

Factores determinantes para la atención clínica odontológica de pacientes con discapacidad

Alejandra Cataño Valderrama 1
 Nathaly Álvarez Arredondo 2
 Daniela Rendón Figueroa 3
 Clara Isabel Larrea Mejía 4
 Angie Paola Arce Osorio 5
 Leidys Helena Rivera Quiroz 6

Determining factors for
 the clinical dental care of
 patients with disabilities

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores, inherentes a la práctica clínica, que determinan la atención odontológica de pacientes con discapacidad. **Métodos:** realización de estudio descriptivo, de alcance explicativo, cuantitativo y corte transversal; aplicación de encuesta dirigida a odontólogos que ejercen como profesionales independientes, con la cual se midieron variables de caracterización, conocimientos, habilidades, percepción, infraestructura y atención del paciente con discapacidad. También, se desarrolló un análisis descriptivo, correlacional y multivariado. **Resultados:** no todos los odontólogos recibieron formación para la atención clínica de personas con discapacidad; algunos conocen los métodos de comunicación alternativa y aumentativa y, de estos, una mayoría representativa no los sabe manejar. Sobre la infraestructura, se identificó que esta cumple parcialmente con la normatividad y que la mayoría de los profesionales se sienten medianamente preparados para llevar a cabo esta atención, por lo que el 67,3% (99) afirmó atender esta población con sus protocolos clínicos habituales, pero, el 83,7% (123) manifestó brindar la atención solo en casos de urgencia odontológica. Los factores que determinan la atención del paciente con discapacidad están relacionados con la cantidad de pacientes asistentes, las experiencias negativas previas, las habilidades en el manejo de la consulta, la sensación de preparación y los años de experiencia clínica. **Conclusiones:** las experiencias negativas previas en la práctica clínica con pacientes con discapacidad son determinantes; para su disminución se sugiere la urgente implementación de técnicas comunicativas, la adecuación de infraestructura y el desarrollo de habilidades para la atención integral e inclusiva.

Palabras clave: paciente con discapacidad; práctica odontológica; atención inclusiva; factores determinantes de la atención en salud; infraestructura sanitaria.

ABSTRACT

Objective: Identify the factors that establish dental clinic care for patients with disabilities, that are inherent to the professional and to the clinical practice. **Methods:** A descriptive study of explanatory quantitative cross-cutting score was done. It was applied to dentists that worked independently where characterization variables, abilities, perception, infrastructure were measured, and attention to the patient in a situation of disability. A descriptive, correlational, multivariate analysis. **Results:** Only some dentists received the I information for the clinic care of patients in a situation of disability. Only some of them know the methods of alternative and augmentative communication and most of them don't know how to work with them. The infrastructure partially complies with the regulations and most of the professionals feel moderately prepared, so 67,3%(99) attend those patients in their usual clinical practice, but 83,7%(123) would attend them only in an emergency case. The factors that establish dental clinic care for patients with disabilities are related with the quantity of patients in a situation of disability, the previous, negative experiences, management skills in the consult, preparation sensation and the years of clinical experience. **Conclusions:** The previous negative experiences in the clinical practice with patients in a situation of disability are the most important factor for the dental clinic care for patients with disabilities, these experiences should decrease a from implementation of communication techniques, infrastructure adjustments and the development of abilities for the comprehensive and inclusive attention.

Key words: disabled patient; dental practice; inclusive care; determining factors of health care; health infrastructure.

1. Odontóloga. Institución Universitaria Visión de las Américas, Colombia.

Contacto: alejandra.catano@uam.edu.co

ID <https://orcid.org/0000-0002-6914-979X>

2. Odontóloga. Institución Universitaria Visión de las Américas, Colombia.

Contacto: nathaly.alvarez@uam.edu.co

ID <https://orcid.org/0000-0001-7023-3852>

3. Odontóloga. Institución Universitaria Visión de las Américas, Colombia.

Contacto: daniela.rendon@uam.edu.co

ID <https://orcid.org/0000-0002-9958-6712>

4. Odontóloga. Institución Universitaria Visión de las Américas, Colombia.

Contacto: clara.larrea@uam.edu.co

ID <https://orcid.org/0000-0002-2820-1424>

5. Odontóloga. Institución Universitaria Visión de las Américas, Colombia.

Contacto: angie.arce@uam.edu.co

ID <https://orcid.org/0000-0002-5557-3258>

6. Odontóloga. Especialista en pedagogía y docencia. Docente investigadora, Facultad de Odontología, Institución Universitaria Visión de las Américas, Colombia.

Contacto: leidys.rivera@uam.edu.co

ID <https://orcid.org/0000-0003-1926-2521>

CITACIÓN SUGERIDA

Cataño Valderrama A, Álvarez Arredondo N, Rendón Figueroa D, Larrea Mejía CI, Arce Osorio AP, Rivera Quiroz LH. Factores determinantes para la atención clínica odontológica de pacientes con discapacidad. *Acta Odontol. Col.* 2020; 10 (2): 52 - 67. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontol/article/view/83726>

doi <https://doi.org/10.15446/aoc.v10n2.83726>

Recibido	Aprobado
26/11/2019	31/03/2020
Publicado	
15/07/2020	



Introducción

La discapacidad se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS), (1) como un término general que abarca las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación que una persona pueda tener. Las personas con discapacidad (PCD) son consideradas una población vulnerable debido a que, además de enfrentar condiciones específicas en su fisiología, enfrentan obstáculos políticos, legislativos, actitudes negativas, creencias y prejuicios, traducidos como discriminación, los cuales afectan su vida, interacción social y, por ende, su salud, aquella que se comprende integralmente como física, social y mental (2).

En el contexto colombiano, el sistema de salud presenta múltiples barreras de acceso a la población en general. Sin embargo, para la población con discapacidad estas barreras se magnifican desde la atención, financiación, accesibilidad, continuidad y participación, hasta la falta de acceso a datos rigurosos y pruebas objetivas sobre la disponibilidad de programas que permiten garantizar sus derechos (2).

Según cifras del Banco Mundial, para el 2019 en el mundo existían más de 1000 millones de personas con alguna discapacidad (3). En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), hay 3'065.361 de PCD (7,1% de la población nacional para noviembre de 2019) (4), aunque solo 1'521.114 personas se encuentran en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). Por su parte, en Antioquia están registradas 177,992 personas, según la Sala Situacional de las Personas con Discapacidad del 2018. Aunque, se estima que la cifra es mayor debido al subregistro; por ejemplo, para el año 2016 en el Área Metropolitana, 88.561 personas de la población padecía algún tipo de discapacidad, cifra que no ha sido actualizada (5).

A partir de la revisión de estudios sobre el manejo de la salud bucal en personas con discapacidad se encontró que estos pacientes padecen una inadecuada higiene bucal y enfermedades bucales asociadas (entre las que se encuentran caries, enfermedad periodontal, edentulismo). A esto se suma la limitación en la atención odontológica debido a que la capacitación y la intención de atenderlos por parte de los odontólogos es insuficiente o nula, consecuencia derivada de la insuficiencia de programas que cubran de manera completa la formación del profesional en este ámbito (6,7,8). Asimismo, se identificó que la infraestructura de los sitios de trabajo es inadecuada y que la prestación equitativa y humana de los servicios no está presta para esta población.

En relación con las anteriores observaciones, es preciso aludir a que la odontología, como disciplina de la salud, debe reconocer los retos que implica la atención de esta población. Estos abarcan desde la infraestructura (9), ya que se requieren condiciones arquitectónicas y equipos especiales; la formación profesional, en tanto es esencial la profundización de conocimientos sólidos para la identificación de patologías y tratamientos oportunos, hasta el desarrollo de estrategias comunicativas para mejorar la atención, la educación en higiene bucal y la implementación de protocolos de acción y medios de apoyo. La activación de estas variables permitirá a los profesionales asumir la dificultad que genera la llegada de un paciente con discapacidad en la rutina de un consultorio y brindar una atención especializada (10).

Adicionalmente, la odontología como ciencia, cuyo objetivo es cuidar la salud bucal de las personas, debe empezar a entender el mecanismo de padecimiento de enfermedades bucales en estos pacientes y preguntarse si tal vez es la profesión la que limita la atención preventiva y por ello, la consulta es tardía al estar ya la patología instaurada. Así, aunque existen factores que retrasan la consulta oportuna, los odontólogos deben empoderarse y perder el temor e incluir al paciente con discapacidad dentro de sus consultas.

A partir de los análisis previos, la presente investigación presenta la hipótesis de que la atención clínica odontológica está determinada por factores inherentes al odontólogo y su práctica profesional. Su objetivo es identificar los factores que la facilitan o condicionan, con el propósito de aportar a la generación de procesos cognitivos y destrezas para la atención, a través de una estrategia educativa que fortalezca la atención clínica integral.

Métodos

Tipo de estudio

El estudio realizado es de corte descriptivo y alcance explicativo, con enfoque cuantitativo de corte transversal. La población estudiada estuvo conformada por prestadores de servicios odontológicos independientes, que laboran bajo la modalidad de consulta externa privada en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

Muestra

Para establecer la muestra, se realizó un cálculo probabilístico y un muestreo por criterios, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 8%; para una muestra total de 147 odontólogos. Los criterios de inclusión para la selección de la muestra fueron: odontólogos generales, especialistas e independientes, que laboraran en el Área Metropolitana, departamento de Antioquia, y estuvieran inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Instrumentos de recolección de información

Se diseñó un instrumento tipo encuesta virtual, que luego fue sometido a validación de contenido por medio del método Delphi y un panel de expertos, conformado por dos psicólogos y dos odontólogos. La prueba piloto fue desarrollada con el 10% de la muestra total que permitió realizar una evaluación de la claridad del constructo. Posteriormente, se aplicó el instrumento a los odontólogos que cumplieron los criterios de inclusión. Se midieron variables de caracterización, conocimientos, habilidades, infraestructura y percepción sobre la atención y práctica clínica con el PCD. Los odontólogos participantes fueron contactados vía correo electrónico, tanto para brindarles información sobre la investigación, como para compartirles la retroalimentación posterior al análisis de los datos. La encuesta se diseñó usando la plataforma Google Formularios, que permitió el almacenamiento de los datos de forma virtual y en orden de respuesta, la monitoriza-

ción del número de respuestas, la consolidación de una base de datos automática y sobre todo, el análisis de la información.

Análisis de datos

Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico PRISM® (versión 6,07 con licencia de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas). Se realizaron los siguientes análisis: uno descriptivo, por medio de distribución de frecuencias, y un segundo de tipo inferencial, posterior a una prueba de distribución muestral, a través del coeficiente de correlación Phi(ϕ) para tablas de contingencia 2x2 y el coeficiente V de Cramer (C) para tablas de contingencia 3x3. Los análisis se realizaron así debido a la distribución no normal de las variables, el nivel de medición nominal, su naturaleza categórica y la presencia de un análisis multivariado, de tipo regresión logística binaria.

Consideraciones éticas

Para obtener la autorización de los participantes, se diseñó un consentimiento informado que permitió verificar la aceptación de la participación en la investigación, además de una política de protección de datos personales. De acuerdo con la Resolución 8430 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, este estudio se cataloga como uno de riesgo mínimo, característica con la que obtuvo el aval del Comité de Ética Institucional de la Institución Universitaria Visión de las Américas (el 14 de diciembre de 2018). Durante la ejecución de la investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos enmarcados en dicha resolución.

Resultados

Caracterización de la población participante

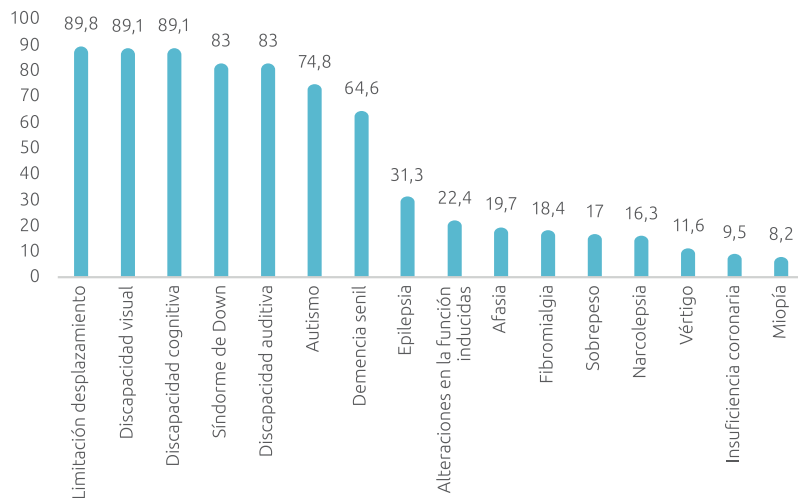
Teniendo en cuenta que la muestra total fue de 147 odontólogos, para la caracterización se tuvieron en cuenta las variables de sexo, grado de formación, lugar de trabajo y años de experiencia clínica. Así, de los participantes el 60,5% (89) fueron mujeres y el 39,5% (58) hombres; el 59,2% (87) afirmó desempeñarse como odontólogos generales y el 40,8% (60) como especialistas. En cuanto al lugar de trabajo, el 63,9% (94) labora en Medellín y el 36,1% (53) restante está distribuido en los diferentes municipios que conforman el Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Con respecto a la experiencia clínica, el 28,6% (42) tiene entre 1 y 3 años de experiencia, el 19,7% (29) entre 4 y 7 años, el 18,4% (27) entre 8 y 11 años, el 10,9% (16) de 12 a 15 años y el 22,4% (33) más de 15 años.

Conocimientos y habilidades frente a la atención del paciente con discapacidad

El 52,4% (77) de los participantes afirmó haber recibido educación para el manejo de PCD durante su formación profesional. De estos, el 42,9% (63) la recibió durante el pregrado, el 7,5% (11) en el posgrado y el 3,4% (5) por medio de educación continua. Como resul-

tado, el 95,2% (140) reconoce qué es una discapacidad y el 40,8% (60) considera que tal vez tiene los conocimientos para la atención. Así, solo el 37,4% (55) afirma tener los conocimientos; no obstante, ante una urgencia odontológica, el 83,7% (123) manifiesta que atendería al paciente.

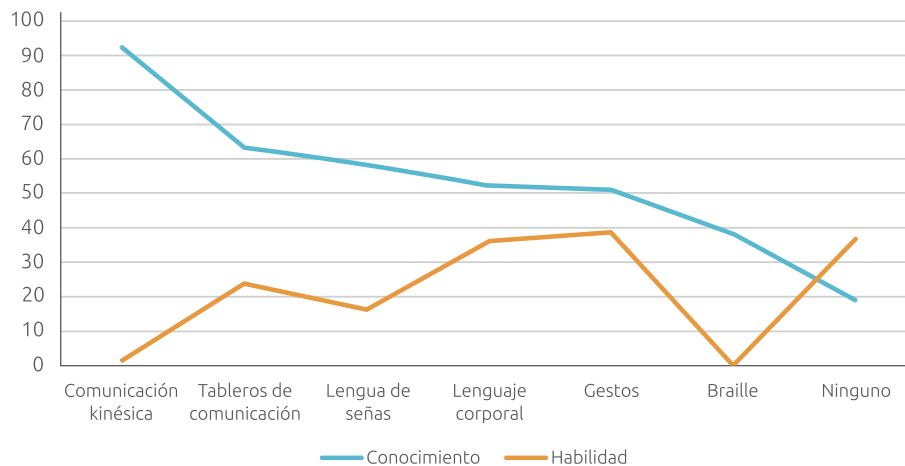
Gráfico 1. Identificación de situaciones de discapacidad



Fuente: elaboración propia.

Respecto a las variables de tiempo y momentos en los que debería suceder la consulta, el 49,0% (72) considera que el tiempo de duración de la consulta depende del tratamiento, el 19,0% (28) estima que debe durar 20 minutos, el 15,0% (22) 30 minutos, el 13,6% (20) no sabe cuánto debe durar y el 3,4% (5) dice que debe durar 1 hora. En cuanto al momento de consulta, el 64,6% (95) considera que la atención debe ser en la mañana, el 19,0% (28) no sabe, el 15,0% (22) a cualquier hora, el 0,7% (1) al medio día y el 0,7% (1) en la tarde.

**Gráfico 2. Comunicación alternativa y aumentativa.
Conocer los métodos no equivale a dominarlos**



Fuente: elaboración propia

Percepción del odontólogo sobre la atención del paciente con discapacidad

El estudio de la percepción del profesional permitió identificar que el 62,6% (92) estima que las personas con discapacidad tienen oportunidades limitadas para la atención odontológica. Esto debido a que se reconocen las siguientes dificultades en la atención: el 25,9% (38) considera como mayor dificultad el comportamiento del paciente, el 23,1% (34) la infraestructura, el 21,1% (31) la comunicación, el 20,4% (30) la realización de procedimientos (determinada por el uso del sillón odontológico y la comodidad), el 6,1% (9) el lenguaje inclusivo y el 3,5% (5) el conocimiento del profesional. En definitiva, para este apartado, en una escala de 1 a 5, el 4,1% (6) de los encuestados considera que no se siente preparado para atender pacientes con discapacidad, el 15,6% (23) se siente pobremente preparado, el 45,6% (67) medianamente preparados, el 24,5% (36) preparado y el 10,2% (15) afirma sentirse muy preparado.

Infraestructura para la atención del paciente con discapacidad

El estudio permitió establecer que el 38,8% (57) de los participantes tiene un consultorio o lugar de trabajo ubicado en el primer piso, el 28,6% (42) en el segundo piso, el 8,8% (13) en el tercer piso y el 30,1% (35) en un piso superior al tercero. Así pues, el 60,5% (89) afirma tener la infraestructura adecuada. Puntualmente, el 42,9% (63) manifiesta contar con ascensor, el 42,2% (62) con barra de apoyo al interior del baño, el 32,0% (47) y rampa de acceso, el 30,6% (45) con pisos antideslizantes y el 21,1% (31) con parqueadero apto para personas con condiciones especiales. Con una representatividad menor, el 16,3% (24) afirma que en su lugar de trabajo las puertas abren hacia afuera, el 15,6% (23) manifiesta que las instalaciones cuentan con pendiente en la vía peatonal para el acceso y el 13,6% (20) reconoce tener señalización con texto de alto relieve.

Con relación al símbolo internacional de acceso, el 49,0% (72) manifiesta no tener el símbolo en ningún lugar; el 23,1% (34) afirma hacer uso de este en la unidad sanitaria, el 16,3% (24) dice que lo tiene en la puerta principal de ingreso, el 14,3% (21) en el ascensor, el 12,9% (19) en la sala de espera, el 12,9% (19) en la rampa, el 8,8% (13) en la entrada a la unidad odontológica y el 8,2% (12) en el área de circulación. El uso de la señalización en el consultorio odontológico además de ser una medida inclusiva permite al paciente una orientación espacial que le brinda seguridad, comodidad e independencia; el no tenerla disponible se considera una falta a la normatividad de habilitación para la prestación de servicios de salud.

Práctica clínica de los odontólogos con pacientes con discapacidad

Respecto a variables relacionadas con el equipo de trabajo, la interacción con el paciente y la capacidad de atención; respuestas y situaciones que rodean la práctica clínica odontológica, se reportan los siguientes hallazgos:

- a. El 67,3% (99) reconoce atender pacientes con discapacidad; el 2,0% (3) no sabe si atiende y el 30,6% (45) no atiende. Sin embargo, en caso de no poder atenderlos o no saber cómo hacerlo, el 57,1% (84) sabe dónde remitirlos.

- b. Con respecto a la cantidad de PCD atendidas, el 32,0% (47) afirma no atender ningún paciente con discapacidad al mes, el 29,9% (44) un paciente, el 19,7% (29) dos pacientes, el 11,6% (17) tres pacientes, el 2,7% (4) cuatro pacientes y el 4,1% (6) cinco pacientes o más.
- c. En el equipo de trabajo que presta la atención, el 75,5% (111) dice que lo complementa el auxiliar, 42,9% (63) los especialistas, el 29,3% (43) los higienistas, el 9,5% (14) el médico y el 5,4% (8) la enfermera.
- d. El 34,0% (50) indica que la discapacidad más común que llega a su consulta es la limitación en el desplazamiento, el 27,9% (41) manifiesta que síndrome de Down, el 10,9% (16) afirma que es la discapacidad cognitiva, el 6,1% (9) la discapacidad auditiva, el 1,4% (2) la discapacidad visual y el 2,7% (4) comenta que es el autismo.
- e. Para responder a la atención, el 70,7% (104) de los profesionales utiliza estrategias visuales, el 51,7% (76) estrategias manuales, el 21,2% (31) estrategias auditivas y el 19,7% (29) estrategias recreativas.
- f. Frente a la interacción durante la atención, el 85,8% (126) reconoce que permite al paciente ingresar con su acompañante. Así, cuando va a dar alguna información o a preguntar, el 74,1% (109) se dirige a la persona y a su acompañante, el 6,1% (9) a su acompañante y el 2,0% (3) solo a las PCD.
- g. Respecto a los motivos de consulta más frecuentes, el 53,1% (78) identifica problemas derivados de caries, el 35,4% (52) enfermedad periodontal, el 30,6% (45) dolor; el 28,6% (42) expresa que las consultas son por higiene oral, el 27,9% (41) revisión general, el 17,0% (25) rehabilitación oral, el 11,6% (17) aparatología y el 11,6% (17) por trauma dentoalveolar. El 76,2% (112) de los profesionales no tiene un consentimiento informado específico para la atención a PCD.
- h. Sobre las experiencias negativas en atención, el 21,2% (31) indica haberlas tenido. Entre estas destacan: expresiones de violencia física, dificultad en la comunicación con el paciente, comportamiento agresivo, mordeduras, rechazo al tratamiento e irritabilidad de los acompañantes por el no acceso a tratamientos propuestos por ellos o no acordes con el paciente y, por no saber cómo acomodar la unidad odontológica.
- i. Acerca de las recomendaciones posteriores a la atención, el 45,6% (67) menciona que recomienda el control odontológico cada 3 meses, el 23,8% (35) cada 6 meses, el 19,0% (28) que no atiende no sabe cada cuánto recomendar control, el 8,8% (13) lo propone cada mes y el 2,7% (4) cada año.

Factores que determinan la atención odontológica del paciente con discapacidad

Por medio de un análisis bivariado se analizó el nivel de covarianza entre atender pacientes con discapacidad y las demás variables del estudio. Esto con el fin de encontrar la fuerza de concordancia y significancia estadística para identificar las variables que estaban relacionadas con mayor fortaleza y someterlas a un análisis multivariado, y con ello lograr identificar los factores determinantes en la atención de pacientes con discapacidad por parte del odontólogo (Tabla 1).

Tabla 1. Correlación de las variables según coeficiente de correlación Phi o V de Cramer

Variables*	Coefficiente de correlación	Valor	Fuerza de concordancia	Sig.
Nivel educativo para responder al manejo del paciente.	Phi	0,754	Muy fuerte	0,000
Cantidad de pacientes que llegan a la consulta.	V de Cramer	0,669	Relativamente intensa	0,000
Experiencias negativas en la atención.	V de Cramer	0,653	Relativamente intensa	0,000
Comunicación con el paciente o su acompañante.	V de Cramer	0,645	Relativamente intensa	0,000
Frecuencia del control odontológico recomendado.	V de Cramer	0,624	Relativamente intensa	0,000
Tenencia de consentimiento informado.	V de Cramer	0,603	Relativamente intensa	0,000
Utilización de estrategias de comunicación.	Phi	0,573	Significativa	0,000
Ingreso del acompañante a la consulta.	V de Cramer	0,552	Significativa	0,000
Personal que conforma el equipo para la atención.	V de Cramer	0,536	Significativa	0,000
Reconocimiento del saber cómo atender a los pacientes.	V de Cramer	0,435	Significativa	0,000
Percepción de nivel de preparación para la atención.	V de Cramer	0,431	Significativa	0,000
Motivos de consulta más frecuente.	Phi	0,392	Significativa	0,000
Existencia de conocimientos sobre a dónde remitir el paciente si no puede o no sabe atenderlo.	Phi	0,364	Significativa	0,000
Atención al paciente en caso de una urgencia.	V de Cramer	0,345	Significativa	0,000
Infraestructura adecuada para la atención.	V de Cramer	0,339	Significativa	0,000
Tiempo de experiencia en la práctica clínica.	V de Cramer	0,311	Significativa	0,007

Conocimiento de las técnicas de comunicación alternativa y aumentativa.	Phi	0,296	Baja	0,000
Aptitudes para el manejo de técnicas de comunicación alternativa y aumentativa.	Phi	0,266	Baja	0,001
Predominio de situación de discapacidad en las consultas.	Phi	0,216	Baja	0,009
Conocimiento sobre el tiempo de duración de la consulta.	Phi	0,211	Baja	0,011
Clasificación, entre el odontólogo general o especialista.	Phi	0,165	Baja	0,045

*Todas las variables relacionadas se refieren al paciente con discapacidad y están organizadas en orden descendente por fuerza de concordancia.

Fuente: elaboración propia.

Las variables que tuvieron una fuerza de concordancia superior a la significativa en el análisis de asociación se ingresaron en el modelo de regresión logística (Tablas 2 y 3).

Tabla 2. Bondad del modelo

Pruebas ómnibus de coeficientes de modelo		R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke	Clasificación. Porcentaje global
Chi-cuadrado	Sig.			
122,004	0,000	0,564	0,786	94,6

Fuente: elaboración propia.

El modelo es significativo en la medida que explica entre el 0,564 y el 0,786 de la variable dependiente y se clasifican correctamente el 94,6% de los casos; en razón de esto, se aceptó el modelo.

Tabla 3. Relación de las variables independientes con la variable dependiente*

Variables en la ecuación	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Cantidad de pacientes atendidos con discapacidad.	0,305	0,028	1,357	1,034	1,780
Experiencias negativas durante la atención.	-2,826	0,002	16,878	2,710	105,100
Interacción con el paciente y al acompañante al hablar.	2,865	0,001	1,754	1,011	3,344
Frecuencia del control odontológico recomendado	1,101	0,005	3,008	1,384	6,537

Utilización de estrategias visuales durante la atención.	2,712	0,002	15,054	2,758	82,170
Percepción respecto a la preparación para la atención del paciente.	1,289	0,005	3,623	1,488	8,849
Atención al paciente en caso de urgencia.	1,217	0,009	3,376	1,349	8,453
Tiempo de experiencia en la práctica clínica odontológica.	-0,576	0,013	1,779	1,127	2,808

*Variable dependiente: ¿Atiende pacientes con discapacidad?
Valor de referencia: respuesta afirmativa.

Fuente: elaboración propia.

Las variables incluidas en el modelo explican el evento de la atención odontológica al PCD.

De acuerdo con los datos analizados los odontólogos que atienden PCD son los que mayor cantidad de pacientes han atendido, saben que deben dirigirse al paciente y al acompañante en caso de estar presente y que la frecuencia de citas para control debe ser cada 3 meses. En ese sentido, utilizan estrategias visuales para la atención, brindan atención en caso de presentarse una urgencia odontológica, han tenido menos experiencias negativas y tienen menos años de experiencia en la práctica clínica odontológica. En resumen, de todas las variables seleccionadas aquí, aquella que tiene una mayor fortaleza para explicar el evento de atender pacientes con discapacidad es la relacionada con experiencias negativas durante la atención (mayor exponencial de $b - \text{Exp}(b)$).

Discusión

La atención de pacientes con discapacidad es un tema analizado desde una visión crítica y legislativa, en la que se enfatiza en la inclusión social, la participación, la accesibilidad y la no discriminación, principalmente en espacios públicos, sectores políticos, eventos sociales, espacios de educación y de atención en salud. Esta atención está mayormente centrada en el sector público y el acceso a zonas hospitalarias; sin embargo, la práctica clínica bajo la modalidad de consulta externa privada, debido a la no obligatoriedad del cumplimiento de normas de accesibilidad del paciente con discapacidad, puede restringir la prestación del servicio.

Debido a la evidencia sobre las enfermedades bucales manifestadas en la población con discapacidad, se reconoce el rol del odontólogo como parte fundamental de la atención en salud a estos pacientes. Empero, solo la mitad de los odontólogos encuestados (52,4%) manifestaron haber recibido educación durante la formación profesional para el manejo de PCD, principalmente en el pregrado, por lo que se considera la falta de conocimiento del profesional como una dificultad para la atención. En correspondencia con esta situación, en una investigación realizada en Santiago de Chile, (11), en 2019, se evidenció que el problema de acceso a los servicios sanitarios se debe a la falta de disponibilidad de personal sanitario especializado, lo que a su vez se debe, en parte, a la ausencia de formación

dentro de sus programas de estudios. Así, para Dao et al. (12) es crucial revisar los planes de estudios odontológicos y proporcionar más educación didáctica y clínica sobre el tratamiento de pacientes con necesidades especiales; esto puede garantizar al paciente una atención oportuna.

Además de la formación, el odontólogo debe sentirse preparado para la atención de PCD. En este estudio, la mayoría se siente entre pobremente preparado y medianamente preparados (61,2%). Este resultado es similar a un estudio realizado en Venezuela, donde el 43% de 149 odontólogos respondió no tener confianza para brindar tratamiento a niños con necesidades especiales (13).

Con respecto a la atención de pacientes con discapacidad, en un estudio realizado en Hong Kong se encontró que 211 (84,4%) profesionales habían atendido como mínimo una PCD y la mayoría, 59,6%(149) atendieron entre 1 y 5 pacientes al mes (14). Datos equiparables a este estudio, donde solo el 68% atiende entre 1 y 5 pacientes al mes, lo que indica que la mayoría de los profesionales de la odontología deberán atender en algún momento de su vida laboral PCD.

Las mayores causas de consulta al odontólogo por parte de las PCD identificadas en este estudio son: caries, enfermedad periodontal, dolor y trauma, lo que coincide con los resultados encontrados por García et al. (15), en La Habana, Cuba. Allí, los autores señalan que las enfermedades con mayor predominio son la caries y la enfermedad periodontal, condicionadas por la higiene bucal deficiente. De igual forma, la investigación de Pérez-Bejarano et al. (16), también evidenció que la mitad de la población padece placa, cálculos y gingivitis, además de una mayor incidencia de dientes cariados y perdidos. Contrario a estos patrones, una investigación desarrollada en la Universidad CES de la ciudad de Medellín, (17) sobre odontología en pacientes autistas, indica que la caries dental y la enfermedad periodontal no son patologías inherentes a la condición, lo son más bien las dificultades derivadas de las limitaciones físicas, motoras y el difícil manejo del comportamiento. Esta última característica clasifica a estos pacientes como de alto riesgo .

A saber, la aparición de enfermedades bucales no solo está relacionada con la discapacidad propia del paciente; otros estudios indican que estas están también determinadas por factores relacionados con el sistema de salud (18), las personas involucradas en el cuidado y la atención brindada por un equipo interdisciplinario (19). En esta investigación, el equipo está conformado por auxiliar, odontólogo, especialista y en menor medida por médico y enfermeros, contrario al estudio de Gonzáles y cols., quienes revelan que no hay un saber único con respecto al diagnóstico y tratamiento de PCD, por lo cual es imprescindible el trabajo interdisciplinario con odontólogos de las diferentes especialidades, médicos, neurólogos y genetistas (20). No obstante, la atención de PCD no solo depende de los conocimientos y habilidades que maneje el odontólogo, pues las facilidades en el acceso, la capacidad instalada y las limitaciones que establezca el clínico desde su percepción influyen de forma directa o indirecta.

Aunque el 60,5% afirma tener la infraestructura adecuada, no todos cuentan con los elementos necesarios e instalaciones adaptadas para el acceso de PCD. De ahí que 90 odontólogos indican estar en un piso superior al primero, de ellos, solo 63 tienen ascensor y 47 rampa de acceso; muy pocos cuentan con parqueadero exclusivo, señalización en alto relieve, pendiente en la vía peatonal y señalización con el símbolo de acceso inter-

nacional. En coincidencia, Gaitán et al. (21, 22), manifiestan que las mayores dificultades para el acceso del paciente son la ausencia de ascensor, de pasamanos en la escalera, de rampas de acceso, baños adaptados y espacios amplios para el desplazamiento en silla de ruedas. Por esto mismo, Russell y Kinirons, (23) indican que paciente con dificultades de movilidad o comunicación tienen más probabilidades de asistir a los servicios odontológicos comunitarios u hospitalarios ($P < 0.05$) que a la consulta privada.

Por consiguiente, en este estudio se considera que las personas con discapacidad tienen oportunidades limitadas para la atención odontológica debido al comportamiento del paciente, la infraestructura, y la comunicación. La comunicación es fundamental para la educación en salud, la identificación de la problemática a intervenir, la explicación del tratamiento y la solicitud de colaboración necesaria por parte del paciente, y así lograr prevenir la enfermedad. Tal como lo mencionan Martínez et al. (24), para realizar estrategias de prevención, con pacientes con deficiencias auditivas, es necesaria la presencia de un intérprete o que el personal de salud conozca lengua de señas, ya que no se logra una comunicación efectiva. No obstante, en esta investigación menos de la mitad de los odontólogos sabe manejar algún tipo de lenguaje aumentativo y alternativo.

Por otro lado, Rouleau et al. (25) señalan que no solo los problemas de accesibilidad son el problema, también lo son los desafíos financieros. Al igual que Bindal et al. (26) en Malasia, se encuentra que los problemas financieros, la limitación de tiempo, las barreras físicas, las instalaciones inadecuadas, la poca capacitación durante los estudios de pregrado y el reembolso financiero insuficiente son las principales barreras para proporcionar atención dental a las PCD.

Lo anterior coincide con los factores que realmente determinan la atención de PCD. Igualmente, son relevantes las experiencias negativas, en tanto a menor cantidad de estas durante la consulta con el paciente con discapacidad y menor tiempo de experiencia clínica, mayor probabilidad hay de atender al paciente, debido a que estas experiencias están íntimamente ligadas a los años de experiencia. Por lo tanto, es razonable decir que el odontólogo con menos experiencia tendría mayor probabilidad de llevar a cabo la atención del paciente. Esto teniendo en cuenta, además, que la situación laboral de los odontólogos recién graduados en Colombia, puntualmente en Medellín, hace que el factor económico no sea un determinante para la atención de PCD, pues la mayor demanda de odontólogos en la ciudad la realizan instituciones del sector privado, con precarias condiciones de inserción laboral y deterioro en los niveles de remuneración (27).

Por el contrario, si se piensa en el odontólogo con mayor experiencia, mayor número de pacientes y, por ende, mayores ingresos, puede que este sea un limitante, coincidiendo con O'Donnell, (14) quien en su estudio indica que los odontólogos generales estaban relativamente entusiasmados con el tratamiento de personas con discapacidades, pero sentían que era lento, costoso y no financieramente viable. El análisis cualitativo de Owens, (28) en la República de Irlanda, indicó que el factor financiero afectaba la atención porque los profesionales estaban sobrecargados en sus agendas de trabajo con otros pacientes.

A diferencia de los factores planteados en esta investigación, Casamassimo et al. (29) refieren que los factores que aumentan la probabilidad de la atención a PCD son las experiencias educativas prácticas en las escuelas de odontología sobre la atención, los cono-

cimientos y una alta preparación. Sin embargo, al corroborar los resultados arrojados por esta investigación, Adyanthaya et al. (30) coinciden en que los odontólogos que tenían experiencia práctica de más de 5 años encontraron barreras con mayor frecuencia, y esto fue estadísticamente significativo ($P = 0.01$).

En conclusión, los factores que determinan la atención del paciente con discapacidad son: tiempo de experiencia en la práctica odontológica, habilidades comunicativas, conocimiento de frecuencia de citas para control, utilización de estrategias visuales, atención de urgencia odontológica y, principalmente, no tener experiencias negativas previas. También es significativo contar con una infraestructura que permita la comodidad del paciente y del clínico, sentirse preparado y el interés por la atención más allá del factor económico. Adicionalmente, es importante que el odontólogo reflexione sobre las barreras que impone con respecto a la atención del paciente con discapacidad y promueva una práctica clínica equitativa e igualitaria.

Agradecimientos

A todos los odontólogos generales y especialistas que participaron en esta investigación.

Contribuciones de los autores

Todos los autores participaron en el planteamiento del problema, búsqueda bibliográfica, construcción del instrumento, recolección de la muestra, análisis y construcción de este artículo.

Conflictos de interés

Los autores no presentaron conflictos de interés respecto a la investigación ejecutada ni para la publicación de este artículo.

Referencias

1. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ*. 2005; 83 (9): 644. <https://doi.org/S0042-96862005000900004>
2. Giraldo-Zuluaga MC, Martínez-Delgado CM, Cardona-Gómez N, Gutiérrez-Pineda JL, Giraldo-Moncada KA, Jiménez-Ruiz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. *CES Odontología*. 2017; 30(2): 23–36. <http://dx.doi.org/10.21615/cesodon.30.2.3>
3. Toboso M, Arnau M, La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. *Revista Iberoamericana de filosofía, Política y Humanidades*. 2008; 10(20): 64–94.

4. Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social. Sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD). *Biblioteca digital Minsalud Colombia*, 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacional-discapacidad-junio-2018.pdf>
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas Antioquia Discapacidad. 2010. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>
6. Jain M, Mathur A, Sawla L, Choudhary G, Kabra K, Duraiswamy P, Kulkarni S. Oral health status of mentally disabled subjects in India. *Journal of Oral Science*. 2009; 51(3): 333–340. <https://doi.org/10.2334/josnusd.51.333>
7. Córdoba Urbano DL, España Coral SS, Tapia GL. Knowledge and attitude of dentist in care of persons with disability. *Univ. Salud*. 2012; 14(1): 78–86.
8. Garrigó M, Sardiñas S, Gispert E, Valdés P, Legón N, Fuentes J, *et al*. Guías de práctica clínica. Caries dental. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
9. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Vol 1. Switzerland, Geneva; 2008.
10. Ordóñez A, Suárez F, Zarate I, Tamayo M, Contreras G, Bernal J, *et al*. Un modelo de diagnóstico social y manejo interdisciplinario de una población de niños discapacitados institucionalizados. *Rev. Universitas Médica*. 2008. 49(2): 155–171.
11. Campos V, Cartes-Velásquez R. Health care of people with visual or hearing disabilities. *Revista Médica de Chile*. 2019; 147(5): 634–642. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000500634>
12. Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. General dentists and special needs patients: Does dental education matter? *Journal of Dental Education*. 2005; 69(10): 1107–1115.
13. Salazar CR, Padrón M, Salazar JL. Actitud del odontólogo hacia los niños y adolescentes discapacitados. *Acta Odontológica Venezolana*. 2005. 43(3): 240-251.
14. O'Donnell D, Sheiham A, Yeung KW. The willingness of general dental practitioners to treat people with handicapping conditions: The Hong Kong experience. *J R Soc Promot Health*. 2002; 122(3): 175–80. <https://doi.org/10.1177/146642400212200314>
15. García Flores K, Suárez Zafra D, Huerta Flores K. Panorama of stomatological attention to disabled or special patients. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*. 2013; 19 (2).

16. Pérez-Bejarano NM, Ferreira-Gaona MI, Díaz-Reissner CV, Sanabria-Vázquez DA, Torres-Amarilla CD, Acosta-Parra EB, *et al.* Oral health in adolescents with disabilities from Centro de Educación Especial San Miguel, Guarambaré, Paraguay. *Rev Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.* 2017; 29(1): 51–64. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v29n1a3>
17. Marulanda J, Aramburo E, Echeverri A, Ramírez K, Rico C. Odontología para pacientes autistas. *Revista CES Odontología.* 2013; 26(2): 120–126.
18. Zelocuatecatl Aguilar A, Ávila Rosas H, Caballero Peña ÍN. Actitudes y prácticas ante la búsqueda de atención odontológica en personas de la ciudad de México. Estudio cualitativo. *Universitas Odontológica.* 2019; 38(80). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.apba>
19. Luengas Aguirre MIF, Luengas Quintero E, Sáenz Martínez LP. Atención odontológica a personas con discapacidad intelectual: una cuestión de derecho. *Revista ADM.* 2017; 74(5): 269–274.
20. González H, Conti R, Izurieta G, Vera A, Meza M, de la Quintana D, *et al.* Servicio de Atención Odontológica Interdisciplinaria para Personas con Discapacidad. *Rev Fac Odont.* 2017; 27(3): 1–2.
21. Gaitán HF, Sánchez–Mendoza F, González–Colmenares G. Barreras físicas y estructurales para el tratamiento odontológico de personas con discapacidad motora. *Revista Nacional de Odontología.* 2013; 9(17): 41–6. <https://doi.org/10.16925/od.v9i17.574>
22. Gutiérrez Quiroz D. Barreras de acceso en salud oral y su importancia sobre la planeación estratégica de una clínica odontológica. Trabajo de grado para obtener el título de Especialista en Alta Gerencia. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada. 2015.
23. Russell G, Kinirons M. A study of the barriers to dental care in a sample of patients with cerebral palsy. *Community Dent Health.* 1993; 10(1): 57–64.
24. Martínez SE, Encina Tutuy AJ, Barrios CE, Dho MS, Romero MA, López Vallejos MJ, *et al.* Estrategias de prevención en el paciente con deficiencia auditiva. *Revista Facultad de Odontología.* 2019; 12 (1): 47–53. <http://dx.doi.org/10.30972/rfo.1213874>
25. Rouleau T, Harrington A, Brennan M, Hammond F, Hirsch M, Nussbaum M, Bokenek W. Receipt of dental care and barriers encountered by persons with disabilities. *Spec Care Dentist.* 2011; 31(2): 63–67. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2011.00178.x>
26. Bindal P, Wen C, Bindal U, Zaman S, Zainuddin Z, Lionel A. Dental Treatment and Special Needs Patients (SNPs): Dentist’s Point of View in Selected Cities of Malaysia. *An International Journal of Medical Sciences.* 2015; 26(1): 152–156.

27. Nieto López E, Montoya GM, Cardona EM, Bermúdez LF. Perfil sociodemográfico y laboral de los odontólogos en la ciudad de Medellín. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2000; 18(2): 41–53.
28. Owens J. Barriers to oral health promotion in the Republic of Ireland. *Scand J Public Health*. 2011; 39(6 Suppl): 93–97. [https://doi: 10.1177/1403494810371144](https://doi.org/10.1177/1403494810371144).
29. Casamassimo PS, Seale NS, 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(1): 23–28.
30. Adyanthaya A, Sreelakshmi N, Ismail S, Raheema M. Barriers to dental care for children with special needs: General dentists' perception in Kerala, India. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2017; 35(3): 216–222. doi: 10.4103/JISPPD.JISPPD_152_16