



EXPERIENCIA PERSONAL DE ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE QUINTO
Y SEXTO AÑO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD
INTELECTUAL

Trabajo de Investigación
requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista

Alumnos: Belfor Arias Haro
Natalia Riveros Maturana

Docente Guía: Dra. Sabina Hernández
Cátedra de Periodoncia

Valparaíso - Chile
2020

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres, y a quienes me ayudaron en ésto.

Belfor Darío Arias Haro

AGRADECIMIENTOS

A mis docentes, familia, amigos y deidades.

Natalia Riveros Maturana

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| MARCO TEÓRICO..... | 4 |
| 2.1 Experiencia | 4 |
| 2.2 Discapacidad..... | 5 |
| 2.2.1 Discapacidad en Chile | 5 |
| 2.2.2 Discapacidad intelectual o Trastorno del desarrollo intelectual..... | 6 |
| 2.2.2.1 Características asociadas que apoyan el diagnóstico | 8 |
| 2.2.2.2 Clasificación de discapacidad intelectual..... | 8 |
| 2.2.2.3 Condiciones sistémicas asociadas con discapacidad intelectual..... | 10 |
| 2.2.3 Odontología y discapacidad..... | 15 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 18 |
| OBJETIVOS | 18 |
| 4.1 Objetivo general | 18 |
| 4.2 Objetivos específicos | 18 |
| MATERIALES Y MÉTODOS | 19 |
| RESULTADOS | 23 |
| 6.1 Preparación universitaria en Odontología | 23 |
| 6.1.1 Proyecto educativo | 23 |
| 6.1.2 Preparación teórico-clínica insuficiente..... | 25 |
| 6.2 Rol de terceros en la relación alumno-paciente | 27 |
| 6.2.1 Rol de cuidadores | 27 |
| 6.2.2 Rol de los docentes | 29 |
| 6.2.3 Rol de los funcionarios..... | 30 |
| 6.3 Visión del sistema de salud chileno desde la perspectiva de discapacidad. | 31 |

| | |
|--|----|
| 6.3.1 Sistema de salud chileno | 31 |
| 6.3.2 Necesidad de especialista en la atención | 34 |
| 6.4 Experiencia de atención clínica..... | 35 |
| 6.4.1 Estudiante..... | 35 |
| 6.4.2 Paciente..... | 37 |
| 6.4.3 Manejo..... | 38 |
| 6.4.4 Asignaturas..... | 41 |
| 6.5 Atención de pacientes en la Facultad de Odontología UV | 43 |
| 6.5.1 Rol de infraestructura..... | 43 |
| 6.5.2 Facilitadores | 43 |
| 6.5.3 Sistema de seguimiento del paciente | 45 |
| 6.6 Reflexiones post experiencia | 46 |
| 6.6.1 Creencias..... | 46 |
| 6.6.2 Crecimiento personal | 47 |
| 6.6.3 Expectativas del futuro..... | 50 |
| DISCUSIÓN | 51 |
| CONCLUSIONES..... | 53 |
| BIBLIOGRAFÍA | 55 |
| ANEXOS | 63 |

RESUMEN

Introducción: La atención de pacientes con discapacidad intelectual ha demostrado ser un desafío para los odontólogos. Se describe que es influenciada según la experiencia previa, bajas tasas de compensación, manejo e insumos necesarios, afectando especialmente a pacientes con discapacidad intelectual grave y profunda, por lo que es importante comprender cómo las experiencias personales durante la formación de cada profesional determinarán la atención de pacientes con discapacidad intelectual.

Metodología: Se exploró la experiencia personal de estudiantes de quinto y sexto año, que durante el pregrado atendieron pacientes con discapacidad intelectual. Para ello, se planificó realizar un estudio cualitativo, con un diseño basado en el análisis de contenido, donde se transformó sistemáticamente textos transcritos de entrevistas realizadas a los estudiantes, en un resumen conciso y organizado de resultados clave.

Resultados: Se realizaron 11 entrevistas, tras el análisis de éstas, se puede observar que la experiencia en la atención de pacientes con discapacidad intelectual es variada, ya que se destacó la influencia de factores como el apoyo de los docentes al momento de la atención, la insuficiente preparación teórica para enfrentar casos de mayor complejidad, y un tiempo insuficiente para atender esta población y rendir académicamente.

Conclusión: La experiencia en general se describe como positiva, donde se obtuvo un crecimiento personal del estudiante, lo que se refleja en una mejora del modelo de atención de pacientes según la descripción de los entrevistados, esto gracias al apoyo docente y búsqueda autodidacta de información.

Palabras claves: Discapacidad intelectual; Experiencia personal; Estudiantes de odontología.

INTRODUCCIÓN

La atención dental de pacientes con discapacidad intelectual ha demostrado ser un desafío para los odontólogos, principalmente por la falta de capacitación que posee el profesional en este ámbito. Esta preparación comienza en las escuelas dentales, en donde los estudiantes viven diferentes situaciones durante su práctica clínica de pregrado, las cuales les permiten desarrollar experiencias que definen su modo de actuar durante cada atención. Sin embargo, se ha descrito en la literatura que las escuelas dentales hasta ahora no ofrecen una capacitación adecuada, ya sea clínica o teórica, para que los estudiantes desarrollen un manejo básico adecuado para la atención de personas con discapacidad intelectual¹.

Los pacientes con discapacidad intelectual pertenecen al universo de “Pacientes con Necesidades Especiales en Salud” (NES), término definido por la Asociación Americana de Odontopediatría como toda limitación física, mental, sensoria, conductual, cognitiva o deterioro emocional que requiere un tratamiento médico y/o servicios especializados². En Chile, la Sociedad Chilena de Pediatría acuña el término de “Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud” (NANEAS) para referirse a un grupo heterogéneo de personas que poseen distintos problemas de salud, al abarcar un amplio rango de condiciones de salud se propone realizar una clasificación basada en función de las necesidades y requerimientos de cuidados, los cuales pueden ser de alta, mediana o baja complejidad. Lo anterior, facilita la atención en los diferentes niveles del sistema de salud chileno³.

Se entiende como experiencia, el resultado de la relación de un sujeto con su ambiente, y así también de éste con otras personas, relaciones que se manifiestan como un cambio donde este sujeto ya no es el mismo⁴. Tal como dice esta definición, la experiencia puede llegar a determinar el camino que siga una persona según cómo se haya visto influenciada en su diario vivir, una persona puede tender a discriminar o no a los demás según sus experiencias, y la atención de pacientes no está exenta de esto, ya que un profesional de la salud puede, en

su práctica laboral, privar de atención o no a pacientes según sus preferencias personales.

Como se dijo anteriormente, en un inicio las instituciones docentes son las encargadas de formar a los estudiantes, exponiéndolos a diferentes situaciones, bajo la premisa de formar profesionales capaces de proveer atención de calidad y sin discriminación⁵, tal como lo plantea la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso dentro de su misión y visión⁶. En este marco es importante reconocer que las personas con discapacidad intelectual tienden a ser un grupo con mayores dificultades de acceso a la atención de salud.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) considera la discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación⁷. Dentro de las discapacidades se encuentra la discapacidad intelectual, que se caracteriza por restricciones en el funcionamiento intelectual de cada persona y de su conducta adaptativa. La Asociación Americana de Psiquiatría (AAP) en su quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés), publicado el año 2014, clasifica el trastorno del desarrollo intelectual en: leve, moderado, grave y profundo, según la medición de la gravedad en el funcionamiento adaptativo, pues esta gravedad es la que determina el nivel de apoyo que requiere cada individuo⁸.

El funcionamiento adaptativo es el desempeño en las actividades del diario vivir, donde se incluyen conductas como la sociabilización, seguir reglas, obedecer leyes, seguir rutinas diarias, utilizar medios de transporte, cumplir metas, etc. En general es la interacción de un individuo con su medio ambiente, por lo que, si estas funciones se ven afectadas, como lo es en un una persona con un trastorno del desarrollo cognitivo, este individuo tendrá problemas para relacionarse correctamente⁹. Debido a ésto tendrá mayor dificultad en el acceso al sistema de salud y en su interacción con el personal de salud correspondiente, resultando en un deterioro de su salud en general.

En lo que respecta a la atención de salud odontológica, se ha reportado que los odontólogos que otorgan atención a pacientes con discapacidad intelectual son pocos, debido a factores como falta de experiencia en el tratamiento de pacientes de estas características, bajas tasas de compensación, manejo dificultoso, una inversión mayor de tiempo e insumos adicionales, maquinaria de alto costo y limitados reembolsos o incentivos financieros¹⁰; además se ha visto que en general los estudiantes de odontología de pre y postgrado, no han sido expuestos a la atención de pacientes con discapacidades¹¹. Es importante tener en cuenta que la experiencia clínica de los estudiantes de odontología es una gran parte de su proceso de aprendizaje en pregrado y formación como futuro profesional, por lo que es de gran importancia estudiar la experiencia de formación, y cómo ésta se puede ver reflejada en la futura atención de pacientes cuando se integren en el sistema de salud, experiencias de las cuales no hay mayores registros en la literatura.

MARCO TEÓRICO

2.1 Experiencia

La palabra experiencia viene del latín *experientia*, que deriva de la palabra *experiri*, que se refiere a “comprobar”. La experiencia será considerada como el resultado de la relación que un sujeto tiene con algo externo a él, relación que genera cambios en el individuo y luego de esta interacción el sujeto ya no es el mismo, así también se puede considerar la experiencia como un proceso por el cual cada individuo adquiere conocimientos, mediante el resultado del pasar del tiempo.

El concepto de experiencia incluye abordajes que toman en cuenta vivencias y sentidos, y reconocen la capacidad de los sujetos de reconstruir significados, ya sea a través de ponerlos en acción o de narrar su experiencia, es decir, que se colocan desde la dimensión subjetiva⁴.

Es importante considerar lo anteriormente mencionado, puesto que la experiencia también se considera como “experimento” o “poner a prueba”. En este caso no se considera la significación para el sujeto (aspecto subjetivo), sino que se reconoce la existencia de un aspecto cognitivo.

Según algunos autores, como Dewey, la experiencia es la suma de las relaciones de un individuo con entorno, considerando las interacciones entre las personas y el contexto de la situación experimentada, interacciones las cuales se determinan mutuamente, es decir, que se influyen mutuamente. Además, este autor comenta que la experiencia posee una parte activa que “ensaya” y “experimenta” y una parte pasiva que “padece” o “sufre” las consecuencias de estas interacciones del individuo con su medio ambiente¹².

Por lo tanto, se puede entender como que la experiencia es un proceso transformador, donde el individuo y la interacción con su exterior en un espacio y tiempo puede influenciar y/o modificar experiencias posteriores.

2.2 Discapacidad

La discapacidad la entenderemos como la dificultad que tiene un individuo para interactuar con su entorno, comprendiendo tanto el impedimento para realizar tareas o actividades, para participar de situaciones necesarias para el desarrollo, como también las carencias en las funciones corporales. Es importante destacar que más de mil millones de personas viven alrededor del mundo con discapacidad, y de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento^{13, 14}.

2.2.1 Discapacidad en Chile

Según datos obtenidos del Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile realizado el año 2015, tenemos que un total de 2.836.818 personas desde los dos años en adelante se encuentran en situación de discapacidad. Lo cual corresponde al 16,7% de la población de dos años y más del país al año 2015. Esta cifra ha aumentado, si lo comparamos con los resultados obtenidos por el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad realizado el año 2004, donde se obtuvo que el 12,9% de la población vivía en situación de discapacidad, lo cual corresponde a 2.068.072 personas¹⁵.

Al observar la distribución de la población en situación de discapacidad por tramo de edad, podemos observar que la discapacidad va aumentando significativamente a medida que aumenta la edad. El tramo de edad que presenta mayor población en situación de discapacidad es el que abarca la población adulta mayor (60 años y más), con un 38,3% de personas en situación de discapacidad, y la población con menor registro de población en situación de discapacidad son los niños, niñas y adolescentes con un 5,8% de personas en situación de discapacidad¹⁵. Respecto al total de población de 2 años y más, en promedio existe casi el doble de mujeres que se encuentran en situación de discapacidad a diferencia de los hombres, donde las mujeres alcanzan un 20,3% de personas en situación de discapacidad, mientras que los hombres obtienen un 12,9%¹⁵.

Si se comparan estas diferencias según sexo a través de los tramos de edad, podemos concluir que la tendencia se mantiene durante todos los tramos etarios. Sin embargo, desde la edad adulta en adelante las mujeres cada vez presentan mayor proporción de personas en situación de discapacidad comparado con los hombres.

Según el nivel socioeconómico en Chile, se presenta una proporción significativamente mayor de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en la población de menor ingreso económico per cápita, siendo un factor importante a considerar a la hora de su accesibilidad a los servicios de salud. Al examinar cómo se comporta la discapacidad según zona geográfica (urbana/rural), existen grandes diferencias en el comportamiento de la prevalencia de la discapacidad según zona¹⁵.

2.2.2 Discapacidad intelectual o Trastorno del desarrollo intelectual

Basándose en la Quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), encontramos que la discapacidad intelectual (DI) es también llamada Trastorno del desarrollo intelectual y se caracteriza por una deficiencia en las capacidades mentales en general, como lo es en el proceso de raciocinio, resolución de problemas de la vida diaria, planificación de todo tipo de actividades, el pensamiento filosófico, la capacidad de realizar un juicio valorativo, el aprendizaje académico y de la experiencia personal¹⁶.

Estos trastornos van a producir deficiencias del funcionamiento adaptativo, de tal manera que el individuo no alcanzará los estándares sociales de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida cotidiana. Entre estos aspectos está incluido lo que es la comunicación, participación social, funcionamiento en materia académica o profesional/ocupacional y además la autonomía personal.

En la Quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), la discapacidad intelectual se presenta según 3 criterios para determinar sus características diagnósticas, los cuales son:

- **Criterio A:** Criterio que se compone de la comprensión verbal del individuo, la memoria de trabajo, el razonamiento de tipo perceptivo y cuantitativo, el pensamiento abstracto, que se refiere a la capacidad del ser humano de crear ideas originales que le permitan plantear diversos problemas que nos ayuden a sobrevivir en distintos escenarios, y la eficacia cognitiva. Se suele medir el funcionamiento del intelecto con pruebas de inteligencia que son aplicadas de manera individual. Estas pruebas son psicométricamente válidas, completas y culturalmente apropiadas¹⁶.

Los individuos con deficiencia intelectual (DI) tienen puntuaciones aproximadamente de dos desviaciones estándar o más por debajo de la media poblacional en estas pruebas, donde se incluye un margen para errores en la medición (generalmente, ± 5 puntos). Son necesarias la experiencia y la valoración clínica para interpretar los resultados de las pruebas y para evaluar el rendimiento intelectual.

- **Criterio B:** En este criterio se refiere a la habilidad del individuo para alcanzar los estándares de cada comunidad, como lo es el estándar de autonomía personal y de responsabilidad social, esto se compara con personas de nivel sociocultural y edad semejantes.

El funcionamiento adaptativo implica el raciocinio en tres categorías, que son: La conceptual, social y práctica. Entenderemos como categoría conceptual la competencia en el uso de la memoria, los idiomas, la lectura, la escritura, el razonamiento matemático, la resolución de problemas y tener conocimientos prácticos, entre otros. La categoría social implica tener empatía, las habilidades para la comunicación con otros individuos y a través de estas generar amistades y lograr relacionarse con otra persona, entre otros. La categoría práctica implica el aprendizaje y el cuidado personal, tener responsabilidades académicas, poder manejar dinero, organizarse para diversas tareas del diario vivir¹⁶.

- **Criterio C:** Se refiere al reconocimiento de que existen deficiencias intelectuales y adaptativas durante la infancia y la adolescencia¹⁶.

Las puntuaciones de las medidas estandarizadas y de las diversas fuentes de entrevistas deben interpretarse según la valoración clínica. Cuando es difícil o imposible administrar las pruebas estandarizadas debido a diversos factores, por ejemplo, por una deficiencia sensorial o un comportamiento problemático que lo impida, se puede recurrir al diagnóstico de una discapacidad intelectual no especificada¹⁶.

2.2.2.1 Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La deficiencia intelectual puede tener muchas características, donde dentro de estas podremos ver una dificultad en el uso del juicio, del razonamiento matemático, la evaluación de las situaciones de riesgo, capacidad para establecer vínculos y relaciones con otros individuos, por nombrar algunos ejemplos.

En la mayoría de los casos una persona con discapacidad intelectual necesita de algún tipo de ayuda especial para poder adaptarse a su medio sociocultural. Esta necesidad define un requisito primordial a la hora de realizar el diagnóstico, que es la capacidad del individuo para adaptarse a las demandas del diario vivir, adaptarse en un establecimiento educacional y/o de trabajo, incluso adaptarse en casa con su familia¹⁷.

La falta de habilidades en la comunicación puede predisponer a comportamientos agresivos lo cual dificulta su integración a los estándares de la sociedad. Es importante mencionar que algunos individuos diagnosticados con deficiencia intelectual presentan trastornos mentales concurrentes, y tienen riesgo de suicidio, por ejemplo los pacientes con trastorno del espectro autista nivel 3, ya que piensan acerca del suicidio, y llegan a realizar intentos pudiendo resultar en la muerte de la persona. Por tanto, la valoración de los pensamientos suicidas es esencial en el proceso de evaluación¹⁷.

2.2.2.2 Clasificación de discapacidad intelectual

Existen cuatro niveles en la escala de gravedad de deficiencia intelectual. Estos niveles se definen según el funcionamiento adaptativo y no según las

puntuaciones de cociente intelectual (CI), pues el primero es el que determina el nivel de apoyo requerido. Los cuatro niveles son: Deficiencia intelectual leve, moderado, grave y profundo, valorando las 3 categorías: conceptual, social y práctica¹⁷.

DI Leve:

Durante el periodo de la infancia estos individuos van aprendiendo con dificultad, de una manera más lenta por lo que se retrasan en comparación con sus compañeros de colegio. Si bien, se llega a tener cierto nivel académico al llegar a la edad adulta, cuando maduran las deficiencias en el juicio y en la resolución de problemas en el diario vivir es cuando se va a determinar que necesitan ayuda para llevar a cabo estas acciones. Entre estas acciones podemos encontrar por ejemplo el necesitar ayuda para realizar pagos, comprar comida o encontrar donde vivir adecuadamente. Sin embargo, muchos trabajan de manera independiente sus puestos de trabajo requerirán de un desempeño cognitivo escaso. Si bien la capacidad de memorizar y utilizar algún tipo de lenguaje pueden ser bastante buenas, estos individuos no podrán confrontar el raciocinio de una metáfora u otro ejemplo de pensamiento abstracto^{16, 17}.

DI Moderada:

En la infancia las diferencias entre estos individuos y sus compañeros de colegio son marcadas y de gran importancia. Si bien, ellos pueden aprender a leer, realizar ejercicios matemáticos de baja complejidad, y manejar dinero, el uso del lenguaje se desarrolla con mayor lentitud. Esto se observa de mayor manera que en los individuos con una DI leve. Durante la juventud necesitan de mayor ayuda y apoyo para mantener hábitos de higiene personal y de participar de las tareas domésticas. Para ellos las relaciones interpersonales, incluyendo las relaciones de tipo amoroso, son posibles, aunque no reconocen los estándares que impone cada sociedad. Cabe destacar que, a pesar de necesitar ayuda para tomar decisiones, pueden mantener un trabajo mediante supervisión y colaboración de un tercero, eso sí, en trabajos con poca demanda. Estos representan alrededor de un 10% de todos los pacientes con discapacidad intelectual^{16, 17}.

DI Grave:

Si bien estos individuos pueden acatar órdenes o instrucciones de baja complejidad, las habilidades para la comunicación son muy básicas, utilizan algunas frases y palabras aisladas. Estas personas pueden mantener trabajos ante una supervisión constante. Pueden mantener relaciones interpersonales con sus familiares, pero requieren de un supervisor para todas sus actividades, incluso para vestirse y realizar su higiene personal diaria. Constituyen cerca de 5% del total de los pacientes con discapacidad intelectual^{16, 17}.

DI Profunda:

Estas personas tienen un manejo limitado del lenguaje, y sólo una capacidad muy básica en la participación social. En la mayoría de estos individuos su manejo del lenguaje y la comunicación se basa en gesticulaciones. Dependen por completo de una tercera persona para cubrir sus necesidades personales, por lo tanto, pueden ayudar a realizar tareas muy simples. La deficiencia intelectual profunda suele derivar de un trastorno neurológico grave que normalmente se acompaña de otras discapacidades motoras y sensoriales. Alrededor del 1 al 2% del total de los pacientes con deficiencia intelectual pertenecen en esta clasificación^{16, 17}.

2.2.2.3 Condiciones sistémicas asociadas con discapacidad intelectual

Parálisis cerebral (PC): Se considera la parálisis cerebral como un conjunto heterogéneo de síndromes clínicos, que aparecen durante la infancia, generalmente antes de los 5 años, la etiología es multifactorial, la severidad de los casos puede variar en cada individuo y se puede ver afectado el tono muscular, que conlleva a alteraciones en la postura y realización de movimientos, debido a la afección de la psicomotricidad¹⁸. Se estima que la incidencia es de 2,6 – 2,9 por cada 1000 niños entre 2 y 17 años, según la Encuesta Nacional de Salud Infantil y la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud (NSCH y NHIS respectivamente por sus siglas en inglés), durante los años 2011 a 2013 en Estados Unidos¹⁹. En Santiago Chile en un estudio en la población activa del instituto de Teletón del año 2012, se

diagnosticó a un 37,3 % de individuos con parálisis cerebral, porcentaje correspondiente a 3.344 personas del total, lo que demuestra ser una gran cantidad de pacientes que acuden por ayuda médica general²⁰.

Se describe que aproximadamente un 45% de las personas que poseen parálisis cerebral poseen también un grado de discapacidad intelectual, estas condiciones en conjunto potencian la afección de las actividades del funcionamiento adaptativo, incluyendo en estas afecciones que la discapacidad intelectual puede exacerbar otros problemas médicos, debido a que se depende mayormente de los cuidadores para identificar problemas que necesiten atención médica, por lo tanto la calidad de vida de estas personas se ve empeorada²¹.

Síndrome de Down (SD): El Síndrome de Down es la alteración cromosómica más común que causa discapacidad intelectual desde leve a moderada²². Esta alteración nombrada es en la mayoría de las veces por una aneuploidía del cromosoma humano 21 en menor cantidad por traslocaciones y mosaicismo cromosómico²³. Esta trisomía del par 21 es causa genética primaria de variadas anormalidades en el desarrollo humano, las cuales llevan a deficiencias cognitivas y de aprendizaje.

En relación a la cantidad de individuos con SD, la trisomía del par 21 corresponde a la cromosopatía más frecuente, se ha descrito que en Chile existe una alta prevalencia de estos pacientes, donde 2,5 por cada 1000 niños nacidos al año presentarán este síndrome²⁴, y en Argentina se ha descrito que la prevalencia es de 1,726 por cada 1000 habitantes²⁵, por lo que es de vital importancia tener en conocimiento la prevalencia de pacientes con SD ya que al ser alta, el sistema de salud en general se encontrará con una mayor cantidad de atención de estos pacientes.

En odontología los pacientes con síndrome de Down presentan alteraciones sistémicas, cognitivas y orofaciales, factores que les afectan en su calidad de vida, y que son factores predisponentes a desarrollar un estado de salud oral deteriorado. En general estos pacientes se ven afectados en su estado de salud periodontal de manera grave y rápidamente progresiva, donde es esencial incluir medidas de atención y tratamiento preventivas en una temprana edad²⁶. Por lo tanto, sus

alteraciones en el funcionamiento adaptativo conllevan a una incapacidad de mantener hábitos de higiene oral de manera autónoma, por lo que la atención odontológica es esencial y es trabajo del odontólogo tratante educar a la población y sus cuidadores sobre métodos de prevención.

Síndrome de Dravet: Síndrome también conocido como, epilepsia mioclónica grave de la infancia, es una encefalopatía epiléptica que ocurre en la primera infancia, es el síndrome epiléptico más severo de la temprana edad y se caracteriza por tener una muy alta morbilidad y mortalidad²⁷, este síndrome está asociado a un deterioro cognitivo, además de problemas motores y de conducta, además de alteraciones en su percepción visual y en el lenguaje²⁸. En su etiología más encontrada en personas con síndrome de Down es una mutación genética del gen de la subunidad alfa-1 del canal calcio dependiente de voltaje (SCN1A) en el cromosoma 2q24²⁹.

La incidencia de este síndrome está estimada entre 1 por cada 22.000-40.000 personas, según estudios en Reino Unido y Dinamarca^{30, 31}, por lo que es una condición sistémica poco común, a pesar de esto si se han reportado casos en Chile³², por lo que la atención odontológica debe estar preparada para la atención integral de estos pacientes.

Síndrome de Rett (RTT): El síndrome de Rett es un trastorno del desarrollo neurológico causado por mutaciones en el gen ligado a X de la proteína de unión a metil-CpG 2, mutaciones las cuales producen discapacidades cognitivas como la intelectual, desregulación respiratoria y convulsiones.

A pesar que es difícil generar un diagnóstico se estima que uno de cada 10.000-15.000 individuos presentan este síndrome, donde las mujeres se ven principalmente afectadas, y en hombres es prácticamente letal³³.

Dentro de los síntomas que caracterizan este síndrome está la pérdida del manejo del lenguaje, y de las habilidades motoras adquiridas con la edad, se presentan movimientos repetitivos de las manos, además de la ya mencionada irregularidad respiratoria y convulsiones. Además, estos pacientes pueden tener

episodios de problemas gastrointestinales, hipoplasia, osteoporosis y bruxismo^{34, 35}. El bruxismo es el mal hábito oral más frecuente presente en individuos con síndrome de Rett³⁶ por lo que es importante tener en consideraciones tratamientos que permitan mejorar el estado bucal relacionado a este mal hábito, como por ejemplo el uso de planos de relajación, o acupuntura que han demostrado ser efectivos³⁷, finalmente es importante incluir los tratamientos en temprana edad, para disminuir las consecuencias de los malos hábitos como maloclusiones de mordida abierta, y paladar alto arqueado, que se presentan generalmente en esta población³⁶.

Síndrome de Prader-Willi: Es un trastorno genético multisistémico relativamente común en comparación de otros, su prevalencia es de 1 cada 15.000-30.000 personas³⁸, este es causado por la no expresión genómica, en la región del cromosoma 15q11.2-q13 el que es heredado por vía paterna. A medida que este individuo se desarrolla y envejece, se evidencian otras características del síndrome, como lo es una estatura baja, obesidad, retraso en su desarrollo, una discapacidad cognitiva y problemas de comportamiento social. Dentro del área orofacial presentan características de un diámetro bifrontal estrecho, saliva espesa, fisuras palpebrales, un labio superior de grosor delgado a diferencia del labio inferior, comisuras labiales en sentido inferior³⁸.

Síndrome de X Frágil (SXF): Este síndrome es la causa hereditaria más común de discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista y el trastorno de atención e hiperactividad (TDAH)³⁹. El SXF es causado por expansiones de un segmento de triple repetición CGG ubicado en el gen FMR1 en el cromosoma X. Estos individuos pueden presentar alteraciones en sus funciones adaptativas como en el comportamiento social, son impulsivos y ansiosos, además presentan un desarrollo deficiente del lenguaje y pueden sufrir de convulsiones⁴⁰.

Se ha descrito que la prevalencia de este síndrome es de 1 cada 5000 hombres y 1 cada 4000-8000 mujeres, pero teniendo en cuenta que no existe un consenso mundial ya que las presentaciones clínicas son muy variadas y su diagnóstico molecular es complejo⁴¹.

En el ámbito odontológico se ha demostrado que la cronología de erupción de los cuatro terceros molares y segundos molares inferiores es anticipada. Además, los dientes temporales supernumerarios, las giroversiones dentales en dientes permanentes y la anodoncia parcial, son anomalías frecuentes, también se observó un aumento en la dimensión del ángulo mandibular⁴².

Síndrome de Williams (SW): Este síndrome es causado por la eliminación de genes en el cromosoma 7q11.23 que codifican elastina. Se ha descrito que el SW se presenta en 1 de cada 20.000-30.000 personas⁴³ teniendo en cuenta que diagnosticar este síndrome es un proceso complejo por lo que las cifras pueden variar más⁴⁴. A estos individuos se les asocia una gran cantidad de dificultades cognitivas, en el manejo del lenguaje, de sociabilización, entre otras; en la juventud estas alteraciones suelen ser leves, pero con el envejecimiento estas dificultades se hacen más evidentes⁴⁵. En el ámbito orofacial a estos pacientes se les ha registrado la presencia de un paladar alto, diastemas, macroglosia, y microdoncia⁴⁶. Esto sumado a las deficiencias cognitivas que provocan alteraciones en el funcionamiento adaptativo como el mantener hábitos de higiene adecuados y tener conciencia de éstos, hace primordial la participación de los odontólogos en la calidad de vida asociada al cuidado oral de estos pacientes.

Trastorno del espectro autista (TEA): Entenderemos este trastorno como una alteración del desarrollo neuronal del cerebro, en la temprana infancia, que conlleva a desafíos significativos en el comportamiento, en la interacción social y en la comunicación, y poseer conductas sensoriales y motoras restringidas. Estas conductas se observan independiente del medioambiente sociocultural, étnico y socioeconómico en que se encuentre el individuo^{47, 48}. Se ha descrito que la prevalencia de discapacidad intelectual en individuos con trastorno del espectro autista varía enormemente, se describe una prevalencia entre un 11 y 65% en niños de edad escolar⁴⁹, y la población en adultos puede variar aún más, según la Red de Monitoreo del Autismo y Discapacidades del Desarrollo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (ADDM y CDC correspondientemente por

sus siglas en inglés) al año 2014 la prevalencia de esta población correspondía a 1 de cada 60 niños, y en el año 2016 la prevalencia aumentó a 1 por cada 54 niños, esto es un 10% más, siendo 4.3 veces más prevalente en niños que niñas, este crecimiento hace evidente que la atención médica se enfrentará con mayor frecuencia ante la atención de esta población⁵⁰. Es importante tener en consideración que los pacientes con TEA pueden percibir las estimulaciones neurosensoriales de su entorno como estímulos desencadenantes de ansiedad, lo que junto a la falta de comprensión sociocultural debido a su afección en el funcionamiento adaptativo, puede resultar una expresión conductual conflictiva, ámbito muy importante a considerar por ejemplo durante la atención odontológica, debido a que el odontólogo deberá tener técnicas de manejo, y habilidades de comunicación e interacción que puedan conducir la situación correctamente, con el fin de mejorar el proceso de atención odontológica-médica⁵¹.

2.2.3 Odontología y discapacidad

La discapacidad intelectual debido a sus características, entre las cuales se presentan limitaciones funcionales, determina que se requiera una atención odontológica especial, donde el personal se encuentra con desafíos importantes, como, por ejemplo, el uso del manejo clínico en cada atención y tener una actitud muy vocacional.

Debido a lo antes mencionado se ha hecho un llamado a mejorar la experiencia de aprendizaje y de enseñanza de los profesionales de salud en relación a las personas en situación de discapacidad y grupos marginados con el fin de mejorar la experiencia de atención para este tipo de población y poder sortear las dificultades que se encuentren en el proceso de atención^{52, 53}.

Es importante destacar que las personas con algún tipo de discapacidad suelen tener complicaciones en su salud bucal. Estos problemas se expresan como dificultades para comer, especialmente en inconvenientes para poder masticar y mantener una correcta higiene bucal, lo que hace que sus dientes estén más susceptibles a caries y además tengan mayor probabilidad de padecer

enfermedades periodontales, por lo que el cuidado dental rutinario por parte de un supervisor y ayudante se vuelve primordial⁵⁴.

Para poder enfrentar las barreras de acceso a la salud oral que posee la población en situación de discapacidad las escuelas dentales deberían tener la responsabilidad de ayudar y educar a los estudiantes a desarrollar características profesionales y altruistas. Sin embargo, esto no es suficiente, las escuelas dentales deben entrenar a sus estudiantes de forma tal que puedan enfrentar diversos desafíos con una variedad de pacientes. Además, las escuelas dentales tienen el potencial de impactar sobre las decisiones que los dentistas tomen con relación a proveer atención a diversas poblaciones una vez que éstos se gradúen⁵⁵. Por lo que la formación de cada Escuela es una guía al modelo de atención que un dentista tendrá en su entorno sociocultural.

Dentro de las variables que pueden influir en la decisión de atender o no a pacientes con algún tipo o situación de discapacidad, encontramos los valores y creencias personales⁵⁶. Características altruistas inherentes, como por ejemplo el ser detallista, tener empatía y simpatía, querer ayudar a alguien que necesite ayuda, por nombrar ejemplos⁵⁷, y actitudes negativas hacia ciertas poblaciones⁵⁸.

Por este motivo se ha intentado generar programas de atención dental en las formaciones de odontólogos, con el fin de exponer a los estudiantes a diversas situaciones socioculturales, con el objetivo de asegurar la atención dental a toda la población, la Asociación Dental Americana (ADA) basándose en lo anteriormente mencionado, postula que los graduados deben ser competentes en la atención de pacientes con necesidades especiales⁵⁹.

Con la implementación de lo anterior se obtiene una experiencia clínica que prepara al estudiante para el futuro, aumentando su confianza y su comodidad en la atención⁶⁰, por lo que se vería beneficiado de cierta forma el acceso a la salud de la población con discapacidad intelectual debido a que existiría una mayor disposición e interés a solucionar las necesidades de estos pacientes.

Desafortunadamente todavía son pocos los dentistas que ofrecen atención a pacientes con discapacidad intelectual, debido a diversas condiciones, como por ejemplo la falta de experiencia clínica en el tratamiento de este tipo de pacientes, la baja compensación económica debido al manejo complejo, el tiempo y equipo adicional necesario insuficiente, así también se ha descrito que los reembolsos e incentivos financieros son limitados, siendo estas las principales causas de por qué los dentistas son reacios a tratar pacientes con discapacidad intelectual. En particular la educación de estos estudiantes es clave para poder adquirir la habilidad especializada^{61, 62}.

Un reporte de la Comisión Sullivan⁶³ documenta claramente que se necesitan profesionales que puedan enfrentar las desigualdades de la salud oral. Por lo tanto, las escuelas y facultades de odontología tienen un rol importante en esta situación y tienen claramente una obligación social de educar para que en el futuro no solo se disminuyan esas desigualdades, sino que se eliminen por completo, con el fin de mejorar la sociedad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es la experiencia personal de los estudiantes de Odontología de quinto y sexto año de la Universidad de Valparaíso, en la atención de pacientes con discapacidad intelectual?

OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

- Explorar la experiencia personal de los estudiantes de Odontología de quinto y sexto año, en la atención de pacientes con discapacidad intelectual.

4.2 Objetivos específicos

- Describir el manejo clínico y conocimientos teóricos de los estudiantes en la atención de pacientes con discapacidad intelectual.
- Conocer las vivencias de los estudiantes tras la atención de pacientes con discapacidad intelectual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, bajo el código PREG-09-19, y se utilizó un consentimiento informado previo a las entrevistas.

En el presente estudio se exploró la experiencia personal de estudiantes de quinto y sexto año, que durante su proceso de estudio y práctica clínica de pregrado atendieron pacientes con discapacidad intelectual. Para ello, se utilizó el paradigma cualitativo con enfoque fenomenológico y alcance descriptivo, pues con este tipo de metodología se logra hacer un análisis descriptivo en base a las experiencias vividas.

Se planificó realizar un estudio cualitativo, con un diseño basado en el análisis de contenido, cuyo objetivo es transformar sistemáticamente grandes cantidades de texto en un resumen conciso y organizado de resultados clave. Esto, a través de un análisis de entrevistas transcritas íntegramente, primero familiarizándose a través de la lectura, para luego formar códigos y categorías en un proceso de abstracción de información desde el contenido literal hasta los significados latentes⁶⁴.

Por lo tanto, se trata de comprender las percepciones, perspectivas e interpretaciones de una situación en particular, que tiene cada individuo. Además, se intenta responder a la pregunta “¿Cómo es la experiencia?” mediante una investigación directa y descripción de los fenómenos que se experimentan conscientemente, sin teorías sobre sus explicaciones causales o su realidad objetiva.

De acuerdo con lo anterior, se consideró que este enfoque es el adecuado para conocer y explorar la situación personal de los estudiantes de odontología, pues permite dar énfasis en lo individual y la experiencia subjetiva, sin realizar juicios y bajo un rigor científico.

Es de gran importancia mencionar que en la investigación cualitativa el tamaño de la muestra se fija posterior a la recolección de datos, mediante una saturación teórica, es decir, que el muestreo finaliza en el instante en que al analizar la información obtenida no se evidencian nuevas interrelaciones, por lo tanto, finaliza cuando los datos se tornan repetitivos, y no surge nueva información. Esto debido a que el estudio no busca generalizar resultados, sino que busca responder a una interrogante, por lo que no se necesita determinar una muestra de un tamaño en específico⁶⁵.

Se investigó a un grupo de alumnos de quinto y sexto año de la carrera de Odontología de la Universidad de Valparaíso teniendo los siguientes criterios:

5.1 Criterios de inclusión:

1. Ser alumno regular de quinto o sexto año durante el año 2020.
2. Haber atendido pacientes con discapacidad intelectual, durante su práctica de pregrado.
3. Haber aceptado de forma libre y voluntaria participar en el estudio, dando su aprobación mediante un consentimiento informado.

5.2 Criterios de exclusión:

- a) Personas con experiencia previa en atención médico-odontológica de pacientes con discapacidad intelectual

Para seleccionar esta muestra se realizó un muestreo de tipo no probabilístico en bola de nieve, de esta forma se obtuvo un grupo de 11 personas, que en un lugar y ambiente específico vivieron una situación similar (fenómeno), donde 6 participantes eran de sexo femenino y 5 de sexo masculino, con un promedio de 24 años de edad.

Para estudiar este fenómeno se realizó una entrevista dirigida semiestructurada a través de la plataforma de videoconferencias "Zoom", debido a la contingencia mundial de pandemia por SARS-CoV-2, y así de esta manera mantener las precauciones necesarias para evitar posibles contagios entre los

participantes e investigadores de este estudio; el audio de la entrevista quedó registrado con una grabadora de voz digital Sony, modelo ICD-UX543F, previa autorización del participante.

El uso de una entrevista como herramienta de recolección de información permite conocer las interpretaciones del mundo que tienen los entrevistados, quienes expresarán cómo vivieron las situaciones desde sus respectivos puntos de vista, integrando así una perspectiva más humana a la investigación⁶⁶.

La ventaja de la entrevista semiestructurada es que permite crear tópicos predeterminados que buscan responder a la pregunta de investigación basándose en los objetivos, a partir de los cuales se crean preguntas que pueden ser variadas en cuanto al orden y a la forma de realizarse, además el entrevistador debe tener una visión clara de los tópicos que deben ser respondidos, y debe estar preparado para ser flexible en cuanto a la información obtenida y el desarrollo de la entrevista, ya que pueden surgir nuevos temas de interés durante el proceso^{67, 68}.

En este estudio, los tópicos de la entrevista abordaron la experiencia personal del estudiante durante su atención de pacientes con discapacidad intelectual, en términos de procedimientos realizados, conocimientos teóricos, desempeño clínico, sensaciones experimentadas durante el proceso, apoyo recibido, infraestructura del lugar de atención, autocrítica y proyecciones a futuro.

Además, se consideró una pregunta final totalmente abierta, en la que el entrevistado pudiera expresarse acerca de algún tema que no estuviese contemplado en la entrevista, o un tema del cual le hubiese gustado ahondar más, con el fin de explorar los temas con mayor profundidad.

Previo a realizar las entrevistas ambos alumnos investigadores fueron capacitados por el docente asesor Jaime Segovia, mediante una entrevista piloto con el fin de autoevaluar la calidad y pertinencia de las preguntas realizadas. Tras esto se realizaron 11 entrevistas en las que ambos alumnos entrevistaron de forma simultánea al participante.

Previo a cada entrevista, se hizo envío de un consentimiento informado electrónico donde especificaba los pasos a seguir, y se explicaba la razón de este estudio, donde quedaba expresada la libre participación y decisión de participar del estudio. Este consentimiento fue realizado mediante la plataforma Google Forms y al momento de iniciar la videoconferencia se confirmó verbalmente la aceptación del consentimiento informado por cada participante.

Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 34 minutos, se inició con una ronda de preguntas que permitieron identificar al entrevistado/a y contextualizar su experiencia. Luego se dio paso a la entrevista dirigida semiestructurada, donde se realizaron preguntas abiertas, dando la oportunidad al entrevistado para abordar ampliamente los tópicos, desde su perspectiva.

Posteriormente, cada entrevista fue transcrita por ambos estudiantes investigadores a Microsoft Word y posteriormente se utilizó el software Atlas. Ti para poder analizar la información. En un inicio se realizó una codificación abierta, es decir, que el análisis fue creado a partir de los datos obtenidos de la transcripción de las entrevistas, clasificados en categorías.

La codificación abierta corresponde al examen minucioso de los datos para identificar y conceptualizar los significados que el texto contiene. Los datos son segmentados y examinados en términos de sus similitudes y diferencias, creando categorías.

Una vez codificada la información se procedió a la integración de ésta, que en otras palabras es relacionar las categorías obtenidas en el paso anterior, entre sí y con los fundamentos teóricos de la investigación⁶⁹.

Datos personales, como nombres de entrevistados y nombres de pacientes, que surgieron durante la entrevista fueron anonimizados previo al análisis con el software Atlas. Ti, poniendo números, como “Entrevistado/a 01” o colocando “nombre de paciente”. El acceso a los archivos del software y de las transcripciones está restringido únicamente al equipo de investigación.

RESULTADOS

La saturación teórica se alcanzó con 11 entrevistas, donde las categorías se obtuvieron posterior a la codificación y análisis de los textos, esta codificación se realizó mediante el software Atlas. Ti mediante una codificación simultánea de los dos estudiantes investigadores de cada entrevista, finalmente se determinaron seis grandes categorías, las cuales serán descritas a continuación con sus subcategorías correspondientes.

6.1 Preparación universitaria en Odontología

6.2 Rol de terceros en la relación alumno-paciente

6.3 Visión del sistema de salud chileno desde la perspectiva de discapacidad

6.4 Experiencia de atención clínica

6.5 Atención de pacientes en la Facultad de Odontología UV

6.6 Reflexiones post experiencia

6.1 Preparación universitaria en Odontología

Se entiende por preparación universitaria a las herramientas obtenidas por los alumnos para desenvolverse en el área odontológica, las cuales pueden ser proporcionadas por las instituciones educativas en conjunto con la preparación propia. Es así como surgen dos subcategorías: Proyecto educativo y preparación teórico-práctica.

6.1.1 Proyecto educativo

En relación con este punto, algunos participantes hicieron una distinción entre el proyecto educativo de la Universidad de Valparaíso y el proyecto educativo aplicado en otros establecimientos educacionales, el cual se denominó "Proyecto educativo general". La importancia de esta distinción recae en la comparación que se hace frente a otros establecimientos educacionales que imparten la carrera de Odontología, lo cual permite conocer un poco más el panorama que se vive a nivel general.

Al analizar las respuestas obtenidas, con relación al proyecto educativo de la Universidad de Valparaíso, es posible observar opiniones homogéneas, en donde los participantes comentan que el tema de los pacientes con discapacidad intelectual debe ser abordado de mejor manera en la malla curricular, evitando restringir un tema tan amplio en pocas clases, y tan específicas, además se mencionó que este debiese ser un tema que se hable en todas las asignaturas. Las opiniones anteriores, provienen de personas que estudiaron bajo la malla curricular vigente hasta el año 2015, pues el año 2016 entró en vigencia una nueva malla curricular, en la cual las asignaturas y el enfoque educacional fue modificado.

”... es un área que encuentro que está muy dejada de lado y tiene mucho, para ... mucha información que podemos rescatar, si al final no solo está el Síndrome de Down o los pacientes con TEA, sino que tienes otro tipo de enfermedades, tenemos una gama gigante...” (Entrevistado/a 01)

Otro tema abordado dentro del proyecto educativo de la Universidad de Valparaíso fue la organización de programas de asignaturas clínicas, en donde se mencionó que la estructura de estos programas no siempre proporciona un contexto adecuado para atender a pacientes con discapacidad intelectual. La relevancia de este punto se encuentra en que, al exigir un programa de acciones clínicas específicas (rendimiento), se impulsa al alumno a perseguir acciones o procedimientos, y no a proporcionar un tratamiento integral, ignorando las necesidades del paciente, para así poder aprobar las asignaturas.

“Podí ser la mejor persona del mundo, preocuparte de los pacientes, ser súper tierno, que el trabajo te quede bien hecho y todo lo que querai, pero lo siento mucho, a la hora de definir quién pasa y quién no pasa es si completaste el prorraxma y punto...”. (Entrevistado/a 02)

“Pero lamentablemente en la “u”, y como todos los ramos, todo esto del rendimiento, yo encuentro que va mucho en desmedro de atenderlos a ellos”. (Entrevistado/a 08)

“Estamos en un ambiente también súper competitivo, entonces y como te decía, uno con estos pacientes va mucho más lento y pucha vei a tu compañero de al lado que... que va avanza mucho más rápido. Yo creo que, en esas cosas, es las que te... que te cambia la mentalidad de atenderlos...” (Entrevistado/a 08)

En lo que respecta al proyecto educativo general, existe una postura homogénea en que se debe dar prioridad a la atención de pacientes con discapacidad intelectual, tanto en la parte teórica, como en la clínica, a fin de poseer mejores herramientas para el futuro. Se reconoce la importancia del tema y se observa un vacío en las herramientas proporcionadas por otras instituciones, es decir, que este es un tema que no es prioridad en las mallas curriculares, lo cual va en desmedro de los alumnos.

“... sí, considero que debería estar más tomado en cuenta, sobre todo porque de estos niños, o pacientes con TEA se atienden no solo en la facultad, sino que también en atención primaria, los consultorios que pueden llegar al hospital, etc., y ahí es donde está el odontólogo general quien tiene que ser una persona con las competencias para poder atender a estos pacientes, no puede ser que llegue y... uno se quede como en blanco sin saber que hacer”. (Entrevistado/a 09)

“... yo sé que hay otras facultades que no lo hacen, y hay otras facultades que tienen un muy buen programa, pero yo creo que de a poco se ha ido instalando dentro de la formación de pregrado como que es algo necesario, antes quizás eran temas que no se trataban o que se escondían, y ahora cada vez son más preocupados por el tema”. (Entrevistado/a 05)

6.1.2 Preparación teórico-clínica insuficiente

Este tema va en conjunto con el proyecto educativo, se realizó la distinción entre preparación teórica y clínica entregada por el establecimiento educacional y la adquirida por cuenta propia. Al analizar las entrevistas se encontró una variedad de opiniones, una de ellas es que la Universidad de Valparaíso proporciona las herramientas adecuadas para atender pacientes con discapacidad intelectual, mientras que otra opinión, es que la preparación es casi nula. La mayoría de los

entrevistados está de acuerdo en que el tema de pacientes con discapacidad intelectual se aborda en clases de odontopediatría o de odontología preventiva de forma muy somera, enfocada a Síndrome de Down y Trastorno del espectro autista, dando énfasis en el manejo.

“... mira en lo particular igual yo pienso que igual los contenidos de la universidad em ... bueno la universidad puede ser todo lo que querai bajo mi (risas) bajo mi perspectiva tengo ahí mis diferencias, pero... pero el contenido que entrega son, en verdad son sólidos...” (Entrevistado/a 02)

“... había cosas del tema del manejo y todo son cosas que nos enseñan en la u, pero no son cosas que uno siempre practica, porque es muy distinto a atender a uno de estos niños a un niño que no tenga ni un tipo de deficiencia...” (Entrevistado/a 05)

“... O sea, si sabía algo teóricamente, pero poco la verdad, a comparación de lo que vi después, muy poco... clínicamente no, yo diría que no poco y nada...” (Entrevistado/a 03)

Los estudiantes relataron que la información teórica entregada podría usarse en casos de discapacidad intelectual leve, pero en casos más severos, el conocimiento entregado por la universidad era insuficiente.

“...La primera vez yo no me sentía preparada, tenía miedo en verdad porque en las clases, tuvimos una clase previamente, y yo no sentía que la realidad era como la habían planteado en la clase...” (Entrevistado/a 01)

“... primero que nada, tampoco como que, no te enseñan mucho esto, o sea, si te lo enseñan, pero no lo suficiente en casos más severos...” (Entrevistado/a 06)

Por otro lado, la mayoría concuerda en que la preparación entregada es meramente teórica y que falta mejorar la entrega de herramientas para el manejo clínico. Debido a eso, los estudiantes tuvieron que realizar ellos mismos la búsqueda de información, que se adecuara al caso.

“...todo lo que era información de cómo tratar a la (nombre del paciente) lo tuve que buscar en internet a través de las guías ministeriales y cosas de este estilo, papers porque como son pacientes complejos, preferí buscar mucha información de cómo tratarla” (Entrevistado/a 01)

“...la universidad si siento que me preparó en algunas cosas hay otras que igual yo las aprendí por seminario por cosas que yo había ido por fuera...” (Entrevistado/a 05)

6.2 Rol de terceros en la relación alumno-paciente

El rol de terceros se refiere a las personas fuera de la relación alumno-paciente, involucradas en el proceso de atención clínico, es así como se forman tres subcategorías importantes, los cuidadores y/o apoderados del paciente, los docentes del alumno y los funcionarios de la universidad (auxiliares de radiografías, secretaria, etc.).

6.2.1 Rol de cuidadores

Al indagar en este ámbito se puede llegar a la conclusión que el apoyo o compromiso que tenían los cuidadores con el alumno y el tratamiento presupuestado, fueron fundamentales para poder establecer una relación con el paciente, realizar un buen manejo y seguir el tratamiento indicado. Todo esto, a través de acciones como asistir a las sesiones clínicas programadas y participar del tratamiento preventivo (higiene principalmente) durante las sesiones y en casa.

“...por ejemplo la mamá en la casa, eh le mostraba como por ejemplo, fotos mías, le mostraba algunas como imágenes del dentista, videos del dentista, pa’ que cuando ella llegara no fuera tan extraño lo que le íbamos a hacer, entonces así de a poco mi paciente se fue como acostumbrando a mí, y al final ya las últimas sesiones que la veía en verdad ya estaba acostumbrada a mí me estaba esperando, como que ya era parte de su rutina ir al dentista, también con el tema de los abrebocas, la mamá en la casa le lavaba los dientes como con, así como con palitos de helados todo juntos envueltos como con gasa, entonces cuando yo también,

cuando yo los usaba en clínica para ella no era una cosa extraña...” (Entrevistado/a 05).

“... la abuela si le cepillaba los dientes, como, todos los días, se preocupaba de eso, de no darle tantos dulces, entonces ahí igual como que se contrarrestan un poco eh, pero igual tenía varias caries, pero eran en los dientes temporales no más, y yo creo que eso ya eran como... eran más antiguas y venían quizás de la mamá, y la abuela cuando empezó a tener cuidado, y ya lo tenía como todo bajo control...” (Entrevistado/a 04).

Ahondando en este tema algunos entrevistados observaron la importancia de la situación familiar en el tratamiento, determinando que esta es un factor importante que influye en la salud general del paciente y su tratamiento odontológico.

“...como que tenía muy poco apoyo familiar o la mamá no estaba muy preocupada también del tema de la higiene ni con el no con ninguno de los otros hermanos, entonces, al final la gran gravedad de como de los tratamientos que necesitaba era... no era porque fuese TEA, sino que era porque había poca preocupación de la mamá con él y con todos los hermanos...” (Entrevistado/a 09).

“... entonces yo creo que va a ser más difícil para una madre... que adquiera el hábito, sobre todo en el caso de que la mamá está mal, tiene el síndrome de la gota que, en verdad, tiene como períodos donde en verdad le cuesta estar bien, el papá no está en la casa eh... y con 3 hermanos más yo creo que la situación se pone tremendamente más compleja y pone mucho peor el pronóstico...” (Entrevistado/a 02).

“... A todo esto, también mi nana era la que tenía como la tuición, no de él, pero de algunos de los otros hermanos, entonces ella también era la que decidía como que se tenía que ir a atender, la que le decía a la mamá del niño como llévalo. En el fondo no pasaba por la mamá como el interés por atenderlo... la dificultad era que la abuela no vive con ellos, entonces no es que estuviese ella encima de los pacientes, o encima de los niños como para llevarlos. Era muy indirecto...” (Entrevistado/a 09).

6.2.2 Rol de los docentes

En este aspecto, a los participantes se les preguntó sobre su percepción del docente guía o docente a cargo y de ayudantes. En general, los participantes concuerdan en que el rol que tuvieron los docentes durante el proceso de atención básicamente fue de apoyo en situaciones clínicas, ya sea por presencia o ausencia de apoyo. La mayoría de los participantes relataron que el apoyo de los docentes fue de gran importancia a la hora de realizar acciones clínicas y manejar la situación alumno-paciente, además un número importante de entrevistados relata que su docente guía o ayudante estaba constantemente observando o vigilando o dando palabras de apoyo, lo cual proporcionó un sentimiento de seguridad en el alumnos durante la atención clínica; así como también se mencionó que no hubo apoyo por parte de sus docentes, lo cual influyó en su experiencia.

“...los docentes me ayudaron mucho, mucho, mucho, me sentí muy apoyado y lo bonito era que me... me decían lo mismo que yo les dije ahora, como el consejo a la persona que iba a atender a alguien con necesidades, “quédate tranquilo, pide ayuda, no te preocupes te vamos a apoyar, estamos para eso, esto es un reto nuevo, tu dale”. Entonces lo que yo más rescato, es que me sentí muy relajado y me sentí muy feliz con los doctores y si no hubiera sido por ellos, quizás hubiera tirado el paño hace rato, me hubiera rendido en la segunda sesión...” (Entrevistado/a 06).

“... Con la anestesia al principio fue como... como que mi profe me miraba, como de reojo, para ver si tenía problemas...” (Entrevistado/a 04)

“... sobre todo, más que nada me sentí como la no sé si la palabra es desamparada, pero mis mismas profes de infantil sentí que no apoyaban mucho, o sea, cuando yo sobre todo llevaba al (nombre del paciente) se... de hecho eran los días más relajados para mí, porque nunca se me acercaban ¿cachai?...” (Entrevistado/a 08).

Otro tema que surgió durante el análisis fue la preparación que poseían los docentes, con respecto a este tema la mayoría comentó que los docentes de la

cátedra de odontología infantil están muy bien capacitados para la atención de pacientes con discapacidad intelectual, principalmente en el manejo. Otros mencionaron que, en general, los docentes de la universidad no estaban capacitados y otros mencionaron que sí lo estaban.

“...en infantil especialmente, porque igual eh está la... la Dra. (nombre del docente), era eh su manejo con el paciente, que ella conocía era... yo quedaba con la boca abierta (risas). Era demasiado, como que siempre sabía que decirle, lo manejaba demasiado bien, cuando yo me veía un poco complicada ella aparecía y lo manejaba demasiado bien...” (Entrevistado/a 04).

“...en ese sentido yo encontré que infantil es súper bueno, porque aparte están los especialistas trabajando y real... y están súper preparados para esto...” (Entrevistado/a 06).

“...en verdad como que todos tenemos distintas formas de enfrentarnos a un paciente, quizás algunos profesores no necesariamente son odontopediatras que generalmente uno los asocia como con un muy buen manejo de los niños, pero quizás no son odontopediatras, pero sí tienen muy buen manejo y podrían ser un muy buen apoyo...” (Entrevistado/a 05).

6.2.3 Rol de los funcionarios

En este apartado surgieron diferentes opiniones, gran parte de los entrevistados relató que los funcionarios de la universidad (asistentes del mesón, del servicio de radiografía, secretarías) tuvieron actitudes que favorecen la atención de personas con discapacidad intelectual, destacando la paciencia y disposición a trabajar con el paciente.

“... las niñas de radiografías lo hicieron... hicieron muy bien su pega, de hecho me ayudaron harto, me decían “mira Entrevistado/a 06, entra, entra con nosotras y hagámoslo entre todos”, y ningún problema, pero aun así pudimos sacar la radiografía, pero no quedó muy buena, pero eso se entiende, si el paciente era más complejo, pero sí me sentí muy apoyado por todos, entonces de hecho la

misma... la misma (nombre de funcionaria), ya lo conocía al paciente, me preguntaba por él, andaba súper pendiente, así que sí. Harto apoyo, me sentí a gusto...” (Entrevistado/a 06).

Sin embargo, hubo otros entrevistados que mencionaron que existía una dificultad en la atención debido a las actitudes de las funcionarias del servicio de radiología.

“Claro, pero en el ámbito radiográfico la verdad, en lo demás no tengo nada que decir, es como un caso puntual de la clínica B, no... no es como que yo diga o todo el personal está mal no, siempre en los lugares hay gente buena y gente mala...” (Entrevistado/a 02).

Finalmente, hubo un grupo de entrevistados que consideró que el rol de los funcionarios de la universidad no influyó durante su tratamiento, debido a que el paciente no requería radiografías o no interactuó con los funcionarios.

6.3 Visión del sistema de salud chileno desde la perspectiva de discapacidad

En esta categoría se abarcan temas como el sistema de salud chileno y la influencia de tener una especialidad en atención de pacientes con necesidades especiales.

6.3.1 Sistema de salud chileno

En este ámbito se reconocen temas como las creencias del alumno en políticas de salud, críticas al sistema de salud, acceso del paciente al sistema de salud y experiencia del paciente en el sistema de salud.

Con relación a las creencias en políticas de salud, la mayoría de los entrevistados no sabía con exactitud si hay programas odontológicos o políticas públicas de salud orientadas a pacientes con discapacidad intelectual, pero estaban de acuerdo en que los derechos de salud de este grupo de pacientes no siempre eran respetados. Agregando, que no deben ser tratados como un paciente cualquiera, sino que deben tener prioridad al momento de ser atendidos.

“... eh... sinceramente no tengo la información para poder tomar un juicio de ese valor...” (Entrevistado/a 02).

“... no estoy como tan familiarizada con el tema, pero considero que igual se les trata como cualquier otro paciente, cuando en algunos sentidos deberían tener un trato más especial, como por ejemplo, darles más tiempo pa’ atenderlos, como que en ese sentido encuentro que la calidad, como que no está, si es que no le dan la atención dentro de las formas en que ellos necesitan que sea eh... y quizás no esté como tan... tan, ay cuál es la palabra, como que estén tan tomados en cuenta como su... sus necesidades...” (Entrevistado/a 04).

“... el sistema no permite que uno ejerza los derechos de estos pacientes, creo yo, como que si tú tienes... si tú tienes necesidades especiales y tiene un hijo con alguna deficiencia intelectual... o algo, eso está súper complejo de atenderse en el sistema público, y que lata igual tener que recurrir al privado, cuando debería poder... ahí está el grueso de la población en el sistema público, entonces yo creo que ahí quizás muchas veces se pueden ver como mermados estos derechos...” (Entrevistado/a 06).

“... Es que al final deberían tener los mismos derechos, pero si hay muchos casos como en los que le decía de repente incluso a mi paciente que se portaba muy bien se habían negado a atenderla simplemente por él se puede portar mal, o puede tener esto, o puede... entonces se dice que tienen los mismos derechos, pero no siempre se les cumple...” (Entrevistado/a 05).

En cuanto a las críticas al sistema de salud la mayoría de los participantes considera que el sistema de salud es un sistema que debe ser modificado para mejorar la atención de los pacientes con discapacidad intelectual, principalmente, mejorar los tiempos de atención. Algunos participantes relatan no estar al tanto de cómo es la atención de estos pacientes fuera de la facultad, principalmente, desconocen qué es lo que ocurre en el sistema privado.

“... Cuando yo hace poco, en este en febrero tuve la... mi práctica de verano, y me tocó igual ver, un par de pacientes con necesidades especiales, y

lamentablemente, como en el sistema público uno tiene que trabajar rápido, que es lo que te pide el sistema en sí, resulta súper difícil eh como adecuarse a este tipo de paciente, que inherentemente de por sí, necesitan igual estar eh pendiente de ellos, todo tiene que ser más tranquilo, más relajado y tiene que ser de a poco, y en el sistema público, creo yo, que el sistema inherentemente en sí, es complicado, ya...” (Entrevistado 06).

“... en el consultorio entiendo de que los tiempos y lo que te piden en general es acotado, pero encuentro que a este tipo de paciente deberían darle mayor tiempo, porque necesitan adaptarse a un contexto, necesitan adaptarse a los sonidos...” (Entrevistado/a 01).

“... No sé cómo es el privado, pero en el sistema público, yo lo noto complejo, ya, porque estos pacientes requieren mucho, entonces por mucho uno, muy buenas intenciones que tengan, cuando tú estás trabajando en un sistema público, en un consultorio, no podí’ ayudar tanto a un paciente con muchas necesidades...” (Entrevistado/a 06).

“La verdad que fuera de la facultad no me ha tocado ver, no me ha tocado ver, tampoco sé, he escuchado que se tiende a filtrar estos pacientes, a no atenderlos o aplazarlos...” (Entrevistado/a 03).

En lo que respecta al paciente, la mayoría de los participantes relataron que su paciente era rechazado o discriminado en el sistema público de salud y que acudía por urgencias o dolor.

“... la mamá me empezó a explicar que en el consultorio que se estaba atendiendo, que era en Placeres, nadie la quería atender y tenía problema; me comentó como que el dentista que la estaba atendiendo no tenía paciencia, y ya luego la (nombre del paciente) no le quiso abrir más la boca y por esa razón llegó acá...” (Entrevistado/a 01).

“... Si po había ido a las típicas urgencias por dolor, pero generalmente por lo que me contaba su madre no, si la atendían, pero rápido y no le daban mucha más explicación...” (Entrevistado/a 03).

Algunos entrevistados relatan que su paciente no volvía a ser llamado. Y tres participantes relataron que su paciente había experimentado problemas de acceso, ya sea que asistir a un centro le quedaba a una gran distancia o temas económicos que dificultan el acceso a la atención.

“... ella se había atendido en la universidad y no tenía muy buena experiencia porque la vez anterior no la volvieron a llamar nunca más, la vieron una vez y no la llamaron, entonces la mamá ya venía con un poquito de aprensión al tema... por lo que me contaban las mamás de las pacientes, difícil, porque no las vuelven a llamar, no las atienden, les hacen lo mínimo, entonces estamos bien deficientes en ese aspecto...” (Entrevistado/a 07).

“... Porque era un viaje como de dos horas y tenía que ir (nombre del paciente) con su madre, y llevarla más que nada, en la micro y todo eso, entonces quizás que pueda atenderse más cerca de su casa, que exista algo así...” (Entrevistado/a 03).

6.3.2 Necesidad de especialista en la atención

En esta subcategoría, hubo una respuesta homogénea sobre que el odontólogo general debe estar capacitado para atender a un paciente con discapacidad intelectual, en sus grados leves y moderados, previa evaluación. Y que, para la atención de pacientes con un grado de discapacidad más severo, lo ideal es que se haga una atención con un especialista o con un odontólogo que esté más capacitado.

“Yo creo que hay pacientes de necesidades que los puede atender el odontólogo general sin ningún problema, yo tengo entendido que los pacientes con Síndrome de Down son atendidos en el sistema público sin ningún problema, y hay muchos, y eso perfectamente se puede. Yo creo que el grueso de los pacientes de necesidades especiales debería de atenderse en el sistema público, oh perdón, con odontólogos generales, pero los casos muy puntuales, dependiendo de caso a caso, deberían ser atendidos por un especialista...” (Entrevistado/a 06).

6.4 Experiencia de atención clínica

Esta categoría comprende cuatro subcategorías relacionadas con los aspectos de la atención clínica, como lo son el estudiante, el paciente, el manejo de la situación clínica y las asignaturas impartidas en pregrado.

6.4.1 Estudiante

En esta subcategoría destacan cuatro temas principales, el contexto de atención, primeras impresiones del paciente, percepción de daño bucal y consejos.

El contexto de atención hace referencia al contexto en que el estudiante recibe el paciente, un grupo de participantes relata que su paciente llegó a ellos por medio de convenios con la universidad, otro grupo de participantes relata que el paciente fue autogestionado, dentro de este grupo encontramos a pacientes que fueron gestionados por el alumno o que, por medio de otro alumno, llegaron a atenderse con el alumno entrevistado.

“... La cosa es que un día estaban dando los pacientes y yo estaba sin pacientes, entonces me pasaron el paciente a mí, en realidad no va mucha mucho más allá de eso. La paciente padecía síndrome de Down y venía principalmente a control más que otra cosa, era como preventivo...” (Entrevistado/a 11).

“... yo todos los años antes de infantil, por lo general iba con unos amigos a un colegio que se llama Santa Ana, que está cerca de la facultad, y ahí por lo general ese colegio tiene convenio con la Facultad... entonces es un buen entre comillas oportunidad para... para hacer buenos lazos y lo llamé. Llegaron, eran 3 hermanos, yo me quedé con uno de ellos eeh... un compañero mío el (nombre de estudiante) se quedó con otro y ahí llegaron...” (Entrevistado/a 02).

La mayoría de estos pacientes fueron atendidos en la asignatura de Odontología Integral Infantil, un paciente fue atendido en Prótesis fija y un paciente fue atendido además en Periodoncia.

El segundo tema, de primeras impresiones, fue bastante homogéneo. La mayoría de los alumnos inicialmente sintió miedo o nervios durante la primera

sesión, debido a que no sabían cómo manejar o actuar frente al paciente, pero a partir de la segunda sesión fue desapareciendo.

“...al principio igual estaba como nerviosa, porque en el fondo me venía llegando un paciente que la doctora me había comentado algo, pero no tenía ningún detalle, no tenía el diagnóstico, nada. Y cuando llegó ahí me di cuenta de que iba a ser difícil al tiro...” (Entrevistado/a 10).

“...El primer día estaba super nerviosa (risas) super nerviosa. Porque como te digo, no sabía cómo que esperar y de hecho me daba hasta como nervio tomarle la mano, porque yo decía “capaz que no sé él se descompense”, pero después no...” (Entrevistado/a 08).

Posterior a esta etapa, los entrevistados hacen referencia al estado de salud oral de su paciente, en el que la mayoría consideraba que era peor, en comparación a sus otros pacientes de la asignatura. Dos participantes mencionaron que el estado de salud oral de su paciente se veía influenciado fuertemente de la situación familiar del paciente. Tres participantes mencionaron que el estado de salud oral de su paciente no era peor que el de sus otros pacientes. Y dos participantes mencionaron que sus pacientes tenían buena salud oral.

“A ver, el estado igual ellos dos eran los más... eh como el peor estado de salud oral que tenían. Eran los que necesitaban más cosas...” (Entrevistado/a 04)

“...el caso que me tocó a mí no era mucho peor que un paciente sin discapacidad, pero puede que influya que los cuidadores estén más preocupados que otros, entonces igual depende de eso...” (Entrevistado/a 07).

“Yo encuentro que ella estaba bien, la mamá se preocupaba mucho, hubo que corregirle ciertas cosas, pero en general estaba super bien...” (Entrevistado/a 05)

Finalmente, en cuanto a los consejos, la mayoría de los participantes aconsejaría, a alguien que no ha atendido pacientes con discapacidad intelectual, con respecto a la paciencia, buena explicación de las acciones a realizar (establecer

una buena comunicación) y vivir la experiencia (“perder el miedo”). Algunos recalcan que es necesario tener la disposición a atender sin prejuicios e invitan a estudiar el tema.

“... en verdad con un poco de estudio y tomando...haciendo una buena anamnesis y todo haciendo un buen manejo, unas buenas sesiones de adaptación el paciente se va a aportar mucho mejor, y yo que mi paciente se terminó portando incluso mejor que otros pacientes, y que al final todo está en la forma en que uno , la disposición que uno tenga a atender, porque al final como que todos percibimos la disposición de las otras personas y si uno llega con susto o miedo el paciente lo va a sentir, y también va a sentir lo mismo...” (Entrevistado/a 05).

“... tranquilo, todo va a estar bien eh si requieres ayuda, pídelo em, no tengas miedo en pedir ayuda, porque es una situación compleja y todos entendemos que es algo nuevo y distinto. También, siempre, em no pierdes nada pidiendo ayuda, lo único que vas a recibir va a ser experiencia, experiencia, experiencia, experiencia, y tienes que hacerlo, porque es tu deber y piensa tú que ellos son humanos como cualquier otro, entonces estarías cayendo en un vicio súper malo si te negaras a no atenderlos quizás pudiera entender lo que por miedo... miedo no lo hagas, y si tú crees que tus capacidades no son lo suficientemente aptas para hacerlo, entonces, está bien igual, porque eso significa que eres un adulto responsable y autovalente y no quieres arriesgarte y eso lo entiendo. Pero, si sientes que tienes una pizca de que te la puedes, entonces dale, pide ayuda si quieres y puedes, juégatela, eso...” (Entrevistado/a 06).

6.4.2 Paciente

En esta subcategoría se desarrollan temas como la comunicación inicial que hubo con el paciente la primera sesión. Cuatro entrevistados relatan que la comunicación inicial fue dificultosa, ya sea porque el paciente no hacía contacto visual con el alumno al momento de conocerlo, no le devolvían el saludo o hablaban muy bajo. Sin embargo, esta situación fue mejorando a medida que se realizaba el tratamiento planificado.

“Eh bueno al principio, en cómo establecer la comunicación con... con (nombre del paciente), porque ella igual hablaba, pero muy poco... no se le entendía, entonces al principio no, no entendía qué quería decir, cachai...” (Entrevistado/a 03).

“Y bueno, en primera instancia no me pescó, no... la llamé, pero no me hizo caso, entonces tuve que decirle al Dr. (nombre del docente) que la fuera a buscar porque en verdad no me estaban respondiendo. Y ahí fue cuando la conocí. Y bueno la paciente bajó y noté al tiro que tenía una necesidad especial, porque no me respondía nada, no me miraba y tenía dificultad al caminar...” (Entrevistado/a 01)

“...de hecho, no lo podía saludar. Cuando le intenté dar la mano, él me corrió la mano, pero no como porque tenía algo contra mí, sino que él es así con toda la gente, era como agresivo...” (Entrevistado/a 06).

6.4.3 Manejo

Esta subcategoría abarca la relación alumno-paciente, dificultades presentadas durante la atención del paciente, y autocrítica. En general, los entrevistados mencionaron que la relación con su paciente fue mejorando con el tiempo y estaba muy influenciada por las características específicas del paciente, como, si el paciente era hipersensible ante ciertos estímulos, corto tiempo de concentración del paciente y gustos del paciente. Los alumnos que realizaron diversas acciones clínicas con su paciente relataron que hubo procedimientos en los que requerían ayuda de un docente o de un tercero, por ejemplo, al poner anestesia para realizar una exodoncia o para hacer una restauración o hacer pulidos radiculares. Lo anterior, se manifestó de forma más notoria cuando el paciente poseía una discapacidad intelectual moderada o severa o cuando existían problemas con el manejo. Por otro lado, todos los entrevistados mencionan que la adaptación del paciente al box dental fue fundamental para realizar las diferentes acciones clínicas, destacando el uso de técnicas de manejo como el “decir-mostrar-hacer”.

“... fue principalmente de la primera sesión, después no, no fue, o sea se fue facilitando, pero la primera sesión para por ejemplo para hacer el odontograma, así como lograrle que por ejemplo hacer que la paciente abriera la boca, fue y que yo pudiera entrar y revisar costó hartó. Incluso al final me tuvo que ayudar la doctora con eso...” (Entrevistado/a 11)

“Entonces, lo siento y básicamente la primera sesión no pude hacerle nada, no se dejaba revisar la boca, no... no se dejaba quedarse mucho rato quieto en el box, entonces la primera sesión fue manejo, manejo, manejo, manejo eh intentar que se familiarizara con el box, que me conociera a mí...” (Entrevistado/a 06).

“...ella tenía como mucha sensibilidad a tener objetos en su boca, no podía meterle el espejo ni la pinza, ni nada. Entonces con lo que yo empecé, fue con manejo, pero muy, muy básico, o sea, que se pudiera sentar en el sillón y se pudiera quedar ahí o yo enseñarle que la podía recostar un poquito, ahí le daba miedo, como que se paraba, entonces eso lo fuimos trabajando sesión a sesión...” (Entrevistado/a 10).

“... hacer como esto... usar la turbina sin problemas, usar el micromotor sin problemas, no era tan temeroso como en cuarto cuando tenía que hacerlo con cuidado, aplicar pura cuchareta, como que el paciente ya estaba entregado ya, no hacía problemas, pero era porque ya me conocía a mí y yo lo conocía a él. Y porque él ya estaba habituado a la atención con... de los dentistas. Ya lo conocía...” (Entrevistado/a 09).

Dentro de las dificultades, en general los entrevistados comentaron que fueron debido a mal manejo o condiciones del paciente, como ser hipersensible, lo que imposibilitaba realizar el examen intraoral, o ausencia de radiografías debido a que el paciente no permitía sacarlas de buena manera. También dos alumnos mencionaron que el tema del tiempo clínico era acotado y que debieron cambiar su forma de planificar las sesiones. Otros entrevistados mencionaron aprehensión por parte de los padres, lo cual les dificultó el manejo.

“...porque hay que recordar que estos pacientes, si yo hago algo que ellos no le expliqué, me van a empezar a hacer como movimientos, cerrarme la boca,

entonces a todo algo previo que tenía que hacer y con mis demás pacientes no era así...” (Entrevistado/a 01).

“...planificar la sesión para que eh... en un tiempo corto hacer lo que tienes que hacer, porque mi paciente perdía el foco de la atención, por ejemplo, a los cuarenta minutos, a los cincuenta ya... se aburría. Y preguntaba todo, se quería levantar, se quería ir, preguntaba, preguntaba, preguntaba, entonces el desafío es planificar todo y tener todo preparado pa’ que durante los primeros minutos ser súper eficiente...” (Entrevistado/a 09).

“...si no aceptaba ni siquiera la sonda ponte tú, imagínate el espejo pa’ las fotos, es muy complejo. Terminé presentando un caso con las fotos con lo que logré recopilar en el fondo, esa suerte de examen clínico como pudimos, lo hicimos a grandes rasgos con lo que yo pude ver, así clínicamente desde lejos...” (Entrevistado/a 10).

Al pedirle a los entrevistados que hicieran una autocrítica sobre su manejo en la atención de pacientes con discapacidad intelectual, la mayoría de los entrevistados mencionó que en las primeras sesiones su manejo fue malo, pero que fueron mejorando sobre la marcha. Pocos entrevistados mencionaron que su manejo fue bueno en general, debido a que la complejidad de su paciente era menor.

“Yo encuentro que en general lo hice bien, no le alcancé a hacer muchas cosas por temas de tiempo, pero en general, en general estuvo bien el manejo, logré adaptarla, que para mí eso era como mi mayor miedo cuando recién me enfrenté a ella...” (Entrevistado/a 05).

“Yo creo que fue... que mi manejo fue de menos a más, siento que aprendí mucho con la experiencia y em, o sea, igual yo quedé conforme en cuanto a que íbamos avanzando, si bien muy, muy lento, igual logramos cosas que ella nunca había logrado, o sea, tirarle aire dentro de la boca, por ejemplo, sacarle un diente, son cosas que pueden parecer muy básicas, pero en realidad yo aprendí mucho con la experiencia.” (Entrevistado/a 10).

6.4.4 Asignaturas

Esta subcategoría abarca las acciones clínicas realizadas por los estudiantes, la implicancia académica de atender un paciente con discapacidad intelectual que percibe el estudiante y finalmente, las diferencias entre asignaturas clínicas.

Dentro de las acciones clínicas que relataron los entrevistados se puede observar una amplia gama de tratamientos, desde instrucción de higiene hasta exodoncias, incluyendo derivaciones a pabellón, y a sedación con óxido nitroso. Cinco entrevistados realizaron solo manejo e instrucción de higiene, el resto de los entrevistados realizó otras acciones, aparte de las mencionadas anteriormente.

En lo que respecta a la implicancia académica, se observaron opiniones mixtas, muy pocos entrevistados comentaron que atender a un paciente con discapacidad intelectual no afecta la parte académica.

“...No, yo encuentro que no, porque si de verdad te tomas el caso así en serio lo vas a poder sacar adelante. Y encuentro que debería ser parte de porque es una experiencia única el poder atenderlos...” (Entrevistado/a 01).

La postura más fuerte, menciona que atender a un paciente con discapacidad intelectual en pregrado tiene implicación académica, pues el hecho de atender un paciente con discapacidad intelectual involucra destinar un mayor número de sesiones para manejo y adaptación del paciente, lo cual es poco valorado en el ámbito académico, además agregan que acciones preventivas como instrucción de higiene también son poco valoradas.

“Quizás me voy a ver tremendamente enriquecido en forma personal por los conocimientos y el manejo con pacientes en ese caso, pero en ámbito de nota lo más seguro me va a ver perjudicado un poco, y eso igual es complejo porque no creo que exista una forma absoluta de poder evaluar eso...” (Entrevistado/a 02)

“... Entonces, había veces que cada 2 semanas lo veía, a veces yo tenía que avanzar con otros pacientes y.... y aunque suene así como super ¿cruel? porque

no lo digo de mis sentimientos, sino que lo digo como del sistema de la universidad a veces pucha me daba como lata citarlo, porque en el fondo como que, entre comillas, no hacía nada ¿cachai?...” (Entrevistado/a 08).

También muy pocos entrevistados manifestaron que atender a un paciente con discapacidad intelectual es un factor que puede influir en reprobar una asignatura.

“...yo no quería mucho la verdad (risas), no quería mucho porque infantil igual es un ramo que te piden ciertos casos clínicos y si no, reprobai, dependiendo del profe...” (Entrevistado/a 03).

Finalmente, en cuanto a la diferencia entre asignaturas, muchos entrevistados relataron que no podrían haber atendido a su paciente en una asignatura diferente, debido a la diferencia en manejo de pacientes, protocolos de tratamientos y prioridad a técnicas preventivas que existe, además del tiempo y programa clínico con el que cuenta cada asignatura.

“... hablando de operatoria, que en este caso como a nosotros nos hacen hacer eliminación parcial en odontopediatría y en operatoria no, sino que hay que hacerla total...” (Entrevistado/a 01).

“...respecto a otros ramos, bueno generalmente estos temas son como tabú, en todo el resto de los ramos y no solo con estos temas me refiero a pacientes con discapacidad intelectual, sino que temas preventivos, incluso son cosas que no se hablan en operatoria, no se hablan en fija para nada, eeh como la base de la odontología es como la atención de pacientes y el manejo de pacientes y no sé po, técnicas preventivas, cosas que no se hablan absolutamente en ningún ramo...” (Entrevistado/a 11).

“...Porque en los otros ramos es... como piden más prorroexma, tu no ves tanto pacientes, tu buscas tratamientos, tu buscas prorroexma, tu buscas la amalgama, tu buscas la amalgama en sí, tu buscas la clase 2, buscas la prótesis parcial, etcétera...” (Entrevistado/a 06).

6.5 Atención de pacientes en la Facultad de Odontología UV

6.5.1 Rol de infraestructura

En cuanto al rol de la estructura que posee la facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, la mayoría de los entrevistados comentaron que el acceso a la facultad y a las clínicas (escaleras, rampas, ascensores, etc.) no era el adecuado para pacientes que tuvieran una discapacidad motora asociada, y otro grupo comentó que en su caso particular el acceso fue bueno.

“... en términos de desplazamiento yo creo que sí que está bien capacitada la universidad para que alguna persona, ponte tú con algún problema motriz o con más complejo si se pueda mover...” (Entrevistado/a 02).

Un aspecto que fue criticado por todos los participantes fue el espacio de los boxes dentales. Principalmente porque el espacio del box no era suficiente para permitir la estadía de los cuidadores durante las sesiones o para mantener cierto grado de privacidad o ambiente más silencioso.

“...cuando iban con las mamás, las mamás se quedaban paradas al lado, no hay suficiente espacio en el box, faltan sillas, y si es que querían quedarse sentadas cerca, se tenían que ir, como a las sillas que están afuera de rayos” (Entrevistado/a 04).

“... Porque en el caso, como bien digo de mi paciente, muy personal, el box era muy pequeño y el hecho que eh el que seamos tan... tantos en un lugar tan pequeño, o sea que en las clínicas, seamos tantos box y haya tanta gente como transitando, inherentemente hace que los pacientes se pongan nerviosos, sobre todo en su caso, entonces yo creo que en caso de pacientes más así, sería bueno tener un box apartado, como menos gente...” (Entrevistado/a 06).

6.5.2 Facilitadores

Se entiende como facilitadores a todas las características o instalaciones que posee la facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso que faciliten la

atención de pacientes con discapacidad intelectual. la mayoría de los entrevistados declararon que la atención de pacientes con discapacidad intelectual se vio favorecida por el servicio de sedación óxido nitroso que ofrece la facultad, el cual, comentaron, es un servicio limitado y de gran ayuda en los tratamientos de pacientes que requieren un manejo especial.

Por otro lado, destacan el bajo costo que poseen las prestaciones y la disponibilidad de tiempo de atención. Esta última característica fue comparada con el tiempo destinado a la atención odontológica en el servicio público, recalcando que, con un tiempo acotado, el manejo y tratamiento exitoso del paciente podrían haberse visto comprometidos. Finalmente, algunos participantes mencionaron que la existencia de convenios de atención con colegios, resultan ser útiles a la hora de expandir el servicio a personas con discapacidad intelectual y proveer pacientes al alumnado.

“...la universidad, y esto lo he escuchado de varios docentes, se jactan de que no son... de que no discriminan, al no discriminar y decir eso, entonces se nota que hay harto énfasis en este tipo de pacientes. Entonces yo la veo bien buena, aparte la universidad está bien preparada, tiene el equipamiento para hacer tratamientos con óxido nitroso, en el pabellón, entonces eso no se ve en muchos lados, se ve creo que en la clínica vasca, entonces es un recurso súper limitado y me parece súper bien, súper interesante que esté y que a nosotros como alumnos, se nos de la opción de utilizarlos y de verlo y de aprender...”(Entrevistado/a 06)

“En la facultad, yo creo que igual existe em... como uno tiene más tiempo con el paciente, entre comillas, eh como que uno puede dar una atención mejor...” (Entrevistado/a 04).

Y el otro niño, era un niño que me llegó por la Dra. (nombre del docente), del Colegio “Los Fresnos”, ella nos pasó muchos pacientes...” (Entrevistado/a 04).

6.5.3 Sistema de seguimiento del paciente

Al analizar los datos se puede apreciar una variedad de respuestas, algunos entrevistados mencionaron que sus pacientes habían sido atendidos en la facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso anteriormente, pero nunca se les dio el alta ni se les volvió a llamar para continuar el tratamiento, principalmente debido al egreso del alumno anterior. En su contraparte, están aquellos entrevistados que tomaron el paciente durante dos años seguidos y se preocuparon de llamarlos, quienes vivieron esa experiencia relataron que en el segundo año de atención pudieron hacer tratamientos “más invasivos” y se sentían más confiados en su manejo.

“...ella se había atendido en la universidad y no tenía muy buena experiencia porque la vez anterior no la volvieron a llamar nunca más, la vieron una vez y no la llamaron, entonces la mamá ya venía con un poquito de aprehensión al tema...” (Entrevistado/a 07).

“Y... después cuando lo atendí en quinto ya se portaba un siete, nunca tuve ningún problema con él, se entregó super bien porque lograi como generar un vínculo de confianza con el paciente de que él también te conozca a ti, por eso es bueno como el seguimiento del paciente de cuarto pa’ quinto, como que al final eh... son pacientes conocidos que en ti también confían y se entregan un poco más a la atención...” (Entrevistado/a 09).

Otros relataban que, si bien les faltó completar el tratamiento, realizaron derivaciones a otros servicios, pero debido a situaciones sociales o a la situación de pandemia mundial el tratamiento se ha postergado.

“...bueno porque después, bueno vino todo el estallido social y no alcanzamos a hacer mucho más...” (Entrevistado/a 05).

“...pero pasó todo esto y lamentablemente en este momento el tratamiento está en pausa, está en stand by, y no he sabido más de él...” (Entrevistado/a 06).

Finalmente están aquellos entrevistados, que tras terminar la asignatura en donde atendieron a su paciente, no lograron volver a comunicarse con el cuidador o apoderado del paciente.

“...entonces yo intenté poder volver a contactarla para guiarla en el proceso y de hecho ella no me contestó más...” (Entrevistado/a 10).

Algunos de los participantes señalan que la facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso debiese implementar un sistema de seguimiento efectivo de pacientes, ya sea con o sin discapacidad intelectual.

6.6 Reflexiones post experiencia

6.6.1 Creencias

En esta sección se hizo la distinción entre creencias personales y creencias que posee la sociedad. En las primeras se encontró creencias con relación al diagnóstico del paciente, al manejo de éste, motivaciones y creencias personales en general.

“... pero hay un tema de querer atenderlos porque es como es TU paciente entonces tú tienes que sacarlo adelante, porque si no ese paciente va a quedar afuera en el sistema de salud, porque afuera no lo quieren entender y no se van a dar el tiempo para atenderlo y después pasan ellos a futuro los que nos van a atenderse, y van a tener la escoba en la boca... entonces por eso mismo yo lo atendí como con más ganas, porque dije yo quiero cambiarle los hábitos, quiero como generar con un cambio en esa familia, porque esta familia se notaba que había cómo: “oh la odontología nos ha dejado de lado”...” (Entrevistado/a 01).

“... Ahí ya va en la percepción de cada uno, es un cambio que hay que hacer como de mentalidad de que no son personas distintas, tienen capacidades distintas, pero al igual son igual que todos nosotros, y al final hay que enfrentarlos como cualquier otro paciente...” (Entrevistado/a 05).

“... Este es un humano complejo que requiere atención especial y requiere a un humano preparado. Entonces yo creo que, es necesario en ese sentido, uno...”

uno tiene que hacerse la... la tarea mental el... la auto... la autocrítica y decir "sí, lo que hice fue suficiente o no, puedo mejorar en esto o no", pero no mirarlos en menos a ellos y no cambiar la percepción que uno tiene de ellos, sino que... uno tiene que mejorar hacia ellos, yo lo veo así..." (Entrevistado/a 06).

En las creencias sobre la sociedad, en cambio, sólo dos participantes se refirieron a los cambios que ha tenido el estigma social y el trato de la sociedad a las personas con discapacidades. Mencionando que se ha pasado de una sociedad más conservadora y discriminadora, a una sociedad más integradora, donde se hace visible la existencia de este grupo de personas y se trata de integrarlos a la sociedad. Sin embargo, ambos participantes concluyen que se debe seguir avanzando por este camino.

"...Yo creo que sí, sobre todo que ahora... piensa que la gente ya está, está igual como integrándolos mucho más. O sea, estos niños en general antiguamente, por ejemplo, mis mismos papás me decían, la gente no tampoco los sacaba de las casas. Si yo creo que vi, como ya más a futuro, uno cada vez los ve más y... y más integrados..." (Entrevistado/a 08).

6.6.2 Crecimiento personal

En esta subcategoría destacan tres áreas importantes, percepciones del estudiante, comportamiento del estudiante y reflexiones post experiencia.

Tras el análisis de las entrevistas, surgió una variedad de respuestas en lo que respecta a las percepciones. Algunos entrevistados cambiaron sus percepciones iniciales del manejo, en donde inicialmente comentaron que existía el prejuicio de que el manejo sería difícil o diferente, y al momento de la atención clínica se dieron cuenta que el único cambio que debían hacer era tomarse su tiempo y explicar constantemente. Otros participantes tomaron más conciencia sobre la existencia de estos pacientes y de sus problemáticas en el sistema de salud. Y solo una persona mencionó un cambio de percepciones en su vida cotidiana.

“...y en verdad me di cuenta que era simplemente tener como la paciencia de explicarles todo y ni siquiera es como tratarlos de una forma distinta, era como eh... era mucho más fácil de lo que yo pensaba...” (Entrevistado/a 04).

“...en mi ha cambiado que me he ayudado a darme cuenta que... este tipo de personas requiere mucha atención y requieren mucho profesionalismo y requieren mucho, yo creo que, cariño con el trabajo mismo, o sea hay que ser humano para atender a esta gente, ya, no es cualquier persona, aquí uno ya no ve plata, ya no ve nada, no...” (Entrevistado/a 06).

“... Pero yo creo que en verdad, a mí el caso como que más me tocó, fue el del (nombre del paciente), porque la (nombre del paciente) a diferencia de él ten... ella igual tenía muchas más eh oportunidades y... y por lo mismo, yo creo que pucha, uno con esto se da cuenta de que uno a veces tiene la vida como tan fácil, y yo creo que uno, en ese sentido es donde más te tocan estos casos...” (Entrevistado/a 08)

Con relación al cambio de comportamiento, la mayoría de los entrevistados menciona que, tras esta experiencia, su manejo clínico general ha mejorado, dando importancia a la comunicación con el paciente y al confort del paciente. Otros mencionan que tras la atención han mejorado la tolerancia a la frustración y paciencia.

“...creo que, con los niños, sobre todo, creo que sí, soy más receptivo y si como que me armo un poco más de paciencia antes de atender. Con los adultos no es tan necesario, pero con los niños sí... como que te da... como que aprendes harto también y aprendes como estas técnicas para facilitar la atención, el típico decir-mostrar- hacer es demasiado útil como para estos niños con TEA y pa' todos los niños en general, entonces si hay cosas que podi' ir rescatando y aplicar no solamente con pacientes con TEA sino que con todos los pacientes en general...” (Entrevistado/a 09).

“... Estamos en un ambiente también súper competitivo, entonces y como te decía, uno con estos pacientes va mucho más lento y pucha vei a tu compañero de

al lado que... que va avanza mucho más rápido. Yo creo que, en esas cosas, es las que te... que te cambia la mentalidad de atenderlos. Yo creo que ayuda mucho con la tolerancia a la frustración...” (Entrevistado/a 08).

“... de hecho, después de... de ese como que con cualquier paciente me enfocaba en explicar paso por paso o porque uno también tiene ese miedo cuando va al dentista, de no saber que te están haciendo o como qué cosas vas a sentir. Tu solo veí que las cosas se mueven y suenan, entonces, aunque sean o no con una deficiencia intelectual, ellos sí tenían como las mismas medidas, porque al final igual los dejaba como más tranquilos...” (Entrevistado/a 04).

“... yo creo que sí, porque en realidad después de esta experiencia yo reafirmé más mi postura de que quiero hacer sentir cómodo a los pacientes que se atiendan conmigo, no quiero que se sientan mal o que hacer algo que no les guste, emms entonces ahora con mis pacientes aunque sean adultos, aun así les explico antes lo que voy a hacer y después lo hago, porque en realidad no quiero que los pacientes se queden con una mala experiencia odontológica y hay pacientes que de repente uno los atiende por primera vez en la vida, que nunca han ido, entonces, si esta experiencia me ayudó a eso, a como hablar todo antes de hacerlo y me ha funcionado super bien...” (Entrevistado/a 10).

Solo un participante relató que no vio cambios en su comportamiento, debido a que no ha seguido atendiendo pacientes.

Finalmente, en lo relacionado a las reflexiones la mayoría de los entrevistados relata que esta experiencia fue mejorando de forma progresiva, apuntando a la evolución de la relación alumno-paciente y destacando que esta es una experiencia que debiese ser vivida en la práctica de pregrado, pues el crecimiento personal, la sensación de motivación y alegría que dejaban en las familias de los pacientes, son valiosas y útiles en el futuro.

“... La relación que se formó con mi paciente, porque al final como el cambio que yo vi en ella, porque al principio llegó como más temerosa claramente no me conocía y todo y al final ya llegaba, me abrasada, la mamá me contaba que estaba

esperando que llegara la noche para que le lavara los dientes, se formó una relación muy linda...” (Entrevistado/a 05).

6.6.3 Expectativas del futuro

Esta subcategoría abarca dos temas, la disposición a futura atención de pacientes con discapacidad intelectual y la disposición a profundizar en el tema de la discapacidad intelectual a través de cursos, charlas, diplomados u otros.

En general, para ambas categorías la respuesta fue homogénea, los participantes relataron estar dispuestos a atender pacientes con discapacidad intelectual en su vida profesional, destacando que es posible que se sientan mucho más seguros en esa próxima atención. Solo un participante manifestó dudas, en relación con esta pregunta, debido a que no sabía a qué se dedicaría en el futuro.

“... Y bueno, además me sirvió como experiencia, entonces ahora yo te puedo... les puedo decir con... con voz que, si el día de mañana me llega un paciente con necesidades, me voy a sentir mucho mejor preparado que si nunca lo hubiera hecho antes. Entonces es como una carga menos, y me siento, a parte, como un autodesarrollo, fue bonito para mí ...” (Entrevistado/a 06).

“... sí, o sea, siempre la mejor disposición, si es que el paciente llega y puedo trabajar con él sin dificultades, obvio, no, o sea, leería, buscaría tal vez cómo atenderlo, me enfocaría más de lo posible dentro de mis capacidades, pero si veo que el paciente se me escapa de lo que realmente puedo ofrecerle lo derivó a un centro especializado, o sea la voluntad está, por lo menos...” (Entrevistado/a 11)

En cuanto a la profundización en el tema la mayoría de los entrevistados se mostró abierto a asistir a cursos o charlas, para mejorar su repertorio de herramientas en la atención de pacientes con discapacidad intelectual. Sólo uno menciona querer especializarse a tiempo completo en el tema.

“... Me interesa mucho el tema, emms si bien sé que hay diplomados o postgrados a mí me interesaría como odontóloga general, poder como les decía

antes, abrirles las puertas a estos pacientes y atenderlos en mi consulta o incluso en el sistema público si es que estuviera la oportunidad...” (Entrevistado/a 10).

“... pero claro, tal vez hacer el diplomado, porque a mí también me gusta otra especialidad, pero sí me gustaría tal vez, hacer algún... algún diplomado, como para poder ayudar...” (Entrevistado/a 08).

DISCUSIÓN

Este estudio exploró la experiencia personal de los estudiantes de Odontología de quinto y sexto año, en la atención de pacientes con discapacidad intelectual en la facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. En relación a esto, se puede decir que la experiencia en un comienzo inicia con una sensación de temor y poca preparación teórica en el tema, lo anterior puede relacionarse a que los entrevistados estudiaron bajo la malla curricular antigua que se impartía en la facultad de odontología, ésta no incluía contenidos de pacientes con discapacidad de forma transversal en el currículum. Por otro lado, la experiencia de los estudiantes se relata como buena en general y es posible definirla como una experiencia enriquecedora y transformadora, que, a pesar de iniciar con incertidumbre por parte del estudiante, evoluciona de forma positiva con relación a su experiencia personal, de tal forma que el estudiante valora positivamente la vivencia.

Sin embargo, al ser una instancia relativamente nueva en la práctica de pregrado, la carrera no cuenta con un sistema evaluativo adecuado para evaluar el desempeño del estudiante en estas situaciones, pues no se consideran las implicancias de atender a un paciente con discapacidad intelectual, vale decir que no se considera que el alumno debe dedicar un tiempo más prolongado a lo común para adaptar y establecer una relación con el paciente, donde incluso se dejan de realizar otros requisitos clínicos en desmedro de su proceso académico, lo que pone en riesgo la aprobación de asignaturas clínicas que exigen ciertos mínimos de acciones clínicas. Por este motivo, se sugiere considerar homologar la atención a estas personas, con un nuevo sistema de evaluación donde se tenga un equivalente en el programa en relación con la dificultad y tiempo invertido. Dentro de esta

experiencia, se consideró que el apoyo de los docentes es un pilar fundamental, ya que la mayoría de las veces existió apoyo durante la atención clínica guiando a los estudiantes a través de su conocimiento, esto se puede explicar por la capacitación que poseen los docentes para atender pacientes de esta población abordada, lo que les permite manejar la situación de forma adecuada y motivar a los estudiantes a seguir el mismo camino, esto es de gran importancia ya que se ha descrito que los docentes deben tener un rol facilitador durante su proceso de enseñanza para mejorar la calidad de educación en la formación de futuros profesionales⁷⁰.

La atención de pacientes con discapacidad intelectual o pacientes con necesidades especiales, se describe como una buena experiencia y ,en general, se acompaña con cierto grado de disconfort o incomodidad por parte del estudiante, lo cual se condice con la literatura⁷¹, algo que se puede explicar por la preparación teórico-clínica insuficiente, bajo este contexto es posible encontrar que en general las universidades que imparten la carrera de odontología poseen programas que no abordan en profundidad estas temáticas, algo que es percibido por los estudiantes⁷²,⁷³. Como consecuencia, el porcentaje de alumnos que se expone a la atención de pacientes con discapacidad intelectual es bajo^{71, 74}. La relevancia de exponer a los alumnos a estas situaciones, toma relación con que esta población ha ido en aumento¹⁵, posee características que aumentan el riesgo de padecer enfermedades orales^{75, 76} y tiende a ser discriminada en los servicios de salud ⁷⁴, por lo que cobra importancia que los futuros odontólogos sean capaces de tratar a estos pacientes de forma efectiva. Estudios han descrito que aquellos alumnos que tuvieron la oportunidad de atender pacientes con necesidades especiales de salud son más susceptibles a tratarlos en el futuro y profundizar en el estudio de la temática^{5, 73, 77}

Es por eso que se ha tratado de cambiar la situación actual mediante la creación de nuevos estándares de acreditación para los programas educativos de Odontología⁵⁹, en donde se busca que los establecimientos educacionales creen instancias favorables para exponer al estudiante a la atención de pacientes con discapacidad intelectual, buscando entregar herramientas para que el alumno

comprenda de forma más integral la situación del paciente, así mismo se proponen nuevos estándares de evaluación^{71, 78}.

Como limitaciones de este estudio se puede mencionar que solo se abarcó una perspectiva de la atención clínica de pacientes con discapacidad intelectual, la del alumno. Entendiendo que, para obtener un mejor panorama de la situación, se deben conocer los puntos de vista de los diferentes participantes en el desarrollo de la atención clínica. Por este motivo, se recomienda realizar entrevistas a docentes clínicos, personal administrativo y cuidadores/apoderados de los pacientes.

Además, en este estudio solo se entrevistaron a estudiantes que se formaron con la malla curricular antigua, por lo que se sugiere que en un futuro estudio se entreviste a personas formadas con la nueva malla curricular, la cual integra más contenidos sobre la temática de la atención de pacientes con discapacidad intelectual. Además de entrevistar a los estudiantes, se sugiere entrevistar a los docentes clínicos que hayan vivido el cambio de malla curricular, pues ellos pueden ofrecer una comparación entre ambas mallas curriculares. Por otro lado, el realizar entrevistas mediante una plataforma virtual permitió obtener una variedad de respuestas, por lo que realizar entrevistas usando estos medios puede ser una buena opción, en caso de que la entrevista presencial no sea posible.

CONCLUSIONES

El manejo clínico de los estudiantes en la atención clínica de pacientes con discapacidad intelectual, en general, mejora a medida que transcurre el tiempo y se va enfrentando a diversas situaciones de atención. Vale decir que, inicialmente el manejo de la situación no fue óptimo en la mayoría de las situaciones, debido al desconocimiento por parte del alumno, sobre cómo afrontar problemáticas como sobrepasar las barreras de la comunicación y enfrentarse a las características del paciente donde en general presentaban alteraciones en su funcionamiento adaptativo, además, progresivamente mejoró el sistema de atención a medida que se avanzaba en el tratamiento planificado por el alumno, en donde fue aumentando el conocimiento y confianza de este, gracias al apoyo de sus docentes clínicos, cuidadores/apoderados del paciente, e investigación propia sobre temas que

conciernen a la discapacidad intelectual y llevar un buen manejo clínico. Por otro lado, los conocimientos teóricos que poseían los estudiantes fueron insuficientes de acuerdo a lo relatado, lo que se relaciona con la ausencia de contenidos de esta temática en la malla curricular de los alumnos entrevistados, sin embargo, el estudio e investigación propia en los temas correspondientes fue capaz de suplir este vacío.

Además, las vivencias de los estudiantes fueron evolucionando de buena manera, dando paso a un crecimiento personal que fue altamente valorado por los estudiantes entrevistados, quienes estaban conscientes de las dificultades de acceso a la atención odontológica que poseen los pacientes con discapacidad intelectual, y reconocen la importancia de otorgar atención odontológica de calidad y sin discriminación, con el fin de mejorar la calidad de vida de sus pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Susanne Krämer MV, et al. Manual de Cuidados Especiales en Odontología. *Atención Odontológica de Personas en Situación de Discapacidad que requieren Cuidados Especiales en Salud*. 2015.
2. McPherson M, Arango P, Fox H, et al. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics* 1998; 102: 137-140. 1998/08/26. DOI: 10.1542/peds.102.1.137.
3. Flores Cano JC, Lizama Calvo M, Rodríguez Zamora N, et al. Modelo de atención y clasificación de «Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud-NANEAS»: recomendaciones del Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Revista chilena de pediatría* 2016; 87: 224-232.
4. Guzmán Gómez C and Saucedo Ramos CL. Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela ya los estudios: Abordajes desde las perspectivas de alumnos y estudiantes. *Revista mexicana de investigación educativa* 2015; 20: 1019-1054.
5. Dao LP, Zwetchkenbaum S and Inglehart MR. General dentists and special needs patients: does dental education matter? *Journal of Dental Education* 2005; 69: 1107-1115.
6. Valparaíso FdOUd. Misión y visión, <https://facultadodontologia.uv.cl/index.php/facultad/mision-y-vision> (2020, accessed 08 Agosto 2020).
7. Jiménez Buñuales M, González Diego P and Martín Moreno JM. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista española de salud pública* 2002; 76: 271-279.
8. Association AP. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub, 2014.
9. Rosello-Miranda B, Berenguer-Forner C and Miranda-Casas A. Adaptive behaviour and learning in children with neurodevelopmental disorders (autism

spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder). Effects of executive functioning. *Revista de neurología* 2018; 66: S127-S132.

10. Dellavia C, Allievi C, Ottolina P, et al. Special care dentistry for people with intellectual disability in dental education: an Italian experience. *European Journal of Dental Education* 2009; 13: 218-222.

11. Abraham S, Yeroshalmi F, Margulis KS, et al. Attitude and willingness of pediatric dentists regarding dental care for children with developmental and intellectual disabilities. *Special Care in Dentistry* 2019; 39: 20-27.

12. Ruiz G. La teoría de la experiencia de John Dewey: significación histórica y vigencia en el debate teórico contemporáneo. *Foro de educación* 2013; 11: 103-124.

13. Salud OMDI. Discapacidades, <https://www.who.int/topics/disabilities/es/> (2020, accessed 07 Julio 2020).

14. (OMS) OMDIS. Discapacidad y Salud, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> (2018, accessed 08 Julio 2020).

15. Ramos Y. SENADIS-Resultados II Estudio Nacional de la Discapacidad. 2015: 61-90.

16. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub, 2013.

17. Morrison J. *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno, 2015.

18. González-Alonso MY and Matía Cubillo AC. [Characteristics of patients of the Cerebral Palsy Association]. *Semergen* 2018; 44: 557-561. 2018/10/07. DOI: 10.1016/j.semerg.2018.07.003.

19. Maenner MJ, Blumberg SJ, Kogan MD, et al. Prevalence of cerebral palsy and intellectual disability among children identified in two U.S. National Surveys, 2011–2013. *Annals of Epidemiology* 2016; 26: 222-226. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2016.01.001>.

20. García P D and San Martín P P. Caracterización sociodemográfica y clínica de la población atendida en el Instituto Teletón de Santiago. *Revista chilena de pediatría* 2015; 86: 161-167.

21. Reid SM, Meehan EM, Arnup SJ, et al. Intellectual disability in cerebral palsy: a population-based retrospective study. *Dev Med Child Neurol* 2018; 60: 687-694. 2018/04/19. DOI: 10.1111/dmcn.13773.
22. Agarwal Gupta N and Kabra M. Diagnosis and management of Down syndrome. *Indian J Pediatr* 2014; 81: 560-567. 2013/10/16. DOI: 10.1007/s12098-013-1249-7.
23. Vacca RA, Bawari S, Valenti D, et al. Down syndrome: Neurobiological alterations and therapeutic targets. *Neurosci Biobehav Rev* 2019; 98: 234-255. 2019/01/08. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.01.001.
24. Nazer H J and Cifuentes O L. Prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas en las maternidades chilenas participantes en el ECLAMC en el período 2001-2010. *Revista médica de Chile* 2014; 142: 1150-1156.
25. Martini J, Bidondo MP, Duarte S, et al. [Birth prevalence of Down syndrome in Argentina]. *Salud Colect* 2019; 15: e1863. 2019/08/01. DOI: 10.18294/sc.2019.1863.
26. Ferreira R, Michel RC, Gregghi SL, et al. Prevention and Periodontal Treatment in Down Syndrome Patients: A Systematic Review. *PLoS One* 2016; 11: e0158339. 2016/06/30. DOI: 10.1371/journal.pone.0158339.
27. Connolly MB. Dravet Syndrome: Diagnosis and Long-Term Course. *Can J Neurol Sci* 2016; 43 Suppl 3: S3-8. 2016/06/07. DOI: 10.1017/cjn.2016.243.
28. Anwar A, Saleem S, Patel UK, et al. Dravet Syndrome: An Overview. *Cureus* 2019; 11: e5006. 2019/09/10. DOI: 10.7759/cureus.5006.
29. Claes L, Del-Favero J, Ceulemans B, et al. De novo mutations in the sodium-channel gene SCN1A cause severe myoclonic epilepsy of infancy. *Am J Hum Genet* 2001; 68: 1327-1332. 2001/05/19. DOI: 10.1086/320609.
30. Brunklaus A, Ellis R, Reavey E, et al. Prognostic, clinical and demographic features in SCN1A mutation-positive Dravet syndrome. *Brain* 2012; 135: 2329-2336. 2012/06/22. DOI: 10.1093/brain/aws151.
31. Bayat A, Hjalgrim H and Møller RS. The incidence of SCN1A-related Dravet syndrome in Denmark is 1:22,000: a population-based study from 2004 to 2009. *Epilepsia* 2015; 56: e36-39. DOI: 10.1111/epi.12927.

32. Mesa JT, Troncoso M, Witting^o S, et al. Reporte en Chile de pacientes pediátricos con síndrome de Dravet y confirmación. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc/Volumen* 2014; 25: N3.
33. Aron W. C, Rauch L. G, Benavides G. F, et al. Síndrome de Rett: Análisis molecular del gen MECP2 en pacientes chilenas. *Revista chilena de pediatría* 2019; 90: 152-156.
34. Gold WA, Krishnarajy R, Ellaway C, et al. Rett Syndrome: A Genetic Update and Clinical Review Focusing on Comorbidities. *ACS Chem Neurosci* 2018; 9: 167-176. 2017/12/01. DOI: 10.1021/acschemneuro.7b00346.
35. Kyle SM, Vashi N and Justice MJ. Rett syndrome: a neurological disorder with metabolic components. *Open Biol* 2018; 8 2018/02/16. DOI: 10.1098/rsob.170216.
36. Fuertes-González MC, Silvestre FJ and Almerich-Silla JM. Oral findings in Rett syndrome: a systematic review of the dental literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16: e37-41. 2010/06/08. DOI: 10.4317/medoral.16.e37.
37. Magalhães MH, Kawamura JY and Araújo LC. General and oral characteristics in Rett syndrome. *Spec Care Dentist* 2002; 22: 147-150. 2002/11/27. DOI: 10.1111/j.1754-4505.2002.tb01179.x.
38. Angulo MA, Butler MG and Cataletto ME. Prader-Willi syndrome: a review of clinical, genetic, and endocrine findings. *J Endocrinol Invest* 2015; 38: 1249-1263. 2015/06/13. DOI: 10.1007/s40618-015-0312-9.
39. Salcedo-Arellano MJ, Hagerman RJ and Martínez-Cerdeño V. Fragile X syndrome: clinical presentation, pathology and treatment. *Gac Med Mex* 2020; 156: 60-66. 2020/02/07. DOI: 10.24875/gmm.19005275.
40. Hagerman RJ, Berry-Kravis E, Hazlett HC, et al. Fragile X syndrome. *Nat Rev Dis Primers* 2017; 3: 17065. 2017/09/30. DOI: 10.1038/nrdp.2017.65.
41. Hagerman PJ. The fragile X prevalence paradox. *J Med Genet* 2008; 45: 498-499. 2008/04/17. DOI: 10.1136/jmg.2008.059055.
42. Sabbagh-Haddad A, Haddad DS, Michel-Crosato E, et al. Fragile X syndrome: panoramic radiographic evaluation of dental anomalies, dental mineralization stage, and mandibular angle. *J Appl Oral Sci* 2016; 24: 518-523. 2016/11/05. DOI: 10.1590/1678-775720160170.

43. Wu YQ, Sutton VR, Nickerson E, et al. Delineation of the common critical region in Williams syndrome and clinical correlation of growth, heart defects, ethnicity, and parental origin. *Am J Med Genet* 1998; 78: 82-89. 1998/06/24. DOI: 10.1002/(sici)1096-8628(19980616)78:1<82::aid-ajmg17>3.0.co;2-k.
44. Kruszka P, Porras AR, de Souza DH, et al. Williams-Beuren syndrome in diverse populations. *Am J Med Genet A* 2018; 176: 1128-1136. 2018/04/24. DOI: 10.1002/ajmg.a.38672.
45. Royston R, Waite J and Howlin P. Williams syndrome: recent advances in our understanding of cognitive, social and psychological functioning. *Curr Opin Psychiatry* 2019; 32: 60-66. 2018/12/18. DOI: 10.1097/ycp.0000000000000477.
46. Wong D, Ramachandra SS and Singh AK. Dental management of patient with Williams Syndrome - A case report. *Contemp Clin Dent*. 2015, pp.418-420.
47. Khan NZ, Gallo LA, Arghir A, et al. Autism and the grand challenges in global mental health. *Autism Res* 2012; 5: 156-159. 2012/05/19. DOI: 10.1002/aur.1239.
48. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, et al. Autism spectrum disorder. *Lancet* 2018; 392: 508-520. 2018/08/07. DOI: 10.1016/s0140-6736(18)31129-2.
49. Prevalence of autism spectrum disorders--Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. *MMWR Surveill Summ* 2012; 61: 1-19. 2012/03/30.
50. Knopf A. Autism prevalence increases from 1 in 60 to 1 in 54: CDC. *The Brown University Child & Adolescent Psychopharmacology Update* 2020; 22: 6-7. DOI: 10.1002/cpu.30499.
51. Elmore JL, Bruhn AM and Bobzien JL. Interventions for the Reduction of Dental Anxiety and Corresponding Behavioral Deficits in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Dent Hyg* 2016; 90: 111-120. 2016/04/24.
52. Krause M, Vainio L, Zwetchkenbaum S, et al. Dental education about patients with special needs: a survey of U.S. and Canadian dental schools. *J Dent Educ* 2010; 74: 1179-1189. 2010/11/04.
53. Faulks D, Freedman L, Thompson S, et al. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *Eur J Dent Educ* 2012; 16: 195-201. 2012/10/12. DOI: 10.1111/j.1600-0579.2012.00736.x.

54. Giraldo-Zuluaga MC, Martínez-Delgado CM, Cardona-Gómez N, et al. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. *CES Odontología* 2017; 30: 23-36.
55. Smith CS, Ester TV and Inglehart MR. Dental education and care for underserved patients: an analysis of students' intentions and alumni behavior. *J Dent Educ* 2006; 70: 398-408. 2006/04/06.
56. Li LB, Williams SD and Scammon DL. Practicing with the urban underserved. A qualitative analysis of motivations, incentives, and disincentives. *Arch Fam Med* 1995; 4: 124-133; discussion 134. 1995/02/01. DOI: 10.1001/archfami.4.2.124.
57. Mofidi M, Konrad TR, Porterfield DS, et al. Provision of care to the underserved populations by National Health Service Corps alumni dentists. *J Public Health Dent* 2002; 62: 102-108. 2002/05/07. DOI: 10.1111/j.1752-7325.2002.tb03429.x.
58. Burtner AP and Dicks JL. Providing oral health care to individuals with severe disabilities residing in the community: alternative care delivery systems. *Spec Care Dentist* 1994; 14: 188-193. 1994/09/01.
59. Accreditation CoD. Accreditation standards for dental education programs. American Dental Association Chicago, 2016, p. 31.
60. Major N, McQuistan MR and Qian F. Changes in Dental Students' Attitudes About Treating Underserved Populations: A Longitudinal Study. *J Dent Educ* 2016; 80: 517-525. 2016/05/04.
61. Nunn J, Freeman R, Anderson E, et al. Inequalities in access to education and healthcare. *Eur J Dent Educ* 2008; 12 Suppl 1: 30-39. 2008/04/12. DOI: 10.1111/j.1600-0579.2007.00478.x.
62. Mouradian WE and Corbin SB. Addressing health disparities through dental-medical collaborations, part II. Cross-cutting themes in the care of special populations. *J Dent Educ* 2003; 67: 1320-1326. 2004/01/22.
63. Sullivan LW. *Missing persons: minorities in the health professions, a report of the Sullivan Commission on Diversity in the Healthcare Workforce*. 2004.
64. Erlingsson C and Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. *Afr J Emerg Med* 2017; 7: 93-99. 2017/09/01. DOI: 10.1016/j.afjem.2017.08.001.

65. San Martín Cantero D. Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista electrónica de investigación educativa* 2014; 16: 104-122.
66. Cohen L, Manion L and Morrison K. *Research methods in education*. routledge, 2013.
67. Inglehart MR, Schneider BK, Bauer PA, et al. Providing care for underserved patients: endodontic residents', faculty members', and endodontists' educational experiences and professional attitudes and behavior. *J Dent Educ* 2014; 78: 735-744. 2014/05/03.
68. Seale NS and Casamassimo PS. Access to dental care for children in the United States: a survey of general practitioners. *J Am Dent Assoc* 2003; 134: 1630-1640. 2004/01/15. DOI: 10.14219/jada.archive.2003.0110.
69. Schettini P and Cortazzo I. *Análisis de datos cualitativos en la investigación social*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP), 2015.
70. Barrios SB and Pérez MP. Elementos a considerar por el docente clínico en odontología para la elaboración de estrategias de enseñanza clínica. *Ciencia odontológica* 2012; 9: 112-122.
71. Ahmad MS, Razak IA and Borromeo GL. Special needs dentistry: perception, attitudes and educational experience of Malaysian dental students. *Eur J Dent Educ* 2015; 19: 44-52. 2014/05/02. DOI: 10.1111/eje.12101.
72. Henzi D, Davis E, Jasinevicius R, et al. North American dental students' perspectives about their clinical education. *J Dent Educ* 2006; 70: 361-377. 2006/04/06.
73. Wolff AJ, Waldman HB, Milano M, et al. Dental students' experiences with and attitudes toward people with mental retardation. *The Journal of the American Dental Association* 2004; 135: 353-357.
74. Casamassimo PS, Seale NS and Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *J Dent Educ* 2004; 68: 23-28. 2004/02/06.

75. Jovanovic S, Milovanovic SD, Gajic I, et al. Oral health status of psychiatric in-patients in Serbia and implications for their dental care. *Croat Med J* 2010; 51: 443-450. 2010/10/21. DOI: 10.3325/cmj.2010.51.443.
76. Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc* 2012; 143: 838-846. 2012/08/03. DOI: 10.14219/jada.archive.2012.0288.
77. Loeppky WP and Sigal MJ. Patients with special health care needs in general and pediatric dental practices in Ontario. *J Can Dent Assoc* 2006; 72: 915. 2006/12/26.
78. Rajan S, Kuriakose S, Varghese BJ, et al. Knowledge, Attitude, and Practices of Dental Practitioners in Thiruvananthapuram on Oral Health Care for Children with Special Needs. *Int J Clin Pediatr Dent* 2019; 12: 251-254. 2019/12/24. DOI: 10.5005/jp-journals-10005-1631.

ANEXOS

Anexo Consentimiento informado

"Experiencia personal de estudiantes de Odontología de quinto y sexto año en la atención de pacientes con discapacidad intelectual"

Consentimiento informado (electrónico)

Este estudio titulado **"Experiencia personal de los estudiantes de Odontología de quinto y sexto en la atención de pacientes con discapacidad intelectual"** corresponde a un trabajo de tesis, el cual tiene como investigadores principales son Dra. Sabina Hernández y Dr. Jaime Segovia, junto a los alumnos tesistas Belfor Arias y Natalia Riveros.

Usted ha sido elegido y contactado electrónicamente con el fin de completar una entrevista semiestructurada, cuyo objetivo es conocer su experiencia personal acerca de su atención de pacientes con discapacidad intelectual durante su durante su quinto y/o sexto año pregrado.

Esta entrevista será registrada mediante una grabadora de voz digital cuyas grabaciones serán transcritas a un documento de Microsoft Word para su posterior análisis. La información que entregue en la entrevista será confidencial, sus datos serán anonimizados y solo los investigadores ya nombrados tendrán acceso a éstos, no existiendo riesgo alguno para usted.

Su participación es completamente voluntaria, usted tiene derecho a manifestar cualquier duda al equipo investigador en cualquier momento y retirarse de la entrevista cuando lo desee; el desistir no tendrá perjuicio alguno para usted.

Su participación no compromete ningún riesgo psicológico o económico para usted, la información que usted nos provea será únicamente para fines investigativos. Cualquier costo de materiales utilizados será asumido por el grupo investigador, además no recibirá pagos por su participación.

Los resultados de la investigación podrían ser divulgados en publicaciones científicas y/o académicas como también ser utilizados en futuras investigaciones

como referencia. Esto, preservando la identidad de todos los participantes del estudio.

Evaluación Comité Bioética y contacto: Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité Ético Científico de Proyectos Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a uno de sus integrantes a su secretaria, Profa. Claudia Cañete Hernández, al teléfono +56 32-2508500, o a través del mail institucional tesis.odontologia@uv.cl

Se le solicitará su nombre y apellidos, además de un correo electrónico con el fin de obtener un registro de su consentimiento informado para participar en esta investigación.

En caso de duda y cualquier información que usted requiera puede entrar en contacto con los investigadores:

Belfor Arias: Belfor.arias@alumnos.uv.cl

Natalia Riveros: Natalia.Riveros@alumnos.uv.cl

Dirección de correo electrónico

Nombre, Apellidos

Tras todo lo explicado, Yo, en calidad de participante declaro haber leído y entendido todo lo antes descrito y libremente decidido participar en este estudio, a través de seleccionar la opción Si

- Si
- No

Anexo Pauta entrevista

Atención de pacientes con Discapacidad Intelectual (DI)

Entrevista N.º: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del entrevistado: _____

Hora de inicio de entrevista: _____

Hora de término de entrevista: _____

| Dimensiones y Conceptos | Preguntas Orientadoras | Check |
|---|--|-------|
| Identificación y Contexto Identificación del Participante | 1. ¿Qué año de la carrera está cursando? 2. ¿Ha atendido pacientes con DI? | |
| Conocimientos Teóricos y Clínicos Preparación Teórica y Práctica Políticas Públicas Proyecto Educativo UV | 1. ¿En qué contexto clínico tuvo que atender un paciente con DI? ¿Qué acciones clínicas realizó? 2. ¿Cómo sintió la preparación -de la universidad- para atender pacientes con DI? (hubo preparación?) 3. ¿Cómo considera que es la atención de pacientes con DI en nuestro país y en nuestra Facultad? 4. ¿Considera si es una prioridad en la formación de un odontólogo? ¿Es una prioridad de atención país? 5. En comparación a un paciente sin DI ¿Cuál es tu percepción del daño bucal de estos pacientes? | |
| Experiencia Clínica Experiencia de Atención Clínica Barreras y Facilitadores Cambio en percepciones | 1. ¿Cómo fue su experiencia al atender pacientes con DI? ¿Cómo se sintió durante la atención? 2. ¿Qué opina de su manejo con pacientes con DI? 3. ¿Cuáles fueron las principales dificultades? 4. ¿Qué aspectos rescata de esta experiencia? 5. ¿Cómo fue el proceso evaluativo del paciente? ¿Debe presentar caso, alta? ¿Vale para el programa? 6. ¿La estructura de la asignatura favorece o dificulta la atención a pacientes con DI? ¿Por qué? | |
| Redes de Apoyo Rol de los Cuidadores | 1. ¿Hubo participación de los padres/cuidadores/tutores del paciente? En el caso de ser así ¿Cómo se sintió usted con respecto a la participación de ellos? | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Rol de los Docentes</p> <p>Rol de la Infraestructura Física</p> <p>Especialidad en Cuidados Especiales</p> | <ol style="list-style-type: none"> 2. <i>¿Cómo consideró el apoyo de sus docentes y ayudantes durante la atención? ¿Cómo se sintió con aquello?</i> 3. <i>¿Cómo considera la formación universitaria respecto a las herramientas para atender pacientes con DI? ¿Qué cosas le gustaría cambiar?</i> 4. <i>¿Cómo piensa que son los profesionales de la Facultad de Odontología para la atención pacientes con DI? ¿Por qué?</i> 5. <i>¿Cómo piensa que es la infraestructura de la Facultad de Odontología para la atención pacientes con DI? ¿Por qué?</i> 6. <i>Según su opinión, ¿Quién debería atender a los pacientes con DI? ¿Considera si la atención de estos pacientes es competencia del odontólogo general, o es parte de una especialidad específica?</i> | |
| <p>Proyección al Futuro</p> <p>Disposición a futuras oportunidades de atención</p> <p>Expectativas de futuros estudios en el tema</p> <p>Cambio de paradigmas</p> <p>DDHH y Salud</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Desde su experiencia ¿Cuál es su disposición a atender pacientes con DI en su práctica de pregrado y laboral? ¿Por qué?</i> 2. <i>¿Se dedicaría a la atención de pacientes con DI? ¿Haría algún curso de perfeccionamiento?</i> 3. <i>¿Qué podría decirle a una persona que aún no ha tratado pacientes con DI?</i> 4. <i>¿Cómo cambia su percepción de estas personas tras atender a un paciente con DI?</i> 5. <i>Tras haber vivido esta experiencia ¿Ha cambiado su forma de mirar y atender a pacientes? ¿Por qué?</i> 6. <i>¿Qué opina sobre la atención y derechos en salud de una persona con DI?</i> | |
| <p>Otros</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Existe algún tema que crea que faltó abarcar en esta entrevista? ¿Cuál?</i> | |

Carta de Aprobación proyecto comité de ética

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

Valparaíso, 01 de abril de 2020

Sr.
Prof. Dra. Sabina Hernández
Ovalle Presente

De nuestra consideración:

Se realizó la evaluación de su Proyecto de Investigación titulado “Experiencia personal de estudiantes de Odontología de quinto y sexto año en la atención de pacientes con discapacidad intelectual.”, bajo el código PREG-09-19, no encontrándose reparos desde el punto de vista metodológico ni bioético. En consecuencia, se aprueba la ejecución de su proyecto.

Atentamente,



Prof. Dr. Ricardo Moreno Silva

Presidente Comité de Revisión Proyectos de Investigación Facultad de Odontología