



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA

DEPARTAMENTO DE DEL NIÑO Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

**PERCEPCIÓN DE ATENCIÓN DENTAL DE PACIENTES EN SITUACION DE
DISCAPACIDAD ATENDIDOS EN RECLINADOR DE SILLA DE RUEDAS**

Cristián González Parraguez

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE

CIRUJANO-DENTISTA

TUTOR PRINCIPAL

Prof. Dra. Susanne Krämer

TUTORES ASOCIADOS

Dr. Marcelo Valle

Prof. Dra. Ximena Lee

COLABORADOR EXPERTO:

Prof. Valentina Fajreldin

Santiago - Chile

2013

“A mi familia, quienes me permitieron lograr esto y más...”

AGRADECIMIENTOS

A mi familia: A mis padres, por su apoyo incondicional a lo largo de la carrera; y a mis hermanos, los cuales me socorrieron en los momentos difíciles de esta.

A mis tíos Jorge y Cristina, a mi prima Sandra y a mi abuela Carmen; quienes a pesar de su fobia al dentista, no dudaron en ser mis queridos pacientes; espero haber cambiado en verdad su actitud hacia el dentista como me lo mostraron al terminar sus tratamientos.

A los amigos que me apoyaron durante todo este tiempo: a Lisette y a su familia, que espero me perdonen por abandonarles en estos últimos años; y a Rodrigo, del cual aún me río de sus diseños glamorosos en odontología.

A la Universidad, que me permitió conocer a grandes personas. En especial a Claudia, mi compañera fiel de toda la carrera; al equipo de ayudantes en NANEAS, Daniella y Maricela; y a Gerhart, quien me ha acompañado en este último tiempo.

A los que me ayudaron en esta investigación: Al Doctor Motzfeld, a Eladio Recabarren del SENADIS, y al área de Arquitectura y Prevención de Riesgos de la facultad; que otorgaron conocimientos con la mayor de la disposición por colaborar.

A los guías de metodología: a Valentina Fajreldin que me inició en el estudio cualitativo, y a la Dra Lee que me ayudó a terminarlo.

Y por último, quiero agradecer a la Dra Zillmann por invitarme a participar en el entonces proyecto de clínica NANEAS, hoy Clínica de Cuidados Especiales; en donde conocí a mis queridos tutores, los doctores Marcelo Valle y Susanne Krämer, quienes con su pasión y cariño por la profesión permitieron que me re-enamorara de la odontología. Espero tener al menos la mitad de su entusiasmo en mi desempeño laboral.

ÍNDICE

RESUMEN	2
1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1. Epidemiología	4
2.2. Necesidad Especial de Atención en Salud	5
2.3. Barreras de Acceso	6
2.4. Facilitadores para el Acceso	9
2.5. Atención de pacientes usuarios de silla de ruedas	9
2.6. Transporte de pacientes desde la silla de ruedas al sillón dental	9
2.7. El reclinator de silla de ruedas	12
2.8. Otros factores que afectan la atención	13
2.9. Políticas públicas	13
2.10. Accesibilidad a la clínica dental	14
3. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	17
4. OBJETIVOS	18
5. MATERIAL Y MÉTODO	19
5.1. Metodología	19
5.2. Diseño metodológico	20
5.3. Análisis de datos	24
5.4. Definiciones conceptuales	26
5.5. Definición de las categorías de análisis del estudio	27
6. RESULTADOS	29
6.1. Análisis descriptivo - explicativo de la Categoría 1	29
6.2. Análisis descriptivo - explicativo de la Categoría 2	32
6.3. Análisis descriptivo - explicativo de la Categoría 3	37
6.4. Análisis descriptivo - explicativo de la Categoría 4	40
7. DISCUSIÓN	43
8. CONCLUSIÓN	46
9. REFERENCIAS	47
10. ANEXOS	51

RESUMEN

Introducción: Para pacientes usuarios de silla de ruedas existe como facilitador de la atención un dispositivo reclinador que permitiría montar la silla de ruedas y así evitar traslados de este hacia el sillón convencional.

El objetivo de este estudio es indagar acerca de la percepción de atención dental en pacientes en situación de discapacidad física usuarios de sillas de ruedas atendidos en reclinador.

Material y Método: Se realizó un estudio instrumental de casos que utiliza la metodología cualitativa, en donde se utilizó como instrumento una entrevista en profundidad semiestructurada realizada a usuarios de silla de ruedas o a sus padres/cuidadores. Esto permitió adentrarse en la historia clínica médica y oral del paciente, en su discapacidad y en su desenvolverse en la vida cotidiana, en las experiencias percibidas, y en los cambios de actitud que se produjeron una vez realizada la atención en el reclinador. La información posteriormente fue organizada y analizada, entregando códigos y símbolos comunes en los discursos.

Resultados: Se confeccionaron las categorías de acuerdo a: 1) la percepción de atención dental en el reclinador, 2) de acuerdo a las experiencias dentales, 3) de acuerdo a las experiencias con profesionales, y 4) de acuerdo al cambio en la actitud posterior a la atención en el reclinador.

Conclusiones: Las experiencias previas generaron en el paciente una actitud negativa hacia el profesional y hacia la clínica dental; sin embargo, un buen manejo, inclusión e integración hacia el paciente permitieron un cambio hacia una actitud participativa, de mejor valoración hacia el dentista, y comprometida en la salud oral.

El reclinador otorgó autonomía, comodidad, y seguridad en los pacientes usuarios de silla de ruedas. Esto revela una gran aceptación al dispositivo, ya que ayudaría a romper barreras de acceso a la atención en salud oral en pacientes en situación de discapacidad.

1. INTRODUCCIÓN

El tema de la discapacidad tiene un amplio estudio y manejo en países desarrollados. En Europa, posterior a la Segunda Guerra Mundial, el número de personas con algún tipo de discapacidad física aumentó considerablemente, generando una mayor preocupación e inversión de fondos para otorgar una adecuada rehabilitación y un manejo correcto para personas en situación de discapacidad. Es por eso que países como Gran Bretaña mejoraron su sistema de integración y de accesibilidad para pacientes discapacitados, logrando avances importantes en el tema de acceso a la salud oral de este tipo de pacientes.

A nivel nacional, no existen muchos avances al respecto. El Estado no ha asumido en la totalidad el rol de dar garantías de integración, rehabilitación y accesibilidad a este segmento de la población; las herramientas entregadas a los servicios públicos son escasas o nulas; y a nivel social, existe poca conciencia e información del problema.

En el área de la odontología, existe poco conocimiento sobre el tratamiento de pacientes en situación de discapacidad. La formación académica no ofrece conocimientos prácticos sobre el tratamiento de estos pacientes, y en los servicios públicos dentales no existe un tratamiento preferencial, esto generalmente por escaparse de las metas establecidas por el ministerio de salud.

El presente estudio intenta hacer reflexionar a la comunidad académica sobre la realidad de pacientes usuarios de silla de ruedas; con el fin de conocer y posteriormente, generar conciencia sobre la importancia de conseguir una atención digna y de calidad en aquellos pacientes que a pesar de necesitar en general más cuidado de nuestra parte, son poco considerados a la hora de modificar nuestro quehacer profesional y adaptación del profesional a condiciones laborales desafiantes.

2. MARCO TEÓRICO

La CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud) establece que **Discapacidad** es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Estableciendo una diferencia con el término de **Deficiencia**, el cual es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales.

Por “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida (ej. la desviación respecto a la media de la población obtenida a partir de normas de evaluación estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido.¹

1.1. Epidemiología

En el mundo existen más de 500 millones de personas con algún tipo de discapacidad y aproximadamente el 75% de ellas habita en países en vías de desarrollo en condiciones de pobreza y/o marginalidad. En Chile el 12.9% de los chilenos y chilenas viven con discapacidad, lo que supone 2.068.072 personas; es decir 13 de cada 100 personas o 1 de cada 8 personas presentan esta condición. El número de personas con discapacidad física corresponde al 31,3% de las deficiencias, siendo más prevalente frente a otras como la visual o auditiva.²⁻³

Según datos de la OMS, dos terceras partes de las personas con discapacidades en América Latina no recibe atención bucodental y los programas de salud integral para este grupo de pacientes no incluyen su rehabilitación odontológica.⁴

A nivel familiar, de un total de 4.481.391 hogares en Chile, en 1.549.342 de ellos vive, al menos una persona con discapacidad; es decir uno de cada tres hogares presenta al menos un miembro con discapacidad, lo cual representa un 34,6% de los hogares del país.

La discapacidad impacta de manera muy significativa en la estabilidad económica del grupo familiar. De las personas con discapacidad, el 81% declara que de alguna forma la discapacidad ha afectado económicamente a la familia. Un 50% señala que le ha afectado mucho, y casi un 6% señala que le ha afectado en extremo.²⁻³

Además de los factores económicos en las familias en que hay integrantes en situación de discapacidad, hay un desgaste por la carga emocional y la dedicación al cuidado del discapacitado, el cual es un desgaste físico y psicológico. La mayoría de los niños con discapacidad deben viajar considerables distancias para conseguir atención dental, en donde los padres deben solventar esta distancia tanto monetariamente como a base de esfuerzo físico, convirtiéndose la distancia en una gran barrera física para la atención dental en salud. La carga horaria en el cuidado es también significativa en el sentido que deben acompañar al menor en todo momento.⁵

1.2. Necesidad Especial de Atención en Salud

La Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) integra el concepto de Necesidad Especial de Atención en Salud a cualquier condición física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognoscitiva, impedimento emocional o condición limitante que requiere de manejo médico, intervención de la atención en salud y/o uso de programas o servicios especializados. Esta condición puede ser desarrollada o adquirida, y puede causar limitaciones en el desempeño de las actividades diarias de automantenimiento o limitaciones sustanciales en la mayoría de las actividades de la vida. La atención médica para pacientes con necesidades especiales requiere de conocimientos especializados, mayor conciencia y atención, adaptación y medidas que van más allá de lo considerado como rutina.⁶

Con respecto a las Necesidades Especiales de Atención en Salud Oral, la información es limitada debido a diversos motivos, siendo necesaria una mayor investigación al respecto. Sin embargo es posible encontrar en diversos artículos que mencionan por qué este segmento de la población posee una mayor necesidad de atención dental:

1. La mayoría de la evidencia sugiere que individuos con discapacidades tienen más caries no tratadas que el resto de la población
2. Individuos con discapacidad intelectual son propensos a tener mayor prevalencia de gingivitis y otras enfermedades periodontales.
3. Existe una prevalencia de maloclusiones producto de un desarrollo anormal de los huesos y músculos de la masticación
4. Los problemas prevalentes en este segmento de la población son los relacionados a la higiene oral deficiente y traumas orofaciales.
5. Existe una dificultad en el acceso a la atención dental.⁷

Todo esto podría deberse tanto por su condición alterada de salud, como por la incapacidad de entender o asumir la responsabilidad de realizar o cooperar con prácticas de salud oral preventivas.^{6, 8-9}

1.3. Barreras de Acceso

Las dificultades de acceso a la atención dental o “**Barreras de acceso**”, corresponden a todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que, por ausencia o presencia, limitan el funcionamiento y crean discapacidad. Estos incluyen aspectos como un ambiente físico inaccesible, falta de tecnología asistencial apropiada, actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad, servicios y políticas que no existen o que específicamente dificultan la participación de todas las personas con una condición de salud que conlleve una discapacidad. Es común apreciar en este aspecto la ausencia de facilitadores a la atención dental.^{1, 10}

Para el acceso a salud Oral, estudios establecen que las barreras más comunes en este tipo de pacientes son:

1. Un alto costo
2. Barreras físicas para tener acceso a centros de asistencia dental (sala de examen clínico y sillón dental)
3. Miedo (temor o desconfianza al dentista).

Con respecto a barreras físicas, pacientes en sillas de ruedas mencionan que al consultar en clínicas dentales si es que existe accesibilidad para ellos, descubren que la clínica no posee ni la sala, ni el baño adecuado. ¹¹

El limitado acceso a la atención odontológica se ha definido como la causa más importante del pobre estado de salud oral de los pacientes con discapacidades. Dentro de las necesidades de atención en salud, estudios internacionales realizados en cuidadores de niños con necesidades especiales reportan que la atención dental es la segunda prioridad en salud, con un 78%. Sin embargo, se ha determinado que la atención dental es la necesidad médica más insatisfecha en estos niños. Aquellos que pertenecen a familias de bajos ingresos tienen entre 3 y 4 veces menos posibilidades de satisfacer estas necesidades que los niños de mayor nivel socioeconómico. ^{7, 12}

Las barreras de acceso a la atención dental en pacientes en situación de discapacidad, puede ser clasificada de la siguiente forma. ¹³

- **Barreras con referencia al Individuo.** Falta de percepción de la necesidad; ansiedad o miedo, el cual puede ser aumentado por consultas médicas o dentales anteriores; consideraciones financieras y falta de acceso; incapacidad o dificultad para expresar dolor.
- **Barreras con referencia a la profesión odontológica:** Falta de recursos para manejo, distribución geográfica desigual de recursos, entrenamiento y capacitación inapropiada para atender necesidades y demandas, Insuficiente sensibilidad sobre actitudes y necesidades de pacientes, desconocimiento de formas especiales de comunicación de pacientes.

- **Barreras con referencia a la Sociedad:** Ayuda pública insuficiente de actitudes que conduzcan a salud, inadecuadas facilidades de cuidados de salud oral por parte de cuidadores y familiares cercanos, inadecuados planes de trabajo en salud oral, infraestructura inapropiada para el desplazamiento de personas con discapacidad, falta de nociones culturales de la corporalidad (sociedad no considera necesaria la atención dental en discapacitados).
- **Barreras con referencia al gobierno:** Invisibilidad del problema que conducen a baja prioridad, falta de políticas adecuadas sobre integración y rehabilitación, escasos recursos para el tratamiento e integración de pacientes en situación de discapacidad, recursos inadecuados e insuficientes entregados por el Estado).

Barrera del profesional

Las necesidades orales básicas de la mayoría de los individuos con necesidades especiales de atención en salud pueden ser resueltas por el odontólogo en sesiones dentales tradicionales; sin embargo, se necesita de apoyo de un equipo entrenado y de una adaptación de los enfoques de tratamiento rutinarios a este tipo de pacientes. Sólo un porcentaje menor de pacientes requieren de profesionales con mayor entrenamiento para llevar a cabo tratamientos odontológicos, realizándolos bajo sedación o anestesia general;⁷ sin embargo, generalmente los odontólogos no están dispuestos entregar atención a pacientes con discapacidad, ya que consideran que sus bases y conocimientos para la atención de ellos es limitada; o si es que están dispuestos, no publican anuncios que lo expresen.¹⁴⁻¹⁵ Según un estudio de Casamassimo, sólo el 10% de los 1.251 dentistas generales entrevistados relató haber atendido “a menudo” o “muy a menudo” a niños con necesidades especiales, mientras que el 70% respondió que lo hacía “rara vez” o “nunca”¹⁴; mientras que según Nowak, los odontopediatras parecen proporcionar mayor atención a niños con necesidades especiales, encontrando un 95% que lo realiza rutinariamente.¹⁶

1.4. Facilitadores para el Acceso

Se definen como **Facilitadores** a todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea accesible, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, las actitudes positivas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que intenten aumentar la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida. También la ausencia de un factor puede ser un facilitador, por ejemplo la ausencia de estigma o actitudes negativas entre la población. Los facilitadores pueden prevenir que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación, puesto que contribuyen a mejorar el rendimiento real al llevar a cabo una acción, con independencia del problema que tenga la persona respecto a la capacidad para llevar a cabo dicha acción.¹

1.5. Atención de pacientes usuarios de silla de ruedas

Para la atención de pacientes en silla de ruedas se han establecido diversos medios; esto de acuerdo a la evolución de las técnicas, de los materiales, y a la posibilidad de transporte del paciente; este a su vez, influenciado por el tipo de alteraciones del paciente, como de la disponibilidad de recursos humanos o mecánicos del clínico.

1.6. Transporte de pacientes desde la silla de ruedas al sillón dental

Para transportar a un paciente desde una silla de ruedas a un sillón dental, se han descrito diversas técnicas:

- Asistencia mecánica, la cual puede ser realizada por grúas especiales y aparatos fabricados para esto (Figura 1).¹⁷
- Asistencia humana, mediante la cual es posible realizar el traslado por medio técnicas especiales:

- Transporte individual, donde el paciente es el que puede realizar el transporte de forma individual.
- Transporte con asistencia parcial, en donde se realiza con ayuda de paramédico o del profesional dental
- Transporte con asistencia total, en donde este posee inmovilidad completa y no puede ayudar en el traslado, efectuándolo personas anexas (familiares o paramédicos). Esto puede generar lesiones en los realizadores de la fuerza.



Figura 1: Special care dentistry services: seamless care for people in their middle years – part 8.¹⁷ *Traslado con asistencia mecánica de pacientes usuarios de silla de ruedas al sillón dental.*

Para el caso de transporte realizado por el mismo paciente, es necesario que la clínica posea el espacio adecuado para el transporte, ya que es necesario que la silla se ubique paralela al sillón dental, debiendo ser ajustado o removido el brazo de este para que el paciente se traslade de una silla a otra. Esta técnica puede ser realizada con la ayuda de una tabla que comunique el sillón con la silla (figura 2)¹⁸.



Figura 2: Wheel chair transfer techniques for the dental office.²¹
Transporte individual, con ayuda de tabla que facilita el traslado.

Para el caso de transporte realizado con asistencia, existen ciertas limitantes para el personal de salud. De acuerdo a la ley 20.001 en Chile, que regula el peso máximo de carga humana, establece que si la manipulación manual es inevitable y las ayudas mecánicas no pueden usarse, no se permitirá que se opere con cargas superiores a 50 Kg. Además limita a las mujeres a no cargar, llevar o transportar cargas sin ayuda mecánica superiores a 20 kg, y prohíbe las operaciones de carga y descarga en caso de estar embarazada¹⁹.

Existen otras limitantes, ya que la transferencia de los pacientes en silla de ruedas al sillón dental puede ser agotadora y dolorosa, llegando a sentir dolor en zonas que antes nunca había percatado.²⁰⁻²¹ Algunos pacientes pueden tener sondas urinarias u otros aparatos en donde necesitarían servicios previos a ser transportados desde su silla de ruedas. El costo de estos tratamientos y de personal entrenado puede aumentar el presupuesto²¹.

Las estadísticas dicen que sólo el 5% de los pacientes discapacitados que usan una silla de ruedas puede transferirse un 100% de las veces. Además, es importante recordar que algunas personas tienen enfermedades como la artritis reumatoide mediante la cual al tocarle puede ser doloroso.²²

Muchos profesionales han optado por la atención en la misma silla de ruedas, debiendo asumir una posición forzada y contorsionada para realizar la terapia dental, con el resultado de fatiga extrema, dolor de espalda y acumulación de daños (figura 3)²¹.



Figura 3: A simple headrest for patients confined to wheelchairs.²⁴ Atención de pacientes en silla de ruedas, usando, usando el dispositivo “apoya cabezas”.

1.7. El reclinador de silla de ruedas

Algunos sillones dentales antiguos poseían una configuración que permitía ajustar la silla de rueda por detrás, y ajustar el cabezal a la silla, permitiendo reclinar la cabeza y así una atención por parte del operador estando sólo de pie; esta y otras modificaciones de sillones dentales permitían la atención de personas con movilidad reducida; sin embargo, no existían unidades dentales que permitiesen la atención en posición sentada.

Un grupo de científicos en Japón en el año 2004, fabricó y perfeccionó una unidad dental que se adecúa a las sillas de ruedas, ofreciendo la posibilidad de una articulación en montaje de la silla de ruedas al sillón dental; de manera que una vez conectado, se pueda inclinar, subir y bajar sin ningún compromiso en la postura del dentista o su asistente, permitiendo a los pacientes recibir atención dental de manera segura y confortable sin necesidad de trasladarse de su silla. Este dispositivo eliminaría el riesgo de accidentes durante el traslado de pacientes con silla de ruedas a las unidades dentales.²³

El **reclinador** ha tenido una serie de modificaciones en su diseño que han evolucionado a lo largo del tiempo, como en la integración del apoya cabezas y el aumento de la compatibilidad con las diferentes sillas de ruedas. Sin embargo, aún quedan otros inconvenientes; como lo es el tiempo de adaptación mecánica del sillón o la falta de salivero integrado, lo cual dificulta el enjuague del paciente.²²⁻²⁴

Pacientes tratados en sillas de ruedas montadas sobre un reclinador, han mostrado una mayor satisfacción: en el tratamiento con los mecanismos de elevación, inclinación, apoya cabezas y respaldo; cuando son tratados en su misma silla de ruedas; con la sensación de seguridad; y con la apariencia externa.^{23, 25}

Para el dentista ha generado satisfacción en los mismos puntos, además de generar una mayor agrado en la operatoria usando este aparato; sin embargo no la misma comparada con el sillón dental convencional.²³

El reclinador de silla de ruedas permitiría una atención cómoda no solo para el paciente, sino también para el profesional.

1.8. Otros factores que afectan la atención

Además de las dificultades de transporte, dentro de la misma atención el paciente en sí puede presentar dificultades hacia el practicante. El acceso a la boca puede ser impedido por los pacientes con deformidad física (por ejemplo, cifosis) o pueden tener confusión mental²⁶. Una parálisis cerebral puede generar además de una pobre higiene oral, una generación excesiva de saliva en la boca. Todos estos factores pueden incrementar la duración del tiempo de atención de rutina en los procedimientos dentales.²⁷

1.9. Políticas públicas

La preocupación en políticas públicas sobre discapacidad ha evolucionado en el tiempo. A nivel Nacional, desde la creación del Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS-1996) y de su sucesor y continuador legal, el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS-2010); se han reforzado las organizaciones de y para personas en situación de discapacidad, quienes a través de estas instancias han hecho presente sus necesidades a las autoridades. El Estado ha evolucionado en sus normas y ha establecido garantías para que pueda lograrse una plena inclusión de las personas en situación de discapacidad en la sociedad y velar por el pleno ejercicio de los derechos que la Constitución y las leyes reconocen a todas las personas. ²⁸⁻³⁰

El Estado de Chile, en la *Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad de 1999*, se comprometió a adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad; en donde se menciona trabajar prioritariamente en el tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad, ejerciendo una fuerte postura de integración y de

antidiscriminación. Esta postura ha significado una gran apuesta en materia de integración para el país, pudiendo destacar como comparación que EEUU aprobó la convención, sin embargo no firmó el compromiso para su aplicación.³¹

Para tal proyecto, se están desarrollando reglamentos, guías y manuales; cuyo objetivo es permitir una mejor accesibilidad para personas con movilidad reducida.

1.10. Accesibilidad a la clínica dental

Se define como **accesibilidad** al conjunto de características que debe disponer un entorno urbano, edificación, producto, servicio o medio de comunicación para ser utilizado en condiciones de comodidad, seguridad, igualdad y autonomía por todas las personas; incluso por aquellas con capacidades motrices o sensoriales diferentes. Y a **cadena de accesibilidad** como a la capacidad de aproximarse, acceder, usar y salir de todo espacio o recinto con independencia, facilidad y sin interrupciones. Si cualquiera de estas acciones no son posibles de realizar, la cadena se corta y el espacio o situación se torna inaccesible.³²

Para brindar accesibilidad a usuarios de silla de ruedas, a los establecimientos de salud, como clínicas dentales, la normativa en Chile establece que:

- Todo edificio, sea de uso público o de copropiedad horizontal (departamentos), debe contar con accesos y espacios comunes accesibles para personas con movilidad reducida. Si el acceso principal fuera imposible de adaptar, debe contar con uno secundario debidamente señalizado desde el acceso principal. No se puede considerar accesos secundarios aquellos que deben abrir puertas que permanecen cerradas, ni estacionamientos subterráneos. Rampas y escaleras diseñadas adecuadamente permitirán el ingreso al edificio a todas las personas, independiente de su grado de movilidad (la rampa debe tener entre 8 y 12% de pendiente para que no sea tan inclinada, con radio de giro de 1,5m). Deben estar adecuadamente protegidas con barandas y pasamanos (figura 4).³³

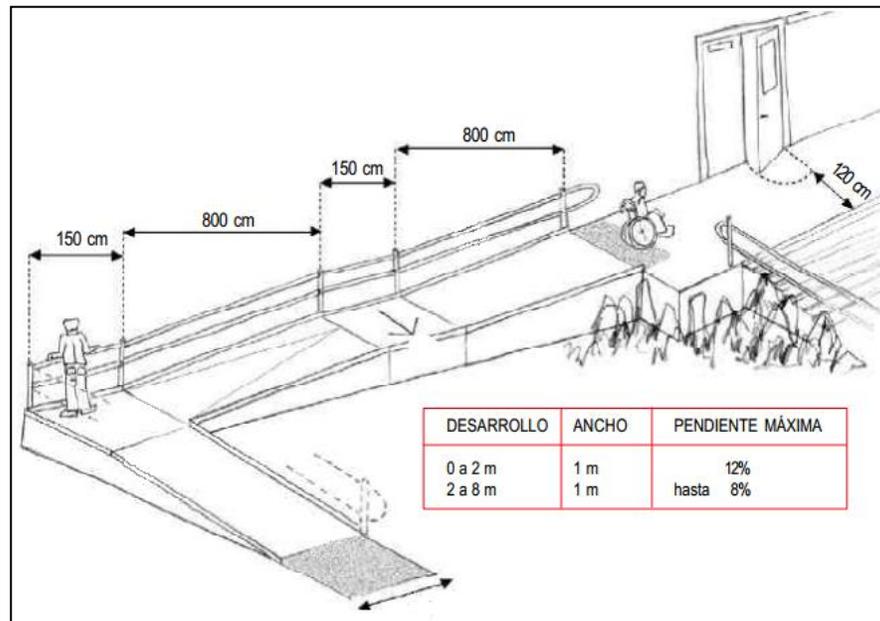


Figura 4: Manual Diseño Accesible: Construir Para Todos 2003.³³

Rampas para el acceso de silla de ruedas con medidas mínimas para su circulación.

- Otro medio para salvar desniveles importantes son los elementos mecánicos, como ascensores y plataformas elevadoras, que deben encontrarse debidamente señalizados desde los accesos (figura 5) y cumplir especificaciones mínimas para asegurar su uso autónomo (como poseer los botones a la altura adecuada de una persona en silla de ruedas y el ancho necesario para la silla de ruedas y acompañantes).³³

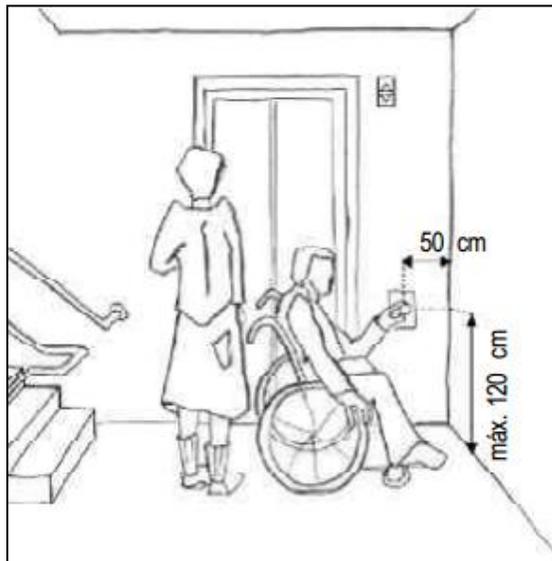


Figura 5: Manual Diseño Accesible: Construir Para Todos 2003.³³ *Uso de ascensor y altura máxima de botones de comando para el alcance del usuario de silla de ruedas.*

Otras normativas que conciernen a las clínicas odontológicas.³²⁻³³

- Todos los edificios que contemplen atención al público deberán considerar 1 baño adaptado, claramente señalizado y ubicado en un lugar accesible.
- Para un mesón de atención de público, la altura máxima del mesón de atención debe ser de 80 cm y la altura libre inferior de 75 cm.
- Los pasillos que conduzcan a recintos de uso o de atención de público deben tener un ancho mínimo de 150 cm.
- Al menos una puerta en el acceso principal de cada edificio donde se atiendan pacientes debe ser accesible en forma autónoma e independiente desde el nivel de la vereda para la circulación de silla de ruedas y para la circulación asistida en camillas.
- El acceso para personas en situación de discapacidad, debe poseer las puertas con un ancho de 90 cm por hoja; resistente al impacto hasta una altura de 30 cm (para el choque de los pedales de las sillas de ruedas) y no podrá ser giratoria.
- El box dental debe medir mínimo 3x3m para permitir una movilidad de la silla de ruedas.

En su mayoría no son regidas por ley, siendo sólo son códigos de mínimos requerimientos. Es por eso que es deber ético del profesional el buscar entregar un mejor servicio, que garantice acceso a la atención de pacientes en situación de discapacidad.

3. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo con la literatura descrita, los pacientes en situación de discapacidad física que buscan atención dental poseen barreras de acceso para ésta. Generalmente concentran su atención en la posibilidad de atención más que en la calidad de esta, generando desconfianza y miedo hacia el dentista y a la clínica dental. Cuando las barreras de acceso son vencidas, como es en el caso de facilitadores para la atención dental, los pacientes pueden experimentar distintas emociones que permiten el acercamiento al dentista; y por ende, un mejor control de su salud oral.

El reclinator de sillas de ruedas, recientemente inaugurado en la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile gracias a un convenio con el SENADIS, podría acercar y facilitar la atención en pacientes discapacitados que utilicen sillas de ruedas; como también eliminaría el transporte hacia al sillón dental, otorgando comodidad del paciente al ser atendido en la misma silla.

“Este estudio pretende indagar acerca de la percepción de pacientes en situación de discapacidad física usuarios de sillas de ruedas en cuanto a la atención dental”.

4. **OBJETIVOS**

Objetivo General:

Analizar la percepción relativa a la atención odontológica en el reclinador de silla de ruedas de pacientes en situación de discapacidad o en sus padres y apoderados; en conjunto con aquella que experimentaron al utilizar los artículos y aparatos convencionales.

Objetivos Específicos

- Conocer la percepción de pacientes usuarios de silla de ruedas o de sus padres/apoderados, respecto a la atención odontológica en el reclinador, en conjunto con aquella atención recibida anteriormente mediante artículos y aparatos convencionales.
- Comprender el significado que los pacientes atendidos en el reclinador de silla de ruedas o sus padres o apoderados atribuyen a la experiencia en la atención dental.
- Interpretar discursos de los pacientes, en tanto la actitud hacia la atención odontológica en el reclinador de silla de ruedas.

5. MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio es un estudio instrumental de casos, que utiliza metodología de tipo cualitativa.

5.1. Metodología:

5.1.1. Paradigma:

Esta investigación se adscribe al paradigma hermenéutico o cualitativo, en donde se intenta describir y estudiar fenómenos humanos significativos de manera cuidadosa y detallada, tan libre como sea posible de supuestos teóricos previos. Busca elucidar y hacer explícita nuestra comprensión práctica de las acciones humanas al proveer una interpretación de ellas. La metodología cualitativa seleccionada para este trabajo, estudia la salud no sólo como el resultado de determinadas intervenciones, sino explorándola desde el punto de vista de la concepción cultural y simbólica que la población tiene de la misma. En este tipo de estudio el elemento a investigar no son los hechos sino los discursos, y su herramienta no es la cuantificación sino el análisis y la interpretación del lenguaje, siendo un gran aporte en la construcción de conocimiento en salud.³⁴⁻³⁵

5.1.2. Método:

La estrategia metodológica utilizada en este trabajo fue la siguiente: con el propósito de comprender los fenómenos relacionados con la atención dental en pacientes en situación de discapacidad, se decidió estudiar estos procesos en una institución educativa, a partir de la perspectiva de los actores involucrados, indagando opiniones, percepciones e interpretaciones que ellos expresaron acerca del fenómeno en estudio. Esta estrategia permitió explorar en forma intensiva el objeto de estudio y contextualizar la indagación en el escenario natural en el que el mismo se desarrolla.

Posteriormente se efectuó un análisis interpretativo de la información, tomando como referente el marco teórico.

5.2. Diseño metodológico:

5.2.1. Tipo de estudio: Estudio instrumental de casos, el cual es pertinente para estudiar realidades socioeducativas. Requiere de un proceso de indagación, con examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de estudio. Es particularista o centrado en un fenómeno particular, cuyo producto final es “siempre una rica descripción del objeto de estudio”. Es heurístico, ya que ilumina la comprensión del lector acerca del fenómeno en estudio, y puede dar lugar al descubrimiento de nuevos significados, ampliar o confirmar lo que ya se sabe (razonamiento inductivo).

El estudio instrumental se utiliza cuando examinamos un caso particular para proporcionar más información sobre un tema, o para reformular una generalización. El caso adopta un papel secundario y su utilidad radica en la aportación de datos para comprender otro fenómeno.³⁶

5.2.2. Objeto de Estudio: Esta investigación tiene como objeto de estudio la “atención dental en pacientes en situación de discapacidad”. Este trabajo se centró en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, por lo tanto se trata de un estudio de caso único situacional. Es de tipo instrumental ya que la institución y el área de estudio (Anexo 1), representan un instrumento que aporta elementos que permiten profundizar la comprensión en torno a procesos relacionados con la atención odontológica. Los criterios de selección han sido los siguientes:

- Esta institución es de vasta experiencia docente
- Tanto la institución como el área han sido de fácil acceso para el investigador
- Los actores institucionales, incluidos los pacientes, han manifestado interés y apertura para la realización del estudio.

5.2.3. Recolección de Datos:

- a) **Fuentes de información:** Información teórica proveniente de la bibliografía citada; aquella contenida en documentos institucionales; aquella de tipo empírica, recogida a partir de entrevistas a los actores involucrados.
- b) **Etapas establecidas para la recolección de información:** lectura y análisis de documentos vinculados al programa; entrevistas semiestructuradas aplicadas a informantes.
- c) **Instrumentos de recolección de datos:**

1.- Análisis documental: leer e interpretar documentos vinculados al programa. El propósito fundamental ha sido obtener información que permita contextualizar los procesos relacionados con la atención dental en pacientes usuarios de silla de ruedas, y así profundizar la comprensión de las percepciones que los actores involucrados expresan en torno a la atención.

2.- Entrevista Semiestructurada: El objetivo es descubrir las razones más fundamentales de las actitudes y comportamientos del entrevistado, a fin de reconstruir el sistema cultural que origina la producción discursiva y aspectos no cognitivos de las personas como sus compromisos, afectos y emociones.³⁷⁻³⁸

Esta técnica se aplicó a 8 actores seleccionados como informantes. Para cada actor se efectuó una sesión, con una duración promedio de 40 minutos de acuerdo a las posibilidades del paciente y/o de su acompañante.

Para la selección de informantes, la estrategia o criterios para inclusión fueron los siguientes:

- Pacientes en situación de discapacidad usuarios de sillas de ruedas que solicitaron atención dental y que asistieron a la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.
- Pacientes mayores de 12 años, que tuvieron experiencia previa en tratamientos odontológicos.
- En caso de otra discapacidad que no permitió una entrevista directa con el paciente, se realizó la entrevista a un familiar o apoderado ligado al cuidado de salud del paciente y que vele por esto.
- Autorización escrita de la participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado por parte del paciente, y/o del padre/apoderado (Anexo 2).

En cada caso particular, se aplicó un tipo de entrevista semiestructurada, de carácter holística y no directiva: Holística, porque recorre panorámicamente el mundo de significados del actor, aunque éste se refiera a un solo tema. No directiva, ya que la entrevista se desarrolla siempre bajo el control y dirección del entrevistador, aunque esto no implica rigidez ni en cuanto al contenido, ni en cuanto a la forma de desarrollar la conversación–entrevista. En su mayoría fue de carácter individual, con una conversación entre entrevistado – entrevistador únicamente; sin embargo, fue necesaria una entrevista mixta en un caso particular, donde fue necesaria la ayuda de un informante para responder preguntas que no podía contestar el paciente o dificultad del paciente para comunicarse)

d) Lugar de la recolección de datos:

Las entrevistas fueron efectuadas en la sala de reuniones del 2° piso del ala norte de la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile. Este lugar no posee ambientación ni decoración del tipo odontológica, de manera que no influyó en respuestas ni percepciones que alteraran la entrevista. En algunos pacientes fue necesaria la entrevista en su domicilio, lo que permitió una comunicación aún más fluida.

Para cada entrevista realizada, el entrevistador utilizó un guión orientador, teniendo en cuenta las categorías de análisis, las cuales surgen de los objetos del estudio. A modo de validación, dos académicos del área, que no forman parte del estudio, analizaron las preguntas en relación a que sean comprensibles para todos los entrevistados. Los validadores de la información son:

- Una Antropóloga Social de la Universidad de Chile, académica del Departamento de Ciencias Básicas y Comunitarias y miembro del comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.
- Un Odontólogo de la Universidad de Chile, Master en Cuidados Especiales en Salud Oral en University College of London, miembro del equipo de la Clínica de Cuidados Especiales en Salud Oral de la Universidad de Chile.

Antes de cada entrevista, el investigador diseñó un protocolo de conversación (anexo 3), en donde quedaron establecidos previamente un guión de temas y estructura de la conversación, ritmo y duración de la misma. Para cada una de ellas, se ha dejado establecido los siguientes aspectos: compromiso de la fecha, escenario y tiempo de la entrevista; el objetivo y motivos de la entrevista; garantía de anonimato y confidencialidad de la información: autorización para grabar la entrevista (solicitud que fue aceptada por todos los entrevistados).

5.3. Análisis de datos:

5.3.1. Presentación de los datos:

Durante la recolección de la información, el investigador revisó permanentemente sus registros, en búsqueda de las categorías. Una vez finalizada esta etapa, comenzó aquella orientada a ordenar, seleccionar y resumir la información para facilitar su análisis:

- Mediante lecturas reiteradas de las citas, se identificaron temas considerados significativos para este trabajo, ya sea por su aparición frecuente en las conversaciones, o bien por su relevancia para el objeto de estudio.
- La identificación de temas posibilitó la determinación de unidades de registro, esto es, fragmentos referidos a un tópico o tema. Cabe destacar que se mantuvo tanto la redacción de los documentos revisados, como el vocabulario, dichos y expresiones de los sujetos entrevistados.
- La identificación de las unidades temáticas, significó el comienzo de un proceso de categorización de la información, mediante el cual se clarificaron conceptualmente las unidades cubiertas por un mismo tópico. Para establecer las categorías de análisis, se recurrió a un proceso deductivo-inductivo, ya que al comienzo se utilizan las categorías amplias, definidas a priori por el investigador a partir del marco teórico del estudio, que luego se fueron modificando según el conjunto de datos al cual fueron aplicados.
- Una vez efectuada la síntesis conceptual de la fase de categorización se procedió a agrupar las unidades correspondientes a cada categoría. Para cada categoría se diseñó una matriz que permitió organizar la información para su posterior análisis.

5.3.2 Análisis descriptivo-explicativo de la información:

Para profundizar en la comprensión del estudio, desde la perspectiva de los actores involucrados, así como del escenario en que dichos procesos tuvieron lugar, en esta etapa se recurrió a la descripción detallada de la información, organizada según las categorías de análisis y sus correspondientes indicadores:

Etapa 1: descripción de datos recogidos y organizados en matrices construidas por categoría, lo que supuso la inclusión de información detallada, de significados y percepciones, recogidos durante la recolección de los datos. En este momento la intención del investigador ha sido “dejar hablar” a los actores involucrados, lo que se manifestó en las citas textuales. Se pone de manifiesto la intención de descubrimiento o **Heurística** de la investigación.

Etapa 2: Se presenta una síntesis explicativa referida a los elementos más significativos, que surgen a partir de tendencias reflejadas en cada matriz. En esta fase explicativa el propósito es una reconstrucción nueva del sentido de la investigación, esta vez poniendo en manifiesto la perspectiva del investigador, fundamentando sus explicaciones en sus supuestas teorías base. Se pone de manifiesto la intención **Justificativa** de la investigación.³⁹

Criterios de validez y confiabilidad

Para asegurar la validez científica, se tuvieron en cuenta los criterios propuestos aportados por el paradigma naturalista, cuyos criterios de excelencia son:³⁹⁻⁴⁰

- **Credibilidad (veracidad o validez interna):** Se refiere a si el investigador ha captado el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes, particularmente de aquellas vinculadas con el planteamiento del problema.
- **Transferibilidad (aplicabilidad o validez externa):** Este criterio no se refiere a generalizar los resultados a una población más amplia, sino que parte de éstos o su esencia puedan aplicarse en otros contextos (no se pueden generar

patrones generales). A veces es muy difícil transferir los resultados a otros contextos; sin embargo, nos pueden dar pautas para tener una idea en general del problema estudiado y la posibilidad de aplicar ciertas soluciones en otro ambiente.

- **Dependencia: (consistencia o fiabilidad)** Se define como el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes (los estudios de caso no pueden ser repetidos, porque se analizan fenómenos complejos en el tiempo, con escenarios sociales que están cambiando constantemente. En este sentido, los estudios de caso no son experimentos).
- **Y Confirmabilidad (objetividad o neutralidad):** Se refiere a demostrar que se han minimizados los sesgos y tendencias del investigador.

5.4 Definiciones conceptuales:

La **percepción** es el acto de recibir sensaciones o impresiones, generando conocimiento e ideas con respecto a lo que percibimos.⁴¹

La **experiencia** hace referencia al conocimiento de la vida adquirido por circunstancias o referente a situaciones vividas (de ahí el término experto).⁴²

La **actitud**, hace referencia a un concepto más superior. Se define como la postura de una persona cuando es determinada por diversos movimientos de ánimo. Para la cognición, cualquier estímulo depende de cómo es este categorizado e interpretado por el perceptor, y esta interpretación depende de los atributos de los estímulos, de las expectativas previas y niveles de comparación previos del perceptor.

La actitud se forma entonces a través de los conocimientos adquiridos de una persona, de los afectos que producen ciertos objetos o situaciones, y de la conducta que sigue como reacción.⁴³⁻⁴⁴

Por lo descrito, se desprende que la actitud puede verse reflejada por percepciones y experiencias expresadas en las entrevistas. Las categorías definidas para los objetivos 1 percepción y 2 experiencia, influyen en el análisis del objetivo 3 actitud.

5.5. Definición de las categorías de análisis del estudio:

Categoría 1: Atención odontológica de pacientes en situación de discapacidad usuarios de silla de ruedas atendidos en reclinador.

Para el caso se define como “la asistencia en salud bucal que recibe un paciente usuario de silla de ruedas que es efectuada en una rampa especial que permite acoplar la silla de ruedas a esta, efectuando los movimientos del sillón dental sin necesidad de traslado del paciente”.

Los indicadores propuestos son:

- Comodidad
- Autonomía
- Seguridad

Categoría 2: Experiencia de atención dental en pacientes en situación de discapacidad usuarios de silla de ruedas.

Se define como Experiencia al “hecho de haber sentido, conocido o presenciado algo; o a la circunstancia o acontecimiento vivido por una persona”. Para el caso, se estudiaron las experiencias ocurridas en la atención odontológica en los pacientes o padres/apoderados de estos, atendidos en el reclinador de silla de ruedas.

Los indicadores propuestos son:

- Acceso a la atención en salud.
- Adaptación del paciente a la discapacidad
- Infraestructura inadecuada
- Dificultad en el traslado de la silla de ruedas al sillón dental.
- Manejo del Estrés.

Categoría 3: Experiencia de pacientes en situación de discapacidad referentes al profesional dental.

Se define como percepción a “la acción o efecto de percibir, sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos; como también a un conocimiento o idea, en este caso, de odontólogos”.

Los indicadores propuestos son:

- Dificultad para encontrar dentista competente
- Planificación inadecuada para pacientes especiales

Categoría 4: Actitudes en la atención odontológica en el reclinador de silla de ruedas en pacientes en situación de discapacidad o en sus padres y apoderados a través de sus discursos

Refiriéndose para el caso como “el cambio en la percepción y comportamiento hacia la atención odontológica posterior a ser atendidos en la Clínica de Cuidados Especiales en Salud Oral de la Universidad de Chile, particularmente en el reclinador de silla de ruedas”.

Los indicadores propuestos son:

- Participación y compromiso en la atención odontológica
- Evaluación positiva hacia el profesional

6. RESULTADOS

Relativo a los objetivos:

6.1 Análisis descriptivo – explicativo de la Categoría 1: “Atención odontológica de pacientes en situación de discapacidad usuarios de silla de ruedas atendidos en el reclinador” (Relativo al objetivo específico 1).

Indicador	Entrevista	Tendencia
Comodidad	<p><i>“...lo primero genial es que sentí que se apoyaba la cabeza, porque muchas veces me pasó que era muy engorroso que me movieran así que me atendían en la silla y la echaban para atrás, entonces otra persona me la afirmaba y yo me sentía súper incomoda. En cambio con esto yo sentí pura comodidad”. (Individuo 8).</i></p> <p><i>“...Es cómodo, se adecua a tu postura, a tus necesidades. Como que también están los movimientos justos. Eso, no se me ocurre otro calificativo. Lo mejor es que es confortable y que se adecua a tus requerimientos”. (Individuo 3)</i></p>	<p>El hecho de ser atendidos en la misma silla de ruedas, a la cual ya están acostumbrados, eliminando fuerzas innecesarias de posicionamiento clínico; otorga en el paciente una atención dental más agradable. Este sin duda es el indicador más reconocido por los entrevistados.</p>

<p>Autonomía</p>	<p>“... ¿Hubo un cambio en la atención entonces?</p> <p><i>Sí, porque tuve que hacerlo sola, no tuve que necesitar de nadie para hacerlo”. (Individuo 7)</i></p> <p><i>“...Lo encontré fantástico, fenomenal. Porque yo soy tetra, pero no soy tan grande. Me pueden levantar y todo. Pero tengo amigos que son gigantes, y necesitan no 2 sino 3 o 4 personas que hagan harta fuerza, en cambio con eso te subes, te ubicas, te mueves pa’ acá pa’ allá”. (Individuo 8)</i></p>	<p>Pacientes independientes destacan de no necesitar de otra persona para el traslado. Asistiendo sólo a la consulta pudieron atenderse sin necesidad de moverse de su silla de ruedas.</p>
<p>Seguridad</p>	<p><i>“...Pero a ella, en eso uno no la saca de su sitio, como se puede decir, de donde uno se siente seguro. Porque cuando la sacan de la silla, ella se empieza a poner nerviosa, entonces no sabe que van a hacer con ella, pero el hecho de que ella este ahí en su silla ella se siente más segura”.(Individuo 2)</i></p> <p><i>“... se siente segura porque cuando había que traspasarla al otro sillón habitual que usan los pacientes, ella siempre tuvo la inseguridad de caerse porque son angostitos”. (Individuo 4)</i></p>	<p>Es la segunda característica más buscada en la atención dental por parte de los pacientes, el buscar seguridad en el tratamiento. La seguridad que ya existe en su silla de ruedas ya no es alterada.</p>

De acuerdo a la documentación descrita, el reclinador de silla de ruedas permite una atención más placentera para el paciente al evitar traslados desde la silla de ruedas al sillón dental, permitiendo la atención en la misma (a la cual el paciente ya se encuentra acostumbrado). Esto podría explicarse también a que no se ve afectada su individualidad al no necesitar de terceros que le sujeten para transportarle, y a que es realizado el tratamiento de la misma forma que a un paciente sin discapacidades en un sillón dental; sumado a que se evita la incomodidad que puede significarle el ser atendido en la misma silla reclinada hacia atrás, sin tener sostén en el cuello. El concepto de cadena de accesibilidad se cumpliría en este aspecto, ya que el paciente podría llegar sólo a la consulta, ser atendido, y retirarse por su misma cuenta sin la ayuda de otros.

En pacientes con enfermedades sistémicas severas como parálisis cerebral, el hecho de ser atendidos en la silla de ruedas no los deja expuesta a un entorno desconocido, otorgándoles adicionalmente una sensación de seguridad. Este punto también es reconocido al ser una alternativa mucho más fiable, comparando la reclinación de la misma silla de ruedas de forma manual, ya que existe dedicación absoluta al tratamiento y no al posicionamiento; o al hecho de permitir un mejor control de los movimientos en caso de espasmos, en comparación con los sillones convencionales.

De acuerdo a eventos anteriores de atención odontológica en los individuos entrevistados, el reclinador sería más cómodo, más seguro y permite una mayor autonomía que el sillón convencional o la silla de ruedas reclinada manualmente.

6.2 Análisis descriptivo - explicativo de la Categoría 2: “Experiencia de atención odontológica de pacientes en situación de discapacidad usuarios de silla de ruedas” (Relativo al objetivo 2).

Indicadores	Entrevista	Tendencia
Acceso a la atención	<p><i>“...el tema de la infraestructura de las calles, que no están adecuadas para una silla de ruedas. Uno debe lidiar con estos obstáculos diarios, porque todos los días te encuentras con algo diferente; para recintos médicos, para todos los lugares donde uno tenga que ir es complicado en la silla de ruedas”. (Individuo 7)</i></p> <p><i>“... Tan complicado llegar a un lugar y después moverse a otro. Porque: ¿Cómo te mueves en la calle? Para un discapacitado cuesta”. (Individuo 4)</i></p>	<p>Pacientes perciben dificultad para acceder a la atención dental, principalmente debido a barreras físicas.</p> <p>En una persona usuaria de silla de ruedas, en donde la dificultad de movimiento es su gran barrera, problemas simples como una grieta o una vereda alta significan un gran obstáculo.</p>
Adaptación del paciente a la Discapacidad	<p><i>“...Con el reclinador uno no hace nada, pero a mí no me complica na’, no me complica cambiarme”. (Individuo 5)</i></p> <p><i>“... ya estoy acostumbrada a los baches y todo eso. No es que los acepté, me acostumbré” (Individuo 7)</i></p>	<p>Pacientes en situación de discapacidad, con el tiempo que llevan enfrentando los diversos obstáculos que enfrentan, desarrollan a la larga una especie de acostumbramiento. Esto hace que no perciban o no tomen en consideración las diferencias de acceso que existen entre una persona</p>

	<p>“... Todo bien el lugar, si era todo perfecto. No tenía ningún problema.</p> <p>¿Era en un primer piso?</p> <p>Si , planta baja</p> <p>¿Y tenía rampa o plataforma de entrada para la silla de rueda?</p> <p>Emmm no, no la tenía.</p> <p>¿Y el lugar era amplio para xx?</p> <p>No era amplio tampoco, nos costó relativamente para entrar pero... pero hubo más buena voluntad que todo, y eso hizo grato la atención para ella”.</p> <p>(Individuo 4).</p>	<p>con o sin discapacidades hasta que se las hacen notar.</p>
<p>Infraestructura Inadecuada</p>	<p>“...No cuentan con el espacio necesario para que entre la silla de ruedas, o que tenga para la gente que se desplaza con dificultad caminando, que tenga baranditas de apoyo. Y así también uno que se pone como nerviosa y el especialista no sabe cómo hacer la asistencia cuando uno llega al lugar”. (Individuo 3)</p> <p>“...Me carga lo de urgencia que los box son chicos y si alguien tiene que tomarte en brazos no puede”. (Individuo 7)</p>	<p>Los box clínicos dentales poseen un tamaño que no permite el adecuado desplazamiento de la silla de ruedas, además de no permitir el posicionamiento de la silla de ruedas en caso de necesitar una transferencia.</p> <p>También se percibe falta de rampas de acceso y de espacios o consideraciones especiales en la construcción para usuarios de silla de ruedas</p>

	<p><i>“... En cuanto a infraestructura hay hartas debilidades en cuanto a puertas, o los mismos mesones. ...Bueno en las consultas generalmente no hay baños para nosotros, no se encuentran nomas. A no ser que uno vaya a un hospital y ahí hay más infraestructura. Ese es un problema, la infraestructura”.</i> <i>(Individuo 3)</i></p>	
<p>Dificultad en el traslado desde la silla de ruedas al sillón dental</p>	<p><i>“...porque cuando había que traspasarla al otro sillón habitual que usan los pacientes, ella siempre tuvo la inseguridad de caerse porque son angostitos, siempre estaba muy tensa y se pone muy espástica a la peligros que ella puede sentir, entonces la presión era súper incomoda para el profesional también”.</i> <i>(Individuo 4)</i></p> <p><i>“...y más encima todo el show de atenderme porque para cambiarme de sillón se requiere harta pega. ¿Y quién te va a tomar?”. (Individuo 8)</i></p> <p><i>“...Bueno igual me paso de lado, porque cuesta”. (Individuo 5)</i></p>	<p>Estrés producido por el traslado genera dificultad en la atención.</p> <p>Se expresa que los sillones son algo inseguros ya que no permiten un mejor control de los movimientos involuntarios.</p> <p>También se desglosa que se pierde autonomía en el traslado y que esta es engorrosa.</p>

<p>Estrés y Ansiedad</p>	<p><i>“...Entonces el hecho de sentarla en esa camilla, y que no tienen ninguna seguridad, entonces yo estaba que poco menos de guata encima de la Individuo 1 para que no se moviera. Era una camilla típica de dentistas como sillón, pero no tenía correas adecuadas, porque ella se mueve mucho; entonces movía los pies los brazos, y podía pasar a mover cualquier cosa muy fácilmente. Entonces para mí, yo sudaba, la Individuo 1 igual”. (Individuo 1)</i></p> <p><i>“... Es que era el hecho de sacarla de la silla, se desesperaba. Se alteraba y se ponía nerviosa, se movía más de lo que se mueve en general”. (Individuo 2)</i></p>	<p>Existe una generación de miedo al cambiar a un paciente acostumbrado a una silla de ruedas (ambiente protegido), a un aparato el cual no conocen (ambiente inseguro).</p>
--------------------------	--	--

De acuerdo a la información obtenida, existen barreras ligadas al individuo, al profesional, a la sociedad, y con respecto al gobierno y políticas.

Los individuos entrevistados refieren la dificultad para acceder a la atención ligada preferentemente a barreras físicas. Estas no estarían presentes si existiesen los facilitadores propuestos para el acceso a los edificios, ya sea rampas, ascensores, baños especiales, etc.

Un paciente con discapacidad motora, usuario de silla de ruedas, intenta ser lo más autónomo posible. La experiencia que tienen enfrentando los diversos obstáculos hace que no tomen en consideración las diferencias de acceso que existen entre una persona con o sin discapacidades hasta que se las hacen notar, existe un acostumbamiento a la rutina, hasta el punto que olvidan que les cuesta el desplazamiento.

La mayoría de los pacientes reconoció que los box clínicos dentales poseen un tamaño que no permite el adecuado desplazamiento de la silla de ruedas, además de no permitir el posicionamiento de la silla de ruedas en caso de necesitar una transferencia. Muchas clínicas dentales no cumplen los estatutos de integración de pacientes en situación de discapacidad o con las leyes de infraestructura. Usuarios de silla de ruedas deben afrontar falta de ascensores o rampas, falta de baños especiales, espacios angostos, etc.

Una de las principales dificultades para personas usuarias de silla de ruedas es el traslado al sillón dental, en donde se necesita de alguna persona que ayude al paciente para el traslado, o de 2 personas en caso de tener que levantar completamente a un paciente y moverlo de un lugar a otro.

La generación de estrés no se refiere netamente por el hecho de ser transportado o la incomodidad que esto pueda producir, sino que también es incomodo para pacientes con alguna deformidad fisiológica o alguna alteración sistémica.

En pacientes con discapacidades sistémicas como parálisis cerebral, la silla de ruedas se convierte en su ambiente habitual. Sacarlos de ese ambiente genera miedo y estrés, lo que aumenta aún más los movimientos involuntarios. Los sillones dentales actuales no poseen medios de restricción ni contención; los cuales si bien son contraindicados para el control de movimiento de niños, aún son necesarios para pacientes con movimientos espásticos involuntarios.

6.3 Análisis descriptivo - explicativo de la Categoría 3:

“Experiencia de pacientes en situación de discapacidad referentes al profesional dental” (Relativo al objetivo específico 2).

Indicador	Entrevista	Tendencia
<p>Dificultad para encontrar dentista competente</p>	<p><i>“...Con respecto al dentista, me dicen lo mismo. La he llevado, me dicen que es muy difícil lo que tienen en la boquita, que hay que hacerle tantas cosas, que hay que darle antibióticos y que ella tampoco se deja tratar.</i></p> <p><i>...Tal vez no tengan tanta este para atenderla, no sé yo po”.</i></p> <p><i>(Individuo 6)</i></p> <p><i>“Porque en la teletón hay dentistas, pero a la XX no me la pudieron atender bien. Ella tiene una rigidez muy fuerte en su boca. Ella no deja que nada metas en su boca, entonces en la teletón nunca lograron limpiarle por debajo.”</i></p> <p><i>(Individuo 1)</i></p> <p><i>“...Complicado a veces porque la gente te quiere ayudar y en vez de ayudarte lo complica más porque no tiene el conocimiento de cómo atender a una paciente con discapacidad”. (Individuo 4)</i></p>	<p>Los entrevistados refieren que dentistas no tienen las competencias para atender un paciente con necesidades especiales de atención; ya sea por falta de conocimiento, por miedo, o por falta de profesionales y materiales anexos para la atención.</p>

<p>Planificación inadecuada para pacientes especiales</p>	<p><i>“...Bueno yo sentía que era muy difícil ir a un dentista, no solo por el traslado sino que como dije no reacciono bien, cuesta que me adormezcan (anestesia), como soy muy tensa me ponen 3 o 5 tubos, y si estoy en una posición incómoda y si voy a tragar mal yo sé que me puedo ahogar, entonces si el dentista esta como en otra o esta apurado. No va a tener una atención así como que pasa se ahogo, vamos a esperar un poco. Entonces no me dan confianza”. (Individuo 8)</i></p> <p><i>“... No se po’, me dan ganas de llorar ahí. A uno le dicen llega a tal hora, y como vivo en XX me pego los mansos piques en silla de ruedas pa’ allá y pa’ acá y uno se demora po’.</i></p> <p><i>... es como que queda mal y dicen que tiene que venir de nuevo”. (Individuo 6)</i></p>	<p>Pacientes con necesidades especiales y padres de ellos relatan tener horas de atención muy cortas para el esfuerzo que deben realizar para poder trasladarse al centro de salud dental.</p> <p>Establecen que necesitan un tiempo clínico adecuado para una mayor cantidad de acciones clínicas correctas, adecuadas y que en lo posible evite tener que acudir al centro dental, para evitar nuevamente el traslado del paciente.</p>
---	---	---

De acuerdo a la información descrita, el tipo de barreras más nombradas por los pacientes en situación de discapacidad o sus padres/cuidadores, son las referentes al profesional odontológico, como una inapropiada formación del profesional en temas de atender a pacientes con necesidades especiales, o a la falta de materiales necesarios para la atención.

Pacientes con necesidades especiales y sus padres/cuidadores relatan tener horas de atención muy cortas para el esfuerzo que deben realizar para poder trasladarse al centro de salud dental. Distintas enfermedades pueden generar además de una pobre higiene oral, una generación excesiva de saliva en la boca, poseer anomalías fisiológicas, alteraciones en la respiración, espasmos, y diversos factores que pueden incrementar la duración del tiempo de atención de rutina en los procedimientos dentales. Es necesario por ende que para la atención de estos pacientes se realice una agenda especial que contemple más tiempo para la atención, de manera de obtener la mayor posibilidad de tratamientos parciales efectivos y terminados.

6.4 Análisis descriptivo – explicativo de la Categoría 4:

“Actitudes en la atención odontológica en el reclinador de silla de ruedas en pacientes en situación de discapacidad o en sus padres y apoderados a través de sus discursos” (Relativo al objetivo específico 3).

Indicador	Entrevista	Tendencia
<p>Mayor participación y compromiso en la atención odontológica</p>	<p><i>“...No hay comparación. Aquí ella viene contenta, con ganas de cooperar. Allá también lo hacía pero asustada, entonces no podrías procurar más de 5 minutos porque empezaba a pelear, no quería que le hicieran nada. Se ponía irritable. Pero acá no, acá viene súper feliz”. (Individuo 2)</i></p> <p><i>“...Entonces yo creo que todo esa atención integral es que los niños necesitan. La confianza también que te dan y a ella, porque yo me ponía a cantarle para relajarla, y yo pensando que estoy cantando cualquier tontera pero, suponte tu. Pero ellos te dan esa confianza para estar en un lugar apto y participar”. (Individuo 1)</i></p>	<p>Se aprecia una mejor disposición a participar y colaborar para el tratamiento y atención odontológica de pacientes en situación de discapacidad.</p>

<p>Mejor evaluación hacia el profesional</p>	<p><i>“...El buen trato, como acá. Cuando parten con un buen trato todo cambia”. (Individuo 7)</i></p> <p><i>“...Yo sentí que allá son un equipo con vocación. Por lo que yo vi se dedican bien a atender a pacientes con discapacidades, y niño también. Y es genial porque no hay en salud pública tratamiento preferencial para este tipo de pacientes”. (Individuo 8)</i></p> <p><i>“...Es que estoy contenta porque la última, no la anterior a esta sesión, el doctor Valle con el otro doctor, el doctor Daniel, y 2 señoritas más: ¡Le lograron limpiar abajo! Y sacarle mucho sarro que tenía abajo. Y eso, de los 14 años que tiene la XX, nunca lo habían logrado, y sin necesidad de anestesia”. (Individuo 1)</i></p>	<p>Se aprecia una valoración y un cambio positivo hacia las labores del profesional, posterior a ser atendidas en la Clínica de Cuidados Especiales en Salud Oral, y particularmente en el reclinador de silla de ruedas. Se expresan sentimientos de felicidad al obtener calidad en la atención y respeto, tanto por pacientes como por padres o apoderados de estos.</p>
--	--	---

De acuerdo a la documentación descrita y a la información obtenida de los análisis de experiencias y percepciones, se deduce que el cambio favorable de las actitudes de los pacientes; esto se debe en gran medida al manejo del paciente más que al reclinator de silla de ruedas. La apreciación favorable hacia el profesional preocupado y dedicado a la rehabilitación de este tipo de pacientes, los cuales poseen un alto grado de abandono y discriminación por parte de la sociedad, se explica también en la integración para el control de salud oral de los miembros comprometidos; ya sea paciente, padre/cuidador en caso de ser necesario, y profesional.

Un indicio de que se puede lograr una mayor integración a estos pacientes por parte de los profesionales, y por ende, un mejor control de su salud oral, es el paso de una actitud:

- Desconfiada hacia el profesional
- Crítica hacia la clínica como establecimiento
- Y adaptada a la falta de acceso de acuerdo a su discapacidad

Hacia una:

- Cercana al profesional
- Participativa e interesada en su salud oral
- Positiva en relación a la atención odontológica

7 DISCUSIÓN:

En este capítulo se propone establecer relaciones entre las tendencias dominantes en cada categoría, explicadas empíricamente, y en relación directa con cada uno de los objetivos específicos planeados. Se han establecido también conexiones con el marco teórico y los conceptos allí analizados, a la luz del objeto de estudio que ha orientado esta investigación.

La atención de pacientes en situación de discapacidad es un tema controversial dentro de la odontología. La mayoría de los profesionales reconoce el problema, sin embargo es difícil generar cambios en el corto plazo. Son muchas las barreras de acceso que deben ser vencidas o disminuidas, ya sea por la eliminación de estas, o la aplicación de medidas facilitadoras.

En los individuos entrevistados es posible observar, a través de su percepción y experiencias, las principales falencias presentes en los servicios de atención dental de nuestro país; las cuales deben ser analizadas y trabajadas para permitir una solución favorable, como también un mejoramiento en el desempeño del profesional para atender este tipo de pacientes.

Según lo apreciado en las entrevistas, la principal barrera que enfrentan los pacientes con movilidad reducida usuarios de silla de ruedas es la barrera de acceso al lugar de la clínica. Esto está en concordancia con la documentación analizada; sin embargo, la participación del profesional dental para lograr vencer esta barrera queda fuera de sus manos, y concierne al Estado y al desarrollo de políticas públicas garantizar una movilización adecuada. De todas formas, existen ciertas acciones en donde puede participar el odontólogo, como en la modificación de las agendas para citas un poco más largas a los pacientes con movilidad reducida, permitiendo realizar un mayor número de acciones y de mejor calidad, lo que a su vez produciría que el paciente deba trasladarse una menor cantidad de veces desde el hogar a la clínica.

Una vez en el establecimiento de salud, el paciente usuario de silla de ruedas debe enfrentar otras barreras de acceso físicas, como los escalones y escaleras; estas son barreras sobre las cuales existen reglamentos para permitir y facilitar el desplazamiento, ya sea por medio de rampas o ascensores en caso de ser necesarios. Las clínicas nuevas deben regirse por estas leyes obligatoriamente, sin embargo, es posible llegar aún más allá; consiguiendo espacios que permitan un mejor acceso, aún cuando estos no son obligatorios. Baños especiales, mesones de atención con altura disminuida, espacios más amplios para una libre circulación, puertas amplias y adecuadas; son algunas de las medidas que pueden ser cruciales para permitir una completa cadena de accesibilidad para el paciente. Cabe recordar que si cabe en un lugar una silla de ruedas, puede caber cualquier persona; razón por la cual el ajustar las medidas de acuerdo a la silla de ruedas podría permitir un acceso universal.

Otra barrera frecuente es el miedo y la ansiedad. El estrés es desfavorable a la hora de atender pacientes con enfermedades de compromiso general, como es el caso de pacientes con parálisis cerebral; donde el aumento del miedo y ansiedad eleva el número de movimientos espásticos. Un ambiente relajado en cambio, genera una disminución de estos movimientos involuntarios. Es importante por ende, disminuir el estrés en estos pacientes a través de una comunicación más amable, manejo cuidadoso, y tratamientos efectivos.

Un punto destacable en el término de estrés, es que los pacientes cuando son atendidos en su misma silla, comparativamente se sienten más cómodos cuando son atendidos en sillón dental; esto puede deberse tanto a la comodidad de la silla de ruedas a la cual están acostumbrados, como también a que se evita el traslado del paciente. Inversamente, el traslado desde la silla de ruedas al sillón dental, disminuye el confort (tanto por el traslado realizado por un tercero, como por lo doloroso que puede resultar en algunos casos), disminuye la seguridad, y aumenta la sensación de miedo.

La última barrera a mencionar, es la que concierne al profesional odontológico. La mayoría de los individuos encuestados aseguran que los cirujanos dentistas poseen poco entrenamiento en la atención de pacientes con necesidades especiales, lo que es concordado con la bibliografía analizada. Esto justifica la mala disposición para la atención de estos.

La percepción del discapacitado o de sus padres o cuidadores, es influenciada por estos 3 puntos (barreras de acceso a la clínica - barrera del profesional - estrés), y la actitud que toma es consecuente con las experiencias que ha obtenido al enfrentar estas barreras. La mayoría de los individuos entrevistados mostró una fuerte decepción del profesional, una generación de desconfianza, y por ende, una menor motivación para acudir a servicios dentales.

Posterior a la atención en la Clínica de Cuidados Especiales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, los pacientes atendidos y/o sus padres/cuidadores, mostraron un cambio en su actitud, lo que se atribuye al buen manejo del paciente, a la adaptación conductual de estos a la clínica, y a la disposición de los profesionales entrenados para atenderlos.

Una mejor recepción de los pacientes y sus padres/cuidadores, son necesarios para alcanzar el éxito en la rehabilitación y salud oral.

Una medida para facilitar el acceso al sillón dental, para disminuir el estrés y para permitir un mejor manejo por parte del profesional para la atención de pacientes usuarios de silla de ruedas es el reclinador de silla de ruedas. Los distintos discursos de los pacientes y sus padres/cuidadores fueron concisos en atribuirle las características de cómodo, seguro y que otorga autonomía. Contrario a las características que atribuyen a la atención en sillón dental convencional. El reclinador cumpliría entonces su función de facilitador, permitiendo la cadena de accesibilidad a la atención dental en pacientes usuarios de silla de ruedas.

8 CONCLUSIÓN:

De acuerdo a los resultados y a la evidencia obtenida, se desprende que:

- El reclinador otorgó a los pacientes y padres/apoderados Autonomía, Comodidad y Seguridad, generando una gran aceptación al dispositivo y por ende, mayor accesibilidad que la atención en los sillones convencionales y la silla de ruedas reclinada manualmente.
- Pacientes usuarios de silla de ruedas experimentan estrés al ser cambiados desde una silla de ruedas (a la cual se encuentran acostumbrados) a un sillón dental. El estrés puede verse disminuido con el reclinador y con el buen manejo clínico hacia el paciente, siendo este último clave a la hora de generar una adecuada participación y compromiso en la atención odontológica.
- Existen diversas barreras de acceso a la atención dental para pacientes en situación de discapacidad, siendo las más nombradas: dificultad en la movilización y acceso físico al lugar, dificultad para encontrar un profesional con las competencias y la disposición para la atención, y mal manejo del miedo y ansiedad. El conjunto de las barreras genera una adaptación a las circunstancias experimentadas, llegando a considerar generalmente como normal las diversas dificultades por las cuales deben pasar.
- El conjunto de las experiencias negativas se expresa en los pacientes usuarios de silla de ruedas con actitud de resignación social, mostrando desconfianza al profesional y apreciación negativa hacia la clínica odontológica; existiendo una rectificación a esto con la atención en el reclinador de silla de ruedas y la Clínica de Cuidados Especiales, en donde expresaron una actitud más positiva a la atención en odontología, una mejor relación con el profesional, y una mayor participación e interés en la salud oral.

REFERENCIAS:

1. OMS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), versión Español. Santander, España.
2. FONADIS (2005) C. Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile ENDISC- CIF 2004. (Fondo Nacional de la Discapacidad). Chile
3. OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2006). Discapacidad: Lo que todos debemos saber. Washington D. EEUU.
4. Hennequin M y Cols. (2000) Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients. J Dent; 28(2):131-6.
5. Osses B y Cols (2006). Investigación cualitativa en educación: Hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. Estudios pedagógicos (Valdivia) 2006;32:119-33.
6. AAPD (2008). Guideline on management of dental patients with special health care needs. Pediatr Dent; 30(7 Suppl):107-11.
7. Crall JJ. (2007). Improving oral health for individuals with special health care needs. Pediatr Dent; 29(2):98-104.
8. H Vignehsa GS y Cols. (1991). Dental health of disabled children in Singapore. Aust Dent J. Apr; 36(2):151-6.
9. N Choi KY. (2003). A study on the dental disease of the handicapped. . J Dent Child; May-Aug; 70(2):153-8.
10. SENADIS (Servicio Nacional de la Discapacidad):
http://www.senadis.gob.cl/glosario/index.php#ancla_B (Consultado en Agosto de 2012)
11. Yuen HK, y Cols. (2010). Factors that limit access to dental care for adults with spinal cord injury. Spec Care Dentist; 30(4):151-6.
12. M Mayer AS, R Slifkin. (2004). Unmet need for routine and specialty care: Data from the National Survey of Children with Special Health Care Needs. Pediatrics; 113:109-15.
13. Scully C (2007). Special care in dentistry : handbook of oral health care. Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone/Elsevier; 2007.

14. Casamassimo PS y Cols (2004). General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *J Dent Educ*; 68(1):23-8.
15. A Burtner JD. (1994). Providing oral health care to individuals with severe disabilities residing in the community: Alternative care delivery systems. *Spec Care Dent*. 14:188-93.
16. Nowak A. (2002). Patients with special health care needs in pediatric dental practices. *Pediatr Dent*; May-Jun. 24(3):227-8.
17. Lewis D, y Cols. (2008) Access to special care dentistry, part 8. Special care dentistry services: seamless care for people in their middle years - part 2. *Br Dent J*; 205(7):359-71.
18. Posnick WR, Martin HH. (1977) Wheel chair transfer techniques for the dental office. *J Am Dent Assoc*; 94(4):719-22.
19. Republica de Chile (2005). Ley 20.001. Regula el peso máximo de carga humana.
20. Williams E SR. (1992) Treating patients in wheelchairs. *J Prosthet Dent*; 67(3):431.
21. Anderson CF. (1967). Modified dental chair for patients in wheelchairs. *J Am Dent Assoc*; 74(6):1255-8.
22. Dougall A, Fiske J. (2008). Access to special care dentistry, part 1. Access. *Br Dent J*; 204(11):605-16.
23. Tamazawa y Cols. (2004). A new dental unit for both patients in wheelchairs and general patients. *Gerodontology*; 21(1):53-9.
24. McGhay RM. (1980). A simple headrest for patients confined to wheelchairs. *J Prosthet Dent*; 44(3):347-9.
25. Lewis D y Cols. (2008). Access to special care dentistry, part 7. Special care dentistry services: seamless care for people in their middle years--part 1. *Br Dent J*; 205(6):305-17.
26. McGowan RH. (1974). Headrest for patients in wheelchairs. *Br Dent J* ;136(5):203-4.
27. Rosenblith S, Murphy DC. (2001). Ergonomic considerations for the care of special patients. *N Y State Dent J*; 67(5):30-4.

28. García DC. (2010) La Discapacidad en Chile: Situación Actual y Perspectivas. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Unidad de Discapacidad y Rehabilitación. Santiago de Chile.
29. Republica de Chile (1995). LEY Nº19.284: Ley de integración social de las personas con discapacidad; 1995.
30. Republica de Chile (2010). LEY 20.422. Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión de las personas con discapacidad.
31. OPS (Organización Panamericana de la Salud - 1999). Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Guatemala.
32. Corporación Ciudad Accesible. (2012). Guía de Consulta Accesibilidad Universal; Chile.
33. Corporación Ciudad Accesible. (2003). Manual Diseño Accesible: Construir para todos; Chile.
34. Conde F PC. (1995). La Investigación Cualitativa en Salud Pública. Rev Esp Salud Pública;69:145-49.
35. Arteaga O. (2006). Investigación en Salud y Métodos Cualitativos. Ciencia y Trabajo; Año 8. Numero 21:151-53.
36. Rodríguez D VJ. (2009). Metodología de la Investigación. FUOC, ed. Barcelona. España
37. Quintana A MW. (2006). Metodología de Investigación Científica Cualitativa; Perú.
38. Cerdà M (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. Gaceta Sanitaria;vol.13 núm 4:312-9.
39. Martínez P (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento y Gestión: Universidad del Norte;. p. 165-93.
40. Hernández_Sampieri R y Cols. (2006). Metodología de la Investigación; 4º ed. McGraw; Mexico

41. Diccionario virtual de la Real Academia Española, concepto de Percepción.
<http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=vywbrBmTfDXX2tniUdDK>.
(Consultado en Febrero de 2013).
42. Diccionario virtual de la Real Academia Española, concepto de Experiencia.
<http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=experiencia>. (Consultado en Marzo de 2013).
43. Rodriguez A (1991). Psicología Social; México: Trillas.
44. Diccionario virtual de la Real Academia Española. Concepto de Actitud.
<http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=actitud>. (Consultado en Febrero de 2013).

9 ANEXOS

9.1 Anexo 1: Programa de Clínica de Cuidados Especiales.



Proyecto:

Clínica de Cuidados Especiales en Odontología

Facultad de Odontología

Universidad de Chile

Autores:

Susanne Krämer Strenger

Gisela Zillmann Geerds

Marcelo Valle

Octubre 2009



Objetivo:

Crear una clínica dedicada y especializada en la atención odontológica de pacientes que requieren cuidados especiales para su atención buco-dental.

Fundamento:

La atención de *pacientes con necesidades especiales* es un área de la Odontología que se encuentra en activo desarrollo a nivel internacional. Su objetivo es el cuidado de la salud oral de personas con discapacidades o impedimentos físicos, sensoriales, intelectuales, mentales, médicos, emocionales, o, en la mayoría de los casos, una combinación de las condiciones anteriormente mencionadas. ¹ Ésta área de la Odontología ya es reconocida como una especialidad independiente en Inglaterra, los Estados Unidos y Australia. Internacionalmente los dentistas dedicados a ello se encuentran adjuntos a la “IADH: International Association for Disability and Oral Health”, creada en 1971 y que reúne agrupaciones de 31 países, encontrándose representado nuestro continente únicamente por las asociaciones de Argentina, Brasil y Perú. ²

En Chile ésta área de la Odontología no se encuentra desarrollada, no existe una asociación de Odontólogos dedicados a ella, ni es reconocida como especialidad.

Enfrentar el desafío de crear esta área se enmarca en la “Misión y Visión de la Universidad de Chile”, en particular en el marco de la Visión a futuro de la Universidad de Chile en su apartado a) i) “...La naturaleza ... de nuestra universidad nos impone la tarea permanente de ser referente nacional, ... y la capacidad de definir estándares para el país en cada disciplina y en cada programa docente...” ³

El objetivo de nuestro grupo de trabajo es crear un espacio para el desarrollo de esta área en nuestro país, a través del establecimiento de una clínica especializada en que se pueda generar, desarrollar, intercambiar e integrar conocimiento. Una clínica y grupo de trabajo del que esperamos nazca en un futuro una Sociedad Chilena de odontólogos dedicados a la atención de pacientes que requieren Cuidados Especiales.

Clínica de Cuidados Especiales en Odontología:

Clínica dedicada a la atención de pacientes que requieren cuidados especiales.

Fases de desarrollo del proyecto:**Fase 1:**

Convenios con instituciones que agrupan a pacientes con necesidades especiales.

Puesta en marcha (marcha blanca) de la clínica: atención de niños y adolescentes con patología hasta ASA II y III.

Período: 2009- Junio 2010.

Fase 2:

Aplicar y crear nuevos protocolos de atención según la patología del paciente.

Integrar líneas de investigación existentes. (Ej. RCT microstomía)

Periodo: 2010

Fase 3:

Integrar la atención de pacientes adultos y pacientes ASA IV.

Proyectos de auditoría que permitan una evaluación a mediano y largo plazo del proyecto.

Creación de líneas de investigación propias, así como establecimiento de lazos con otros centros similares a nivel internacional de manera de planificar y participar de estudios multicéntricos (fundamentales en una especialidad en que la mayoría de las patologías son de baja prevalencia)

Periodo: 2011

Fase 4:

Realización de un programa de diplomado en el área de cuidados especiales en odontología.

Período: Año académico 2012.

Proyecciones académicas:

2010: Jornadas Odontológicas del niño discapacitado

2017: IAPD Congreso en Santiago de Chile, con enfoque en Cuidados Especiales

Horario de la clínica:

En un comienzo 2 box clínicos en el horario de Odontopediatría pregrado, en el futuro diario en las mañanas.

Para la realización de este proyecto contamos con:

Profesionales con estudios en el área:

- Dra. Gisela Zillmann, Especialista en Odontopediatría y especialista en Salud Pública Odontológica, Universidad de Chile
- Dr. Marcelo Ovalle, Magíster en atención de niños con riesgo biológico, Universidad Complutense de Madrid
- Dra. Susanne Krämer, MSc Special Needs Dentistry, UCL

En la actualidad se cuenta con 2 box en el zócalo sur.

Para la realización de este proyecto necesitamos:

Acceso a uso de box con oxido nitroso

Acceso a pabellones de anestesia general

Anestesista:

Carro de paro

Reclinador de silla de ruedas

Electrocardiógrafo y oxímetro de pulso.

Set de instrumental completo.

Materiales e insumos dentales.

Asistente dental

Financiamiento:

Pago por prestaciones de servicio, convenios.

Referencias:

1. Joint Advisory Committee for Special Care Dentistry (2003) ‘A case of need: proposal for a specialty in Special Care Dentistry’
2. <http://www.iadh.org/index.php> [22.10.2009]
3. http://www.uchile.cl/uchile.portal?_nfpb=true&_pageLabel=conUrl&url=4681 [22.10.2009]

Presupuesto:

Equipamiento especial	Botiquín para materiales e insumos	2		
	Reclinador de silla de ruedas	1		46.000 USD
	Cojín posicionador al vacío	1		
	Ejector portátil			
	Hemosuctor	1		
	Oxímetro de pulso	1	Caterina artículos r	90.000
	Electrocardiógrafo	1		

9.2 Anexo 2: Consentimiento Informado

Información para padres y apoderados

Percepción de atención dental de pacientes en situación de discapacidad física atendidos en reclinador de silla de ruedas

Versión 1.0 para paciente padres y apoderados, 11 Octubre de 2012

Introducción

Usted y su hijo/pupilo están siendo invitados para participar en un estudio para pacientes con Necesidades Especiales de Atención en Salud Dental que utilizan silla de ruedas.

Antes de tomar cualquier decisión sobre si desea tomar parte en el estudio es importante que tenga en claro el propósito de esta investigación, así como los riesgos involucrados. Por favor, tómese tiempo para leer el siguiente informativo para decidir si desean participar.

Este estudio es realizado por Cristián González Parraguez, estudiante de 6° año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile para la obtención del Título de Cirujano Dentista.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito de este estudio es conocer la percepción a lo largo del tiempo sobre las atenciones odontológicas en sillón dental convencional en comparación con el reclinador de silla de ruedas. Para esto se realizará una entrevista directa a los involucrados, de manera que sea analizada su propia versión de los hechos.

¿Por qué he sido elegido?

Usted ha sido invitado a participar en este estudio por ser padre o apoderado encargado del cuidado de la salud oral de un paciente usuario de silla de ruedas.

¿En que consta mi participación?

Se le realizará una entrevista por el estudiante en tesis Cristián González Parraguez, en la cual pueden colaborar el Dr. Marcelo Valle (odonopediatra), Valentina Fajreldin (antropóloga) y la Dra Susanne Krämer (especialista en Cuidados Especiales en Odontología), tutores participantes en la investigación. Esta se efectuará en la sala de reuniones del segundo piso, ala Norte; en el mismo sector donde funciona la Clínica de Cuidados Especiales. La entrevista durará aproximadamente 45 minutos; sin embargo, podría citarse nuevamente para una nueva entrevista en caso de ser necesario.

¿Cuáles son las ventajas de participar en este estudio?

No existe ventaja directa ni incentivo por participar. Este estudio es para analizar su percepción en la atención dental en mi hijo/pupilo, y a través de esto mejorar el conocimiento sobre las técnicas de tratamiento en los pacientes con la misma situación.

¿Dónde y que pasará con la información?

La entrevista podrá ser registrada a través de medios de grabación, tanto auditivos como visuales, para luego ser transcrita. Toda la información que se recopile sobre su participación en el estudio se mantendrá estrictamente confidencial. Los resultados analizarán los datos obtenidos, sin incluir información personal como nombre completo, fecha de nacimientos ni datos de contacto.

¿Qué pasará con los resultados de este estudio?

La información obtenida podrá ser usada tanto para la investigación de tesis, como para futuras investigaciones en revistas científicas o estudios académicos. Sin embargo usted ni su hijo/pupilo no serán identificables en las publicaciones o prestaciones.

¿Puedo retirarme?

La participación en este estudio es completamente voluntaria y no afectará en tratamientos dentales y otra actividad en la Universidad o cualquier otra institución para usted o su hijo/pupilo.

¿A quién puedo contactar para mayor información?

En caso de dudas, se puede consultar con los tutores clínicos del proyecto:

Dra. Susanne Krämer:
MSc en Cuidados Especiales en Odontología
Facultad de Odontología
Universidad de Chile
Tel. 9781840

Dr. Marcelo Valle:
Odontopediatra
Facultad de Odontología
Universidad de Chile
Tel. 9781840

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darle las gracias por considerar participar en este estudio. Por favor quédese con una copia de este informativo junto con una copia del consentimiento informado, le servirá para referencia futura.

Consentimiento informado

Percepción de atención dental de pacientes en situación de discapacidad física atendidos en reclinador de silla de ruedas

Versión 1.0 para paciente padres o apoderados, 11 Octubre de 2012

N° Id. Paciente: _____

1. Confirmo que he leído el informativo sobre el estudio antes citado versión 1.0 con fecha 10 de Octubre 2012 y he tenido la oportunidad de hacer preguntas
2. Confirmo que me han dado tiempo suficiente para decidir si quiero o no quiero participar en este estudio
3. Entiendo que mi participación es voluntaria y que me puedo retirar en cualquier momento y sin ninguna razón. De ser así, no se verá afectada mi atención dental en el establecimiento ni la de mi hijo/pupilo.
4. Estoy de acuerdo a participar en este estudio.

Nombre del Paciente

Nombre Padre o tutor legal

Firma

Rut

Fecha

Nombre del Tesista

Firma

Rut

Fecha

Información para pacientes

Percepción de atención dental de pacientes en situación de discapacidad física atendidos en reclinador de silla de ruedas

Versión 1.1 para paciente mayor de 18 años, 11 Octubre de 2012

Introducción

Usted está siendo invitado para participar en un estudio para pacientes con Necesidades Especiales de Atención en Salud Dental que utilizan silla de ruedas.

Antes de tomar cualquier decisión sobre si desea tomar parte en el estudio, es importante que tenga en claro el propósito de esta investigación, así como los riesgos involucrados. Por favor, tómese tiempo para leer el siguiente informativo para decidir si desean participar.

Este estudio es realizado por Cristián González Parraguez, estudiante de 6° año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile para la obtención del Título de Cirujano Dentista.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito de este estudio es conocer la percepción a lo largo del tiempo las atenciones odontológicas en sillón dental convencional en comparación con el reclinador de silla de ruedas. Para esto, se realizará una entrevista directa a los involucrados, de manera que sea analizada su propia versión de los hechos.

¿Por qué he sido elegido?

Usted ha sido invitado a participar en este estudio por ser usuario de silla de ruedas.

¿En que consta mi participación?

Se le realizará una entrevista por el estudiante en tesis Cristián González Parraguez, en la cual pueden colaborar el Dr. Marcelo Valle, Valentina Fajreldin y la Dra Susanne Krämer, tutores participantes en la investigación. Esta se efectuará en la sala de reuniones del segundo piso, ala Norte. En el mismo sector donde funciona la Clínica de Cuidados Especiales. La entrevista durará aproximadamente 45 minutos; sin embargo, podría citarse nuevamente para una nueva entrevista en caso de ser necesario.

¿Cuáles son las ventajas de participar en este estudio?

No existe ventaja directa ni incentivo por participar. Este estudio es para analizar su percepción en la atención dental, y a través de esto mejorar el conocimiento sobre las técnicas de tratamiento en los pacientes con la misma situación.

¿Dónde y que pasará con la información?

La entrevista podrá ser registrada a través de medios de grabación, tanto auditivos como visuales, para luego ser transcrita. Toda la información que se recopile sobre su participación en el estudio se mantendrá estrictamente confidencial. Los resultados analizarán los datos obtenidos, sin incluir información personal como nombre completo, fecha de nacimientos ni datos de contacto.

¿Qué pasará con los resultados de este estudio?

La información obtenida podrá ser usada tanto para la investigación de tesis, como para futuras investigaciones en revistas científicas o estudios académicos. Sin embargo usted no será identificable en las publicaciones o prestaciones.

¿Puedo retirarme?

La participación en este estudio es completamente voluntaria y su retiro no afectará en tratamientos dentales y otra actividad en la Universidad o cualquier otra institución

¿A quién puedo contactar para mayor información?

En caso de dudas, se puede consultar con los tutores clínicos del proyecto:

Dra. Susanne Krämer:
MSc en Cuidados Especiales en Odontología
Facultad de Odontología
Universidad de Chile
Tel. 9781840

Dr. Marcelo Valle:
Odontopediatra
Facultad de Odontología
Universidad de Chile
Tel. 9781840

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darle las gracias por considerar participar en este estudio. Por favor quédese con una copia de este informativo junto con una copia del consentimiento informado, le servirá para referencia futura.

Consentimiento informado

Percepción de atención dental de pacientes en situación de discapacidad física atendidos en reclinador de silla de ruedas

Versión 1.1 para paciente mayor de 18 años, 10 Octubre 2012

N° Id. Paciente: _____

1. Confirmo que he leído el informativo sobre el estudio antes citado versión 1.1 con fecha 10 de Octubre 2012 y he tenido la oportunidad de hacer preguntas
2. Confirmo que me han dado tiempo suficiente para decidir si quiero o no quiero participar en este estudio
3. Entiendo que mi participación es voluntaria y que me puedo retirar en cualquier momento y sin ninguna razón. De ser así, no se verá afectada mi atención dental en el establecimiento.
4. Estoy de acuerdo a participar en este estudio.

Nombre Participante Firma Rut Fecha

Nombre del Tesista Firma Rut Fecha

Información para pacientes

Percepción de atención dental en pacientes con situación de discapacidad física atendidos en reclinator de silla de ruedas

Versión 1.2 para paciente menor de 18 años, 11 Octubre de 2012

Introducción

Tú estás siendo invitado para participar en un estudio para pacientes con Necesidades Especiales de Atención en Salud Dental que utilizan silla de ruedas.

Antes de tomar cualquier decisión sobre si desea tomar parte en el estudio, es importante que tengas claro el propósito de esta investigación, así como los riesgos involucrados. Por favor, tómate tiempo para leer el siguiente informativo para decidir si deseas participar.

Este estudio es realizado por Cristián González Parraguez, estudiante de 6° año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile para la obtención del Título de Cirujano Dentista.



¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito de este estudio es conocer la percepción a lo largo del tiempo las atenciones odontológicas en sillón dental convencional en comparación con el reclinator de silla de ruedas. Para esto, se realizará una entrevista directa a los involucrados, de manera que sea analizada su propia versión de los hechos.

¿Por qué he sido elegido?

Has sido invitado a participar en este estudio por ser usuario de silla de ruedas.

¿En que consta mi participación?

Se te realizará una entrevista por el estudiante en tesis Cristián González Parraguez, en la cual pueden colaborar el Dr. Marcelo Valle, Valentina Fajreldin y la Dra Susanne Krämer, tutores participantes en la investigación. Esta se efectuará en la sala de reuniones del segundo piso, ala Norte. En el mismo sector donde funciona la Clínica de Cuidados Especiales. La entrevista durará aproximadamente 45 minutos; sin embargo, podrás ser citado nuevamente para una nueva entrevista en caso de ser necesario.

¿Cuáles son las ventajas de participar en este estudio?

No existe ventaja directa ni incentivo por participar. Este estudio es para analizar tu percepción en la atención dental, y a través de esto mejorar el conocimiento sobre las técnicas de tratamiento en los pacientes con tu misma situación.





¿Dónde y que pasará con la información?

La entrevista podrá ser registrada a través de medios de grabación, tanto auditivos como visuales, para luego ser transcrita. Toda la información que se recopile sobre su participación en el estudio se mantendrá estrictamente confidencial. Los resultados analizarán los datos obtenidos, sin incluir información personal como nombre completo, fecha de nacimientos ni datos de contacto.

¿Qué pasará con los resultados de este estudio?

La información obtenida podrá ser usada tanto para la investigación de tesis, como para futuras investigaciones en revistas científicas o estudios académicos. Sin embargo no serás identificable en las publicaciones o prestaciones.

¿Puedo retirarme?

La participación en este estudio es completamente voluntaria y tu retiro no afectará en tratamientos dentales y otra actividad en la Universidad o cualquier otra institución

¿A quién puedo contactar para mayor información?

En caso de dudas, se puede consultar con los tutores clínicos del proyecto:



Dra. Susanne Krämer:
MSc en Cuidados Especiales en Odontología
Facultad de Odontología
Universidad de Chile
Tel. 9781840

Dr. Marcelo Valle:
Odontopediatra
Facultad de Odontología
Universidad de Chile
Tel. 9781840

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darte las gracias por considerar participar en este estudio. Por favor quédese con una copia de este informativo junto con una copia del consentimiento informado, le servirá para referencia futura.

9.3 Anexo 3: Pauta Entrevista

1) Pregunta para romper hielo, elegir 1 o más de acuerdo a como actúa:

A que se dedica

Háblame sobre ti.

2) ¿De qué parte viene?

3) De acuerdo a la discapacidad que tenga (escrita en la ficha): Cuéntame, como ha sido la experiencia de vivir con... (Buscar la historia de la enfermedad y cómo ha evolucionado en el tiempo)

4) ¿Cómo empezó tu relación con la atención en Salud?

5) ¿Qué puedes hablarnos de la movilización para acceder a los centros de salud

6) ¿Qué puedes decir sobre tu experiencia en el dentista:

¿Cuál es el problema más grande que has encontrado?

¿Posee problemas para encontrar dentista adecuado?

¿Puedes contarnos tu historial con los dentistas?

Indagar sobre la actitud previa a llegar a la clínica de cuidados especiales

7) ¿Cómo te sientes con respecto a los problemas que has tenido? ¿Frente a las distintas cargas que has tenido que afrontar? (indagar en cada una de ellas)

8) ¿Cómo conoció o llegó a la clínica de cuidados especiales?

9) ¿Qué puedes decirme del equipo dental que te atendió, como fue el trato?

¿Sientes que hubo un cambio? ¿Sientes que tu actitud hacia el dentista y los tratamientos son los mismos?

10) ¿Qué te pareció el reclinator de sillas de ruedas, que sentiste? ¿Hubo un cambio en la atención? Ventajas y desventajas.

11) ¿Que recomendaciones darías para mejorar la atención?

12) ¿Algún punto que te gustaría tratar de la atención dental en la Clínica de Cuidados Especiales?

Recalcar al preguntar sensaciones, emociones. Indagar más en los cómo y por qué y para qué