



**ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL EN PERSONAS CON
DISCAPACIDAD EN UNA FUNDACIÓN DE CALI.**

AUTORES

**JOSSELYN VIVIANA VILLAVICENCIO
LEIDY JOHANA GRAJALES
MARGARITA ROSA JARAMILLO
PAULA ANDREA CHÁVEZ**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO
INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA - UNICOC
PERIODONCIA
SANTAGO DE CALI
11 DE NOVIEMBRE DE 2022**



**ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL EN PERSONAS CON
DISCAPACIDAD EN UNA FUNDACIÓN DE CALI.**

AUTORES

**JOSELYN VIVIANA VILLAVICENCIO
LEIDY JOHANA GRAJALES
MARGARITA ROSA JARAMILLO
PAULA ANDREA CHÁVEZ**

**DIRECTOR Y ASESOR METODOLOGICO
CHRISTIAN STEVEN LEÓN CORREA**

Odontólogo

Especialista en gerencia de servicios de salud, Especialista en gestión integral de proyectos, Magíster en salud pública, Magíster en estudios del territorio y la planeación con Especialidad en ordenamiento del territorio, planeación territorial y desarrollo local.

Docente pregrado y posgrado, Coordinador proyección social y salud pública, UNICOC sede Cali

**ASESOR ESTADISTICO
JULIAN TAMAYO**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO
INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA - UNICOC
PERIODONCIA**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, 05 de diciembre de
2022

DEDICATORIA

Este trabajo muestra el esfuerzo no solo de nosotras como investigadoras sino de nuestros padres, esposo, hermanos e hijos, pues ellos son quienes nos han brindado su apoyo, para concretar con éxito la ejecución de este.

AGRADECIMIENTOS

Le agradecemos a las personas que participaron de este estudio, entendemos el gran esfuerzo que debían de realizar para poder desplazarse a la revisión periodontal.

También a la Fundación Asodisvalle por facilitarnos las instalaciones para la ejecución del proyecto, por dar a conocer nuestra investigación para así lograr captar los participantes.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION	
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. MARCO TEORICO	16
4. OBJETIVOS.....	21
4.1 OBJETIVO GENERAL	21
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
5. METODOLOGÍA	21
5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	21
5.2 POBLACIÓN OBJETIVO.....	22
5.2.1 Criterios de selección	22
5.3 TAMAÑO DE MUESTRA Y DISEÑO DE MUESTREO	22
Estudio descriptivo de corte trasversal:.....	22
5.3.1 Diseño de muestreo.....	23
Estudio descriptivo de corte trasversal:.....	23
5.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	24
5.4.1 Variables.....	24
5.4.2 Cuadro operacional de las variables.....	24
5.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	35
5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
6. RESULTADOS	36
7. DISCUSION.....	42
8. RECOMENDACIONES.....	46

9. CONCLUSIONES.....	47
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48
ANEXOS	50

LISTA DE TABLAS

1. Tabla 1: Sociodemográfica	37
2. Tabla 2: Acceso a los servicios de salud.....	38
3. Tabla 3: Necesidad percibida	39
4. Tabla 4: Hábitos de higiene oral	40
5. Tabla 5: Correlaciones	42
6. Tabla 6: Entrevista	43

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1: Régimen de salud

Gráfico 2: Estrato sociodemográfico

Gráfico 3: ¿Cuántas veces se cepilla – cuidador?

Gráfico 4: ¿Cuántas veces se cepilla – Persona con discapacidad?

Gráfico 5: ¿Cuántas veces usa la seda dental – cuidador?

Gráfico 6: ¿Cuántas veces usa la seda dental – persona con discapacidad?

Gráfico 7: ¿Conoce la especialidad de periodoncia?

GLOSARIO

Discapacidad: *"El término discapacidad significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social"*(Ley 762 de 2002)(1)

Acceso y accesibilidad: *"Condiciones y medidas pertinentes que deben cumplir las instalaciones y los servicios de información para adaptar el entorno, productos y servicios, así como los objetos, herramientas y utensilios, con el fin de asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, tanto en zonas urbanas como rurales"* (1).

Barreras: *"Cualquier tipo de obstáculo que impida el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con algún tipo de discapacidad"*. (Ley 1618 de 2013) (1)

Entorno físico accesible: *"Medidas para eliminar los obstáculos y barreras que obstaculizan las instalaciones internas y externas, entre ellas las escuelas, los centros médicos y los lugares de trabajo. Se entiende por accesibilidad como la condición que permite en cualquier espacio o ambiente interior o exterior, el fácil y seguro desplazamiento de la población en general, y el uso en forma confiable y segura de los servicios instalados en estos ambientes"*. (Ley 361 de 1997)(1)

Personas con y/o en situación de discapacidad: *"Aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás"* (Ley 1618 de 2013)(1)

La atención integral: *"Implica necesariamente coordinar y trabajar en red. Las necesidades de pacientes deben ser entendidas en forma integrada, posibilitando, cuando sea necesario, la intervención de los distintos niveles de atención con continuidad. De este modo no se actuará de forma paralela sino en conjunto, evitando la fragmentación, duplicación y pérdida de oportunidad en la atención"* (2).

Modelo Adam y Andersen: *"El modelo conceptual más representativo y citado en la literatura disponible sobre acceso a servicios de salud es el modelo de Andersen, Aday y colegas. El modelo fue desarrollado inicialmente en 1968 en el contexto de*

una disertación doctoral, para entender por qué las familias usaban los servicios de salud, para definir y medir el acceso equitativo y para contribuir al desarrollo de políticas que promovieran tal acceso"(3)

INTRODUCCION

El abordaje integral de las necesidades en salud requiere la inclusión del enfoque diferencial en todos sus procesos y servicios, permitiendo reconocer la existencia de diferentes niveles de vulnerabilidad en distintos grupos sociales, las cuales, pueden relacionarse a características particulares y estructurales que tienen como resultado dificultades para ejercer efectivamente el derecho a la Salud (4).

El enfoque diferencial como modelo social incluye a las personas con discapacidad como un grupo vulnerable que requiere mayor protección (Ley Estatutaria 1618 de 2013).

La discapacidad es definida en Colombia como: *“Un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”* (1)

El Ministerio De Salud y Protección Social de Colombia informa que aproximadamente 1,3 millones de personas presentan alguna discapacidad (5) De este total, el 70.3% pertenecen al régimen subsidiado, lo cual, evidencia la vulnerabilidad socioeconómica de este grupo. Las personas con discapacidad registradas en Colombia se concentran principalmente en el Valle (15,25%), Santander (4,7%), Huila (5,1 %), Antioquia (13,8 %) y Bogotá (18,3 %)(6).

Las cifras para la ciudad de Cali evidencian que 130.674 personas tienen alguna discapacidad, de las cuales, 73.660 son mujeres (5) Las personas con discapacidad tienen una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas, las cuales comparten factores de riesgo con la enfermedad oral, siendo de gran importancia abordarlos de forma integral, eliminando las barreras de atención y así contribuir a la disminución de la prevalencia de las enfermedades orales más comunes como caries y enfermedad periodontal (5)

ASODISVALLE es una fundación con una trayectoria de 19 años, sin ánimo de lucro, que trabaja brindando servicios de educación básica y para el trabajo, rehabilitación humana y psicología, a la población en condición de discapacidad y sus familias en el oriente de la ciudad de Cali; esta se encuentra ubicada en el barrio Ricardo Balcázar, comuna 13, distrito de Aguablanca(7).

Las personas con discapacidad requieren asistencia para las actividades de autocuidado y la utilización de los servicios de salud, siendo de gran importancia el papel del cuidador en las dos anteriores acciones. El rol del cuidador es transversal a todos los procesos asistenciales de las personas con discapacidad, siendo su compromiso y conocimiento un elemento clave en la adherencia al tratamiento y el establecimiento de relaciones de cuidado de la salud oral y periodontal; al ser las enfermedades orales un elemento relacionado al dolor, disfunción, incomodidad que, de no ser tratados oportunamente, afectan la calidad de vida de estas personas(8), es imprescindible conocer y abordar estas problemáticas en la población de personas con discapacidad.

Es de gran importancia generar conocimientos que permitan evidenciar cómo es el acceso, la utilización y la experiencia en los servicios de salud oral y periodontal de las personas con discapacidad y sus cuidadores. Esto permitirá brindarle a este grupo una asistencia adecuada para mantener en las mejores condiciones posibles la salud bucal de estas personas. Dado que la periodoncia se enfoca en mantener la salud de los tejidos que soportan y protegen los dientes, es de vital importancia garantizar el acceso a este servicio a las personas con discapacidad y sus cuidadores, el cual aporta al envejecimiento saludable y con dientes de estos y por ende a una mejor calidad de vida futura (9).

El cuarto estudio nacional de salud bucal (ENSAB IV), reconoce la importancia de considerar la temática de discapacidad en el marco de la salud oral, visibilizando la relación entre las dificultades permanentes de este grupo, con las condiciones de salud bucal. Fue de gran importancia el reconocimiento de estas dificultades y condiciones para la salud oral de las personas con discapacidad en Colombia, pero se requiere profundizar más en esta problemática (10).

Conociendo que las enfermedades orales son un problema prioritario en salud pública, es necesario abordarlo desde una perspectiva inclusiva, permitiendo profundizar las afecciones y barreras que presentan las personas con discapacidad para acceder y usar de forma efectiva los servicios de salud oral y sus cuidadores. Permitted generar estrategias que garanticen el adecuado ejercicio del derecho a la salud y la salud oral para este grupo.

Teniendo como punto de partida la información registrada en el ENSAB IV, que evidencia dificultades en uso de los servicios y vacíos en la comprensión del fenómeno del acceso en este grupo poblacional, esta investigación evaluó el acceso a los servicios de salud oral y periodontal en las personas con discapacidad de la fundación ASODISVALLE, desde el modelo de Aday Anderssen, en el cual, el

acceso se analiza desde variables de: necesidad, capacidad y predisposición al uso de los servicios (11).

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento del PROBLEMA

El abordaje integral de las necesidades en salud requiere la inclusión del enfoque diferencial en todos sus procesos y servicios, permitiendo reconocer la existencia de diferentes niveles de vulnerabilidad en distintos grupos sociales, las cuales, pueden relacionarse a características particulares y estructurales que tienen como resultado dificultades para ejercer efectivamente el derecho a la Salud (4).

El enfoque diferencial como modelo social incluye a las personas con discapacidad como un grupo vulnerable que requiere mayor protección (Ley Estatutaria 1618 de 2013). La discapacidad es definida en Colombia como: *“Un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”* (1).

Según la OMS aproximadamente el 15% de la población mundial se encuentra en concisión, situación y/o posición de discapacidad (12), para el 2022 en Colombia, de acuerdo con el DANE y los registros administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), se estima la existencia de un número superior a 2'000.000 de personas con discapacidad de las cuales 130.000 se encuentran en el distrito de Santiago de Cali, siendo las discapacidades más frecuentes las sensoriales 37%, motoras 19% y las relacionadas al sistema nervioso central 17%.

Adicionalmente, más del 70,3% de las personas con discapacidad se encuentran asegurados en el régimen subsidiado, siendo en su mayoría adultos mayores (39%). Es importante tener en cuenta que existen numerosos tipos de barreras al momento de demandar la utilización de servicios de salud oral por parte de este grupo poblacional (9) (13). El cuarto estudio nacional de salud bucal (ENSAB IV), reconoce la importancia de considerar la temática de discapacidad en el marco de la salud oral, visibilizando la relación entre las dificultades permanentes de este grupo, con las condiciones de salud bucal. Fue de gran importancia el reconocimiento de estas dificultades y condiciones para la salud oral de las personas con discapacidad en Colombia, pero se requiere profundizar más en esta problemática (10).

Conociendo que las enfermedades orales son un problema prioritario en salud pública, es necesario abordarlo desde una perspectiva inclusiva, permitiendo profundizar las afecciones y barreras que presentan las personas con discapacidad

para acceder y usar de forma efectiva los servicios de salud oral y sus cuidadores. Permitiendo generar estrategias que garanticen el adecuado ejercicio del derecho a la salud y la salud oral para este grupo.

Teniendo como punto de partida la información registrada en el ENSAB IV, sobre los antecedentes de las personas con discapacidad se evidencia que no se les realizó examen clínico y fueron excluidos de la muestra, esta investigación pretende evaluar cuales son las condiciones de acceso a los servicios de salud oral y periodontal en las personas con discapacidad, analizándolas desde el modelo de Aday Anderssen y complementando la información con datos sociodemográficos, espaciales, indicadores de salud oral y enfermedad periodontal.

2. JUSTIFICACIÓN

El Ministerio De Salud y Protección Social de Colombia informa que aproximadamente 1,3 millones de personas presentan alguna discapacidad (4). De este total, el 70.3% pertenecen al régimen subsidiado, lo cual, evidencia la vulnerabilidad socioeconómica de este grupo. Las personas con discapacidad registradas en Colombia se concentran principalmente en el Valle (15,25%), Santander (4,7%), Huila (5,1 %), Antioquia (13,8 %) y Bogotá (18,3 %)(6).

Las cifras de discapacidad para la ciudad de Cali evidencian que aproximadamente 130.674 personas tienen alguna discapacidad, de las cuales 73.660 son mujeres (4). Las personas con discapacidad tienen una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas, las cuales comparten factores de riesgo con la enfermedad oral, siendo de gran importancia abordarlos de forma integral, de tal forma que, se eliminen barreras para la atención, contribuyendo a la disminución de la morbilidad por enfermedades orales como la Caries y Enfermedad Periodontal (9)(10).

Las personas con discapacidades físicas y/o cognitivas suelen requieren asistencia para las actividades de autocuidado y la utilización de los servicios de salud, es de gran importancia el papel del cuidador en las dos anteriores acciones. El rol del cuidador es transversal a todos los procesos asistenciales de las personas con discapacidad, siendo su compromiso y conocimiento un elemento clave de la adherencia al cuidado de la salud oral y periodontal; al ser las enfermedades orales un elemento causal de dolor, disfunción, incomodidad deben de ser tratadas oportunamente, evitando afecciones en la calidad de vida de estas personas (11).

Es de gran importancia generar conocimientos que permitan evidenciar cómo es el acceso, la utilización y la experiencia en los servicios de salud oral y periodontal de las personas con discapacidad y sus cuidadores. Esto permitirá brindarle a este grupo una asistencia adecuada para mantener en las mejores condiciones posibles

la salud bucal de estas personas. El área de periodoncia se enfoca en mantener la salud de los tejidos que soportan y protegen los dientes, por tal motivo, es de vital importancia garantizar el acceso a este servicio, el cual aporta al envejecimiento saludable y con dientes de este grupo poblacional y por ende a una mejor calidad de vida futura (5)(11).

3. MARCO TEORICO

Discapacidad

Se define la discapacidad como una situación heterogénea que involucra las dimensiones físicas o psíquica de una persona, además de los componentes de la sociedad en la que se desarrolla y vive (14). Se dice que esta hay una interacción dinámica tanto personales como ambientales entre las condiciones de salud y los factores contextuales (15).los problemas que presentan estas personas se pueden dividir de acuerdo a la función o estructura del cuerpo, limitaciones en la actividad, en las acciones o en las tareas de la vida cotidiana (14).

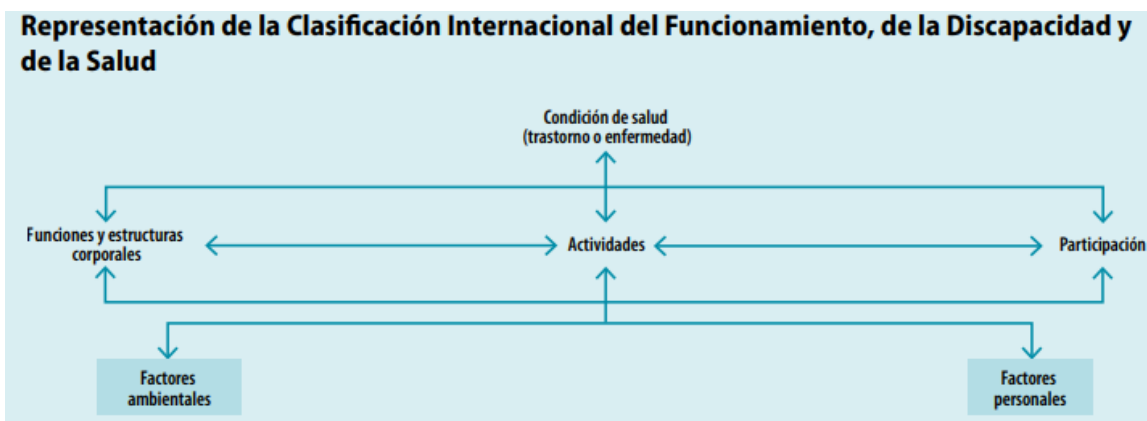
600 millones de personas al rededor del mundo (85 millones en América Latina) padecen alguna discapacidad. Esto equivale a un 10% de la población mundial. Las personas con discapacidad, ubicadas en países pobres son aproximadamente el 80% del total y corresponde a personas de bajos ingresos (16).

Las personas con discapacidad están aumentando, este fenómeno esta influenciado por varios motivos: déficit nutricional, enfermedades crónicas, conflicto armado, desastres naturales, violencia, accidentes de tránsito, virus, entre otros. El aumento de esta condición/situación y/o posición ha creado gran demanda de servicios de salud (16).

Los problemas relacionados al funcionamiento fisiológico del cuerpo humano los podemos clasificar en tres categorías las cuales están relacionadas entre sí:

- Deficiencias: Son alteraciones en la función o en la estructura corporal como parálisis o ceguera(15).
- Limitaciones de la actividad: déficit para realizar actividades como caminar o comer (15).
- Restricciones de participación: Son dificultades para interactuar en cualquier situación de la vida, promoviendo discriminación a la hora de conseguir transporte y trabajo(15).

La discapacidad se establece como las dificultades que se muestran en cualquiera de las tres áreas de funcionamiento. La discapacidad aparece de la interacción entre dos contextos como son los factores ambientales y personales(15).



Tomado de: Disability and Development Report 2018. Disabil Dev Rep 2018. 2019;

Los factores ambientales pueden actuar como barreras o facilitadores. Entre los estos se encuentran: el ambiente natural y el entorno construido por el hombre, productos y tecnología; apoyo y relaciones; actitudes, y servicios, sistemas y políticas (15).

Los factores personales, de los cuales se puede decir que influyen en el grado de participación de una persona en la sociedad; se dice que diferencia entre las capacidades de realizar sus actos y el desempeño de esos actos durante el día (15).

Ley estatutaria:

Tienen derecho a la salud las personas con discapacidad y se expresa en la “*Ley Estatutaria 1618 de 2013, en el artículo 10, donde garantiza la calidad y atención en salud a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las personas con discapacidad pueden acceder a la atención de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación*” (17).

La expedición de la Ley estatutaria implicó, en primer lugar, indagar sobre las diferentes condiciones de discapacidad desde el ámbito social y de derechos

humanos. Es así como se reconoce todos los sectores como aptos en el tema certificando los derechos no solo promotores de programas y servicios para atender necesidades. Desde entonces el reto ha sido inclinarse por medidas inclusivas, que valoren y promuevan el desarrollo de habilidades de las personas con discapacidad (17).

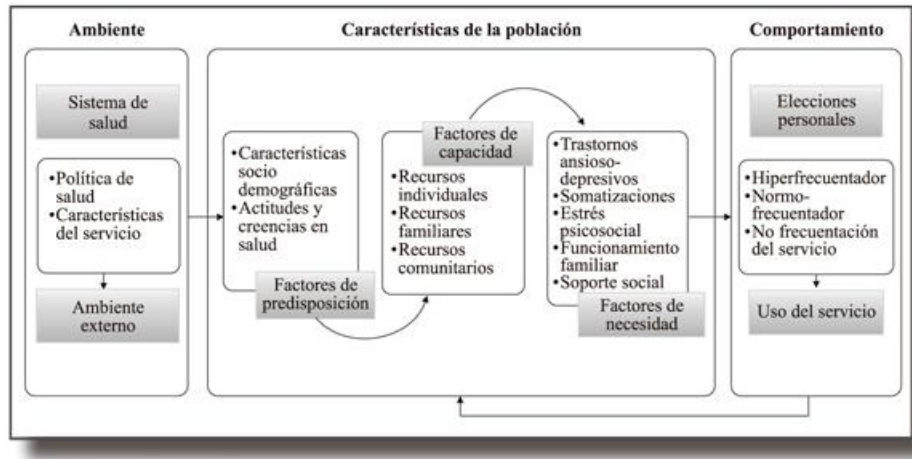
Acceso a los servicios de salud oral desde el modelo de Aday y Andersson

Diferentes autores en la literatura sobre acceso a servicios de salud han dicho que es muy complejo y con gran variedad de interpretaciones. Si se comienza por la definición etimológica de la palabra “acceso”, se define como una forma de alcanzar o ingresar a un lugar, como el derecho u oportunidad para hacer uso o visitar. Es aquí donde se pueden diferenciar las implicaciones que tiene el contexto en términos de uso de los servicios, del derecho para acceder a ellos y/o de la oportunidad en la atención (18).

Existen diferentes modelos conceptuales sobre acceso a los servicios de salud, modelos conceptuales, descritos en la literatura entre 1970 y 2013. El modelo de Aday y Andersen se ubica en la categoría de acceso a los servicios de salud en la lógica de multicausalidad: factores y niveles como ejes explicativos (18).

El sustrato que favorece a este modelo está agrupado en 3 grandes factores: los predisponentes, los capacitantes y los de necesidad. La interacción entre estos factores en el ámbito social condiciona la toma de decisiones para la conducta ante la salud o de enfermedad. Una vez establecido el contacto con el sistema de salud en los servicios, el paciente tiene una percepción de los factores que dieron origen a la necesidad, y de esta percepción se pueden generar nuevas necesidades(3).

Por lo cual se logra establecer que la experiencia de uso está basada en términos de conveniencia, costo, comportamiento del médico ante el problema de salud y la calidad de la atención percibida, cuyo balanceo resulta en la satisfacción del servicio prestado y la cual podría influir en la continuidad (o no) del uso mediante nuevos episodios de consulta (11).



Tomado de: Arrivillaga M, Yadira Eugenia Borrero. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016; Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8ByfWDr6kqpTrxXp5ZTG6M/?format=pdf&lang=es>

Los factores de predisposición son condiciones previas del paciente que aumentan la probabilidad de ocurrencia del problema de salud y que propician su desarrollo por el contrario los factores de capacidad se refieren a las capacidades financieras y organizacionales para el uso de servicios y finalmente los factores de necesidad los cuales establecen que la percepción y la acción requieren una motivación. Se considera que las necesidades parten de los daños en la salud y no solamente de la enfermedad. Por esta razón, pueden existir diferencias entre la percibida por el otorgante (médico), que parte de la enfermedad, y la percibida por el que recibe (paciente), que parte del daño a la salud (11).

El modelo fue desarrollado inicialmente en 1968 con el objetivo de entender por qué las familias usaban los servicios de salud, definir y medir el acceso equitativo y contribuir al desarrollo de políticas que promovieran tal acceso. El modelo inicial se enfatizó en el individuo, y no en las interacciones que tienen lugar cuando las personas reciben atención en salud. Así, el enfoque fue de corte comportamental, concentrándose en las características predisponentes, facilitadoras y necesidades de los individuos (18).

Y durante la década de los 70, Andersen y colaboradores plantearon nuevamente el modelo inicial, incluyendo el sistema de salud y dándole importancia a la política

nacional de salud, a los recursos y su organización en el sistema, como determinantes del uso de los servicios. Los autores también circunscribieron la complacencia del consumidor que comprendía factores como el beneficio, disponibilidad, financiación, características del proveedor y calidad (18).

Diez años después del ir teniendo un consecutivo del modelo de Andersen y colegas, los escritos de este se mostraron de acuerdo que los servicios de salud están delineados para conservar y optimizar el estado de salud de todos los individuos, sin ninguna excusión. Se parten la existencia de unos determinantes primarios, que conllevan a prácticas individualizadas en salud sea en el ámbito medico u odontológico y uso de servicios, y generan unas consecuencias como estado de salud percibido, evaluado por profesionales y si se presenta complacencia del consumidor. (18)

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar el acceso a los servicios de salud oral y periodontal de las personas con discapacidad y sus cuidadores pertenecientes a la fundación ASODISVALLE

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar las variables socio-demográficas de la población objeto de estudio.
- Describir las condiciones de salud periodontal de la población con discapacidad pertenecientes a ASODISVALLE.
- Describir las condiciones de salud periodontal de los cuidadores de personas con discapacidad que pertenecen a ASODISVALLE.
- Analizar la necesidad percibida, la demandada en salud oral y periodontal de las personas con discapacidad y sus cuidadores.
- Identificar las principales barreras de acceso a los servicios de salud oral por parte de los cuidadores de personas con discapacidad.

5. METODOLOGÍA

La metodología para este estudio un estudio descriptivo de corte transversal

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Componente 1: Estudio descriptivo de corte transversal

El estudio transversal descriptivo tiene como fin estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición de salud (variable dependiente) en un momento dado, además de medir otras características en los individuos de la población, como pueden ser las variables epidemiológicas relativas a las dimensiones de tiempo, lugar y persona (variables independientes) (1).

El diseño transversal tiene las siguientes características: Es un estudio observacional, lo que significa que el investigador sólo va a observar los eventos (enfermedad y exposiciones) que ocurren en las personas sin experimentar o intervenir; tampoco asigna de manera aleatoria a los sujetos en grupos de estudio (12).

5.2 POBLACIÓN OBJETIVO

Estudio descriptivo de corte transversal: 468 personas con discapacidad y 468 cuidadores de personas con discapacidad, ubicados en el oriente de la ciudad de Cali, pertenecientes a la fundación ASODISVALLE.

5.2.1 Criterios de selección

5.2.2 Criterios de inclusión.

- Personas con discapacidad pertenecientes a la fundación ASODISVALLE.
- Cuidadores de personas con discapacidad que pertenezcan a la fundación ASODISVALLE.
- Personas que firmen el consentimiento informado o que su familiar firme el consentimiento informado y completen el 100% de la encuesta.
- Pacientes con discapacidad mayores de 13 años.

5.2.2.1 Criterios de exclusión.

- Personas que no suministren la información completa de la encuesta y la evaluación clínica.
- Personas que por la complejidad de su discapacidad y/o manejo no puedan ser revisados.

5.3 TAMAÑO DE MUESTRA Y DISEÑO DE MUESTREO

Estudio descriptivo de corte transversal:

Con base en los datos suministrados por la fundación ASODISVALLE, se realizó el cálculo de tamaño de muestra; para la población de 468 personas con discapacidad y cuidadores. La muestra para alcanzar una confianza del 90% (α 0.01), un error del 9% en la identificación del acceso a servicios de salud oral y periodontal por parte de estos fue 73 binomios evaluados (personas con discapacidad y cuidadores)

[1] Tamaños de muestra. Proporción:

Datos:

Tamaño de la población:	468
Proporción esperada:	50,000%
Nivel de confianza:	90,0%
Efecto de diseño:	1,0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
1,000	438
2,000	367
3,000	289
4,000	223
5,000	172
6,000	135
7,000	107
8,000	87
9,000	71
10,000	60

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la siguiente fórmula de muestra de proporciones:

$$n = \frac{P(1 - P)Z_{\alpha/2}^2 N}{P(1 - P)Z_{\alpha/2}^2 + e^2(N - 1)}$$

Por la dificultad en la recolección de la muestra se realizó una modificación al nivel de confianza

5.3.1 Diseño de muestreo.

Estudio descriptivo de corte transversal:

El muestreo será aleatorizado simple, el cual se desarrollará en el Software EPIDAT 4.1; este se realizará con la base de datos institucional proporcionada por la fundación ASODISVALLE la cual posee datos de identificación y contacto de las personas con discapacidad y sus cuidadores.

5.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

5.4.1 Variables.

VARIABLE DEPENDIENTE: Uso efectivo de los servicios de salud oral/periodontal durante el último año.

VARIABLES INDEPENDIENTES: Las variables independientes fueron operacionalizadas según los componentes del modelo de Aday & Andersen teniendo en cuenta los factores del modelo agrupadas en: necesidad, predisposición, capacidad y disponibilidad.

5.4.2 Cuadro operacional de las variables

Factores DEMOGRAFICOS				
VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO/ESCALA	VALORES	FUENTE
Registro de dato	Identificación del paciente y de la historia clínica	Cualitativa/Categoría Nominal	1....	Encuesta
Edad	Años cumplidos que aparece diligenciados en la historia clínica	Cuantitativa/Numérica de razón Discreta	18..... años	Encuesta
Sexo	Característica biológica que diferencia entre hombre y mujer y que parecen la historia.	Cualitativa/Categoría Nominal	Mujer Hombre	Encuesta
Estrato socioeconómico	Clasificación socioeconómica de los inmuebles según el DANE	Cualitativa/Categoría ordinal	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6	Encuesta

Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa/categoría Nominal	Soltero Casado Viudo Unión libre	Encuesta
Escolaridad	Nivel educativo aprobado según sistema educativo colombiano	Categoría Ordinal	0. Ninguna 1. Primaria Incompleta 2. Primaria Completa 3. Secundaria Incompleta 4. Secundaria Completa 5. Técnico 6. Profesional 7. Posgrado.	Encuesta
Composición familiar	Familia nuclear: formada por los progenitores y uno, dos o más hijos. Familia extensa: abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines. Familia monoparental: en la que el hijo o hijos cuentan con un solo progenitor (ya sea la madre o el padre).	Cualitativa/categoría Nominal	Familia nuclear Familia extensa Familia monoparental	Encuesta
Raza	Determinado por el autoreconocimiento de la persona	nominal	Mestizo Negro	Encuesta

			Indígena	
Ocupación Laboral	Situación laboral u ocupacional del Jefe/a del Hogar en el momento actual o de la última ocupación	Categoría Nominal	0.Desempleado 1.Obrero o empleado de empresa 2.Particular Obrero o empleado del gobierno 3.Empleado Ocupación Laboral Situación laboral u ocupacional del Jefe/a del Hogar en el momento actual o de la última ocupación: Categoría Nominal domestico Trabajador por cuenta propia (no calificados, 4.Microempresarios con menos de 5 trabajadores) 5.Trabajador por cuenta propia (Profesionales y técnicos) 6.Patrón o empleador (empresa con 5 trabajadores o más) 7.Trabajador familiar sin remuneración 8.Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares 9.Jornalero o peón. 10.Pensionado Encuesta 11.Otro . Cual	Encuesta

Zona geográfica	según la división administrativa del municipio		Urbana, Rural, Comuna, Barrio	Encuesta
Dirección de residencia	Dirección de la residencia según la nomenclatura vigente en el municipio	Nominal	Carrera, calle, numero	Encuesta
Variables periodontales				
VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO/ESCALA	VALORES	FUENTE
Enfermedad crónica	Enfermedad o afección que por lo general dura 3 meses o más, y es posible que empeore con el tiempo.	Cualitativa/categoría Nominal	Diabetes Hipertensión síndrome metabólico Hipertiroidismos	Encuesta
Superficie con presencia de sangrado	#superficies con sangrado/superficies evaluadas	Cuantitativa discontinua	1%, 2% - 100%	Encuesta
NIC	Medida que hace referencia a las fibras de tejido conectivo gingivales que se insertan al cemento radicular	Cualitativo/Nominal	Sin pérdida Pérdida leve de 1.0 a 2.9 mm Pérdida moderada de 3.0 a 4.9 mm Pérdida avanzada igual o mayor a 5.0 mm.	Encuesta
Diagnóstico periodontal	Resultados de la información obtenida mediante la historia clínica y dental, en combinación con los resultados del examen oral.	Cualitativa nominal	Salud clínica gingival en periodonto intacto Salud clínica gingival en periodonto reducido Gingivitis inducida por biopelícula	Encuesta

			<p>Gingivitis inducida por biopelícula en periodonto reducido</p> <p>Periodontitis Estadio I grado A</p> <p>Periodontitis Estadio I grado B</p> <p>Periodontitis Estadio I grado C</p> <p>Periodontitis Estadio II grado A</p> <p>Periodontitis Estadio II grado B</p> <p>Periodontitis Estadio II grado C</p> <p>Periodontitis Estadio III grado A</p> <p>Periodontitis Estadio III grado B</p> <p>Periodontitis Estadio III grado C</p> <p>Periodontitis Estadio VI grado A</p> <p>Periodontitis Estadio VI grado B</p> <p>Periodontitis Estadio VI grado C</p>	
Índice de placa de Silness y Loe	Este índice se utiliza con el mismo criterio que el de índice de O'Leary, pero permite establecer grados de intensidad del acumulo de placa, no necesita la aplicación de sustancias descubridoras y puede utilizarse en	Cuantitativa/Numérica de razón continua	0%.....100%	

	piezas dentarias seleccionadas representativas de toda la boca, tales como (1.6, 1.2, 2.4, 3.6, 3.2 y 4.4) en cuatro sitios por diente, mesial vestibular distal y palatino.			
Factores de capacidad				
VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO/ESCALA	VALORES	FUENTE
Ocupación Laboral	Situación laboral u ocupacional del Jefe/a del Hogar en el momento actual o de la última ocupación	Categoría Nominal	0.Desempleado 1.Obrero o empleado de empresa 2.Particular Obrero o empleado del gobierno 3.Empleado Ocupación Laboral Situación laboral u ocupacional del Jefe/a del Hogar en el momento actual o de la última ocupación: Cateórica Nominal domestico Trabajador por cuenta propia (no calificados, 4.Microempresarios con menos de 5 trabajadores) 5.Trabajador por cuenta propia (Profesionales y técnicos) 6.Patrón o empleador (empresa con 5 trabajadores o más) 7.Trabajador	Encuesta

			familiar sin remuneración 8.Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares 9.Jornalero o peón. 10.Pensionado 11.Otro . Cual	
Ingresos familiares	Es la capacidad que se tiene para poder llevar a cabo inversiones o pagos en un determinado periodo de tiempo, tanto corto, medio o largo plazo con el fin de lograr los objetivos previamente determinados.	Cuantitativa/Numérica de razón Discreta	Menos de un salario mínimo 1 salarios mínimos 2 salarios mínimos 3 salarios mínimos 4 salarios mínimos 5 salarios mínimos Más de 5 salarios mínimos	Encuesta
Régimen al que pertenece	Hay dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población	Cualitativo/Nominal	Subsidiado Contributivo	Encuesta
Dinero para movilidad		Cualitativo/Nominal	Si No	Encuesta
Tipo de transporte	Elementos de locomoción utilizados para asistir al lugar de la prestación del servicio	Nominal	1.caminando 2. servicio público – autobús 3. servicio público-taxi 4.motocicleta publica 5. automóvil particular	Encuesta

			6. motocicleta particular	
Factores de predisponentes				
VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO/ESCALA	VALORES	FUENTE
Frecuencia de cepillado	Número de veces que se cepillan los dientes en su familia en el día	Numérica de razón continua	0, 1, 2, 3...n veces	Encuesta
Supervisión al para higiene oral	Necesidad de asistencia al niño para realizar higiene oral diaria.	Catagórica Nominal	0. No, 1. Si	Encuesta
Importancia del uso del cepillo dental	Creencia del padre/acudiente acerca de la utilidad del cepillo dental	Catagórica Ordinal	1 Totalmente de acuerdo. 2. De acuerdo. 3. Medianamente de Acuerdo. 4. En desacuerdo. 5. Totalmente en desacuerdo	Encuesta
Importancia del uso del enjuague bucal	Creencia del padre/acudiente acerca de la utilidad del enjuague bucal	Catagórica Ordinal	1. Totalmente de acuerdo. 2. De acuerdo. 3. Medianamente de Acuerdo. 4. En desacuerdo. 5. Totalmente en desacuerdo	Encuesta
Importancia uso de seda dental	Creencia del padre/acudiente acerca de la utilidad de la seda dental	Catagórica ordinal	1 Totalmente de acuerdo. 2. De acuerdo. 3. Medianamente de Acuerdo. 4. En desacuerdo. 5. Totalmente en desacuerdo	Encuesta

Importancia de la visita al odontólogo	Creencia del padre/acudiente acerca de la importancia de visitar al odontólogo una vez al año.	Categoría ordinal	1 Totalmente de acuerdo. 2. De acuerdo. 3. Medianamente de Acuerdo. 4. En desacuerdo. 5. Totalmente en desacuerdo	Encuesta
Calificación de experiencia previa del cuidador	Percepción satisfactoria de la experiencia de tratamiento previo en escala de 1 a 10	Numérica de razón discreta	1,2,3...10	Encuesta
Calificación de experiencia previa de la persona con discapacidad	Percepción satisfactoria de la experiencia de tratamiento previo en escala de 1 a 10	numérica de razón discreta	1,2,3...10	Encuesta
Alguna vez en su vida ha recibido tratamiento por odontología	diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático, el cual incluye además de los dientes, las encías, el tejido periodontal, el maxilar superior, el maxilar inferior y la articulación temporomandibular.	Cualitativo/Nominal	Si No	Encuesta
Alguna vez en su vida ha recibido tratamiento por de las encías	Limpieza de depósitos de placa calcificada por medio de detartraje o raspaje y alisado radicular.	Cualitativo/Nominal	Si No	Encuesta
Razón para asistencia para higiene oral	Causas por las cuales el discapacitado necesita asistencia	Nominal	1. Incapacidad motriz 2. Incapacidad intelectual	Encuesta

	para realizar higiene oral		3. Disciplina 4. No le gusta 5. No sabe	
Frecuencia de cambio de cepillo	Tiempo en meses durante el cual se realiza el cambio del cepillo dental del cuidador	Numérica/continua	0,1,2,3...n meses	Encuesta
Frecuencia de cambio de cepillo	Tiempo en meses durante el cual se realiza el cambio del cepillo dental del discapacitado	Numérica/continua	0,1,2,3...n meses	Encuesta
Frecuencia del uso de seda dental	Número de veces que el cuidador usa la seda dental en una semana	Numérica/continua	0,1,2,3...n veces	Encuesta
Frecuencia del uso de seda dental	Número de veces que la persona con discapacidad usa la seda dental en una semana	Numérica/continua	0,1,2,3...n veces	Encuesta
Frecuencia del uso del cepillo dental	Número de veces que el cuidador usa el cepillo dental en una semana	Numérica/continua	0,1,2,3...n veces	Encuesta
Frecuencia del uso del cepillo dental	Número de veces que la persona con discapacidad usa el cepillo dental en una semana	Numérica/continua	0,1,2,3...n veces	Encuesta
Frecuencia del uso del enjuague	Número de veces que el cuidador usa el enjuague en una semana	Numérica/continua	0,1,2,3...n veces	Encuesta
Frecuencia del uso del enjuague	Número de veces que la persona con discapacidad usa el enjuague en una semana	Numérica/continua	0,1,2,3...n veces	Encuesta

Frecuencia de visita al odontólogo	Número de veces que el cuidador acude al odontólogo	Numérica/continua	1,2,3...n veces	Encuesta
Frecuencia de visita al odontólogo	Número de veces que la persona con discapacidad acude al odontólogo	Numérica/continua	1,2,3...n veces	Encuesta
Conoce de la especialidad de periodoncia	Es una rama de la odontología cuyo objetivo es tratar las enfermedades relativas a las encías y del hueso que sostiene a los dientes.	Cualitativo/Nominal	Si No	Encuesta
Considera necesario ir al periodoncista	Es una rama de la odontología cuyo objetivo es tratar las enfermedades relativas a las encías y del hueso que sostiene a los dientes.	Cualitativo/Nominal	Si No	Encuesta
Utilización del servicio de salud	Prestaciones que brindan asistencia sanitaria.	Cualitativo/Nominal	Menos de 1 mes 1 a 3 meses 4 a 6 meses 7 a 10 meses 11 a 12 meses Hace más de 1 año	Encuesta
Necesidad percibida				
Precepción de caries	Necesidad de atención percibida por presencia de caries del cuidador	Nominal	Si No	Encuesta
Precepción de caries	Necesidad de atención percibida por presencia de caries de la persona con discapacidad	Nominal	Si No	Encuesta

Precepción de enfermedad periodontal	Necesidad de atención percibida por presencia de enfermedad periodontal del cuidador	Nominal	Si No	Encuest a
Precepción de enfermedad periodontal	Necesidad de atención percibida por presencia de enfermedad periodontal de la persona con discapacidad	Nominal	Si No	Encuest a

5.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Plan de análisis el estudio descriptivo de corte transversal

- **Análisis univariado:** Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables. Para las variables numéricas se realizará un análisis de medidas de tendencia central, varianza y dispersión.
- **Bivariado:** se cruzaron las variables dependientes con las variables independientes buscando niveles de significancia menos o iguales a 0.05. Para las variables cuantitativas se utilizará la prueba de Anova y para las variables cualitativas se utilizará la prueba Chi² y se validará la hipótesis con V de Kramer.
- La información analizó en el Software MAX-QDA STATICS PRO.

5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Teniendo como referencia la resolución 8430 de 1993 en la cual se habla de la realización de investigaciones en personas con discapacidad físicas y mentales dan la pauta que se debe de firmar consentimiento Informado por quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal de la persona con discapacidad, además de si la capacidad mental y el estado psicológico del discapacitado lo permite se le indagará también si desea aceptar ser parte de la investigación después de explicarle lo que se pretende hacer.

El Comité de Ética en Investigación de UNICOC será el que velará por el cumplimiento de estos requisitos. Según las características de las investigaciones, se puede clasificar como de riesgo mínimo ya que la intervención o procedimiento representa para el evaluado una experiencia razonable y comparable con aquellas inherentes a su actual situación médica, psicológica, social o educativa. Los datos obtenidos permitirán obtener resultados de importancia sobre la condición o enfermedad del discapacitado y su cuidador que sean de gran importancia para comprender el estado de salud de estos y lograr su mejoría en otros sujetos.

En la investigación, todos los investigadores velarán por proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en esta propuesta de investigación.

6. RESULTADOS

Análisis descriptivo Univariado.

Las variables sociodemográficas evaluadas evidenciaron que el 83.6% de los cuidadores son mujeres, no se encontraron evidencias estadísticas entre mujeres y hombres con discapacidad. En cuanto al autorreconocimiento de la ascendencia racial, el mayor porcentaje de cuidadores se consideran mestizos (42.5%), seguido de afrodescendiente (28.8%) y blancos (24.7%). La edad promedio de los cuidadores fue de 49 años \pm 11,7 con una edad máxima de 78 años y un mínimo de 18 años. La edad promedio de las personas con discapacidad fue de 20 \pm 7,14 años con un máximo de 47 años y un mínimo de 11 años. El grado de escolaridad observado en los cuidadores fue, secundaria (53.4%), (33.3%), técnico-tecnólogo/profesional (11,5%) y sin ningún nivel educación formal (1,4%). Con relación al régimen de aseguramiento en salud al cual pertenecen, se observa que la mayor proporción pertenecen al régimen subsidiado (57.5%).

Tabla 1: Sociodemográfica

Sociodemográficas	Variables	Cuidador n (%)	Persona con discapacidad n (%)
	Sexo femenino	61 (83,6)	34 (50)

	Sexo masculino	12 (16,4)	34 (50)
	Edad media (Desviación estándar)	49 (12)	20 (7)
	Estrato socioeconómico		
	Estrato 1	30 (41,1)	
	Estrato 2	29 (39,7)	
	Estrato 3	13 (17,8)	
	Estrato 4	1 (1,4)	
	Régimen de salud		
	Contributivo	31 (42,5)	
	Subsidiado	42 (57,5)	
	Grado de escolaridad		
	Sin escolaridad	1 (1,4)	
	Primaria	24 (33,3)	
	Secundaria	39 (54,2)	
	Técnico	4 (5,6)	
	Tecnólogo	2 (2,8)	
	Pregrado	2 (2,8)	

Con relación a los resultados referentes al acceso a servicios de salud oral, se encontró que los cuidadores de personas con discapacidad refieren en el 93,2% haber recibido atención odontológica en algún momento de su vida, de estos aproximadamente el 18% de las personas con discapacidad nunca han recibido algún tipo de atención odontológica.

Tabla 2: Acceso a los servicios de salud

Acceso a los servicios de salud	Variable	Cuidador n (%)	Discapacitado n (%)
	Ha recibido tratamiento odontológico		
	Si	68 (93,2)	60 (82,2)
	No	5 (6,8)	13 (17,8)
	Cada cuanto acude al odontólogo		

	Cada mes	3 (4,1)	3 (4,1)
	Cada 3 meses	1 (1,4)	2 (2,7)
	Cada 6 meses	13 (17,8)	15 (20,5)
	Anual	14 (19,2)	20 (27,4)
	Solo cuando presenta un dolor	42 (57,5)	33 (45,2)
	Necesidad de atención odontológica		
	Si	49 (67,1)	
	No	24 (32,9)	
	Hace cuanto tuvo acceso a los servicios de salud		
	Menos de un mes		13 (17,8)
	1 a 3 meses		36 (49,3)
	4 a 6 meses		8 (11)
	7 a 10 meses		2 (2,7)
	11 a 12 meses		3 (4,1)
	Hace más de un año		11 (15,1)

El 64,4% de los cuidadores considera que sus familiares requieren atención en salud oral relacionado a la salud de sus encías y el 68,5% por Caries.

En relación con los factores predisponentes el 93% de los cuidadores refiere que es importante asistir al odontólogo al menos una vez al año, el 86% de los cuidadores afirma que el uso de la seda es muy importante en el cuidado de la salud oral, no obstante, el 50,7% de estos refiere no usarla y el 29% hacerlo una vez al día. Al consultar sobre el uso de la seda en su familiar y/o cuidado este valor de no uso aumenta al 75%. El 96% de los cuidadores refiere estar totalmente de acuerdo con la importancia del cepillo de dientes en el cuidado de la salud oral, estos reseñan, que realizan el cambio de este cada 2 mes (31,5%), entre 3 y 5 meses (63%) y con una periodicidad mayor a los 5 meses (5,5%); estos datos son muy similares para los familiares y/o cuidados, cada dos meses (38,4%), entre 3 y 5 meses (57,5%) y con una periodicidad mayor a los 5 meses (4,1%). Con relación a la frecuencia de cepillado, el 70% de los cuidadores menciona cepillarse 3 o más veces al día, porcentaje que desciende en sus familiares y/o cuidados al 59%.

Otros de los factores predisponentes establecen que el 41% de cuidadores refieren que su familiar necesita asistencia para el cuidado de su salud oral debido a su capacidad motriz, 12,3 con relación a su condición cognitiva, 17,8 por falta de disciplina y el 29% no le gusta o no sabe.

Tabla 3: Necesidad percibida

Necesidad percibida	Variable	Discapacitado n (%)
	Necesita supervisión para la higiene	
	Si	62 (84,9)
	No	11 (15,1)
	Por qué necesita supervisión para la higiene oral	
	Incapacidad motriz	30 (41,1)
	Incapacidad intelectual	9 (12,3)
	Disciplina	13 (17,8)
	No le gusta	7 (9,6)
	No sabe	14 (19,2)
	Necesita recursos para desplazarse a la cita médica	
	Si	66 (90,4)
	No	7 (9,6)

El 96% de los cuidadores refiere estar totalmente de acuerdo con la importancia del cepillo de dientes en el cuidado de la salud oral, estos reseñan, que realizan el cambio de este cada 2 mes (31,5%), entre 3 y 5 meses (63%) y con una periodicidad mayor a los 5 meses (5,5%); estos datos son muy similares para los familiares y/o cuidados, cada dos meses (38,4%), entre 3 y 5 meses (57,5%) y con una periodicidad mayor a los 5 meses (4,1%). Con relación a la frecuencia de cepillado, el 70% de los cuidadores menciona cepillarse 3 o más veces al día, porcentaje que desciende en sus familiares y/o cuidados al 59%.

El 67% de los cuidadores señala no hacer uso del enjuague bucal y no considerarlo importante en el mantenimiento de una buena salud oral, valor que asciende al 77% en las personas con discapacidad. El 85% de los cuidadores refiere que es necesario supervisar y asistir a sus familiares y/o cuidados al momento de realizar la higiene oral. Al consultar sobre el conocimiento sobre la especialidad en periodoncia, el 88% de los cuidadores indica no conocer la especialidad ni su importancia. El 57,5% de los cuidadores refiere haber tenido una experiencia exitosa al momento de visitar el odontólogo con su familiar y/o cuidado, el 18% afirma tener una experiencia negativa o muy mala ante este servicio.

Tabla 4: Hábitos de higiene oral

Hábitos de higiene oral	Variable	Cuidador n (%)	Discapacitado n (%)
	Cambio del cepillo		
	Cada mes	9 (12,3)	12 (16,4)
	Cada dos meses	14 (19,2)	16 (21,9)
	Cada tres meses	33 (45,2)	31 (42,5)
	Cada seis meses	13 (17,8)	11 (15,1)
	Más de seis meses	4 (5,5)	3 (4,1)
	Frecuencia de cepillado		
	Una vez al día		5 (6,8)
	Dos veces al día	22 (30,1)	24 (32,9)
	Tres veces al día	44 (60,3)	34 (46,6)
	Cuatro veces o más	7 (9,6)	10 (13,7)
	Uso de la seda dental		
	Una vez al día	21 (28,8)	10 (13,7)
	Dos veces al día	7 (9,6)	4 (5,5)
	Tres veces al día	7 (9,6)	3 (4,1)
	Cuatro veces o más	1 (1,4)	1 (1,4)
	No usa	37 (50,7)	55 (75,3)

	Uso del enjuague bucal		
	Una vez al día	14 (19,2)	8 (11)
	Dos veces al día	5 (6,8)	2 (2,7)
	Tres veces al día	4 (5,5)	5 (6,8)
	Cuatro veces o más	1 (1,4)	2 (2,5)
	No usa	49 (67,1)	56 (76,7)

El 67% de los cuidadores señala no hacer uso del enjuague bucal y no considerarlo importante en el mantenimiento de una buena salud oral, valor que asciende al 77% en las personas con discapacidad. El 85% de los cuidadores refiere que es necesario supervisar y asistir a sus familiares y/o cuidados al momento de realizar la higiene oral. Al consultar sobre el conocimiento sobre la especialidad en periodoncia, el 88% de los cuidadores indica no conocer la especialidad ni su importancia. El 57,5% de los cuidadores refiere haber tenido una experiencia exitosa al momento de visitar el odontólogo con su familiar y/o cuidado, el 18% afirma tener una experiencia negativa o muy mala ante este servicio.

En los factores de capacidad el 90,4% refiere necesitar recursos económicos adicionales para trasportarse a los lugares de atención. El 9,6% refiere hacer uso y llagar a los servicios de salud oral caminando, 60,3% en bus, 20,5 taxi y el 10% en motocicleta (pública o propia) y automóvil.

En relación con las variables biológicas de necesidad de tratamiento del cuidador, el 12,3% de estos no permitió la evaluación clínica, el 70% presento sangrado en alguna de las superficies evaluadas, el promedio de porcentaje de sitios sangrantes fue del 15% \pm 22%, la profundidad al sondaje en el 58,9% de las superficies evaluadas fue igual o menos a 3mm. Los diagnósticos más frecuentes fueron, Salud clínica gingival en periodonto reducido (31,5%), Gingivitis inducida por biopelícula en periodonto reducido (16,4), Periodontitis estadio II grado B (11%) y salud clínica gingival en periodonto intacto (9,6%). El 21,9% de los cuidadores valorados presento diagnóstico de periodontitis, el 59,4% presento un IPB alto, 18,8 moderado

y 21,9% bajo. El 31,4% de los cuidadores ha perdido entre 1 y 4 dientes, 24,7% entre 5 y 9 dientes y el 26% más de 10 dientes.

Continuando con las variables biológicas de los pacientes con discapacidad, en relación al sangrado el 76,7% presentaron sangrado en alguna de los sitios evaluados, el promedio sangrante fue del 22% \pm 21, en cuanto a profundidad de sondaje el 68,5% presentaron profundidades al sondaje iguales o inferiores a 3mm, los diagnósticos más frecuentes fueron, Gingivitis inducida por biopelícula en periodonto intacto (35,2%), Salud clínica gingival en periodonto intacto (30,1%), Periodontitis estadio II grado B (11%). El 23,3% tiene diagnóstico de periodontitis, de estos, el 35,3% (6) es moderada y 64,7% (11) severa. Con relación al índice de placa el 86,8% tiene un IPB alto, 5,4% moderado y 7,4% bajo. Y el 79,5% ha perdido entre 1 y 4 dientes.

Análisis Bivariado.

Al analizar la relación entre la variable acceso a los servicios odontológicos con las variables de raza, estado civil, grado de escolaridad, ocupación, régimen de salud, estrato socioeconómico, no se encuentran relaciones estadísticamente significativas. Frente a esta misma variable al analizarla con las preguntas cree que la persona con discapacidad necesita atención para tratamiento de caries, de las encías, para usted es importante la asistencia al odontólogo, usar la seda dental, el cepillo, el enjuague, si la persona con discapacidad necesita ayuda para la higiene, las causas por las cuales necesita acompañamiento en la higiene oral, el tipo de transporte que se utiliza para movilizarse tampoco se encuentra relación estadísticamente significativa.

Continuando con las variables de necesidad de tratamiento, al analizar esta con las variables predisponentes como diabetes, hipertensión, colesterol, triglicéridos, hipotiroidismo, hipertiroidismo y el riesgo de enfermedad periodontal asociado al índice placa, tanto del cuidador como en la persona con discapacidad, el porcentaje de superficies con sangrado de las personas con discapacidad y el número de dientes perdidos de estos no presentan relación estadísticamente significativa.

Al comparar la importancia de acudir al odontólogo frente a las variables sociodemográficas de sexo, raza, ocupación, no hay relación estadísticamente

significativa; y frente a las variables predisponentes que son la importancia del uso de la seda dental, del cepillo, cuantas veces se cepilla y cuantas veces usa el enjuague bucal al día tanto el cuidador como el discapacitado, cuantas veces usa la seda dental el cuidador, cada cuanto acude al odontólogo no se encuentra relación estadística.

Frente a la importancia de acudir al odontólogo y las variables de necesidad percibida no se encuentra relación estadísticamente significativa, esto teniendo en cuenta las variables: creer que necesita atención odontológica, necesita atención por caries o necesita atención periodontal tanto para el cuidador como para la persona con discapacidad.

Por otra parte, aplicando la prueba de Kruskal Wallis a mayor edad del cuidador existe una relación significativa entre importancia que este le da a acudir al odontólogo ($P=0,02$), encontrando que a mayor edad reduce la importancia de acudir al odontólogo. Al igual forma, el estado civil del cuidador divorciado (28,6%) y viudo (33,3%) disminuye la intención de uso de los servicios de salud oral y periodontal ($\chi^2=38,596$) ($P=0,000$) ($V=0,514$).

Se evidencia relación estadísticamente significativa en estar de acuerdo en la importancia de acudir al odontólogo y el grado de escolaridad del cuidador, específicamente aquellos con nivel educativo de tecnólogo y pregrado (50%), ($\chi^2=20,442$) ($P=0,0592$) ($V=0,374$). En cuanto al estrato socioeconómico los cuidadores familiares en estrato socioeconómico 4, le otorgan una menor importancia al cuidado de los dientes y visitar al odontólogo ($\chi^2= 23,100$) ($P=0,0008$) ($V=0,398$).

En cuanto a la necesidad de tratamiento, no se encuentran relaciones estadísticamente significativas en el cruce con las variables sociodemográficas, biológicas, predisponentes ni capacitantes, comportándose de forma aleatoria en toda la muestra.

Al analizar la variable cree que su familiar con discapacidad necesita supervisión para la higiene oral con evaluación del sangrado del discapacitado hay una relación estadísticamente significativa ($\chi^2= 17,220$) ($P=0,000$) ($V= 0,486$) a diferencia de diagnóstico periodontal del discapacitado, clasificación de riesgo del discapacitado número de dientes perdidos del discapacitado acceso a los servicios odontológicos no hay relación estadísticamente significativa.

7. DISCUSION

En el artículo determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad 2018, encontraron que las personas cuidadoras de los infantes discapacitados se identificaron que en su gran mayoría eran mujeres cabeza de hogar, lo que se asemeja a lo encontrado en la investigación donde se encontró que el 4 de cada 5 de los cuidadores son mujeres (19).

En esta misma investigación Arrivillaga y Hurtado relatan que la mayoría de las cuidadoras eran de linaje negro y las ubican en ambiente de vulnerabilidad, ya que su condición de vida está influenciada por la práctica de cuidado de la población infantil en situación de discapacidad física, en este aspecto se observa diferencias ya que en la investigación el mayor porcentaje de cuidadores se consideraban mestizos (42.5%), seguido de afrodescendiente (28.8%) y blancos (24.7%) (19).

Gómez, Pasos, González y Arrivillaga, encontraron que aun cuando todas las personas que fueron encuestadas pertenecían al SGSSS, indicando cobertura, no se da garantía del acceso a servicios de salud que sean integrales y oportunos estos resultados son similares a los de la investigación ya que se encontró que aproximadamente el 18% de las personas con discapacidad nunca han recibido algún tipo de atención odontológica, adicionalmente, el 22% de estos no recibe atención hace más de 6 meses a pesar de estar afiliados a un régimen de salud sea contributivo o subsidiado (20).

Henríquez, Donado, Lian, Vidarte y Vélez analizan el estrato social donde se puede evidencio una mayor pertenencia a los estratos 1 y 2, con 24,5% y 33,3% respectivamente. Esto se evidencio de igual manera en esta investigación encontrando un 41.1% en el estrato 1 y un 39.7% en el estrato dos (21).

Martínez, Thomas y Vargas en su estudio “Comportamiento del acceso a los servicios de salud bucal en un grupo de escolares en condición de discapacidad intelectual” hablan sobre la percepción de la atención odontológica, donde más de la mitad de los padres ven varios problemas en cuanto a la atención dental, ya que existe demora en la asignación de citas con el odontólogo especialista y una impropia prestación asistencia de componente estomatognático; resultados similares a los arrojados por este estudio (22)

Igualmente Martínez, Thomas y Vargas en su estudio que hablaron sobre los problemas de accesibilidad a los servicios, que estos están afines con dificultades para movilizarse por falta de recursos económicos, datos que se asemejan a los de

este estudio donde los padres y/o cuidadores manifiestan tener que utilizar diferentes medios de transporte para el desplazamiento ya que el centro de salud no queda cerca (22)

8. RECOMENDACIONES

- La institución Colegios de Colombia sede Cali tiene convenio con la institución donde se desarrolló la práctica, por lo cual se recomienda realizar programas de rotación que no solo incluya estudiantes de pregrado sino también de postgrado para así ofrecer una atención integral no solo de los discapacitados, sino también de sus cuidadores, fortaleciendo la atención de diferentes comunidades y obtenido una mayor práctica odontológica.
- Generar programas de promoción y prevención en el cual se brinde educación al cuidador sobre la higiene oral, donde se haga énfasis en los diferentes productos que se encuentran en el mercado que facilitan el cuidado de la cavidad oral y así tengan un criterio para la selección, práctica y apoyo a la persona con discapacidad.

9. CONCLUSIONES

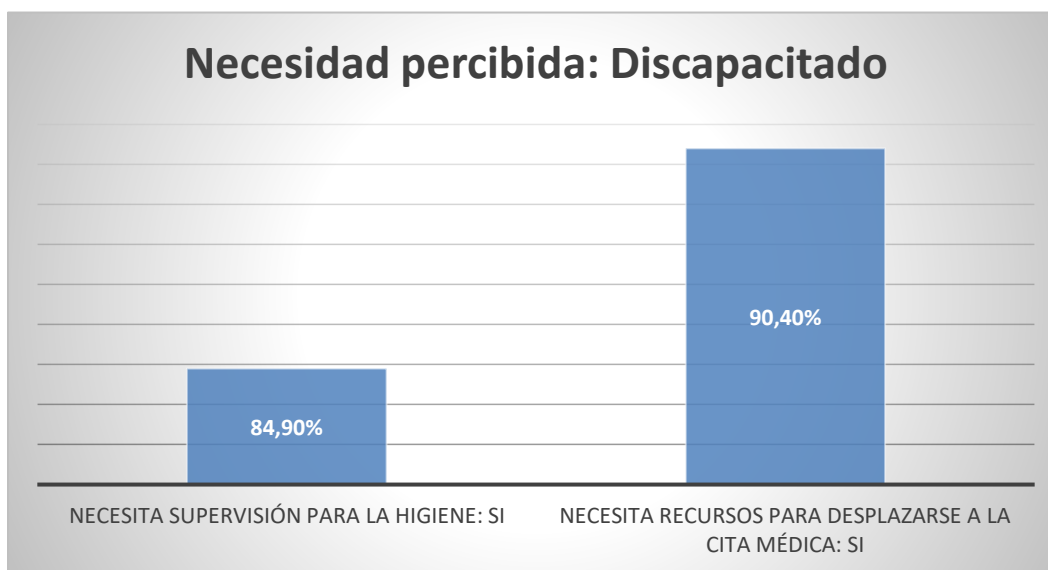
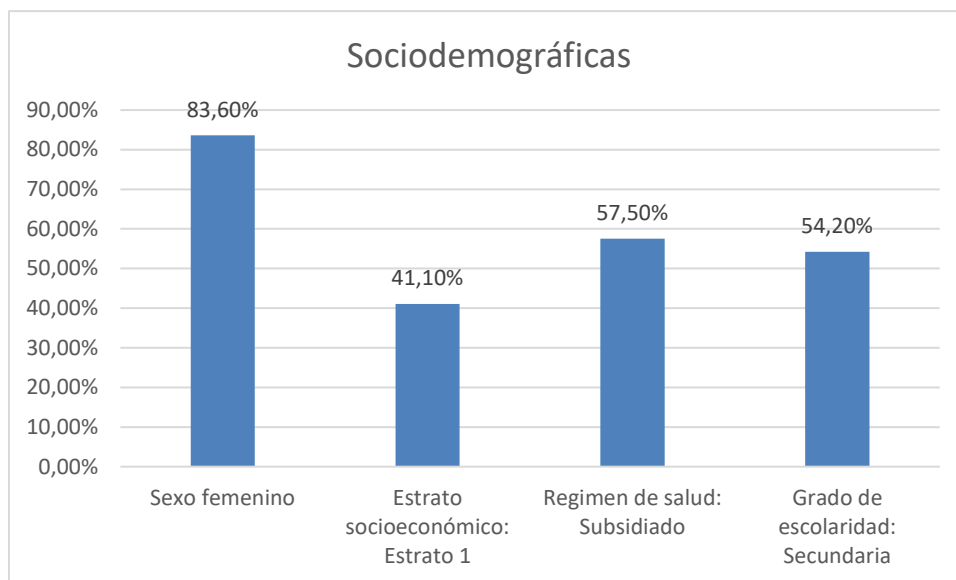
- Las características sociodemográficas evidenciadas en el presente estudio establecen que el sexo predominante de los cuidadores son mujeres pertenecientes al grupo racial mestizo, que se encuentran afiliadas al régimen de seguridad social en salud subsidiado, relacionando este hallazgo con la presencia de un ingreso económico familiar bajo.
- En cuanto a la salud periodontal de las personas con discapacidad se encontró mayor índice de enfermedad periodontal, relacionándolo con el déficit motriz para realizarse la higiene oral; constituyéndolos en un grupo de población vulnerable que requiere de una atención odontológica oportuna y de calidad, soportada en detección de riesgo y necesidades individuales del paciente.
- En los cuidadores predomina la salud clínica gingival en periodonto reducido, asociado esto con que la mayor parte han recibido alguna vez tratamiento odontológico y a su vez porque consideran importante el acudir a citas periódicas de tratamiento.
- La percepción de los cuidadores respecto a la necesidad de atención para el tratamiento de las encías está enfocada en que requieren más atención que sus familiares con discapacidad, sin embargo con el examen periodontal realizado se determina que las personas con discapacidad requieren mayor atención ya que el diagnóstico periodontal que más prevalece es la gingivitis inducida por biopelícula en periodonto intacto a diferencia de los cuidadores cuyo diagnóstico principal es salud clínica gingival en periodonto reducido.
- Los pacientes con discapacidad tienen necesidades especiales que afectan la elección del tipo transportes para su movilización a las citas médicas u odontológicas, esto se ve afectado debido a los bajos recursos de la familia por lo cual no tienen la oportunidad de usar el sistema de salud con mucha frecuencia, aunque si cuentan una afiliación.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

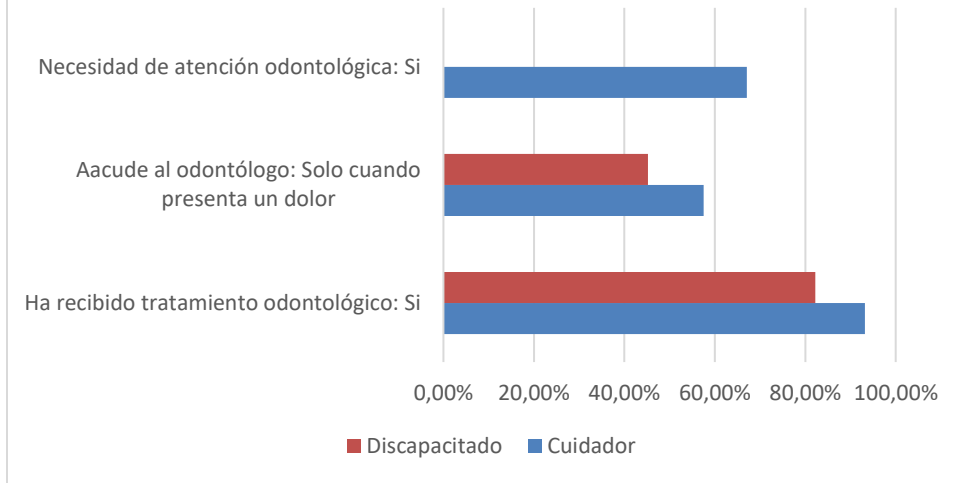
1. Ruiz F, Luis; M, Godoy MA, Burgos G, Siza O, Lara J. Glosario de Términos sobre discapacidad. 2020;21.
2. Dra. Susana Grunbaum PN de SA. Guia para el abordaje integral de la salud de adolescenetes. 2009;
3. Arrivillaga M, Borrero YE. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. Vol. 32, Cadernos de Saude Publica. Fundacao Oswaldo Cruz; 2016.
4. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado M del PBL. METODOLOGÍA de la investigación. 437 p.
5. DANE. Discapacidad [Internet]. 2022. p. DANE-Información para todos. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/discapacidad>
6. Alzate Cubillos CJ, Perea Caro SA. Boletines Poblacionales: Personas con Discapacidad-PCD 1 Oficina de Promoción Social I-2020. Minsalud - Gobierno de Colombia. 2020;15.
7. Asociación de Discapacitados del Valle. No Title [Internet]. 2022. p. <https://www.fundacionjeisonaristizabal.org/>. Available from: <https://www.fundacionjeisonaristizabal.org/>
8. Ministerio de Salud. Manual del cuidado a cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes. Diario Oficial. 2015;47.
9. Zuluaga MCG, Delgado CM, Cardona Gómez, Natalia , JoseLuis Gutierrez Pineda KAGMoncada. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. Rev CES odont. 2017;30 (2):23–36.
10. Ministerio de Salud y Protección Social, MINSALUD. IV Estudio Nacional De Salud Bucal - ENSAB IV. Bogotá, Colombia. 2014;3:381.
11. Rodríguez-López MR. Abordaje del paciente hiperfrecuentador de servicios en atención primaria: Un acercamiento desde la teoría. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2012;11(22):43–55.

12. Organización mundial de la salud. No Title. 2021. p. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detai>.
13. Ciencias RDE, Habana LA. Deysi Suárez Zafra,. 2013;19(April 2012):268–77.
14. Padilla A. Discapacidad : contexto , concepto y modelos * Disability : context , concept and models. Revista Colombiana de Derecho Internacional. 2010;(16):381–414.
15. Disability and Development Report 2018. Disability and Development Report 2018. 2019;
16. Organizacion Mundial de la Salud. 58^a Asamblea Mundial de la Salud. 58^a Asamblea Mundial de la Salud. 2005;1–172.
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley estatutaria 1618 del 2013. 2017;41.
18. Arrivillaga M, Yadira Eugenia Borrero. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. Cad Saúde Pública. 2016;
19. Hurtado LR, Arrivillaga M. Social determinants of access to health services of children with disabilities [Internet]. Vol. 44, Revista Cubana de Salud Pública. 2018. Available from: <http://scielo.sld.cu>
20. Gómez-Perea CA, Pasos-Revelo LM, González-Rojas T, Arrivillaga M. Health services accessibility for people with physical disabilities in zarzal (Valle del Cauca, Colombia). Salud Uninorte. 2018 May 1;34(2):276–83.
21. Henríquez-Thorrens M, Donado-Mercado A, Lían-Romero T, Vidarte-Claros JA, Vélez-Álvarez C. Determinantes sociales de la salud asociados al grado de discapacidad en la ciudad de Barranquilla. Duazary. 2020 Jan 1;17(1):49–61.
22. Martínez Y, Yeily D, Alvarado IT, Vargas K. Comportamiento del acceso a los servicios de salud bucal en un grupo de escolares en condición de discapacidad intelectual. 2016.

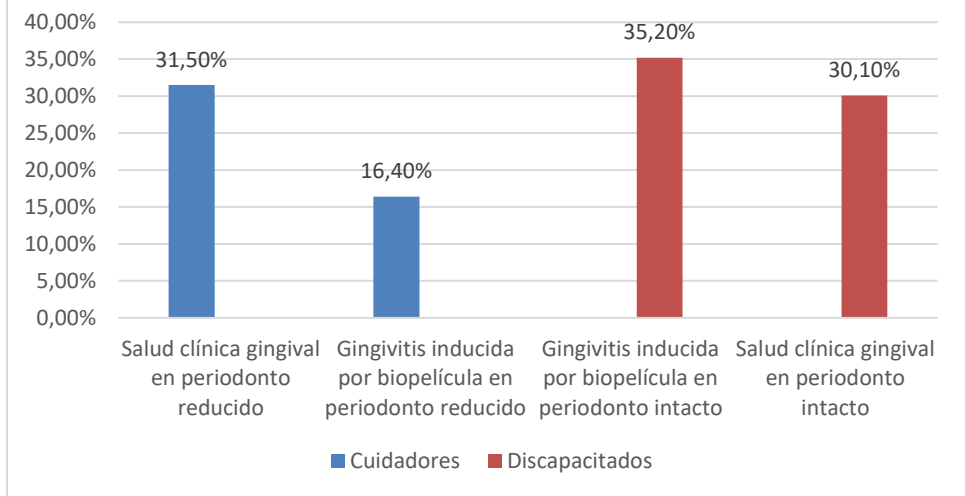
ANEXOS

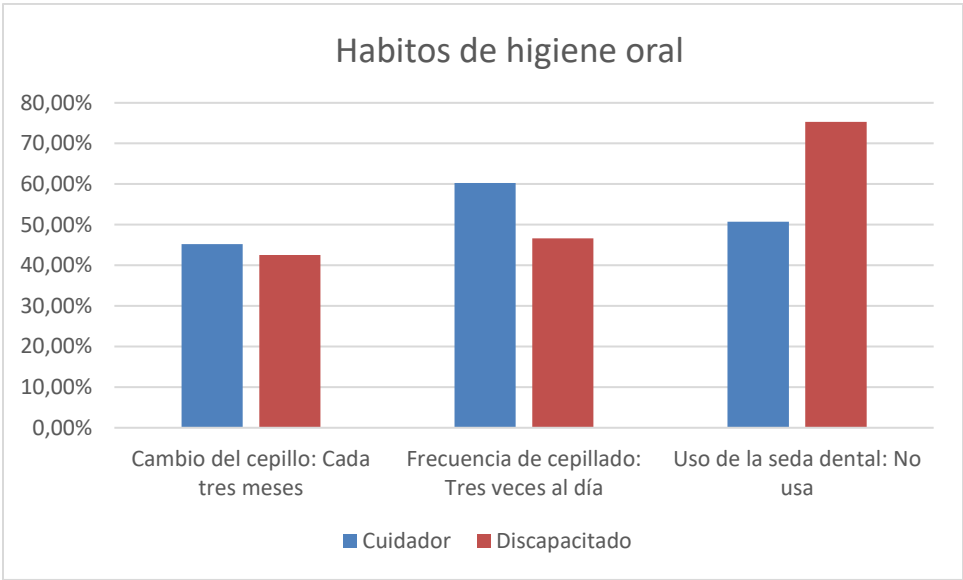


Acceso a los servicios de salud



Diagnósticos periodontales





Anexos – Fotografías







