); 39,5% son de CSE baja, 55,4% CSE media y un 5,1% CSE alta.

2.2. Marco judicial regulatorio en Chile de las personas con discapacidad

En Chile, existen dos normas que regulan el marco judicial a las personas con discapacidad. Primero, la Ley número 20.422 publicada el año 2010 que establece “Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad”. Esta ley promueve el cumplimiento de los “derechos de igual de oportunidades con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad” (Artículo 1º), las personas con discapacidad son sujetos de derechos y poseen una participación activa y necesaria en la sociedad, fomentando la valoración en la diversidad humana, entregándole un reconocimiento de persona y ser social, necesario para el progreso y desarrollo del país. Esta ley da énfasis en crear los ajustes necesarios como la adecuación del ambiente físico, social y de actitud a las carencias específicas de las personas con discapacidad que, de manera eficaz y práctica, faciliten la accesibilidad o participación de una persona con discapacidad en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos. Cualquier conducta relacionada con la discapacidad de una persona que tenga como consecuencia atentar contra su dignidad o crear un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo será considerada una conducta de acoso.

La segunda Ley número 20.584 que regula los “Derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud”, donde en el artículo 2º dicese así: “Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, prevención y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes”. “La atención que se proporcione a las personas con discapacidad física o mental y aquellas que se encuentren privadas de libertad, deberá regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud, para asegurar que aquella sea oportuna y de igual calidad”.

2.3. Personas con Necesidades Especiales de Atención en Salud

Considerando las distintas limitaciones funcionales, restricciones y patología médicas de base, algunas personas requieren un enfoque o cuidado especial para su salud dando origen al concepto de Necesidades Especiales en Atención en Salud (NEAS). La American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), define a NEAS como cualquier condición física, mental, sensorial, conductual, cognoscitiva, impedimento o limitación emocional crónica que requiere manejo médico, intervención de la atención en salud,

y/o uso de programas o servicios especializados para la persona (AAPD, 2012; McPherson *et al.*, 1998).

La condición puede ser congénita, del desarrollo o adquirida a través de enfermedad, traumatismo o causa medio-ambiental y puede imponer limitaciones en la realización de actividades de auto-mantenimiento diario o limitaciones sustanciales en una actividad importante de la vida.

También hace hincapié en que la atención de salud para las personas con necesidades especiales requiere conocimientos especializados adquiridos por entrenamiento adicional del profesional, así como una preocupación, dedicación, manejo y adaptación de técnicas más allá de lo que se consideran de rutina (AAPD, 2012).

En Chile, el comité de la Sociedad Chilena de Pediatría de Niños y Adolescente con Necesidades Especiales en Atención en Salud (NANEAS) destaca que todos los humanos tienen necesidades de atención en salud; el uso del adjetivo “especiales” estimula el focalizar en quienes las presentan exacerbadas, por lo tanto, al existir personas que presentan una condición particular posiblemente requerirá más frecuencia o un enfoque diferente de la que se entrega al resto de la población (Alarcón *et al.*, 2008).

Así el término de “necesidad de atención” da énfasis en cuidar, naturalmente, de manera integral y satisfacer las necesidades globales, por esto la tendencia actual en el lenguaje, es la utilización de “Cuidados Especiales”, dando énfasis a la responsabilidad al profesional de la salud sobre cuidado particular del paciente, liberando al paciente del concepto de necesitar algo especial y acercando la idea de atender en “red” con un abordaje simultáneo y coordinado desde distintas perspectivas de los requerimientos de cada individuo (Alarcón *et al.*, 2008; Manual de Cuidados Especiales en Odontología, 2015).

De acuerdo al estudio de ENDISC (2004), tres de cada cuatro personas con discapacidad tuvo acceso a servicios de salud, sociales y de rehabilitación y el 67% recibió atención básica de salud (dos de cada tres) y el 40% recibió algún tipo de servicio de diagnóstico, dejando a más de la mitad de la población con discapacidad sin un diagnóstico en salud.

Cabe destacar que los cuidados especiales de salud en los niños y sus familias crean un impacto en ellas y en la sociedad. Así lo plantea Newacheck y Kim (2005) en un estudio comparativo entre niños y familias con una condición de salud y niños y familia sanas, donde los niños y familias con discapacidad presentan:

1. Tres veces más probabilidades de estar enfermo y perder días de escuela.
2. Tres veces más número de hospitalizaciones y siete veces más días de hospitalización.
3. Más del doble de visitas al médico y casi siete veces más visitas de cuidado de salud a profesionales no médicos.
4. Toman cinco veces más medicamentos prescritos.

5. Las familias de bajos ingresos económicos están más propensas (1,5 a 2,5 veces) de tener deterioro funcional, en comparación con las familias de mayor ingresos.

2.3.1. Salud Oral en personas con Necesidades Especiales en Atención de Salud

Las personas en situación de discapacidad que requieren un cuidado especial tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades orales que la población sana por diferentes factores (AAPD, 2012; Altun *et al.*, 2010; Nelson *et al.*, 2009), las que pueden tener un impacto en la salud general y en la calidad de vida de las personas con condiciones sistémicas alteradas (Desai *et al.*, 2001; Slavkin *et al.*, 2000; Hallbeg *et al.*, 2004). Por ejemplo los pacientes con compromiso del sistema inmune o condiciones cardíacas asociadas a endocarditis son especialmente vulnerables a los efectos de los patógenos orales. Personas con discapacidad mental, del desarrollo o física que no tienen la habilidad de entender, asumir responsabilidades o de cooperar con las prácticas de prevención en salud bucal por problemas motores, también aumentan su susceptibilidad a enfermedades orales, por lo tanto, la salud oral es una parte inseparable de la salud general y del bienestar de todas las personas (AAPD, 2012).

De acuerdo a lo confirmado por Crall J.J. (2007), Alarcón *et al.*, (2008), Ferreira *et al.*, (2010) y González *et al.*, (2008), las enfermedades y condiciones orales más comunes en personas con necesidades especiales son:

1. Individuos con discapacidad presentan en promedio mayor cantidad de caries no tratadas que la población general.
2. Presentan mayor riesgo de caries. El aumento está relacionado con la dificultad para mantener una adecuada higiene bucal, el uso frecuente de medicamentos azucarados y el consumo inadecuado de alimentos cariogénicos (Alarcón *et al.*, 2008).
3. Personas con discapacidad mental tienen mayor prevalencia de gingivitis y otras enfermedades periodontales comparadas con la población sin esta condición de salud.
4. Niveles de prevalencia deficientes de higiene bucal, control de *biofilm* y dependencia de sus padres y/o cuidadores para realizar aseo bucal que las personas sin discapacidad.
5. Alteraciones en el proceso de desarrollo y funcional muscular normal que pueden relacionarse con maloclusiones.
6. Mayor prevalencia de traumatismos dentoalveolares que los individuos sin una condición de salud.
7. La fractura coronaria no complicada es la lesión de mayor prevalencia en las personas con necesidades especiales (Ferreira *et al.*, 2010 y González *et al.*, 2008).

En Chile existen escasos estudios que entreguen información sobre el estado de salud bucal de las personas en situación de discapacidad; la información disponible proviene de dos investigaciones realizadas en personas menores de 19 años con parálisis cerebral (Dóren *et al.*, 2011 y Altamirano *et al.*, 2008). Ambos describieron una mayor prevalencia de caries y gingivitis como enfermedades orales en este grupo de personas; resultados concordantes con los registros internacionales de enfermedades orales.

Por otro lado pacientes con necesidades especiales también incluye trastornos o afecciones que se manifiestan sólo en el complejo orofacial (por ejemplo, la amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, labio/ paladar fisurado y cáncer oral). Aunque estos pacientes pueden no presentar las mismas limitaciones físicas o comunicativas de otros pacientes con otras necesidades especiales, sus necesidades son únicas, afectan su salud en general y requieren un cuidado de la salud oral de carácter especializado (AAPD, 2012).

Encuestas indican que el cuidado dental es la necesidad de atención insatisfecha más común de los niños con Necesidades Especiales (Nelson *et al.*, 2009; Lewis, 2009; Mayer *et al.*, 2004). Esta falta de cuidado se asocia a causar baja autoestima, afectar en la apariencia de la persona, dificultad para hablar, dificultades para el aprendizaje, dificultad en el consumo de alimentos y líquidos, problemas de nutrición y en el bienestar de salud general (Crall, 2007; Rapalo *et al.*, 2010).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Británica de Discapacidad de Salud Oral, dos terceras partes de la población portadora de deficiencias no recibe ningún tipo de atención bucodental (OMS, 2014; BSDH, 2001) y un estudio realizado por Mayer, 2004, refleja que el 8% de los padres o cuidadores informaron que sus hijos no obtuvieron atención dental y que las familias de bajos ingresos son 3 a 4 veces más propensos a tener necesidades médicas insatisfechas (Mayer *et al.*, 2004).

El desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes con necesidades especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares, las del profesional y que muchas veces la resolución de sus patologías bucales requieren el uso de sedación o anestesia general crean e incrementan las barreras en el acceso a los servicios de atención (PAHO, 2015; MINSAL, 2012) existiendo a nivel mundial un pobre acceso a salud oral de estos individuos (Yeaton *et al.*, 2014). Consecuente con estas barreras, es más probable que las personas con discapacidad no busquen ni reciban cuidados preventivos de salud (García-Soto, 2010 citado en Minsal, 2012).

Otro dato relevante a conocer es lo descrito por Provost, (2005) y Crall, (2007); quienes evaluaron el gasto anual de las personas con necesidades especiales en Estados Unidos, arrojando como resultado que las personas con necesidades especiales tenían un consumo anual promedio de \$2.335 dólares en comparación con los \$652 dólares de niños sin un cuidado especial en Odontología. Sólo el 10% de ellos presentaba algún servicio de cobertura económica, pero la gran parte de este gasto, era a expensa de los bolsillos de los padres de este grupo (Provost, 2005 y Crall, 2007).

2.4. Barreras de Acceso a la Atención Dental

Todos los factores que impiden el acceso y el uso de las personas de cuidados y atención en salud cuando la persona lo necesita se denominan barreras (Rápalo *et al.*, 2010). La sociedad, de manera consciente o no, puede dificultar la inclusión, realización y desempeño de los individuos tanto generando barreras (ej.: calles inaccesibles o falta de rampas y ascensores), como no proporcionando elementos facilitadores (ej.: baja disponibilidad de dispositivos de ayuda). Un entorno con barreras, o sin facilitadores, restringirá el desempeño y realización del individuo; mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo, favoreciendo el desempeño individual y la integración social con equidad de todas las personas (CIF, 2001).

a. Entorno Facilitador

Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que cuando están presentes mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Los facilitadores previenen que un déficit o limitación se convierta en una restricción en la participación (MINSAL, 2012).

b. Entorno Barrera

Son todos aquellos factores del entorno de una persona que cuando están presentes limitan el funcionamiento y generan discapacidad (MINSAL, 2012). Muchas de estas barreras exclusivas no son intencionales, pero pueden generar un impacto negativo en la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, ya que existe una dificultad para conseguir empleo que conlleva a menores ingresos, reduce el nivel de rendimiento y educación y aumenta la exclusión de las personas en la comunidad perpetuando el estado de dependencia de ellas (Arsenault, 1993 citados en Peat, 1997).

Las barreras se pueden relacionar al individuo (ej.: incapacidad o dificultad para expresar dolor y/o realizar el cepillado), a los padres o cuidadores (ej.: dificultades económicas, miedo y/o no percibir necesidad), a los profesionales odontológicos (ej.: distribución geográfica inapropiada, falta de experiencia, actitud inapropiada para atenderlos y/o dificultad para agendar hora de atención), a la sociedad (ej.: arquitectura e infraestructura inadecuada para el desplazamiento y/o desconocimiento de problemas de salud de esa población), a las Universidades (ej.: deficiencias en la enseñanza de pregrado, falta de práctica clínica, ausencia de educación continua) y al Estado (ej.: invisibilidad del problema, inadecuada articulación e integración de las políticas públicas, concentración de los recursos y del personal en las zonas urbanas) (Slack-Smith *et al.*, 2010; Rápalo *et al.*, 2010; Tervo *et al.*, 2004; Dao *et al.*, 2005; Satchidanand *et al.*, 2012; Nelson *et al.*, 2009; OMS, 2014; Peat, 1997).

Dentro de las barreras reportadas que llevan a una peor salud oral se encuentra la dependencia de sus cuidadores para mantener la salud oral de las personas con discapacidad, el alto rechazo de dentistas a atenderlos y una actitud negativa por

parte de los estudiantes y de los profesionales y su equipo de trabajo (Nelson *et al.*, 2009).

2.4.1 Actitud

2.4.1.1 Concepto

El término “actitud” representa la predisposición de una persona a responder favorable o desfavorablemente a otra persona, institución o evento. Involucra la evaluación como bueno-malo, agradable-desagradable, digno-indigno, igual-diferente y que influye en nuestro comportamiento con la formación de nuestras intenciones (Ajzen, 2005).

También se define como "una idea provista de una carga emocional que predispone a una clase de acciones ante un determinado tipo de situaciones sociales". Esta predisposición puede ser positiva o negativa, por lo tanto, existen actitudes apropiadas “positivas” y actitudes inapropiadas “negativas” (Triandis, 1971; citados en Mella, 2007).

Si analizamos la definición podemos diferenciar en ella tres componentes:

- a. La idea (componente cognitivo).
- b. La emoción asociada a esa idea (componente afectivo).
- c. La predisposición a la acción (componente conductual).

a. Componente Cognitivo

Referido a los pensamientos, creencias, opiniones o percepciones acerca de un referente actitudinal (Ruiz, 2002), reflejando cómo éste es mentalmente conceptualizado (Antonak *et al.*, 2000 citado en Mella, 2007). Esto tiene directa relación con las categorizaciones que se hacen según los atributos o características de una persona independiente de las diferencias individuales. Tales ideas no tienen por qué ser verdaderas, ni necesariamente estar basadas en datos objetivos o en nuestra experiencia directa con esas personas.

b. Componente Afectivo

Define al conjunto de emociones asociadas a un pensamiento o idea (Ruiz, 2002). Todas las ideas traen asociado este componente que puede ser positivo o negativo dependiendo de las vivencias, experiencias previas de cada persona y sugiere sensibilidad hacia los atributos positivos y gustos de la otra persona (Tervo *et al.*, 2004).

c. Componente Conductual

De acuerdo con lo definido por Tervo *et al.*, (2004) el componente conductual implica la configuración de condiciones para ayudar a que un individuo utilice su capacidad creativa hacia la autosuficiencia y contribución a la comunidad.

La actitud hacia las personas con discapacidad se ve influenciada por variables demográficas como la edad, sexo, nacionalidad, estado marital, nivel de grado educacional, estatus socioeconómico, lugar de residencia (rural *versus* urbano) y la experiencia o vivencias con personas con discapacidad (Tervo *et al*, 2004).

2.4.1.2 Clasificación de Actitud

Podemos clasificar las actitudes en positiva o negativa de acuerdo a la disposición previa que existe (Johnson y Johnson, 1986; citados en Mella, 2007).

1. Actitud Positiva

Aquellas actitudes que promueven la capacidad para llevar a cabo transacciones con el entorno que desemboquen en el mantenimiento de uno mismo, el crecimiento y la mejora. Estas promueven conductas y sentimientos de satisfacción, goce y alegría. Una actitud positiva es cuando una persona sin discapacidad no ve o reconoce una diferencia frente a una persona sin discapacidad (Yuker *et al*, 1970).

2. Actitud Negativa

Son actitudes inapropiadas o negativas las que dan a lugar a una vida problemática, debido a la disminución de habilidades para el mantenimiento de uno mismo, para el desarrollo de formas de vidas constructivas, saludables y para el crecimiento como personas. Este tipo de actitudes promueven comportamientos autodestructivos, conductas y sentimientos de depresión, ira, ansiedad y culpa. Una actitud negativa es cuando una persona sin discapacidad ve de manera “distinta”, “diferente”, posee una falta de aceptación y tiene prejuicios hacia las personas con discapacidad (Yuker *et al*, 1970).

2.4.1.3 Actitud profesional y su impacto en la Salud Odontológica

De acuerdo a lo planteado por Tervo *et al.* (2004), una actitud positiva se refiere a la creencia de que las personas con discapacidad pueden ser miembros productivos de la comunidad, decidir que es su propio interés y llevar una vida normal; como lo haría una persona sin una condición de salud.

Una actitud negativa en el ámbito odontológico no sólo genera una influencia en la posibilidad del paciente a acceder a la atención de salud sino que también significa un impacto en la calidad del cuidado proporcionado por el profesional, recibiendo tratamientos e indicaciones preventivas inapropiadas y de menor nivel (Satchidanand *et al.*, 2012; Drainoni *et al.*, 2006, Lam *et al.*, 2010, Byron *et al.*, 2000).

Las personas con discapacidad han referido una actitud y comportamientos negativos en los profesionales de salud como la mayor barrera en el acceso a los servicios de salud (Lam *et al.*, 2010). La falta de conocimiento, confianza, actitud y experiencia de los pre-graduados, puede ser a futuro una barrera en la entrega de cuidados en salud oral en personas que lo necesitan. Así lo sugiere Dao *et al.*, (2005) y Krause *et al.*, (2010) afirmando que los estudiantes de pregrado al graduarse

presentan una falta de experiencia con este grupo de personas, particularmente en la práctica y entrenamiento clínico, por lo tanto, aumentar la confianza y mejorar la actitud de los estudiantes puede aumentar la cobertura de atención en personas con necesidades especiales por parte del equipo dental en su comunidad, reduciendo la presión sobre los recursos de atención secundaria y la derivación a dentista especialistas (Dao *et al.*, 2005; Wolff *et al.*, 2004).

Se estima que el 90% de las personas que tiene una necesidad especial recibe tratamiento en los servicios de salud primario (OMS, 2014). Sin embargo, la calidad del cuidado especial en un entorno de atención primaria depende de la educación y la formación de todo el equipo dental (*Joint Advisory Committee for Special Care Dentistry*, 2003).

Un estudio realizado en 1970 muestra que la experiencia educacional, en especial, la exposición a situaciones clínicas, instrucciones en la sala de clases y un enfoque multidisciplinario, está relacionado con la aceptación hacia las personas con alguna condición de discapacidad luego de ser graduados de la escuela dental (Roberts *et al.*, 1978). Otros estudios realizados proporcionaron apoyo a la hipótesis de que la educación dental en relación con el tratamiento de pacientes con necesidades especiales tiene un efecto sobre la voluntad de considerar la atención y cuidado a estos pacientes por parte de los estudiantes y en el comportamiento de los profesionales (Casamassimo *et al.*, 2004; Wolff *et al.*, 2004).

En 1979, la Conferencia Nacional de Atención Dental para Niños estadounidenses informó que la falta de educación y experiencia en el tratamiento de las necesidades especiales de los pacientes podría provocar actitudes negativas (Citado en Dao *et al.*, 2005). Un estudio realizado en 1980 mostró que los estudiantes que participaron en un programa extra programático con pacientes con retraso mental tenían mayor confianza y se sentían más relajados sobre el manejo en su práctica dental (Block *et al.*, 1980) que los estudiantes sin el programa. La participación en este programa dio a los estudiantes la oportunidad de enfrentarse a sus miedos y ansiedades sobre el trabajo con pacientes con discapacidad y dio lugar a una actitud más positiva hacia ellos.

Otros estudios reafirman que es necesario incluir programas de NAES en las mallas curriculares de los estudiantes ya que podría crear una mejoría en los esfuerzos por parte de ellos hacia las personas con discapacidad, por ejemplo al mejorar el optimismo, aumentan los niveles de motivación, mayor tiempo para planear el tratamiento y entregar los servicios dentales requeridos (Antonak y Livneh, 2000).

Varios estudios demuestran que cambios en las mallas curriculares son efectivos (Delucia y Davis, 2009; Loiacono *et al.*, 1996; Mohebbi *et al.*, 2014) y ya que las actitudes cambian, ellos proponen distintos mecanismos en los estudios como prácticas clínicas, lecturas cortas, presentación de casos clínicos, discusión en grupos de pacientes que presentan alguna discapacidad y que requiere un cuidado especial en Odontología.

Por lo tanto, el impacto a nivel de salud oral de la actitud de los estudiantes y los profesionales odontológicos se observa desde la dificultad de encontrar un dentista que atienda personas con discapacidad, en la dificultad para agendar una hora

dental, en la actitud que presente el profesional y su equipo de trabajo, en la realización del examen dental, en la entrega de un diagnóstico oportuno y correcto, en la calidad de los tratamientos, indicaciones preventivas e intervenciones oportunas (Lam *et al*, 2010; Drainoni *et al*, 2006; Martin *et al*, 2005; Paris, 1993; Morrison *et al*, 2008) que finalmente resultan en una menor calidad y mayor cantidad de problemas buco-dentales que presentan estos individuos (AAPD, 2012; Altun *et al*, 2010; Nelson *et al*, 2009).

Se han creado instrumentos para evaluar y medir la actitud de la población general, de los estudiantes y profesionales de la salud hacia las personas con discapacidad física con el fin de estudiar la predisposición que poseen hacia ellos, evaluar la calidad y modo de abordaje para estas personas (Yuker *et al*, 1970; McTigue *et al*, 1978).

2.5. Programas Curriculares para Estudiantes de Odontología en Necesidades Especiales en Salud

2.5.1 Programas curriculares internacionales

La *International Association for Disability and Oral Health (IADH)*, creó un programa modelo para estudiantes de pregrado debido a la mayor probabilidad de enfrentarse a pacientes con necesidades especiales de salud en el curso de su vida profesional (Faulks *et al*, 2012; IADH, 2012).

Este plan de estudio ha sido acogido por escuelas dentales universitarias de países como Irlanda, Alemania, Australia, Argentina, México, Chile, entre otros, quienes lo han usado como guía en la creación de sus mallas académicas de pregrado en cuidados especiales en salud oral (Dougall *et al*, 2013).

El plan de estudios de pregrado proporciona a los estudiantes universitarios conocimientos teóricos, experiencia clínica, construcción de habilidades, actitudes y conductas positivas deseables en necesidades especiales odontológicas. Es necesario que el diseño de los contenidos se adecue a las necesidades locales y/o lineamientos curriculares de cada país. La *IADH* estima que este plan de estudios está sujeto a mejora continua de la calidad basado en la evaluación continua y la retroalimentación (IADH, 2012; Dougall *et al*, 2013). En este programa el estudiante tendrá que dominar las siguientes competencias:

1. Alcances de Cuidado Especial en Odontología.
2. Acceso y barreras a la salud oral para las personas con discapacidad y otros grupos marginados.
3. Consentimiento para las personas que requieren atención especial.
4. Habilidades de comunicación en Cuidados Especiales en Odontología.
5. Impacto de las deficiencias, discapacidades y enfermedades sistémicas en salud y función oral.
6. Manejo clínico de pacientes que requieren Cuidados Especiales Odontología.

Los contenidos están agrupados en resultados de aprendizaje de acuerdo al conocimiento (cognitivo), destrezas (psicomotoras), actitudes y comportamientos (afectivos). Muchas de las habilidades necesitan ser realizadas a través de todo el

plan de estudios de pregrado. Dentro del contenido afectivo, el objetivo es demostrar una actitud positiva en relación a la diferencia y diversidad humana.

Dentro de la metodología se utilizan conferencias, seminarios, aprendizaje combinado, basado en problemas, en casos, juegos de roles, la observación y simulación (Manogue *et al.*, 2011). El programa hace hincapié en la necesidad de los estudiantes de ampliar su base de conocimientos mediante la aplicación de teorías y construcciones en un entorno laboral (IADH, 2012; Dougall *et al.*, 2013). Esto es necesario para mejorar su desarrollo de habilidades y dar sentido a situaciones más complejas a través de la experiencia práctica. Idealmente, es necesario que los estudiantes tengan una diversa casuística de pacientes, a través de las disciplinas dentales durante los estudios de pregrado. Con esto los estudiantes podrán alcanzar el nivel requerido de confianza y competencia para atender a personas con necesidades especiales de atención médica en un centro de atención primaria (Faulks *et al.*, 2012; Dougall *et al.*, 2013).

Otro programa es el creado por la Universidad de Nueva York (SUNY) en Estados Unidos, el cual está incluido en segundo año en la Cátedra llamada Odontología Infantil Primero que consiste en un curso de siete horas. Se incluyen temas como identificación del riesgo de la enfermedad, alcance adecuado de atención, el consentimiento informado, la gestión de los problemas de comportamiento y la planificación de tratamiento convencional y/o alternativo en personas con distintas discapacidades (Waldman *et al.*, 2005).

Las conferencias incluyen técnicas de aprendizaje basados en casos clínicos y entrega de conocimientos de manera clásica.

En el segundo módulo de la Cátedra de Odontología Infantil, se incluyen pacientes con problemas de manejo que pueden realizar un cuidado limitado en su salud oral.

En el tercer módulo se desarrollan tópicos como condiciones médicas, del desarrollo y social específicos en pacientes con cuidados especiales.

A medida que los estudiantes avanzan al tercer año, atienden a pacientes con necesidades de tratamiento cada vez más complejos y desafiantes en su gestión.

En su último año, todos los estudiantes participan trece semanas en una clínica de atención integral la cual es específica para adultos con necesidades especiales (Waldman *et al.*, 2005).

La frecuencia reportada en esta investigación revela que el contacto de los dentistas con personas con necesidades especiales en salud, facilita y alienta una relación de trabajo entre el profesional y el paciente (Wolff *et al.*, 2004). Así lo confirmaron Chávez *et al.*, (2011) y Sherman *et al.*, (2010), recalcando que la confianza y la voluntad de atender a este grupo diverso de pacientes está estrechamente correlacionada con la calidad y el contenido de sus estudios de pregrado en Cuidados Especiales Odontología.

El fin es proporcionar a los alumnos los conocimientos, habilidades y actitudes para satisfacer las necesidades de salud oral dentro de sus comunidades este grupo vulnerable.

2.5.2 Programas curriculares nacionales

De acuerdo a una consulta realizada por el Ministerio de Salud, un 40% de las Universidades chilenas que forman odontólogos tienen educación en pacientes especiales. En la mitad de ellas, la duración es menor a 10 horas, permitiendo sólo realizar clases teóricas. En el caso de los especialistas en Odontopediatría, el 40% presenta dentro de su formación, atención a personas con discapacidad y la cantidad de horas varía de 30 a 648 horas, las que incluyen experiencia práctica (MINSAL, 2012).

En Chile existe una universidad que presenta en su malla curricular un programa específico para la atención a personas que requieren un cuidado especial en su facultad de Odontología. Esta universidad introduce, formalmente, en los semestres noveno y décimo un curso de llamado “Personas con Necesidades Especiales I y II” respectivamente.

El primer módulo es de carácter teórico y abarca el manejo odontológico de pacientes adultos con compromiso sistémico que requieren cuidados especiales al momento de recibir tratamiento dental de manera convencional. Presenta objetivos cognitivos y actitudinales. Dentro de los contenidos se estudian los aspectos generales y luego aborda patologías sistémicas.

La metodología del primer módulo es en base a clases expositivas, presentación de seminarios, visitas a centros clínicos de la universidad, lectura de artículos científicos y de protocolos de atención odontológica aplicados a diferentes patologías. El segundo módulo consta de un curso de carácter teórico-práctico y permite que los estudiantes adquieran conocimientos y desarrollen habilidades para proveer atención dental a individuos con necesidades especiales en salud. Tiene objetivos cognitivos, prácticos y actitudinales. La metodología se asemeja a la anterior y se incluye la atención clínica, desarrollo de casos clínicos y visitas a centros especializados del país en personas con alguna condición de discapacidad. No se encuentra la información sobre la cantidad de horas que consta cada módulo.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Conocer la actitud actual de los estudiantes de quinto y sexto año de Odontología de la Universidad de Valparaíso hacia las personas con discapacidad física.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Determinar la actitud global de los estudiantes de quinto y sexto año de Odontología de la Universidad de Valparaíso hacia las personas con discapacidad física.

3.2.2 Determinar la actitud de los estudiantes de quinto y sexto año de Odontología de la Universidad de Valparaíso hacia las personas con discapacidad física de acuerdo a las siguientes variables demográficas:

- Sexo femenino y masculino.
- Cursos: quinto y sexto año.
- Edad.
- Edad con sexo femenino y masculino.
- Edad con curso de quinto y sexto año.
- Edad con sexo y curso.

3.2.3 Proponer un análisis de componentes principales exploratorio al instrumento *ATDP-A*, realizado con los estudiantes de quinto y sexto año de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio

Estudio Descriptivo Transversal.

4.2 Población

Estudiantes matriculados en quinto año de Odontología Integral Infantil y de sexto año de Odontología Preventiva III de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

4.3 Muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó el software “The Survey System” (<http://www.surveymsoftware.net/sscalce.htm>). La población correspondía a 129 estudiantes para el cual se estimó un nivel de confianza de 95% y un intervalo de confianza de 5 entregando un tamaño muestral preciso es de 97 estudiantes totales.

4.4 Reclutamiento de los estudiantes

A través de una carta de permiso al director de carrera de la Facultad de Odontología.

4.5 Criterios de inclusión

- Estudiante matriculado de quinto año en la cátedra de Odontología Integral Infantil.
- Estudiante matriculado de sexto año en la cátedra de Odontología Preventiva III.

4.6 Criterios de exclusión

- Estudiante que no desee completar el cuestionario voluntariamente.
- Estudiante que no se presente el día de la encuesta.
- Estudiante que este matriculado en ambos cursos.

4.7 Instrumento utilizado

Se utilizó el instrumento llamado “*Attitudes Towards Disabled People*” (ATDP - Form A) (Yuker *et al*, 1970) diseñada para la evaluación de la actitud de la población en general hacia las personas con discapacidad física (Anexo 1).

El instrumento esta validado y certificado internacionalmente. Además se considera confiable entre rango 0.75 a 0.85 (Yuker y Block, 1986), consistencia interna medido con Coeficiente alfa de *Cronbach’s* (0.79) (Tervo *et al*, 2004) y posee validez de contenido y de constructo (0.73 a 0.89) (Yuker, 1970).

El instrumento consta de 30 ítems definidos en una escala estilo Likert (1- 6), las cuales se deben responder marcando una X según el grado de Muy en acuerdo a Muy en desacuerdo.

- | | |
|------------------------|---------------------|
| (1) Muy en desacuerdo | (4) Poco en acuerdo |
| (2) En desacuerdo | (5) En acuerdo |
| (3) Poco en desacuerdo | (6) Muy de acuerdo |

Además, los estudiantes debieron completar datos demográficos como edad, sexo y año académico al cual pertenecían.

4.7.1 Criterios para la aplicación del instrumento

Criterios de inclusión:

- Cuestionario con todas las preguntas contestadas.
- Cuestionario que presente máximo 3 preguntas omitidas.

Criterios de exclusión:

- Cuestionario que presente más de 4 ítems omitidas.
- Cuestionario sin antecedentes demográficos.

4.7.2 Traducción del instrumento

La adaptación al español se realizó interculturalmente de acuerdo a las recomendaciones de Guillemin *et al*, 1993 y Acharya *et al*, 2015 (Anexo 2).

El cuestionario fue traducido de forma independiente dos veces en el idioma local, primero por una cirujana dentista con un amplio conocimiento de inglés como del español, y en segundo lugar, por un traductor profesional. Ambas traducciones se fusionaron en una sola versión. Esta versión fue traducida al inglés para volver a probar la validez conceptual. Sin embargo, la traducción por sí sola no aseguró que la versión era culturalmente apropiada, por lo que se realizaron entrevistas cualitativas en “*focus group*” de 20 estudiantes para establecer la equivalencia y la validez de contenido conceptual cultural de la *ATDP- A*. Luego de esa revisión, 12 ítems fueron modificados en la gramática debido a que presentaban confusiones y posterior a ello se administró a los estudiantes para la investigación.

4.7.3 Recolección del instrumento

El instrumento se administró a cada curso en dos días separados.

La entrega fue de manera impresa y la recolección la realizó la investigadora para evitar pérdidas y déficit en las respuestas (Leece *et al*, 2004; Raziano *et al*, 2001).

Existían instrucciones escritas y verbales cómo; relación de privacidad, anonimato, confidencialidad, necesidad de marcar cada declaración y marcar cada una de los ítems con una cruz (X).

Los estudiantes de cada curso demoraron entre 15 a 20 minutos en contestar y entregar el instrumento al investigador.

4.8 Variables

Tabla 1: Descripción de variables del estudio. Se incluyen definición operacional, valores y tipo de variable.

Campo/ variable	Definición operacional	Valores	Tipo de variable
Actitud	Predisposición hacia una persona	Positivo: - Muy de acuerdo= 6 - De acuerdo= 5 - Poco de acuerdo= 4 Neutro = 3,5 Negativo: - Poco desacuerdo= 3 - Desacuerdo= 2 - Muy desacuerdo= 1	Cualitativa, dicotómica.
Sexo	Anatomía biológica	Masculino= M Femenino= F	Cualitativa, dicotómica.
Edad	Años cumplidos	22 a 31 años de edad	Cuantitativa, discreta.
Curso	Curso matriculado del estudiante	Quinto (5to) Sexto (6to)	Cuantitativa, discreta.

4.9 Análisis de los datos

El instrumento llamado *ATPD* forma *A* consta de un total de 30 ítems. Su puntuación máxima es de 180 puntos y el mínimo es de 30 puntos. De acuerdo a lo declarado por Yuker *et al*, 1970, los promedios de los puntajes para 405 mujeres es de 114 puntos y para 337 hombres es de 106 puntos, obteniendo un promedio ponderado de 110 puntos (Yuker total) el cual fue el cohorte de esta investigación entre actitud positiva y negativa general. Los valores sobre este puntaje corresponden a una actitud positiva hacia las personas con discapacidad física y un puntaje bajo a este valor correspondería a una actitud negativa. Se asume una connotación negativa puesto que perciben a las personas con discapacidad diferentes, sumado a algún grado de inferioridad o de desventaja en comparación a las personas sin discapacidad.

Según Yuker (Yuker *et al*, 1970), la ausencia de un 10% de las ítems en blanco (sobre cuatro), el test es considerado perdido.

Se analizó la escala de Likert de 6 puntos y no existía un punto neutro o cero en la escala al responder, de esta manera el encuestado se veía presionado a marcar una

respuesta positiva o negativa con respecto a la actitud. En caso de presentar tres ítems omitidos, se le asignara un valor neutro (3,5) en la escala de Likert para no generar inclinaciones en los resultados.

Previo al análisis de datos, se realizó el cambio a valores positivos los ítems: 5, 9, 12, 14, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 29 ya que se encontraban escritas de manera inversa.

Dentro del análisis se realizó la comparación por sexo, cursos y edad.

Para comparar los puntajes entre los grupos (sexo y curso) se chequeo si estos puntajes provienen o no de una distribución normal. En caso afirmativo, se iba a aplicar un procedimiento paramétrico y en caso negativo, se usaría un procedimiento no paramétrico.

Ya mencionado anteriormente, el instrumento de *ATDP- A* consta de 30 ítems; las cuales, pueden estar o no asociadas entre sí de manera individual o grupalmente. La técnica multivariada de componentes principales exploratorio está implementada para estos fines y permite bajo criterios objetivos retener una cantidad de factores, que por lo general se les asigna un nombre *ad hoc* que sirve para comparar el instrumento con otras validaciones realizadas por distintos autores. De hecho, este método está validado en su versión en inglés (*ATDP- A*) y otros idiomas (Chan *et al*, 2002; Matziou *et al*, 2009) y se propone validarlo con estudiantes del área de la salud, de Odontología, específicamente. Si los 30 ítems fueran uno sólo, el análisis de componentes principales retendría sólo una componente principal. En el otro extremo si los 30 ítems estuviesen no relacionados se retendrían 30 componentes principales. Se espera en este caso retener entre 2 a 29 componentes principales. Las componentes principales quedan construidas desde la más a la menos importante. La primera componente principal es la más importante y que retiene la mayor cantidad de ítems. Se retienen aquellas componentes principales cuyos valores propios son mayores o iguales a uno. Al quedarse con una menor cantidad de componentes principales se pierde parte de la variación total que se logra explicar. Luego de retener los factores, se realizó una propuesta de nombres para cada uno de ellos y posterior a eso se analizó la validez interna del instrumento mediante el coeficiente alfa de *Cronbrach*'s.

Para el análisis de datos se utilizará el programa Stata 14.0 (*StataCorp*, 2015) y se utilizó la rotación *Varimax* para el análisis de componentes principales exploratorio.

4.10 Resguardos éticos

La entrega del instrumento con los ítems marcados se asumió como el consentimiento informado de cada estudiante.

La información obtenida escrita fue transcrita y guardada en una base de datos Google DRIVE y en el computador del estadístico que se utilizó para el estudio y análisis de los datos que luego de 5 años la información será eliminada por el residente a cargo.

Los participantes fueron informados del carácter anónimo, de la confidencial de los datos, del propósito y de la metodología del estudio.

El proyecto fue evaluado por el Comité de Ética Científica de la Universidad de Valparaíso.

5. RESULTADOS

Cabe mencionar que la siguiente descripción de datos realizados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, corresponde a un grupo de estudiantes de quinto y sexto año elegidos de manera no aleatoria en 2015. Por lo tanto, los resultados obtenidos corresponden a una descripción de este particular grupo de estudiantes en el año antes mencionado. Así mismo, estos resultados no pueden ser extrapolados y no muestran necesariamente una relación con otra población.

Pérdida y recuperación de datos:

- Uno de los estudiantes entrevistados omitió nueve de los ítems, por lo tanto fue descartado de la base de datos.
- Otros dos estudiantes omitieron tres ítems cada uno, a las cuales se les asignó el valor neutro como respuesta, descrito en la metodología de la investigación.

De 129 estudiantes totales registrados en la base de datos de ambos cursos, 119 fueron incluidos no aleatoriamente en este estudio.

En relación al sexo de los participantes, 46 estudiantes son del sexo masculino y 73 estudiantes del sexo femenino (Tabla 2).

El rango etario de los estudiantes al momento de la realización de la encuesta fue de 22 a 31 años de edad entre ambos curso.

Tabla 2: Distribución de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Valparaíso por sexo y de los últimos dos años. (Matriculados y participantes). Se incluyen porcentajes.

Curso	Total Estudiantes		Porcentaje participantes
	Matriculados	Participantes	
Femenino	129	73	56,5%
Masculino	129	46	35,6%
Quinto	73	69	94,5%
Sexto	56	50	89,2%
Total	129	119	92,2%

5.1 Resultados generales

Como se observa en la Figura 2, los puntajes de los estudiantes oscilan entre 68 y 122 puntos.

El promedio del puntaje de los estudiantes de Odontología en los dos últimos años fue de 97,3 puntos con una desviación estándar de 9,8; presentándose por debajo del promedio ponderado de 110 puntos (Yuker total), con diferencias significativas descriptivas a todo nivel ($p < 0,01$) y describiendo una actitud negativa. Sólo el 10% de estos estudiantes presenta un puntaje sobre el promedio ponderado con una desviación estándar de 3,0 y que refleja una actitud positiva hacia las personas con discapacidad (Figura 2).

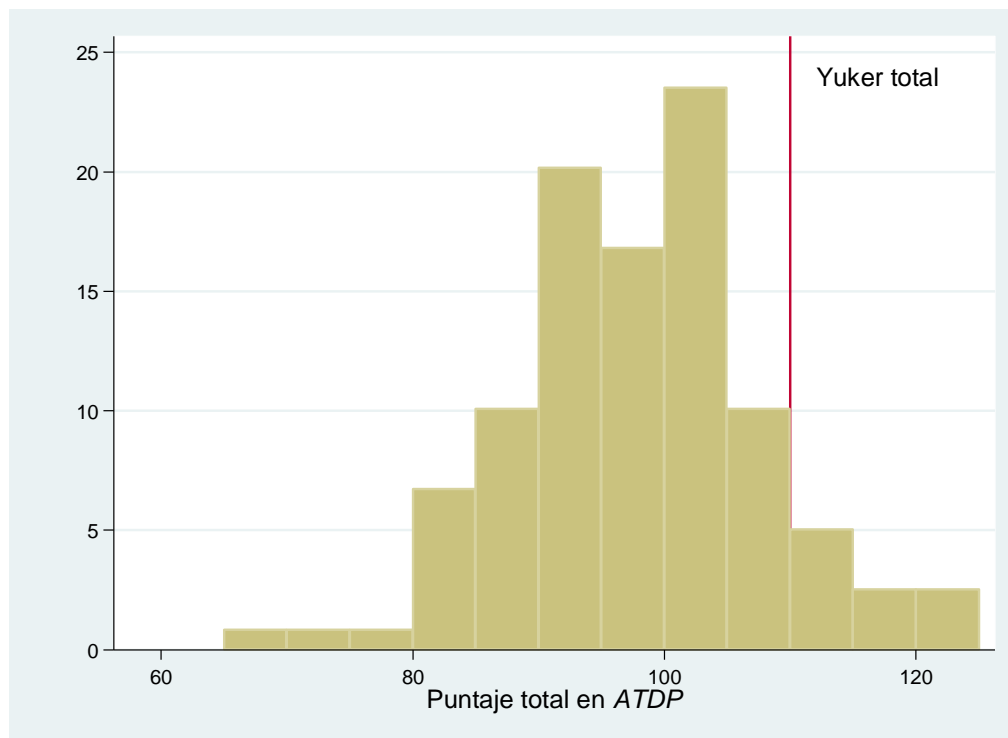


Figura 2: Distribución de las frecuencias de los puntajes de los participantes (%) de la carrera de Odontología 2015. Se agrega el valor de Yuker total.

En la Tabla 3, se observa que entre los valores 90 y 105 se encuentra el 60,4% del total de los puntajes presentados por los estudiantes en sus dos últimos años. De acuerdo a la distribución de sus puntajes, doce estudiantes obtuvieron un puntaje sobre los 110 puntos (Yuker total), que corresponde a una actitud positiva hacia las personas con discapacidad y 107 estudiantes presentan una actitud negativa hacia este grupo de personas.

Tabla 3: Distribución de la cantidad de participantes según intervalos de *ATDP-A*.

Puntaje <i>ATDP-A</i>	Cantidad de participantes		
	Cantidad	%	% Acumulado
65-70	1	0,8	0,8
70-75	1	0,8	1,6
75-80	1	0,8	2,5
80-85	8	6,7	9,2
85-90	12	10	19,3
90-95	24	20,1	39,5
95-100	20	16,8	56,3
100-105	28	23,5	79,3
105-110	12	10	89,9
110-115	6	5	94,9
115-120	3	2,5	97,4
120-125	3	2,5	100

5.2 Resultados por sexo

Al observar la Tabla 4, según la distribución por sexo de los participantes, los hombres presentan una actitud positiva hacia las personas con discapacidad en comparación con las mujeres, ya que el 19,3% de los hombres está sobre el promedio ponderado y sólo un 5,8% de las mujeres (Tabla 4). Además, las mujeres presentaron los puntajes más bajos, en general, comparados con los hombres en la *ATDP-A* y al observar la Figura 3, los promedios de los puntajes de las mujeres están por debajo de Yuker total.

Tabla 4: Distribución de participantes del estudio de acuerdo al sexo femenino y masculino. Se incluye promedio *ATDP-A*, puntaje máximo, puntaje mínimo, desviación estándar, porcentaje y desviación estándar sobre Yuger total.

	Femenino	Masculino	Total
Cantidad participantes	73	46	119
Promedio <i>ATDP-A</i>	95	100	97,3
Desviación estándar	9,7	9,3	9,8
Puntaje máximo	120	122	122
Puntaje mínimo	68	83	68
Porcentaje sobre Yuger total	5,8%	19,3%	20,1%
Desviación estándar sobre Yuger total	2.3	3,9	4,0

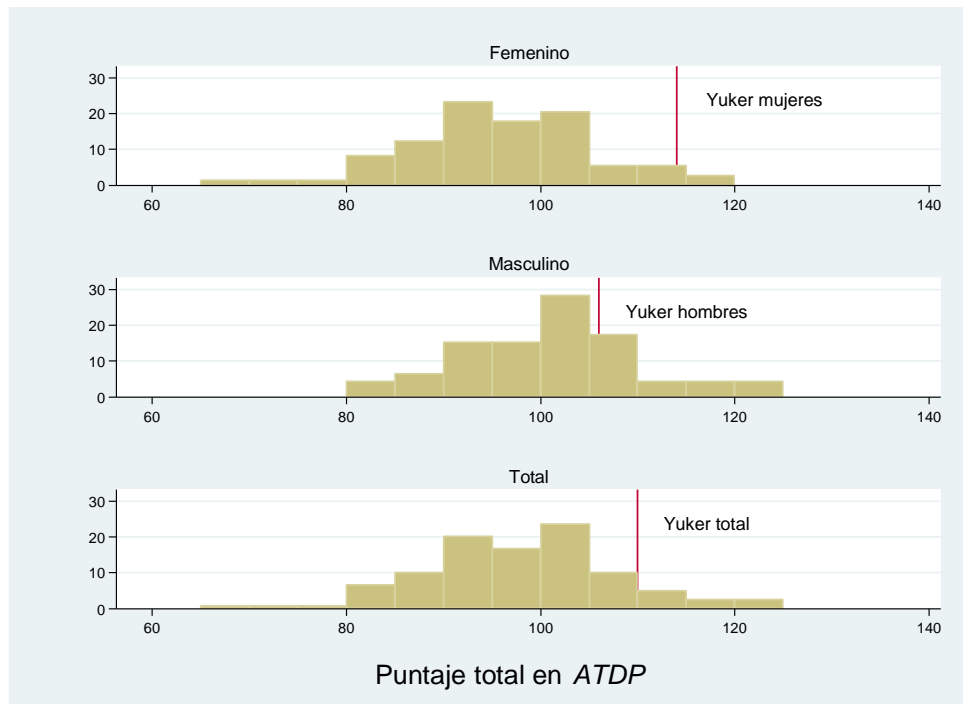


Figura 3: Distribución de la actitud de los estudiantes de acuerdo al sexo y al puntaje total en *ATDP-A*.

En la Tabla 5, los puntajes del sexo femenino comienzan entre los 65 y 70 puntos y los del sexo masculino comienzan desde 80 puntos.

Entre los 90 y 105 puntos, se encuentra el 62,2% del sexo femenino y un 58,6% del masculino, que recalca la presencia de una actitud negativa por parte del sexo femenino hacia las personas con discapacidad (Tabla 5).

Tabla 5: Distribución de participantes de los últimos dos curso, según intervalos de *ATDP-A* en relación a la cantidad, porcentaje y porcentaje acumulado.

Sexo	Cantidad de estudiantes					
	Femenino			Masculino		
	Puntaje <i>ATDP-A</i>	Cantidad	% Acumulado	Cantidad	% Acumulado	% Acumulado
	65-70	1	1,3			
	70-75	1	1,3			
	75-80	1	1,3			
	80-85	6	8,2	2	4,3	4,3
	85-90	9	12,3	3	6,5	10,8
	90-95	17	23,9	7	15,2	26,1
	95-100	13	17,8	7	15,2	41,3
	100-105	15	20,5	13	28,2	69,5
	105-110	4	5,4	8	17,3	86,9
	110-115	4	5,4	2	4,3	91,3
	115-120	1	1,3	2	4,3	95,6
	120-125	1	1,3	2	4,3	100
	Total	73	100	50	100	

Probabilidad de significancia descriptiva a todo nivel $<0,01$

De acuerdo al sexo de los participantes, se observan diferencias descriptivas a todo nivel hacia las personas con discapacidad debido a que el sexo masculino presenta una actitud positiva hacia las personas con discapacidad y no así en el sexo femenino de este estudio.

5.3 Resultados por curso

Al observar la Tabla 6, el promedio *ATDP-A* de los estudiantes del curso de sexto año es más cercano al promedio ponderado de Yuker y en la Figura 4, se observa que ese grupo de estudiantes posee mayor cantidad de valores sobre 120 puntos, presentando una leve inclinación positiva en la actitud hacia las personas con discapacidad. Sumado a esto, el 14% de los estudiantes de sexto año, presentó una

actitud positiva hacia las personas con discapacidad comparado con un 7,2% de los estudiantes de quinto año.

Tabla 6: Distribución de participantes de los cursos de quinto y sexto año. Se incluye promedio *ATDP-A*, puntaje máximo, puntaje mínimo, desviación estándar, porcentaje sobre Yaker total y desviación estándar para valor Yaker total.

	Quinto	Sexto	Total
Cantidad participantes	69	50	119
Promedio <i>ATDP-A</i>	96,4	98,6	97,3
Puntaje máximo	120	122	122
Puntaje mínimo	68	76	68
Desviación estándar	10,1	9,4	9,8
Porcentaje sobre Yaker total	7,2%	14%	10%
Desviación estándar Yaker total	2,6	3,5	3,0

En la Figura 4, se observa que el curso de 5to año presenta mayor cantidad de puntajes bajo los 80 puntos, indicando una actitud negativa hacia las personas con discapacidad.

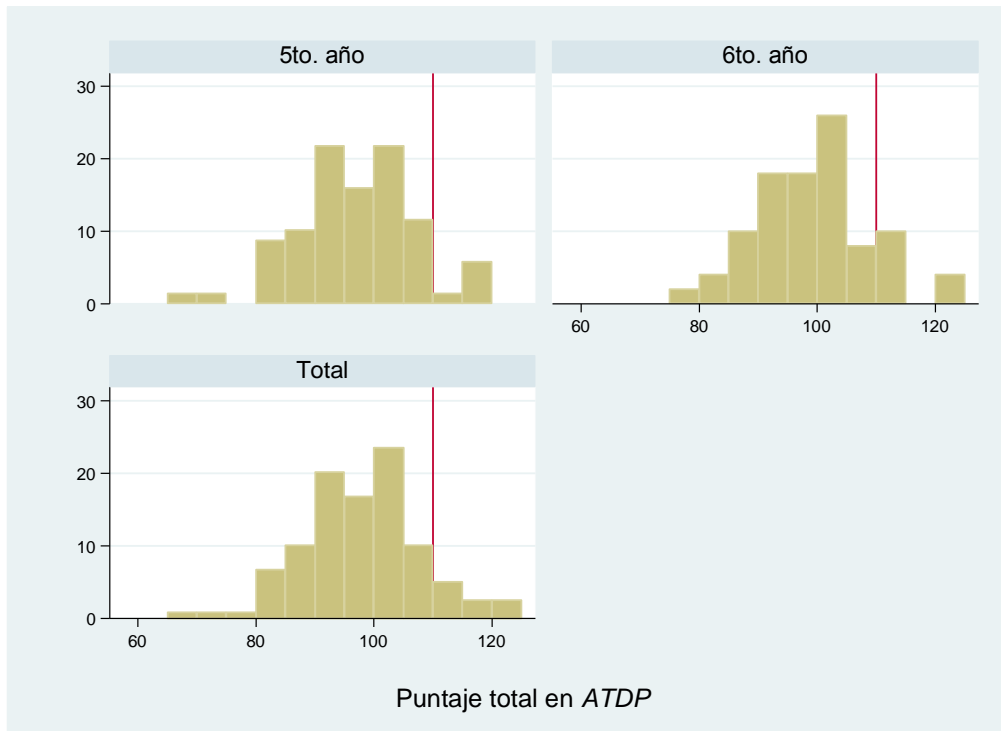


Figura 4: Distribución de los puntajes en los estudiantes de la carrera de Odontología de acuerdo a los dos cursos y por separados (5to y 6to año de la promoción 2015).

De acuerdo a la Tabla 7, se observa que el 92,7% de los estudiantes de quinto año y el 86% de los estudiantes de sexto año, presentan una actitud negativa hacia las personas con discapacidad.

Tabla 7: Distribución de participantes de los últimos dos curso, según intervalos de *ATDP-A* en relación a la cantidad, porcentaje y porcentaje acumulado.

Curso Puntaje <i>ATDP-A</i>	Quinto			Sexto		
	Cantidad	%	% Acumulado	Cantidad	%	% Acumulado
65-70	1	1,4	1,4			
70-75	1	1,4	2,9			
75-80				1	2	2
80-85	6	8,7	11,5	2	4	6
85-90	7	10,1	21,7	5	10	16
90-95	15	21,7	43,4	9	18	34
95-100	11	15,9	59,4	9	18	52
100-105	15	21,7	81,1	13	26	78
105-110	8	11,5	92,7	4	8	86
110-115	1	1,4	94,2	5	10	96
115-120	3	4,3	98,5			
120-125	1	1,4	100	2	4	100
Total	69	100		50	100	

Probabilidad de significancia descriptiva $\geq 0,1$

No se observa diferencias significativas descriptivas entre los estudiantes de quinto y sexto año y la actitud hacia las personas con discapacidad.

5.3.1 Resultados por curso y sexo

Al relacionar las variables curso y sexo, se observa que, en general, el sexo masculino de ambos curso, presentan un mayor puntaje que el sexo femenino, presentando una actitud positiva hacia las personas con discapacidad (Figura 5 y tabla 8).

Tabla 8: Distribución de datos de acuerdo al curso y sexo de los estudiantes de 5to y 6to año de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Curso / Sexo	Cantidad	Puntaje promedio
5to. Femenino	37	94
5to. Masculino	32	100
6to. Femenino	36	97
6to. Masculino	14	103
Total	119	97

Los puntajes más bajos los presenta el sexo femenino de quinto año (Figura 5).

Al observar la Figura de 5to. año - femenino sus puntajes son los más bajos de los estudiantes, cercanos a los 70 puntos y a la vez, en la Figura de 6to y sexo femenino los puntajes mayores no sobrepasan los 120 puntos.

La Figura de 6to. año - masculino posee los puntajes más altos de la *ATDP-A* con un promedio del puntaje de 103 puntos (Tabla 8 y Figura 5).

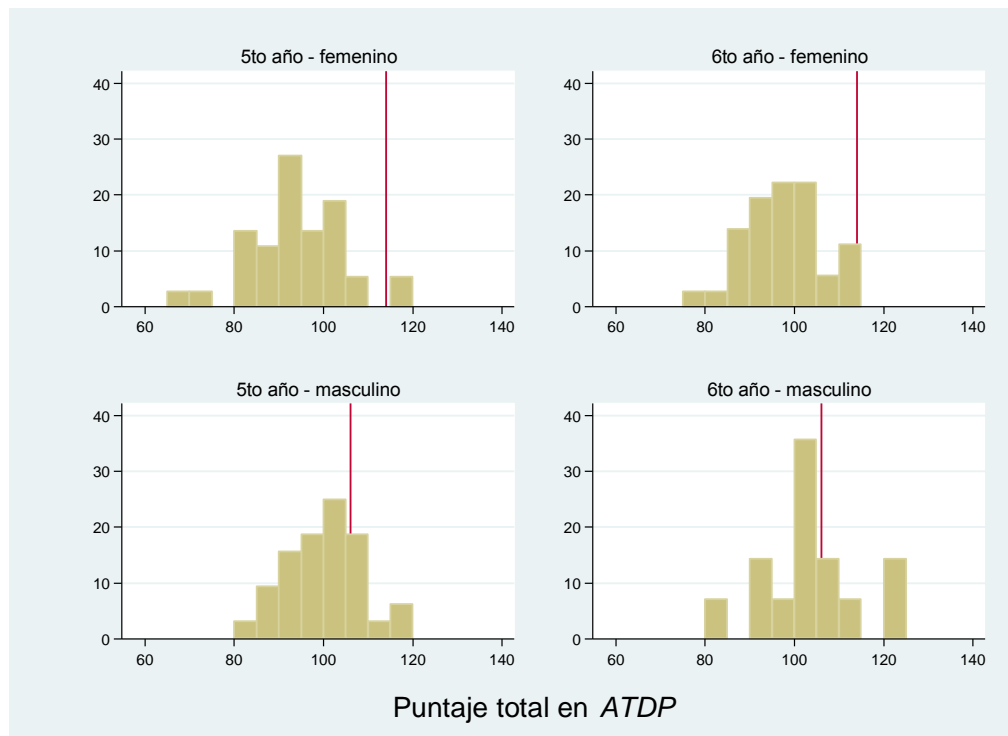


Figura 5: Distribución de los puntajes de acuerdo al curso 5to y 6to. Año y sexo de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Se observa en la Figura 6 que la mediana más alta del estudio es la correspondiente al curso de 6to año con el sexo masculino.

No así ocurre con los valores de las medianas de 5to. y 6to. año del sexo femenino que corresponden a puntajes de 93 y 97 respectivamente, presentando una actitud negativa hacia las personas con discapacidad.

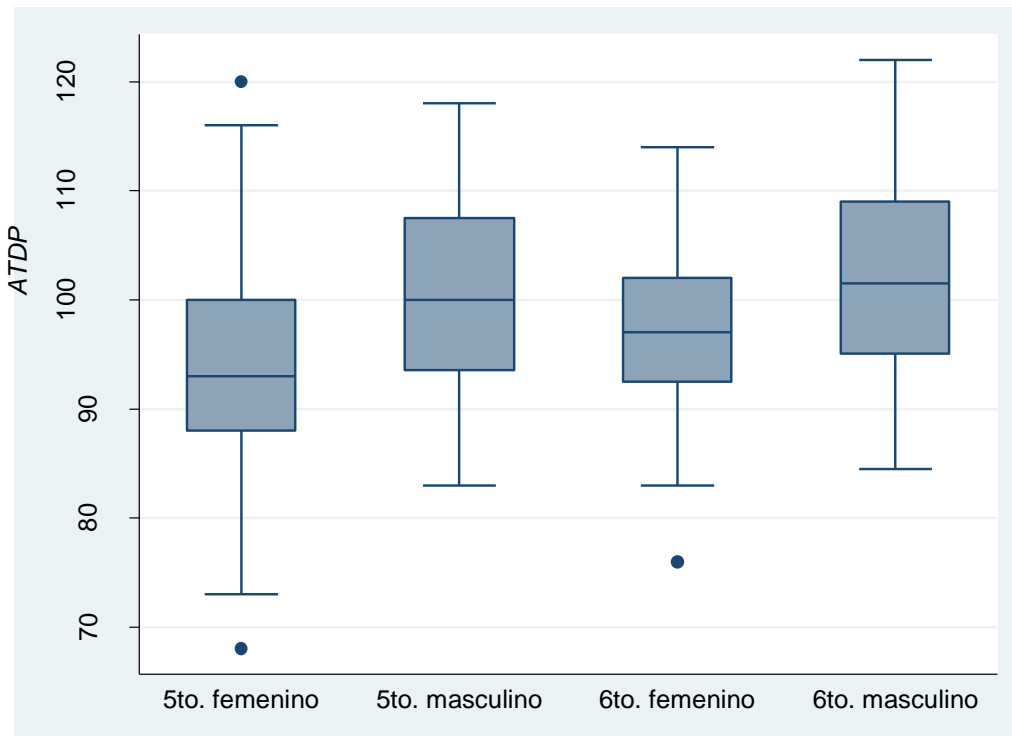


Figura 6: Distribución de las mediantes de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Valparaíso en la ATDP-A. Se gráfica de acuerdo al curso y al sexo de los participantes.

5.4 Resultados por edad

El rango de edad de los estudiantes es entre los 22 y los 31 años y el promedio de edad es de 24 años y 3 meses.

Para esta reducida cantidad de estudiantes, no aleatoriamente seleccionado; la asociación entre el puntaje de la ATDP-A y edad, es prácticamente nula (-0,06), por lo tanto, no existe diferencias en la actitud hacia las personas con discapacidad relacionado con la edad de los estudiantes.

5.4.1 Resultados de edad con el sexo

Se observa en la Figura 6 la existencia de una leve inclinación negativa (-0,1), prácticamente nula, entre la edad y el sexo femenino, indicando que a menor edad, el sexo femenino presenta una actitud levemente positiva hacia las personas con discapacidad. La asociación entre la edad y el sexo masculino es nula en relación al

puntaje *ATDP-A*, por lo tanto, no hay asociación de los puntajes de *ATDP-A* con respecto a la edad y el sexo de los participantes en el estudio.

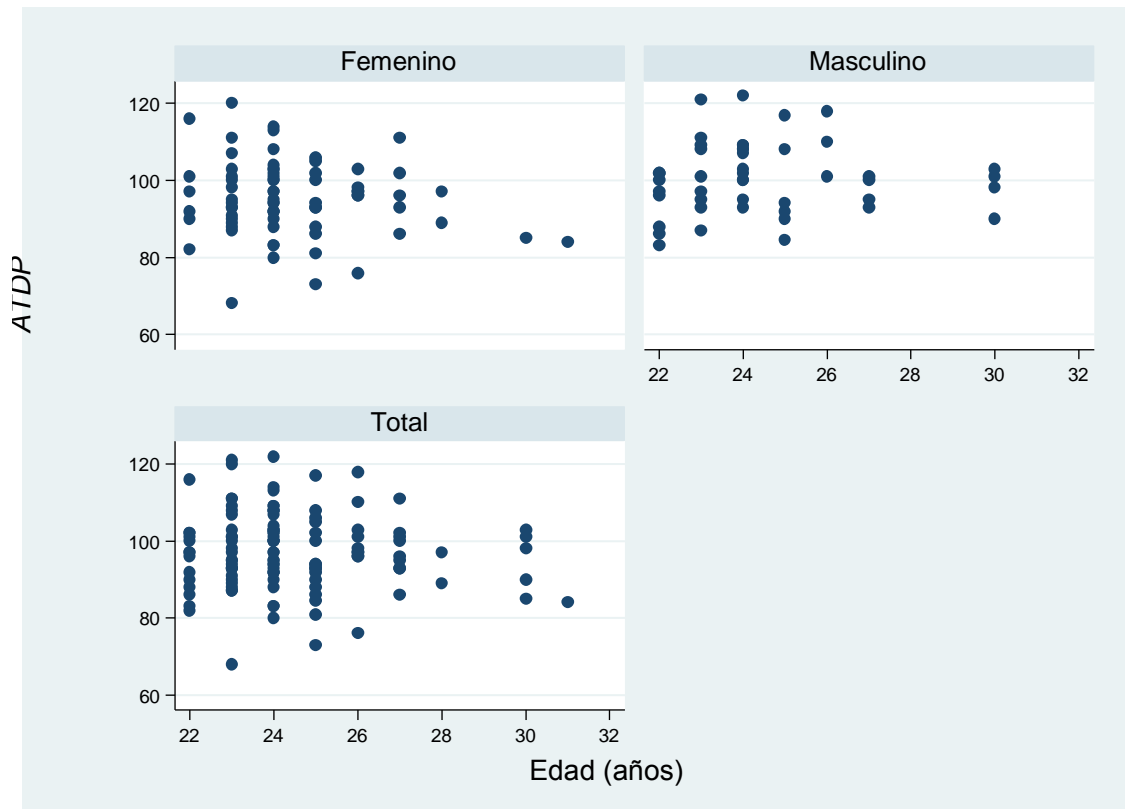


Figura 7: Distribución de la asociación entre la edad y puntaje de *ATDP-A* de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

5.4.2 Resultados de la edad con el curso

Cabe destacar que en la Figura 8, el curso de 6to. año, presenta una leve asociación negativa (-0,2) en relación con la edad; donde a menor edad presentan un puntaje *ATDP-A* más alto, lo que indicando que a una menor edad, los estudiantes presentan de una actitud positiva hacia las personas con discapacidad ($p=0,04$).

Con respecto al curso de 5to. año, la asociación es prácticamente nula (-0,01) y sin significancia descriptiva ($p=0,93$).

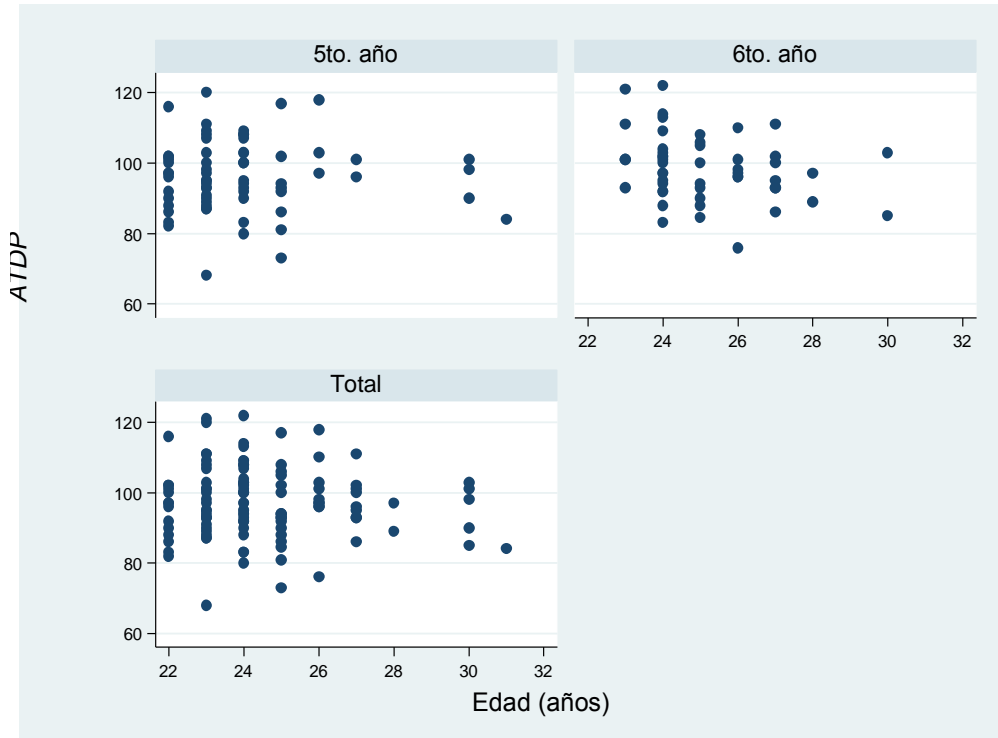


Figura 8: Distribución de la asociación entre la edad, curso y puntaje de *ATDP-A* de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

5.4.3 Resultados de la edad, curso y sexo

En general, se observa en la Figura 9, la presencia de una leve asociación entre el puntaje de *ATDP-A* y edad, para cada curso, con cada sexo y en el total de los estudiantes.

Específicamente, se observa que el curso de sexto año de ambos sexos, poseen mayor asociación (-0,3) en comparación con el resto. A menor edad de los estudiantes, el puntaje de la *ATDP-A* aumenta en el sexo femenino y masculino de aquel curso (Figura 9 y Tabla 9).

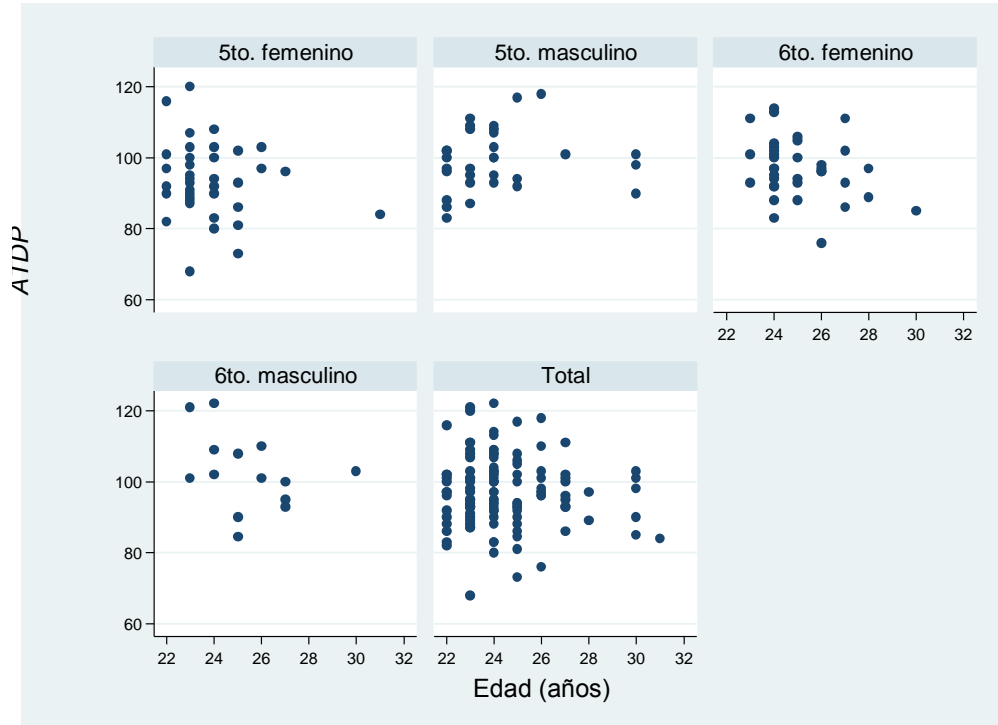


Figura 9: Distribución de la asociación entre la edad y puntaje de *ATDP- A* de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Valparaíso (se muestra la distribución por sexo y curso).

Tabla 9: Descripción de la correlación, valor p y nivel de significancia descriptiva en relación al curso y sexo de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Curso/ Sexo	Correlación	Valor (p)	Significancia descriptiva
5to/ femenino	-0,1	0,31	No presenta
5to/ masculino	0,1	0,54	No presenta
6to/ femenino	-0,3	0,07	Leve tendencia
6to/ masculino	-0,3	0,22	No presenta

5.5 Resultados de análisis de componentes principales exploratorio

Al ser la *ATDP-A* un instrumento unidimensional, se realiza un método de análisis de componentes principales exploratorio para poder retener aquellos factores con valores propios mayores que 1.00 y analizar más profundamente el instrumento. En cada uno de estos nuevos factores independientes se incluyen aquellos ítems que presentan cargas factoriales iguales o mayor a 0.35 (Tabla 10).

Se observa en la Tabla 10, que el análisis factorial exploratorio arrojó once factores y que en forma conjunta explican el 66,1% de la varianza total. Un porcentaje alto en

estos factores indica que esos ítems tienen mayor correlación entre sí y por lo tanto, están mayormente asociados.

Tabla 10: Análisis de factores exploratorios en el instrumento *ATDP-A* utilizado en estudiantes de 5to y 6to año de la carrera de Odontología de la Universidad de Valparaíso. Se incluye propuesta de nombre a las dimensiones, factores, valores propios, ítems, valor de correlación, porcentaje y porcentaje acumulado.

Dimensiones propuestas	Factor	Valor propio	ítems	Valor correlación	%	% Acumulado
Calificación genérica	I	4,4	4	.58	14,7	14,7%
			10	.44		
			11	.50		
			17	.52		
			18	.57		
			19	.39		
			20	.64		
			25	-.56		
Asunción de roles	II	2,4	12	-.49	8,3	23,1%
			17	-.51		
			22	.49		
			24	.48		
			25	.55		
Creencias de comportamientos	III	2,0	1	-.45	6,9	30%
			7	-.59		
			29	.35		
Reconocimiento y negación de derechos	IV	1,8	8	.49	6,2	36,3%
			13	.47		
			15	-.49		
			27	-.65		
Habilidades emocionales	V	1,6	3	-.58	5,3	41,7%
			10	-.32		
			14	.39		
			19	.37		
			21	.30		
			28	-.45		

Competencias laborales	VI	1,4	2	.52	4,9	46,6%
			6	.35		
			30	-.41		
Cualidades generales	VII	1,3	16	.55	4,5	51,2%
			19	-.32		
Inclusión social	VIII	1,2	2	-.33	4	55,2%
			21	-.36		
			28	.33		
Percepción de conducta	IX	1,1	5	.43	3,8	59%
			29	-.64		
Beneficios elementales	X	1	16	-.37	3,6	62,7%
			23	.69		
Participación social	XI	1	9	.38	3,4	66,1%
			14	-.48		

Se observa en la Tabla 10, una distribución de once factores y cada uno obtiene distintos porcentajes de la varianza total.

La caracterización de los factores encontrados es la siguiente:

1. FACTOR I: “Calificación genérica”

El primer factor explica el 14,7% de la varianza e incluye los nueve ítems de la subescala “*Calificación genérica*” que se compone de atribuciones globales y calificaciones genéricas que los respondientes efectúan acerca de rasgos presuntamente definitorios de la personalidad o conducta de las personas con discapacidad. Incluye 9 ítems.

2. FACTOR II: “Asunción de roles”

Agrupan ítem que consisten en presunciones que el respondiente efectúa acerca de la concepción que de sí mismas tienen las personas con discapacidad (por ejemplo, auto confianza, capacidad de normalización social satisfacción consigo mismas, autoestima elevada)”. Incluye 5 ítems y explica el 8,3% del total.

3. FACTOR III: “Creencias de comportamientos”

Este factor envuelve 3 ítems referidos a convicción que las personas sin discapacidad suponen de ciertos comportamientos que realiza una personas con discapacidad de manera individual y en sociedad.

4. FACTOR IV: “Reconocimiento y negación de derechos”

Sus contenidos se refieren al reconocimiento de derechos fundamentales de la persona y, en particular, al derecho que tiene a la normalización con otros. Incluye 4 ítems.

5. FACTOR V: “Habilidades emocionales”

Este factor constituye 6 ítems de opinión que tienen las personas sin discapacidad sobre ciertas capacidades, destreza o aptitudes emocionales.

6. FACTOR VI: “Alternativas laborales”

El factor seis, consta de 3 ítems sobre las opciones que tienen las personas las personas con discapacidad de acceder a situaciones laborales.

7. FACTOR VII: “Cualidades generales”

Este factor es de gran dificultad nombrarlo. Los dos ítems incluidos constan de cualidades que poseen las personas (por ejemplo: no desanimarse fácilmente y más preocupados por su salud).

8. FACTOR VIII: “Inclusión social”

Factor que involucra la introducción de una persona con discapacidad dentro de los límites de otro individuo o la sociedad. Incluye 3 ítems.

9. FACTOR IX: “Percepción de conducta”

Este factor indaga en cómo las personas sin discapacidad sienten y reciben las conductas de las personas con discapacidad. Incluye 2 ítems.

10. FACTOR X: “Beneficios elementales”

Según el análisis, los ítems contenidos en este factor, involucra servicios básicos que debe poseer una persona con discapacidad al igual que una persona sin discapacidad. Incluye 2 ítems.

11. FACTOR XI: “Participación social”

El último, décimo primer, factor, nombrado como “Participación social” engloba ítems de cómo el respondiente considera que las personas con discapacidad intervienen, convive y se relacionan dentro de un mismo espacio y ámbito cultural con otras personas. Este factor por sí sólo, explica el 3,4% del total.

La nominación de las dimensiones fue difícil de realizar, debido que algunos ítems se repiten en los distintos factores y/o se encuentran con valores de correlación inversos o negativos, por ejemplo los ítems número 2, 14, 17, 21, 25, 28 que se encuentran en dos factores y dimensiones, pero sus valores de correlación son inversos entre los diferentes grupos.

Se aplica el test de alfa de *Cronbach*’s para evaluar la validez y consistencia interna del instrumento, obteniendo un valor de 0,76.

6. DISCUSIÓN

De acuerdo a lo descrito por Yuker *et al*, 1970, el promedio del puntaje general fue de 110 puntos para una muestra de 742 personas (337 mujeres y 405 hombres). Bajo este puntaje, los participantes poseen una actitud negativa. En este estudio, el promedio del puntaje de los estudiantes es de 97,3 puntos, presentando diferencias significativas descriptivas a todo nivel ($p < 0.01$) con el puntaje obtenido por Yuker. Otro estudio realizado en fisiatras (Grace y Wasinda, 2015) reportaron un puntaje promedio de 95 puntos ($SD = 17,5$) y donde un 60,4% de los estudiantes (169 en total) presentaban una actitud positiva, a diferencia del 10% obtenido en este estudio. Esta diferencia descriptiva puede deberse a las distintas edades de los grupos de estudios y que el tamaño de la muestra era más representativa de la población en el estudio de Grace y Wasinda, 2015.

Existen escasos estudios que analicen la actitud de los estudiantes o de profesionales odontólogos/as hacia las personas con discapacidad. De acuerdo a lo descrito en una revisión sistemática por Satchidanand *et al*, 2012 donde se analizaron varias investigaciones entre estudiantes y profesionales de la salud y la actitud hacia las personas con discapacidad física de médicos, terapeutas ocupacionales, enfermeras, psicólogos y kinesiólogos, sólo cuatro estudios de esta revisión fueron realizados en odontólogos. Por esto, dentro de esta discusión se destacan, también, estudios que no son del área odontológica. Cabe destacar que algunas investigaciones han demostrado que los dentistas tienen peores actitudes hacia las personas con discapacidad en comparación con otros grupos de estudiantes en el área de la salud (Coyle *et al*, 2004; O'Donnell, 1993).

Con respecto al sexo de los participantes, Yuker *et al*, 1970, describió que las mujeres presentaban un promedio de puntajes más bajo que los hombres (106 y 114 puntos respectivamente) con diferencias significativas ($p = 0,01$). Ellos analizaron 13 estudios, en cinco de ellos las mujeres presentaban puntajes altos en *ATDP-A* y en dos estudios, los hombres tenían puntajes superiores; el resto de los estudios no se encontró diferencias significativas en relación entre el puntaje de *ATDP-A* con el sexo de los participantes, resultados opuestos a lo observado en esta investigación, ya que los hombres presentaban una actitud positiva en comparación con las mujeres, con diferencias significativas descriptivas ($p < 0,01$). Sin embargo el puntaje promedio total de los hombres fue de 100 puntos, valor por debajo a los 106 puntos encontrados por Yuker *et al*, 1970. En otro estudio realizado en enfermeras y médicos por Dorji y Solomon, 2009, no se observó diferencias significativas en relación al sexo de los participantes. Los puntajes de ambos sexos eran bajos, indicando una actitud negativa hacia las personas con discapacidad. De todas maneras, los médicos, que en su mayoría eran hombres, presentaban puntajes más altos en comparación con las enfermeras que en su mayoría eran mujeres (Dorji y Solomon, 2009). Paris, 1993; confirma que el sexo de los participantes es un predictor significativo de las actitudes y que las mujeres tiene más actitudes favorables que los hombres. Se ha descrito que las mujeres poseen una mayor sensibilidad a los signos de la discapacidad que los hombres pero es difícil de interpretar, sobre todo en las distintas culturas y épocas debido a que estas van cambiando con el paso de los años (Yuker *et al*, 1970). Esto puede justificar los

resultados de este estudio y de Dorji y Solomon, donde los hombres poseen una actitud positiva que las mujeres.

En las diferencias por el curso de los participantes; resultados similares se han encontrado en un estudio realizado por O'Donnell en 1993, en donde encuestó a estudiantes de tercer y cuarto año de odontología y no encontró ninguna diferencia significativa entre las puntuaciones de actitud entre ambos cursos ($p= 0,06$). No así Paris (1993), que realizó la encuesta en estudiantes de primero y cuarto año de estudios y se observó que los estudiantes de primer año tenían actitudes más favorables que los de cuarto año. Mitchell *et al*, 1984; Au y Man, 2002 y Tervo *et al*, 2002; observaron diferencias de asociación entre la actitud, experiencia y formación en distintas discapacidades. En esta investigación, los estudiantes de sexto año, presentaron una actitud más positiva que los de quinto año (leve asociación) sin diferencias significativas descriptivas. Esto lo explica Mitchell *et al*, 1984 y Tervo *et al*, 2002, ya que los estudiantes de sexto año de la Universidad de Valparaíso, poseen más confianza, experiencia práctica y base teórica que los estudiantes de quinto año en el comienzo de año académico, momento en el cual que se hizo la encuesta de este estudio. Así también lo reporta Stachura, 2007; Eberhardt y Mayberry, 2003; Lyons, 1990; Sahin y Akyol, 2010; afirmando que el contacto previo, ya sea de manera casual o contacto social (miembro de la familia o amigo con discapacidad) tiene una asociación significativa con una actitud más favorable ($p<0,01$). A la vez, la frecuencia del contacto está también asociada con actitudes más positivas (Satchidanand *et al*, 2012).

De acuerdo a Yuker *et al*, 1970, indica que la formación y el cambio de actitud está relacionada con las exposiciones y experiencias más que por la edad *per se*. Estudios que analizaron la edad con actitud se ven confundidos ya que la edad está relacionada con la educación de la persona. Paris, (1993) considera que no hay diferencias significativas en los distintos grupos de edad. En seis estudios realizados en la década de los 60, cuatro de ellos no reportaron diferencias significativas relacionadas con la edad y los puntajes de la ATDP-A (Bell, 1962; Gilliland, 1965; Siller, 1963; Siller y Chipman, 1965 citados en Yuker *et al*, 1970) y dos de ellos sí reportaron diferencias (Wilson, 1963; Siller 1964 citados en Yuker *et al*, 1970). En este estudio, no se encontró diferencias significativas descriptivas de los puntajes de la ATDP-A con la edad. Si cabe mencionar que los estudiantes de menor edad del curso de sexto año presentaron una mejor actitud en comparación con el resto de los estudiantes. Esto lo explica el mayor nivel de educación, experiencia clínica y relación con personas con discapacidad que el curso de quinto año. En un estudio realizado por Matziou *et al*, 2009 en enfermeras con distintos niveles educacionales (primer año de universidad, grado de magister y en enfermeras generales de dos hospitales públicos) se observó que las enfermeras que presentaban grado de magister, educación continua, presentaban una actitud más favorable hacia los niños con discapacidad. Además se observó que las enfermeras generales de los hospitales presentaban el puntaje más bajo, menor aún que el de las enfermeras de primer año de la universidad. Ellos explican esto debido al estrés y a las dificultades en el ambiente laboral que describían las enfermeras de ese hospital que conlleva a una predisposición negativa. El estudio realizado por Grace y Wasinda, (2015) el

grupo que presentó mejor actitud era los estudiante de mayor edad (rango entre los 30 y 34 años), explicado que en una edad adulta, se tiene una disposición más reflexiva a temas de la vida en general incluyendo a la discapacidad (Grace y Wasinda, 2015).

El instrumento llamado *Attitudes Toward Disabled Persons (ATDP)* es la escala para medir actitud hacia las personas con discapacidad más ampliamente usado a nivel mundial. Consta de 3 formas (0- A- B) las cuales están validadas, certificadas internacionalmente y adaptadas en distintos idiomas del inglés (Lam *et al*, 2010; AlSarheed *et al*, 2001; Gething *et al*, 1997; O'Donnell, 1993; Chan *et al*, 2002, Matziou *et al*, 2009). Ninguna de las formas ha sido utilizada en español, siendo este estudio el primero en realizarlo.

Se seleccionó el *ATDP-A* para medir los resultados de esta evaluación, ya que tiene propiedades psicométricas sólidas (Lam *et al*, 2010). Sin embargo, también tiene ciertas deficiencias. En primer lugar, esta escala utiliza un método de puntuación simple unidimensional para medir la actitud generalizada. Esto limita la profundidad de la comprensión que podemos obtener de su aplicación, ya que no refleja la naturaleza teórico-multidimensional de la actitud, es decir las distintas dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales de las actitudes (Findler *et al*, 2007), por lo mismo, en este estudio se realizó un análisis de componentes principales exploratorio, donde se retuvo once factores que explican el 66,4% de la varianza total. El primer factor explica el 14% y el segundo un 8,9%, similar a lo encontrado por Jaques (1965), que reconoce nueve factores que explicaban el 52,5% del total; el primer factor un 13,8% y el segundo un 8,6%; porcentajes semejantes a los encontrados en este estudio. Jaques (1965) describió el primer factor, con gran dificultad para nominarlo y contiene ítems con declaraciones cómo: las personas con discapacidad son diferentes, tienen menor coeficiente intelectual, quieren más cariño y elogios, no hacen muchas contribuciones a la sociedad (Ítems 27, 26, 28, 7, 11) y el segundo factor contiene ítems que indican que las personas con discapacidad no son competentes para trabajar y que el examen de conducir debería ser más severo para ellas (ítems 2, 9, 5, 13). En este estudio sólo ciertos ítems del factor primero concuerdan con el análisis realizado por Jaques, 1965; el resto de los ítems se encuentran distribuidos en otros factores. De todas maneras, este estudio explica un mayor porcentaje de la varianza total porque se analizaron más componentes de manera exploratorio del instrumento a los cuales se les designo una propuesta nombre, igual que Jacques (1965) y se nominaron con gran dificultad. Dentro del mismo análisis de componentes exploratorios, algunos ítems se repiten en dos factores y con valores inversos, esto se debe a que alguno de ellos estaban relacionados pero de manera inversa con los otros.

Este instrumento presento una validez interna de 0,76 medido por el coeficiente Alfa de *Cronbrach* 's, lo que significa que es un instrumento confiable para medir la actitud de las personas sin una discapacidad, hacia las personas con alguna discapacidad física. El valor obtenido es similar a los reportados en la literatura, por ejemplo: Yuker y Block, en el año 1986 y Tervo *et al*, en el año 2004 que encontraron rangos entre 0,75 a 0,85 y de 0,79, respectivamente. Esto demuestra el grado de seguridad y confiabilidad de las preguntas de la *ATDP-A*, las cuales evaluaron de manera

específica, la actitud de los estudiantes de quinto y sexto año de Odontología de la Universidad de Valparaíso hacia las personas con discapacidad.

En segundo lugar, este instrumento es de carácter general hacia las personas con discapacidad, aplicable a cualquier población que se quiera estudiar y no es específico para odontólogos, existiendo la posibilidad de que un instrumento más particular para dentistas, mida actitud entregando diferentes resultados. Un instrumento específico y centrado en estudiantes de odontología es "*Dental Students' Attitudes Toward the Handicapped Scale*" (*DSATHS*) que evalúa las actitudes de los estudiantes de odontología hacia las personas con discapacidad física, su formación dental y el papel del odontólogo en la atención a estos pacientes. El instrumento fue desarrollado en 1983 y que se creó basado en los instrumentos de Yuker *et al*, 1970 y McTigue *et al*, 1978; y de acuerdo a lo escrito por Paris en 1993; aunque se ha encontrado ser válido y fiable, se usa con menos frecuencia que la escala de Yuker *et al*, 1970 y por esto se utilizó a *ATDP- A* ya que es la más utilizada, por estar certificada, validada internacionalmente y en idiomas diferentes al inglés (Lam *et al*, 2010).

Además de las variables edad, sexo y educación, existen otras que influyen en las actitudes en los estudiantes hacia las personas con discapacidad como son la raza, lugar de residencia, estado civil, el conocimiento general con respecto a una discapacidad, el nivel y la naturaleza de la formación de la persona y el tipo de experiencia con una personas con discapacidad (Tervo *et al*, 2004 y en Paris, 1993). Por ejemplo: Paris, 1993, destaca que la raza blanca tiene actitudes más favorables que los no blancos. Estas variables no fueron descritas y analizadas en este estudio y que de acuerdo a lo anterior, varían la predisposición, ya sea positiva o negativa hacia este grupo de personas; aunque Yuker *et al*, 1994 relata que la mayoría de las diferentes características demográficas son relativamente no importantes en cualquiera de las formas de la *ATDP*.

Uno de los objetivos del desarrollo y utilización de un instrumento, es la evaluación de los programas de entrenamiento de los estudiantes y la mejora de estos (Lam *et al*, 2010), por lo que se recomienda evaluar la actitud al inicio de entrar a la carrera de Odontología y al final (ej.: en primero y sexto año en la Universidad de Valparaíso) luego de tener la teoría y práctica en Cuidados Especiales en Odontología. De acuerdo a lo descrito por Antonak y Livneh, 1988 y la *IADH*, 2012; un cuidadoso diseño en el *curriculum* universitario puede alterar las actitudes de manera positiva o negativa de los estudiantes hacia los niños con discapacidades. Se ha visto que cuando los estudiantes tienen la oportunidad de interactuar y apreciar a las personas con discapacidad como iguales y como miembros activos de una sociedad, se crea una actitud más positiva (Lyons, 1990; Williams *et al*, 2007; Grace y Wasinda, 2015).

7. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Este estudio presenta ciertas limitaciones y sugerencias que son necesarias mencionarlas.

Primero, el grupo de estudiantes usado es disminuido en cantidad y no fue elegido aleatoriamente, por lo que los resultados no son representativos a la población de estudiantes de Odontología de Chile, no pueden extrapolarse a otra población por lo que no se puede medir la validez externa del instrumento.

Con respecto al instrumento, la mayoría fueron creados en la década de los 70 y 80 y a partir de esa fecha, han existido cambios en las opiniones de la sociedad, en la legislación y políticas de salud para las personas con discapacidad de cada país. Se han identificado que estos instrumentos no cubren los aspectos pertinentes a las normas o la cultura que hoy son relevantes (ej.: uso de internet, las redes sociales para interactuar con las personas con discapacidad, nuevas políticas públicas). Además se identifica que la terminología utilizada no es socialmente aceptada hoy en día, por ejemplo: el comparar a una persona con discapacidad con una físicamente “normal” o llamarlo “minusválido” o “anormal”.

Por esto se sugiere desarrollar, modificar y validar los antiguos instrumentos a nuevos y que se adapten interculturalmente en los distintos escenarios políticos y culturales en donde será aplicado. Además que sea desarrollado en diferentes versiones lingüísticas (Lam *et al*, 2010) por lo que se sugiere realizar un consenso de instrumentos, tal cual como el *curriculum* de Cuidados Especiales, para evaluar a los estudiantes y sus mallas.

El diseño del estudio es descriptivo transversal y no permite predecir acciones o comportamientos a futuro ni realizar asociaciones entre las variables; por lo que los resultados son sólo para este grupo de estudio específico de manera descriptiva. El diseño de estudio ideal sería un estudio observacional analítico de seguimiento o de cohorte con evaluaciones previas y posterior a intervenciones educativas y prácticas con los estudiantes, ya que se obtendrían asociaciones entre las intervenciones y el efecto de ellas. Así se sugiere analizar el grado de conocimiento cognitivo y habilidades prácticas sobre necesidades especiales en los estudiantes de Odontología y así poder realizar una asociación entre actitud, habilidades prácticas y conocimientos que poseen los estudiantes. Además es necesario realizar estudios cualitativos en las personas con discapacidad o a sus cuidadores, para evaluar las barreras que ellos perciben y viven de los estudiantes de Odontología.

Se recomienda en un siguiente estudio analizar cada ítem y describir en cuáles de ellos los estudiantes presentan actitudes positivas o negativas y evaluar en cual dimensión (capacidades, discriminación, inclusión social, igualdad de derechos, etc.) presentan fortalezas y también debilidades; evaluación que es necesaria para diagnosticar y luego incluir en las mallas académicas de los estudios de pregrado.

8. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran que la actitud de los estudiantes de quinto y sexto año del 2015 de la carrera de Odontología de la Universidad de Valparaíso es negativa hacia las personas con discapacidad.

Los hallazgos de percibir a las personas como diferentes, distintas, con prejuicios y con una falta de aceptación, crean barreras e impedimentos en la salud oral, ya sea en un cuidado efectivo, preventivo y en la calidad de este hacia una persona con discapacidad.

Esta barrera debe entregarnos el ímpetu de desarrollar e integrar métodos efectivos para eliminar y disminuir esta percepción negativa, fortalecer y promover otras positivas de un estudiante de Odontología, futuro profesional, hacia este grupo de personas, debido a nuestra responsabilidad civil y social de ser agentes facilitadores en los servicios que las personas con discapacidad necesiten a lo largo de su vida.

Es una situación de urgencia la necesidad de integrar en la malla curricular de pregrado cursos de entrenamiento práctico y teórico en cuidados especiales en Odontología, dando énfasis en el modelo social de la discapacidad y en la importancia de que los cuidados buco-dentales pueden repercutir de manera negativa la salud general de los individuos con discapacidad.

9. RESUMEN

Introducción: Las personas con discapacidad son vulnerables a patologías orales y enfrentan distintas barreras para acceder a salud bucal. Una barrera es la predisposición o actitud negativa que poseen los estudiantes de Odontología y/o dentistas al atenderlos.

Objetivos: Conocer, estudiar y describir la actitud de los estudiantes de quinto y sexto año de la carrera de Odontología de la Universidad de Valparaíso hacia las personas con discapacidad.

Materiales y métodos: Se utilizó un instrumento llamado *Attitudes Toward Disabled Persons (ATDP-A)* que mide la actitud de la población general hacia las personas con discapacidad. Participaron 119 estudiantes entre quinto y sexto año de Odontología (56,5% mujeres y 35,6% hombres). Se evaluó el sexo, edad, curso, se propuso un análisis de componentes principales exploratorios y la medición de la validez interna del instrumento.

Resultados: El promedio del puntaje de los estudiantes es 97,3 puntos (SD= 9,8). Un 10% de los estudiantes presentó una actitud positiva hacia las personas con discapacidad. Los hombres obtuvieron puntajes mayores que las mujeres con diferencias significativas descriptivas ($p < 0.01$). No hubo diferencias significativas por curso y edad. El análisis de componentes exploratorio arrojó once factores y explicaron el 66,1% de la varianza total. La validez interna medida con coeficiente alfa de *Cronbrach* 's es de 0,76.

Conclusión: Los estudiantes perciben como diferentes, distintas, con prejuicios y falta de aceptación a las persona con discapacidad. Es de necesidad urgente incluir en sus mallas curriculares, estrategias educacionales efectivas para mejorar las actitudes de los estudiantes hacia las personas con discapacidad.

10. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Acharya S., Pentapati K. C., Singhal D. K., Thakur A. S. (2015). Development and validation of a scale measuring the locus of control orientation in relation to socio-dental effects; *Eur Arch Paediatr Dent.*, Vol 16: 191–197.

Ajzen I. (2005). *Attitudes, Personality and Behavior*. McGraw-Hill Education. [En línea] Inglaterra, disponible en: https://books.google.cl/books?id=dmJ9EGEy0ZYC&pg=PA3&lpg=PA3&dq=definicion+attitudes+ajzen&source=bl&ots=EBNMNkJZav&sig=p0XOioXinDykp-MJbxvF6d2CbPk&hl=es&sa=X&redir_esc=y-v=onepage&q=definicionattitudesajzen&f=false [Accesado el día 02 de septiembre de 2015]

Alarcón T., Ávalos ME., Miranda M., Navarrete C., Vargas N. (2008). Recomendaciones para el cuidado de Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de atención de Salud. Documento Oficial. Comité de NANEAS, Sociedad Chilena de Pediatría. [En línea]. Chile, disponible en: <http://www.comitenaneas.sochipe.cl> [Accesado el día 5 de septiembre 2015]

AlSarheed M., Bedi R., Hunt NP. (2001). Attitudes of dentists, working in Riyadh, toward people with a sensory impairment. *Special Care in Dentistry.*, Vol 21: 113-116.

Altamirano F CC., Aranda V., Fierro M. (2008). Estado de Salud Bucal en Niños con Parálisis Cerebral de Concepción, Chile. *Rev Soc Chil Odontopediatría.*, Vol 23(2): 59.

Altun C., Guven G., Akgun OM., Akkurt MD., Basak F., Akbulut E. (2010). Oral health status of disabled individuals attending special schools. *Eur J Dent.*, Vol 4(4): 361-366.

American Academy of Pediatric Dentistry, (2012). *Guideline on Management of Dental Patients with Special Health Care Needs*. [En línea]. Estados Unidos, disponible en: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_SHCN.pdf [Accesado el día 27 agosto 2015].

Antonak RF., Livneh H. (2000). Measurement of Attitudes Towards persons with disabilities. *Disability and Rehabilitation*. Vol 22(5): 221-221 [En línea]. Chile, disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/096382800296782> [Accesado el día 4 de septiembre 2015].

Au KW., Man DW. (2006). Attitudes toward people with disabilities: a comparison between health care professionals and students. *Int J Rehabil Res.*, Vol 29: 155-160.

Block MJ., Walken JW. (1980). Effect of an extramural program on student attitudes toward dental care for the mentally retarded. *J Dent Educ.*, Vol 44(3): 158-161.

British Society For Disability And Oral Health, (2012) *Clinical guidelines and integrated care pathways for the oral health care of people with learning disabilities*. [En línea]. Inglaterra, disponible en: http://www.bsdh.org.uk/w_PDF/pBSDH_Clinical_Guidelines_PwaLD_2012.pdf [Accesado el día 28 de julio 2015].

Burgos R. (1998). Partes del artículo científico original. Metodología de investigación y escritura científica en clínica. España. Ed., EASP, pp. 325-424.

Byron M., Dieppe P. (2000). Educating health professionals about disability: attitudes, attitudes, attitudes. *J R Soc Med.*, Vol 93(8): 397–398.

Casamassimo PS., Seale NS., Ruehs K. (2004). General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *J Dent Educ.*, Vol 68: 23-28.

Chan CCH., Lee TMC., Yuen HK., Chan F. (2002). Attitudes toward people with disabilities between Chinese rehabilitation and business students: An implication for practice. *Rehabilitation Psychology.*, Vol 47: 324-338.

Chávez EM., Subar PE., Miles J., Wong A., Labarre EE., Glassman P. (2011). Perceptions of predoctoral dental education and practice patterns in special care dentistry. *J Dent Educ*; un;75(6):726-32.

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, *Borrador Beta-2 de la CIDDM-2, Versión completa*, (1999). [En línea]. Suiza, disponible en: http://www.insor.gov.co/descargar/ciddm_deficiencia_minusvalias.pdf [Accesado el día 1 de septiembre 2015].

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, (2001) *CIF Versión abreviada*. [En línea]. España, disponible en: http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf [Accesado el día 1 de septiembre 2015].

Coyle C., Saunderson W., Freeman R. (2004). Dental students, social policy students and learning disability: do differing attitudes exist? *Eur J Dent Educ.*, Vol 8: 133–139.

Crall JJ. (2007). Improving oral health for individuals with special health care needs. *Pediatr Dent.*, Vol 29(2): 98-104.

Dao LP., Zwetchkenbaum S., Inglehart MR. (2005). General dentists and special needs patients: does dental education matter? *J Dent Educ.*, Vol 69: 1107–1115.

Delucia LM., Davis EL. (2009). Dental student's Attitudes toward the care of individuals with intelectual disability: relationship between instruction and experience. *J Dent Educ.*, Vol 73: 455-453.

Desai M., Messer L., Calache H. (2001). A study of the dental treatment needs of children with disabilities in Melbourne, Australia. *Aust Dent J.*, Vol 46(1): 41-50.

Disability Statistics, (2014). *Resource for U.S. Disability Statistics*. [En línea]. Estados Unidos, disponible en: <https://www.disabilitystatistics.org/reports/acs.cfm?statistic=1> [Accesado el día 23 de agosto del 2015].

Disability status, (2000). *United States Census*. [En línea] Estados Unidos, disponible en: <http://www.census.gov/people/disability/> [Accesado el día 23 de agosto 2015].

Dorén F. (2011). Prevalencia de caries, gingivitis e higiene oral de niños y adolescentes con parálisis cerebral en establecimientos educacionales categorizados según nivel socioeconómico. Santiago. Universidad de Chile. [En línea]. Chile, disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/132072> [Accesado el día 1 de septiembre 2015].

Dorji S., Solomon P. (2009). Attitudes of health professionals toward persons with disabilities in Buthan. *Asia Pac Dis Rehab J.*, Vol 20 (2): 32-42.

Dougall A., Thompson S., Faulks D., Ting G., Nunn, J. (2013). Guidance for the core content of a *Curriculum* in Special Care Dentistry at the undergraduate level. *Eur J Dent Educ.*, Vol 18: 39-43.

Drainoni ML., Lee-Hood E., Tobias C., Bachman SS., Andrew J., Maisels L. (2006). Cross-disability experiences of barriers to health-care access: consumer perspectives. *J Disabil Polic Stud.*, Vol 17: 101-115.

Eberhardt K., Mayberry W. (2003). Factors influencing occupational therapists' attitudes toward persons with disabilities. *Am J Occup Ther.*, Vol 49: 629-636.

Faulks D., Freedman L., Thompson S., Sagheri D., Dougall A. (2012). The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *Eur J Dent Edu.*, Vol 16: 195-201.

Ferguson FS. (1991). Dentists' willingness to provide care for patients with developmental disabilities: a survey of the graduates of the State University of New York at Stony Brook. *Spec Care Dent.*, Vol 11: 234-237.

Ferreira MCD., Guare RO., Prokopowitsch I., Santos MTBR. (2010). Prevalence of dental trauma in individuals with special needs. *Dental Traumatology.*, 113–116.

Findler L, Vilchinsky N, Werner S. (2007). The multidimensional attitudes scale toward persons with disabilities (MAS): construction and validation. *Rehabil Couns Bull.*, Vol 50: 166–176.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (2013). *Estado mundial de la Infancia*. [En línea]. Estados Unidos, disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf [Accesado el día 08 de agosto 2015].

García- Soto C. (2010). La discapacidad en Chile: situación actual y perspectivas. Santiago de Chile: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Unidad de Discapacidad y Rehabilitación. [En línea]. Chile, disponible en: www.senadis.gob.cl/descarga/i/835/documento [Accesado el día 4 de septiembre 2015].

Gething L., Wheeler B., Cote J., Furnham A., Hudenk-Knezevic J., Kumpf M., McKee K., Rol J. (1997). An international validation of the interaction with disabled persons scale. *Int J Rehabil Res.*, Vol 20: 149-158.

González E., Peláez AB., Coro G., Afre A. (2008). Traumatismos dentales en pacientes especiales: Pinar del Río 2005 - 2006. *Rev Ciencias Médicas.*, Vol 12(2):1-9.

Grace VO., Wasinda M. (2015). Attitude of physiotherapy students in Nigeria toward persons with disability. *Disability and health J.*, Vol 8: 102-108.

Guillemin F., Bombardier C., Beaton D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.*, Vol 46(12): 1417–1432.

Hallbeg U., Strandmark M., Klingberg G. (2004). Dental health professionals' treatment of children with disabilities: a qualitative study. *Acta Odontol Scand.*, Vol 62: 319-327.

Instituto Nacional de Estadísticas, (2004). *Primer estudio nacional de la discapacidad en Cuidados Especiales en Odontología. Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2013-2020 (PARTE 1)*. [En línea]. Chile, disponible en: http://www.senadis.gob.cl/pag/385/924/politica_nacional_para_la_inclusion_social_de_las_personas_con_discapacidad_parte_1 [Accesado el día 30 marzo 2015].

International Association for Disability and Oral Health, (2012). *Undergraduate Curriculum in Special Care Dentistry*. [En línea]. Alemania, disponible en: <http://www.adee.org/meetings/riga2014/presentations/sigf02/iadh-curriculum-in-scd-english.pdf> [Accesado el día 23 de agosto del 2015]

Joint Advisory Committee for Special Care Dentistry (JACSCD), (2003). *A case for need: proposal for a Specialty in Special Care Dentistry*. [En línea]. Inglaterra, disponible en: http://www.bsdc.org.uk/joint_adv_comm.html [Accesado el día 28 de julio 2015].

Krause M., Vainio L., Zwetchkenbaum S., Inglehart MR. (2010). Dental education about patients with special needs: a survey of U.S. and Canadian dental schools. *J Dent Educ.*, Vol 74: 1179–1189.

Lam WY., Gunukula SK., McGuigan D., Isaiah N., Symons AB., Akl EA. (2010). Validated instruments used to measure attitudes of healthcare students and professionals towards patients with physical disability: a systematic review. *J of NeuroEngineering and Rehabilitation.*, Vol 7(55): 1-7.

Lewis CW. (2009). Dental care and children with special health care needs: a population-based perspective. *Acad Paediatr.*, Vol 9: 420–426.

Loiacono C., Muzzin KB., Guo IY. (1996). Dental hygiene students' attitudes toward treating individuals with disabilities. *Probe.* Vol 30: 220– 224.

Lyons M. (1990). Enabling or disabling? Students' attitudes toward persons with disabilities. *Am J Occup Ther.*, 311-316.

Manogue M., McLoughlin J., Christersson C., Delap E., Lindh C., Schoonheim-Klein M., Plasschaert A. (2011). Curriculum structure, content, learning and assessment in European undergraduate dental education - update. *Eur J Dent Educ.*, Vol 15(3): 133-41.

Manual de Cuidados Especiales en Odontología, (2015). “Atención Odontológica de personas en situación de discapacidad que requieren Cuidados Especiales en Salud” Facultad de Odontología, Universidad de Chile, SENADIS.

Martin HL, Rowell MM, Reid SM, Marks MK, Reddihough DS. (2005). Cerebral palsy: what do medical students know and believe? *J Paediatrics & Child Health.*, Vol 41: 43-47.

Mayer ML., Skinner AC., Slifkin RT. (2004). Unmet need for routine and specialty care: data from the National Survey of Children with Special Health Care Needs. *Paediatrics.*, Vol 113: 109–115.

McPherson M., Arango P., Fox H., Lauver C., McManus M., Newacheck PW., Perrin JM., Shonkoff JP., Strickland B. (1998). A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics.*, Vol 102: 137-139.

McTigue D., Musselman R., Rasmussen R. (1978). Validation of a needs assessment instrument in developing a curriculum for dentistry for the special patient. Paper presented at the annual meeting of the American Association of Dental Schools Washington, D.C.

Mella S., González L. (2007). “Actitudes de los estudiantes de la salud de la Universidad de Chile hacia las personas con discapacidad” en *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. Universidad de Chile. [En línea]. Chile, disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/42> [Accesado el 02 de septiembre de 2015].

Ministerio de Desarrollo Social, (2013). *Salud y Discapacidad. Servicio Nacional de la Discapacidad*. [En línea]. Chile, disponible en: <http://www.senadis.gob.cl> [Accesado

el día 28 de abril 2015].

Ministerio de Justicia, (2000). *Ley no. 20.584: Norma de Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud; Acciones Vinculadas a la Atención en Salud*. [En línea]. Chile, disponible en: [<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>] [Accesado el día 13 diciembre 2015].

Ministerio de Justicia, (2010). *Ley no. 20.422: Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad*. [En línea]. Chile, disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20422> [Accesado el día 5 agosto 2015].

Ministerio de Salud, (2012). *Guía clínica: Salud Oral Integral para Menores de 20 años en Situación de Discapacidad que Requieren Cuidados Especiales en Odontología*. [En línea]. Chile, disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/dc49f68e22ca1764e04001016401282c.pdf> [Accesado el día 26 de agosto 2015].

Mitchell Kr., Hayes M., Gordon J., Wallis B. (1984). An investigation of the Attitudes of medical students to physically disabled People. *Med Educ.*, Vol 18: 21-23.

Mohebbi SZ., Chinipardaz Z., Batebi A. (2014). Effectiveness of training senior dental students on oral health care for disabled patients. *Eur J Dent Educ.*, Vol 18(4): 214-21.

Morrison EH, George V, Mosqueda L. (2008). Primary care for adults with physical disabilities: perceptions from consumer and provider focus groups. *Family Medicine.*, Vol 40: 645-651.

Nelson LP., Getzin A., Graham D., Zhou J., Wagle EM., Mc Quiston J., McLaughlin S., Govind A., Sadof M., Huntington NL. (2009). Unmet dental needs and barriers to care for children with significant special health care needs. *Pediatr Dent.*, Vol 33(1): 29-36.

Newacheck PW., Kim SE. (2005) National profile of health care utilization and expenditures for children with special health care needs. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, Vol 159:10-17.

O'Donnell D. (1993). Use of the SADP for measurement of attitudes of Chinese dental students and dental surgery assistants toward disabled persons. *Special Care in Dentistry.*, Vol 13: 81-85.

Organización Mundial de la Salud, (2014). *Decreto de OMS y discapacidad, Nota descriptiva N°352*. [En línea]. Estados Unidos, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/> [Accesado el día 08 de agosto del año 2015].

Organización Panamericana de la Salud, (2015). *La salud bucodental de los pacientes discapacitados y/o especiales*. [En línea]. Estados Unidos, disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/oral-health.htm> [Accesado el día 29 de agosto 2015].

Paris MJ. (1993). Attitudes of medical students and health-care professionals toward people with disabilities. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*. Vol 74: 818-825.

Peat M. (1997). Attitudes and access: advancing the rights of people with disability. *CMAJ.*, Vol 156(5): 657–659.

Pontificia Universidad Católica de Chile, (2014). *Programa a Paciente con Necesidades Especiales I*. [En línea]. Chile, Disponible en: http://catalogo.uc.cl/index.php?tmpl=component&option=com_catalogo&view=programa&sigla=ODO515A [Accesado el día 31 de agosto 2015].

Provost P. (2005). Children with Special Health Care Needs: Minding the Gaps. *National Health Policy Forum* Background Paper: The George Washington University. [En línea]. Estados Unidos, disponible en: http://www.nhpf.org/library/background-papers/BP_CSHCN_06-27-05.pdf [Accesado el día 4 de septiembre 2015].

Rapalo D., Davis J., Burtner P., Bouldin E. (2010). Cost as a barrier to dental care among People with disabilities: a report from the Florida behavioral risk factor surveillance system. *Spec Care Dentist.*, Vol 30(4): 133-139.

Sahin H., Akyol AD. (2010) Evaluation of nursing and medical students' attitudes towards people with disabilities. *J Clin Nurs.*, Vol 19: 2271-2279.

Satchidanand N., Gunukula SK., Lam WY., McGuigan D., Isahia N., Symons AB., Withiam-Leitch M., Akl EA. (2012). Attitudes of healthcare students and professionals toward patients with physical disability: a systematic review. *Am J Phys Med Rehabil.*, Vol 91: 533-545.

Sherman CM., Anderson RD. (2010). Special needs education in Canadian dental school curriculum: Is there enough? *J Can Dent Assoc.*, Vol 76: 11.

Slack-Smith L., Ree M., Leonard H. (2010). Oral health and children with an intellectual disability: a focus group study of parent issues and perceptions. *J of Disability and Oral Health.*, Vol 11(4): 171-177.

Slavkin HC., Baum BJ. (2000). Relationship of dental and oral pathology to systemic illness. *JAMA.*, Vol 284: 1215-1217.

Stachura K. (2007). A national survey of occupational therapy students' and physiotherapy students' attitudes to disabled people. *Clin Rehabil.*, Vol 21(5): 442-449.

StataCorp. (2015). *Stata Release 11*. Statistical Software. College Station, TX: StataCorp LP

Tervo RC., Palmer G., Redinius P. (2004). Health professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation.*, Vol 18: 908-915.

Triandis H. C. (1971): *Attitude and attitude change*. Nueva York: Wiley.

Triandis H.C. (1971-1974) *Actitudes y cambio de actitudes*. Barcelona: Toray.

Waldman HB., Fenton SJ., Perlman SP., Cinotti DA. (2005). Preparing Dental Graduates to Provide Care to Individuals with Special Needs. *J Dent Edu.*, Vol 69(2): 249-254.

Williams RM., Geddes EL., Moll S., Li CY. (2007). Physical therapy students perspectives on disability. *Int J Allied Health Sci Pract.*, Vol 5: 1-9.

Wolff AJ., Waldman HB., Milano M., Perlman SP. (2004). Dental students' experiences with and attitudes toward people with mental retardation. *J Am Dent Assoc.*, Vol 135: 353–357.

Yuker HE. (1994). Variables that influence attitudes toward people with disabilities – conclusions from data. *J Soc Behav Person.*, Vol 9: 3-22.

11. ANEXOS

Anexo 1

ATDP SCALE FORM A

Read each statement and put an "X" in the appropriate column on the answer sheet. Do not make any marks on the question sheets.

Please answer every question

1. Disabled people are often unfriendly.
2. Disabled people should not have to compete for jobs with physically normal persons.
3. Disabled people are more emotional than other people.
4. Most disabled persons are more self-conscious than other people.
5. We should expect just as much from disabled as from non-disabled persons.
6. Disabled workers cannot be as successful as other workers.
7. Disabled people usually do not make much of a contribution to society.
8. Most non-disabled people would not want to marry anyone who is physically disabled.
9. Disabled people show as much enthusiasm as other people.
10. Disabled persons are usually more sensitive than other people.
11. Severely disabled persons are usually untidy.
12. Most disabled people feel they are as good as other people.
13. The driving test given to a disabled person should be more severe than the one given to the non-disabled.
14. Disabled people are usually sociable.
15. Disabled persons usually are not as conscientious as physically normal persons.
16. Severely disabled persons probably worry more about their health than other who have minor disabilities.
17. Most disabled persons are not dissatisfied with themselves.
18. There are more misfits among disabled persons than among non-disabled persons.
19. Most disabled persons do not get discouraged easily.
20. Most disabled persons resent physically normal people.
21. Disabled children should compete with physically normal children.
22. Most disabled persons can take care of themselves.
23. It would be best if disabled persons would live and work with non-disabled persons.
24. Most severely disabled people are just as ambitious as physically normal persons.
25. Disabled people are just as self-confident as other people.
26. Most disabled persons want more affection and praise than other people.
27. Physically disabled persons are often less intelligent than non-disabled ones.
28. Most disabled persons are different from non-disabled people.
29. Disabled persons don't want any more sympathy than other people.
30. The way disabled people act is irritating.

Use this answer sheet to indicate how much you agree or disagree with each of the statements about disabled people on the attached list. Put an "X" through the appropriate number from +3 to -3 depending on how you feel in each case.

+3: I agree very much
 +2: I agree pretty much
 +1: I agree a little

-1: I disagree a little
 -2: I disagree pretty much
 -3: I disagree very much

Please answer every items

1	-3	-2	-1	+1	+2	+3
2	-3	-2	-1	+1	+2	+3
3	-3	-2	-1	+1	+2	+3
4	-3	-2	-1	+1	+2	+3
5	-3	-2	-1	+1	+2	+3
6	-3	-2	-1	+1	+2	+3
7	-3	-2	-1	+1	+2	+3
8	-3	-2	-1	+1	+2	+3
9	-3	-2	-1	+1	+2	+3
10	-3	-2	-1	+1	+2	+3
11	-3	-2	-1	+1	+2	+3
12	-3	-2	-1	+1	+2	+3
13	-3	-2	-1	+1	+2	+3
14	-3	-2	-1	+1	+2	+3
15	-3	-2	-1	+1	+2	+3
16	-3	-2	-1	+1	+2	+3
17	-3	-2	-1	+1	+2	+3
18	-3	-2	-1	+1	+2	+3
19	-3	-2	-1	+1	+2	+3
20	-3	-2	-1	+1	+2	+3
21	-3	-2	-1	+1	+2	+3
22	-3	-2	-1	+1	+2	+3
23	-3	-2	-1	+1	+2	+3
24	-3	-2	-1	+1	+2	+3
25	-3	-2	-1	+1	+2	+3
26	-3	-2	-1	+1	+2	+3
27	-3	-2	-1	+1	+2	+3
28	-3	-2	-1	+1	+2	+3
29	-3	-2	-1	+1	+2	+3
30	-3	-2	-1	+1	+2	+3

Anexo 2:

ENCUESTA PARA ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA

Fecha de encuesta ____/____/____

Este cuestionario es completamente anónimo y sólo será utilizado para fines de investigación de tesis. Su aporte, al responderlo, será muy valioso para la investigación realizada.

Marque el año académico al cual usted pertenece: 5to (___) 6to (___)

Edad: _____ años.

Sexo: Femenino (___) Masculino (___)

Usted encontrará en este cuestionario un conjunto de declaraciones respecto a las cuales podrá marcar con una "X" dependiendo de cómo se siente en cada caso, con un grado de MUY EN DESACUERDO o MUY DE ACUERDO sobre las personas con discapacidad FÍSICA.

Marque sólo una X por declaración o Es sólo es una respuesta por declaración.

Por favor conteste todas las preguntas o todas las preguntas deben ser contestadas

1. Personas con discapacidad son a menudo antipáticas.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

2. Personas con discapacidad no deben tener que competir por un trabajo con personas físicamente normales.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

3. Personas con discapacidad son más emotivos que otras personas.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

4. La mayoría de las personas con discapacidad son más cohibidos que otras personas.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

5. Nosotros podríamos esperar tanto cómo, de las personas con discapacidad cómo de las personas sin discapacidad.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

6. Los trabajadores con discapacidad no pueden ser tan exitosos como los demás trabajadores.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

7. Personas con discapacidad usualmente no hacen muchas contribuciones a la sociedad.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

8. La mayoría de las personas sin discapacidad no quisieran casarse con alguien que tiene una discapacidad física.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

9. Personas con discapacidad muestran tanto entusiasmo como las otras personas.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

10. Personas con discapacidad son usualmente más sensibles que otras personas.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

11. Personas con discapacidad física severa son usualmente desordenados.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

12. La mayoría de las personas con discapacidad sienten que son tan buenos como otras personas.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

13.El examen de conducir que se aplica a una persona con discapacidad debe ser más estricto que el aplicado a los no discapacitados.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

14.Personas con discapacidad son usualmente sociables.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

15.Por lo general, las personas con discapacidad no son tan esmerados como personas físicamente normales.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

16.Las personas con discapacidades severas probablemente se preocupan más por su salud que los que tienen discapacidades leves.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

17.La mayoría de las personas con discapacidad no están insatisfechos con ellos mismos.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

18.Hay más inadaptados sociales entre las personas con discapacidad que entre las personas sin discapacidad.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

19.La mayoría de las personas con discapacidad no se desaniman fácilmente.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

20.La mayoría de las personas con discapacidad están resentidos de las personas físicamente normales.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

21. Niños con discapacidad podrían competir con niños físicamente normales.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

22. La mayoría de las personas con discapacidad pueden cuidar de ellos mismos.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

23. Sería mejor si las personas con discapacidad vivieran y trabajarán con las personas sin discapacidad.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

24. La mayoría de las personas con discapacidad severa son tan ambiciosos como personas físicamente normales.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

25. Las personas con discapacidad son tan seguros de sí mismo como las demás personas.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

26. La mayoría de las personas con discapacidad quieren más cariño y elogios que otras personas.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

27. Personas con discapacidad física son a menudo menos inteligentes que los sin discapacidad física.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

28. La mayoría de las personas con discapacidad son diferentes de las personas sin discapacidad.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

29. Las personas con discapacidad no quieren más simpatía que otras personas.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

30. La forma en que actúan las personas con discapacidad es irritante.

()	()	()	()	()	()
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Poco en desacuerdo	Poco en acuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo