



**Universidad
Europea** VALENCIA

Grado en ODONTOLOGÍA

Trabajo Fin de Grado

Curso 2022-23

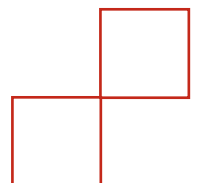
<< Estudio observacional transversal a través de encuestas sobre la actitud de los odontólogos frente al tratamiento de los pacientes con diversidad funcional >>

Presentado por: Giulia Mazzei

Tutor: Maria Grau Benítez

Campus de Valencia
Paseo de la Alameda, 7
46010 Valencia

universidadeuropea.com



Índice de contenidos

| | |
|--|----|
| 1. Resumen..... | 1 |
| 2. Abstract | 2 |
| 3. Palabras clave y Listado de símbolos y siglas..... | 3 |
| 4. Introducción..... | 5 |
| 4.1 Diversidad funcional- Definición y limitaciones en el acceso a la salud..... | 5 |
| 4.2 Necesidades de tratamiento..... | 5 |
| 4.3 Factores que dificultan el tratamiento..... | 6 |
| 4.4 Odontología inclusiva..... | 7 |
| 4.5 Manejo de la conducta..... | 8 |
| 4.6 Percepción del grado de preparación e influencia de la formación específica..... | 13 |
| 5. Justificación e hipótesis..... | 15 |
| 6. Objetivos..... | 16 |
| 7. Materiales y métodos | 17 |
| 7.1. Material..... | 17 |
| 7.1.1 Diseño del estudio..... | 17 |
| 7.1.2 Selección muestra..... | 17 |
| 7.1.3 Tamaño muestral..... | 18 |
| 7.1.4 Material empleado..... | 18 |
| 7.2 Método..... | 18 |
| 7.2.1 Descripción procedimiento..... | 18 |
| 7.2.2 Recogida de datos..... | 19 |
| 7.2.2.1 Variables..... | 19 |
| 7.2.2.2 Cuestionario..... | 21 |
| 7.2.3 Análisis estadístico..... | 24 |
| 8. Resultados..... | 26 |
| 9. Discusión..... | 34 |
| 9.1 Resultados clave..... | 34 |
| 9.1.1 Dificultad a la hora de tratar a los pacientes especiales..... | 34 |
| 9.1.2 Conocimiento de clínicas especializadas..... | 35 |
| 9.1.3 Influencia de la especialidad odontológica en el tratamiento..... | 36 |
| 9.1.4 Técnicas de manejo de conducta..... | 37 |
| 9.1.5 Grado de satisfacción con la preparación en pacientes especiales..... | 37 |
| 9.2 Limitaciones..... | 39 |
| 10. Conclusión..... | 40 |
| 11. Bibliografía..... | 41 |
| 12. Anexos..... | 49 |

1. Resumen

Introducción: Los pacientes con diversidad funcional suelen encontrar dificultades para acceder a la atención bucodental. En la mayoría de los casos, las condiciones de los pacientes dificultan el tratamiento y el manejo de la conducta. El propósito del estudio es de conocer y analizar cuáles son dichas dificultades.

Materiales y método: Se realizó un estudio observacional basado en encuesta, dirigidos a odontólogos que trabajan como profesores en la Universidad Europea de Valencia, entre Noviembre 2022 y Mayo 2023. Se elaboró un cuestionario de 17 preguntas que se difundió mediante un código QR a los participantes.

Resultados: Con una participación voluntaria de 70 odontólogos, el 65,7% refirió tener dificultades de comunicación, un 64,2% dificultades relacionadas con la escasa cooperación y el 15,7% con miedo a interacciones médicas. El 34,2% de los odontólogos carecían de conocimientos suficientes sobre manejo de la conducta y en el 8,5% el personal auxiliar. El 75,7% clínicas especializadas. No se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre la especialidad odontológica y el tratamiento de pacientes especiales ($p=0.136$). El 58,3% emplea métodos no farmacológicos de manejo de la conducta, el 44,4% premedicación ansiolítica, el 26,5% sedación consciente y el 17,4% anestesia general. La satisfacción con la preparación en pacientes especiales durante el grado en odontología fue de 2 sobre 5 en el 44,3% de casos, 1 sobre 5 en el 28,6%, en el 24,3% 3 sobre 5, en el restante 2,9% de 4 sobre 5; en ningún caso fue de 5 sobre 5.

Conclusión: Las mayores dificultades se relacionan con la comunicación y la cooperación. En caso de ser necesario derivar al paciente, la mayoría de los odontólogos conocen clínicas especializadas. Se tiende a preferir técnicas no farmacológicas de manejo de conducta. La satisfacción en materia de pacientes especiales durante el pregrado es por lo general muy baja.

2. Abstract

Introduction: In most cases, special patient conditions make dental treatment and behavior management difficult. The purpose of the study is to analyze these difficulties, to evaluate the knowledge of clinics specializing in special patients, to relate the specialty with the treatment of these patients, to find out about behavior management techniques and to determine the degree of satisfaction with the subject of special patients during the degree.

Materials and methods: A survey was carried out aimed at dentists working as professors at the European University of Valencia (November 2022 - May 2023).

Results: With a participation of 70 dentists, 65.7% reported having difficulties in communication, 64.2% reported difficulties related to poor cooperation and 15.7% reported fear of medical interactions. 34.2% of the dentists lacked sufficient knowledge of behavioral management and 8.5% of the auxiliary personnel. 75.7% had specialized clinics. There was no statistically significant association between the dental specialty and the treatment of special patients ($p=0.136$). A total of 58.3% used non-pharmacological methods of behavioral management, 44.4% anxiolytic premedication, 26.5% conscious sedation and 17.4% general anesthesia. Satisfaction with the preparation of special patients during the dental degree was 2 out of 5 in 44.3% of cases, 1 out of 5 in 28.6%, 3 out of 5 in 24.3%, 4 out of 5 in the remaining 2.9%; in no case was it 5 out of 5.

Conclusion: The greatest difficulties were related to communication and cooperation. In the event that it is necessary to refer the patient, most of the dentists are familiar with specialized clinics. Non-pharmacological behavioral management techniques tend to be preferred. Satisfaction with special patients during undergraduate training is generally very low.

3. Listado de palabras claves y Símbolos y Siglas

3.1 Palabras clave

- I. Estudio observacional
- II. Encuesta
- III. Actitud
- IV. Odontólogo
- V. Paciente con diversidad funcional
- VI. Manejo de conducta
- VII. Dificultades de tratamiento

3.2 Símbolos y Siglas

OMS= Organización Mundial de la Sanidad

AG= Anestesia general

STROBE= Strengthening the Reporting of Observational studies in
Epidemiology

UEV= Universidad Europea de Valencia

SPSS= Statistical Package for Social Science

4. Introducción

4.1 Diversidad funcional- Definición y limitaciones en el acceso a la salud

La expresión “Persona con diversidad funcional” se refiere a un adulto o niño cuyas capacidades físicas, intelectuales, sociales o emocionales son diferentes de lo que se considera habitual (1,2). Según la OMS, el término “discapacidad” se refiere a todas las limitaciones y deficiencias en la participación y realización de las actividades y en las interacciones (3). Esta condición puede ser congénita, del desarrollo o adquirida como resultado de una enfermedad, una lesión o por el medio ambiente, y puede limitar el cumplimiento de las actividades cotidianas (4,5). Las personas con diversidad funcional pueden presentar, una limitación física, déficit intelectual, de aprendizaje, emocional o escasa independencia personal. Pertenecen a esta clasificación personas sordas, ciegas, con trastornos limitantes y todos aquellos que presentan capacidades cognitivas diferentes. (6,7).

Los pacientes con necesidades especiales representan una parte de la población con dificultades reales a la hora de acceder a una buena atención bucodental. (4,8).

Las propuestas de la OMS para reducir las disparidades en el acceso a la salud que experimentan los pacientes con diversidad funcional se basan en el incremento de:

- Accesibilidad, eliminando las discriminaciones y prejuicios.
- Asequibilidad, garantizando servicios asequibles relativamente a precios y variedad.
- Disponibilidad, acercando los servicios de intervención a las personas con discapacidad.
- Calidad, asegurando que los trabajadores de la salud brinden una atención de igual calidad a pacientes discapacitados y a los demás pacientes (3).

4.2 Necesidades de tratamiento

Las personas con necesidades especiales tienen alto riesgo de padecer enfermedades dentales, siendo limitado el mantenimiento de la salud oral en

estos pacientes por las discapacidades físicas o mentales que pueden presentar. (9). Debido a las discapacidades motoras, la incidencia de caries y enfermedad periodontal en esta parte de la población es mayor, así como es mayor la incidencia de maloclusiones (10,11). Según los datos reportados por la OMS, las personas con discapacidad tienen una mayor tendencia al desarrollo de problemas orales, que suelen además ser más complejos con respecto al resto de la población. (3,12).

Los factores que influyen en el mantenimiento de la salud oral de estos pacientes, entre otros, son la dieta cariogénica, la respiración bucal y consecuentemente las anomalías de la oclusión, los medicamentos que toman y sus efectos secundarios (1). Razón por la cuál resulta fundamental establecer planes de tratamiento que incluyan la prevención, como maniobras de higiene y profilaxis profesional, uso de flúor tópico y selladores de fosas y fisuras (6), así como la prevención de problemas de oclusión mediante detección precoz y los ejercicios orofaciales, evitando así la necesidad de llevar a cabo tratamientos más invasivos (6).

El logro y el mantenimiento de la salud oral para las personas con diversidad funcional requieren un enfoque especial (13), en el cual, la participación de un profesional dental resulta fundamental para permitir la rehabilitación oral y por tanto la integración de estos pacientes en el entorno social (1), teniendo en cuenta el aumento de la demanda de tratamiento odontológico por parte de los pacientes especiales, debido a una mejoría de la calidad y expectativa de vida de esta parte de la población (14).

4.3 Factores que dificultan el tratamiento

En muchas ocasiones, el tratamiento de los pacientes con diversidad funcional genera confusión en los odontólogos generales (4), y la escasez de profesionales que poseen formación específica limita y complica el acceso de estos pacientes a los servicios de atención odontológica (15). Los desafíos relacionados con los tratamientos son diferentes y pueden depender de factores relativos a la conducta del paciente, influenciada por el nivel de discapacidad y a la formación del operador y del personal que trabaja en el entorno de la consulta (4).

Algunos de estos pacientes presentan problemas de movilidad, que pueden hacer necesario el acceso a la consulta en silla de rueda y por tanto requerir algunos arreglos especiales de asistencia y traslado del paciente. Además, hay que considerar la posibilidad de que algunos movimientos incontrolados del cuerpo del paciente pongan en peligro la seguridad del tratamiento (13). También la eficacia de la comunicación puede verse afectada, de forma que dificulta la comprensión mutua: el paciente puede no tener habilidad para referir molestias y dolor y el odontólogo puede no tener posibilidad de explicar de forma exitosa el procedimiento a realizar y las instrucciones para el tratamiento (16). Un ulterior factor a tener en cuenta es el hecho que, a menudo, las discapacidades cognitivas o físicas pueden asociarse con otros tipos de trastornos sistémicos, con un aumento del riesgo de problemas cardiovasculares, pulmonares y diabetes, por tanto, la atención proporcionada a estos pacientes debe ser mayor y más cuidadosa, con el fin de evitar posibles complicaciones (12).

4.4 Odontología inclusiva

Teniendo en cuenta todas las dificultades relacionadas con el tratamiento, resulta evidente que las habilidades del personal deben adaptarse a la situación. El conocimiento de las técnicas apropiadas de gestión de la conducta representa el factor clave para satisfacer con éxito las necesidades del paciente (13), junto con la suficiente confianza del operador en sí mismos, la experiencia clínica y la capacitación profesional (7). Por otro lado, habrá que tener en cuenta que en muchas ocasiones, el tiempo empleado para un tratamiento dental será superior que en aquellos pacientes sin una necesidad especial.

En los últimos años se ha intentado estudiar el fenómeno del tratamiento de pacientes con diversidad funcional desde perspectivas diferentes, tratando de evidenciar cómo el paciente percibe la calidad del tratamiento y la actitud del profesional. Un estudio de Alwadi y cols (11), reporta la experiencia de pacientes infantiles con diferentes grados de discapacidad en la consulta dental, evidenciando que la mayoría de ellos experimentan sensaciones desagradables en algunas ocasiones, debido a una falta de comunicación por

parte del odontólogo, falta de claridad en las explicaciones y un acercamiento poco eficaz.

En muchos países, ha empezado a desarrollarse un nuevo concepto de Odontología inclusiva, en la cuál el paciente es abordado de una forma muy personalizada e individualizada, basándose en el profundo conocimiento de los aspectos de la vida y de la discapacidad, así que la gestión del paciente tiene lugar con una colaboración muy estrecha con los cuidadores, de forma que hace posible la familiarización con el entorno dental y se pueda obtener cooperación durante los tratamientos odontológicos (7). Abordar al paciente teniendo en cuenta todos los factores específicos y personales del mismo permite una mayor inclusividad en el acceso y el logro de una participación más activa gracias a una experiencia más agradable (11).

4.5 Manejo de la conducta

Una atención odontológica de calidad, requiere inevitablemente la cooperación por parte del paciente, sin embargo, en muchos casos, los pacientes con diversidad funcional tienen impedimentos para colaborar, ya sea por miedo o ansiedad o por un desarrollo intelectual incompleto, que dificulta la comprensión y el control de las emociones (17), razón por la cuál, a menudo, es necesario que sea el odontólogo el que controla el comportamiento del paciente durante el tratamiento (9); de hecho, muchos pacientes con necesidades especiales, necesitan apoyos adicionales aparte de la anestesia local (18).

Las técnicas de manejo de la conducta permiten en algunos casos obtener la cooperación y requieren de personal entrenado y en algunos casos personal adicional, así como una mayor inversión de tiempo (12, 18). El manejo de la conducta puede llevarse a cabo mediante técnicas farmacológicas o no farmacológicas, dependiendo de la necesidad individual del paciente.

4.5.1 Técnicas no farmacológicas de manejo de la conducta

Existen diferentes alternativas no farmacológicas para guiar la conducta del paciente, las cuales incluyen el apoyo psicológico para reducir la ansiedad y el soporte físico, para limitar la movilidad (18). El apoyo psicológico constituye

la primera opción (17), y puede incluir la técnica Decir-Mostrar-Hacer, el empleo de música en la consulta (19), desensibilización, control de la voz, juego, refuerzo positivo, distracción (7) e hipnosis, que resulta eficaz para el control de miedo y ansiedad durante los tratamientos odontológicos (20); todas estas estrategias tienen el objetivo de establecer una comunicación eficaz (6); sin embargo, en algunos casos, el manejo no farmacológico de la conducta no es suficiente para obtener los resultados deseados (17), haciendo preciso el control mediante técnicas farmacológicas.

4.5.2 Métodos farmacológicos de manejo de la conducta

En los casos en los cuales el manejo de la conducta se deba llevar a cabo farmacológicamente, existen diferentes corrientes de pensamiento en la literatura con respecto a las indicaciones y los medicamentos a emplear. La decisión de recurrir a métodos farmacológicos, debe realizarse tras un exhaustivo análisis del estado físico del paciente, probabilidad de éxito del tratamiento, el riesgo de efectos secundarios y la posibilidad de utilizar otros métodos de gestión del paciente que resulten menos invasivos (18), ya que, los medios farmacológicos conllevan algunos riesgos, y esto hace preciso que el equipo que atiende al paciente tenga suficiente experiencia para poder intervenir si es necesarios (21).

Los medicamentos para la gestión de la conducta del paciente pueden ser utilizados en combinación con técnicas psicológicas o bien cómo único método (22), teniendo en cuenta que frecuentemente se necesita combinar los dos métodos para obtener efectos óptimos (23). La decisión de utilizar estos métodos y la elección del mismo, debe tomarse sólo tras un correcto análisis de los que serán los riesgos y los beneficios involucrados, siendo en cualquier caso necesario el consentimiento informado del paciente o de un tutor (18).

Las diferentes opciones para el manejo farmacológico incluyen:

- Empleo de fármacos ansiolíticos para pre-medicación (24)
- Empleo de fármacos ansiolíticos para sedación (24)
- Empleo de gases para sedación (23)
- Empleo de fármacos anestésicos para anestesia general (10)

4.5.2.1 Sedación

Cuando se necesita recurrir a medios farmacológicos de manejo de la conducta, la sedación puede constituir una herramienta útil para controlar dolor y ansiedad durante los procedimientos (24), siendo una opción eficaz y segura para obtener la colaboración por parte del paciente, resultando menos traumático el tratamiento (17).

La sedación se puede definir como una disminución o depresión de las prestaciones psicomotoras y cognitivas (25) e incluye varios niveles, clasificados por la American Society of Anesthesiologist (26) en:

- Sedación mínima, (ansiolísis) en la cuál el nivel de depresión de la consciencia es mínimo, por tanto el paciente es capaz de responder normalmente a estímulos verbales.
- Sedación moderada, (sedación consciente) en la cuál tiene lugar una depresión de la consciencia pero el paciente mantiene en algunas medidas la capacidad para responder a los estímulos.
- Sedación profunda, en la cuál la depresión de la consciencia es mayor y el paciente responde sólo a estimulaciones repetidas y estímulos dolorosos, pero la capacidad de ventilación puede ser inadecuada.

4.5.2.1.1 Indicaciones de la sedación

Las indicaciones de la sedación en ámbito odontológico son variadas y engloban:

- Pacientes con deficiencias cognitivas o emocionales tienen dificultad para entender qué esperar en situaciones de atención dental.
- Pacientes que temen un tratamiento dental.
- Pacientes que no pueden sentarse en el sillón dental ni quedarse inmóviles durante los procedimientos dentales.
- Pacientes cuyas necesidades de tratamiento no se pueden atender fácilmente con anestesia local.
- Pacientes con problemas médicos complejos (18).

4.5.2.1.2 Fármacos sedantes y vías de administración

Los medicamentos más comúnmente empleados para obtener sedación son las Benzodiacepinas, especialmente el Midazolam, siendo este el que presenta mayor eficacia y seguridad, conllevando a un riesgo bajo de complicaciones cardiopulmonares. Las vías de administración incluyen: vía submucosa, intramuscular, oral, intranasal, e intravenosa, siendo las últimas tres las más utilizadas (22, 27). La acción de las benzodiacepinas proporciona sedación, hipnosis y control de la ansiedad (17). Alternativamente al Midazolam, es posible utilizar también Diacepam, con efecto ansiolítico mayor y Alprazolam, aunque no se evidencian beneficios en cuanto a la sedación de estos dos respecto al primero (27). Si se precisa un mayor nivel de sedación, existe la posibilidad de utilizar sedantes como la Ketamina que administrada por vía nasal puede proporcionar niveles de sedación mayores que las benzodiacepinas, aunque si se modifica la vía de administración, es frecuente la aparición de efectos secundarios importantes, por tanto, resulta menos segura (27). El otro tipo de sedación es la sedación inhalatoria, que se lleva a cabo con óxido nitroso, que es un gas con propiedades ansiolíticas y sedantes, aunque no teniendo efecto analgésico no prescinde del uso de anestésicos locales (23).

4.5.2.1.3 Efectos colaterales y entrenamiento del personal

Es en cualquier caso imprescindible tener en cuenta que los fármacos sedantes a menudo producen algunos efectos colaterales, como reducción de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca y respiratoria, por tanto el conocimiento de la técnica y de los riesgos por parte del operador son fundamentales para la seguridad del paciente, siendo necesaria la monitorización de los parámetros vitales durante todo el tiempo en que el paciente se encuentra bajo sedación (17). En función del nivel de sedación que se requiere es posible que se necesite un profesional anestesiólogo para supervisar el tratamiento, como en el caso de la sedación profunda, mientras que ansiólisis y sedación moderada pueden ser proporcionadas por el mismo odontólogo, puesto que este sea entrenado. (18)

4.5.2.2 Anestesia general

La anestesia general se puede definir cómo el empleo de fármacos para obtener inconsciencia, inmovilidad y analgesia (28), suponiendo la cesación de la sensibilidad a estímulos dolorosos, incluso si son repetidos (26). Es una técnica que puede garantizar el éxito de los tratamientos dentales en los pacientes con diversidad funcional, especialmente en los casos en que el paciente no pueda cooperar o quedarse inmóvil (10). Las indicaciones de su uso incluyen los pacientes con problemas médicos complejos y con dificultad de cooperación (29). Aunque el uso de anestesia general es relativamente frecuente en odontología de pacientes especiales, esto no significa que se haga necesario en cualquier caso (6), debiendo preferirse técnicas menos invasivas en los casos en que sea posible.

Es importante tener en cuenta que durante el tiempo en que el paciente se encuentra bajo anestesia general, la función de ventilación puede verse afectada y por tanto es precisa la asistencia por parte de operadores expertos (18), en presencia de un anestesiólogo y debe mantenerse un plan individualizado, según las necesidades físicas y psicológicas del paciente. La frecuencia de aparición de complicaciones y el coste adicional que supone la anestesia general, hacen que sea uno de los métodos de manejo de la conducta con mayor dificultad en términos de tiempo requerido, organización y necesidad de personal calificado (18).

4.5.2.2.1 Consideraciones antes, durante y después de la anestesia general

Es imprescindible que en la fase previa al tratamiento el paciente mantenga un ayuno estricto para poder evitar el riesgo de aspiración. Durante todo el procedimiento los parámetros vitales deben ser monitoreados, siendo obligatoria la presencia de un carro de emergencia y de un desfibrilador (10). La monitorización del paciente durante el periodo posterior al tratamiento es imprescindible, especialmente cuando se trata de pacientes con discapacidades, ya que, estos suelen tener tiempos de emergencias más largos con respecto a los demás y algunas de las condiciones físicas o médicas

que presentan suponen un factor de riesgo adicional para la aparición de complicaciones (29).

4.6 Percepción del grado de preparación e influencia de la formación específica del operador

Algunos estudios sugieren que un porcentaje superior al 60% de los odontólogos generales no se sienten preparados para atender a los pacientes con diversidad funcional (15), Un estudio observacional de Dao y cols (30), mediante una encuesta a 500 odontólogos sobre la percepción de la calidad de aprendizaje proporcionada durante la obtención del grado en odontología respecto al tratamiento de pacientes especiales, deduce que sólo un porcentaje entre el 1.8% y el 10.4% se siente preparado para tratar pacientes con necesidades especiales, porcentaje que desciende al 1.6%- 8.5% cuando la diversidad funcional incluye retraso mental. Esto se debe en parte a las mayores dificultades clínicas que el tratamiento de estos pacientes supone y en parte a otros factores, cómo por ejemplo el estrés, el tiempo de trabajo y la conducta del paciente.

La especialidad odontológica de pacientes especiales es, por definición de Alumran y cols (31), “diseñada para pacientes que requieren más tiempo y métodos para los cuidados rutinarios de atención dental”, resultando que entre los equipos que atienden a pacientes con diversidad funcional, sobre todo intelectual, puede encontrarse síndrome de Burnout, estrés y baja satisfacción laboral, presumiblemente debido al comportamiento desafiante que el paciente puede presentar (22).

Dentro de la comunidad dental, los odontopediatras han sido considerados clásicamente los más expertos para proporcionar tratamientos adecuados a los pacientes con diversidad funcional (4). El estudio de Dao y cols (30), concluye que los profesionales odontológicos que se sienten más capacitados para tratar pacientes especiales son los odontopediatras, los cuales, se perciben también cómo capaces de tratar pacientes con diferentes grados de diversidad funcional, pudiendo manejar el paciente especial tanto con medidas farmacológicas como con medidas no farmacológicas. No obstante, es recomendable que a parte de la formación en odontopediatria,

reciban capacitación complementaria y que en un futuro los programas de formación odontológica empiecen a incluir una mayor enseñanza de las técnicas de gestión de dichos pacientes (7).

Un estudio realizado por Casamassimo y cols (32), revela que solo 1 de cada 4 estudiantes de odontología ha tenido la oportunidad de tratar pacientes con necesidades especiales durante sus prácticas pre-grado. Otro estudio muestra que el 75% de los estudiantes de odontología se siente insuficientemente o totalmente no preparado para tratar a pacientes especiales. Estos resultados indican una falta de capacitación en los programas educativos que debe corregirse. (33, 34).

Aunque la mejoría en el tratamiento de pacientes con diversidad funcional resulta evidente, no hay que olvidar que la formación en este campo es de vital importancia, así como la empatía del equipo profesional y una buena experiencia clínica previa (18).

5. Justificación e Hipótesis

5.1 Justificación

El paciente con necesidades especiales debe ser tratado en la consulta odontológica en igualdad de oportunidades, no obstante, es necesario el estudio de las barreras o dificultades que los odontólogos encuentran para su correcto tratamiento.

En el presente trabajo se pretenden analizar los factores que influyen en el logro del tratamiento, tanto en relación con la colaboración del paciente como en la falta de formación del equipo odontológico que puede derivar en una imposibilidad de tratamiento. Hasta el momento, la bibliografía publicada no refleja la influencia de la formación específica en esta materia ni el grado de satisfacción de los odontólogos con la preparación recibida en este campo tras la finalización de su licenciatura/grado en odontología.

Debido a ello, el presente estudio, pretende aportar mayor conocimiento de las dificultades y limitaciones existentes en el tratamiento de los pacientes con necesidades especiales.

5.2 Hipótesis

Hipótesis nula (H0):

Los odontólogos sin formación específica en pacientes especiales no refieren dificultades a la hora de tratar pacientes con diversidad funcional.

Hipótesis alternativa (H1):

Los odontólogos sin formación específica en pacientes especiales refieren dificultades a la hora de tratar pacientes con diversidad funcional.

6. Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar las dificultades a las que se enfrentan los odontólogos sin formación específica a la hora de tratar pacientes con diversidad funcional.

Objetivos secundarios:

- Averiguar si los odontólogos tienen conocimiento de clínicas especializadas en el tratamiento de pacientes especiales.
- Relacionar la especialidad odontológica con el tratamiento de pacientes con diversidad funcional.
- Identificar las técnicas más utilizadas para el manejo de los pacientes con diversidad funcional.
- Evaluar el grado de satisfacción con la preparación en materia de pacientes especiales tras finalizar la licenciatura/grado en odontología.

7. Materiales y métodos

7.1 Material

7.1.1 Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y prospectivo basado en encuestas, siguiendo la guía STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology) (35), con el objetivo de evaluar las dificultades a las que se enfrentan los odontólogos sin formación específica a la hora de tratar pacientes con diversidad funcional. La investigación se realizó en la Universidad Europea de Valencia (UEV) (Paseo de la Alameda, 7, 46010 Valencia) y los sujetos fueron los odontólogos que trabajaban como profesores en la UEV. La duración total del estudio fue de 7 meses, desde Noviembre de 2022 hasta Mayo de 2023, ambos incluidos.

La investigación cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki para investigaciones médicas en seres humanos, por lo que los participantes fueron informados previamente sobre el estudio y se solicitó su consentimiento para el tratamiento de sus datos, manteniendo en todo momento la confidencialidad.

Se sometió la encuesta al Comité de Ética de la Universidad Europea y fue aprobado con Ref: CIPI/23.043 (Anexo I)

7.1.2 Selección de la muestra

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio, se dirigió el cuestionario a profesores odontólogos de la UEV de ambos sexos, sin diferencias en relación a la especialidad.

Los criterios de inclusión y exclusión con respecto a la muestra y a los datos recogidos fueron:

Criterios de inclusión:

- Odontólogos que prestaban servicio como profesores en la Universidad Europea de Valencia.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes de odontología.
- Encuestas mal rellenas.
- Encuestas rellenas fuera de la fecha límite establecida (Marzo 2023).

7.1.3 Tamaño muestral

El tamaño de la muestra fue calculado a través de la página web Survey Monkey (San Mateo, California, Estados Unidos) atendiendo a un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%. Se obtuvo como resultado una muestra representativa de 79 profesionales.

7.1.4 Material empleado

Se emplearon diferentes plataformas y páginas web:

- La extensión Google Forms (California, Estados Unidos) para la elaboración de la encuesta.
- La página web- Me QR Generator (Estados Unidos) para la creación del código QR de difusión de la encuesta en formato digital mediante código.
- La plataforma Pages de Apple Inc (Cupertino, California, Estados Unidos) para la elaboración de la encuesta en formato imprimible.
- La plataforma Numbers de Apple Inc (Cupertino, California, Estados Unidos) para la creación de una hoja de cálculos para la transferencia de los datos obtenidos.

7.2 Método

7.2.1 Descripción procedimiento

La distribución de la encuesta se realizó de formas distintas, permitiendo a los participantes de elegir la forma más cómoda, pudiendo elegir entre: impreso en papel entregado por el encuestador, digital a través de un enlace enviado por correo electrónico, o digital a través de un código QR.

El cuestionario consistió en 17 preguntas, incluyendo un check de consentimiento informado para confirmar la participación en el estudio (Anexo II). De estas preguntas, 4 recopilaron información demográfica y las 12

restantes se enfocaron en los objetivos del estudio. Se esperaba que la encuesta tardara aproximadamente 6 minutos en ser completada.

7.2.2 Recogida de datos

Los datos fueron recogidos por un encuestador (G.M.) y los valores fueron dispuestos en una tabla de Excel que el programa de lectura de QR generaba de manera automática y posteriormente analizados.

7.2.2.1 Variables

Las variables evaluadas han sido:

Sexo: (Hombre-Mujer-Otro-Prefiero no decirlo)

Estado civil: (Soltero/a- Conviviente-Casado/a-Viudo/a-Separado/a-Otro)

Edad: se recogió la edad (en años) en el momento de la cumplimentación de la encuesta.

Máximo nivel de estudios: (Grado-Post-grado-Doctorado)

Especialidad odontológica:____ (Campo abierto). Se debía especificar la especialidad odontológica.

Formación específica en pacientes especiales: (Si-No). Se debía cumplimentar si había recibido o no algún tipo de formación sobre pacientes especiales y en caso afirmativo indicar el tipo (curso, diploma, master).

Tratamiento de pacientes con diversidad funcional: (Si-No). Se respondía de forma afirmativa si en su consulta trataban estos pacientes y de forma negativa si no trataban estos pacientes.

Motivo de no tratar pacientes con diversidad funcional (si la respuesta anterior era no): (Falta de colaboración del paciente- Falta de formación

específica- Dificultad emocional- Otro). Debían contestar sólo los en caso de haber contestado “No” en la pregunta anterior.

Conocimiento de clínicas especializadas: (Si-No). Se debía marcar como “sí” en el caso de conocer centros especializados en el tratamiento de pacientes con diversidad funcional para poderlos derivar en el caso que fuera necesario.

Frecuencia de tratamiento de pacientes con diversidad funcional: (1-5 al año- 5-10 al año- >10 al año- Prácticamente nunca).

Principales dificultades a la hora de tratar pacientes especiales: (Dificultad de comunicación con el paciente- Dificultad de comunicación con los padres- Miedo/ansiedad del paciente- Escasa cooperación del paciente- Falta de conocimiento sobre manejo de conducta- Falta de conocimiento de su personal auxiliar- Miedo por interacciones médicas- Otro). Se debía marcar una o más opciones según cuál el encuestado consideraba la mayor/las mayores dificultades respecto al tratamiento de los pacientes especiales.

Técnica de manejo de la conducta: (Si- No). Se debía contestar sólo en caso de tratar pacientes con diversidad funcional. Se debía marcar “Si” en el caso de usar técnicas de manejo de conducta y “No” en caso de no usarlas.

Premedicación ansiolítica: (Si- No). Se debía marcar “Si” en caso de haber empleado ansiolíticos para premedicación y “No” en caso de no haberlos empleados nunca.

Sedación consciente: (Si- No). Se debía marcar “Si” en caso de haber recurrido alguna vez a sedación consciente y “No” en caso de no haber recurrido nunca.

Anestesia general: (Si- No- No pero lo he remitido a un compañero para tratarlo bajo anestesia general). Se debía marcar “Si” en caso de haber

recurrido alguna vez a Anestesia general, “No” en caso de no haber recurrido nunca a anestesia general y “No pero lo he remitido a un compañero” en caso de haber remitido a un anesthesiólogo o compañero el paciente para ser tratado bajo anestesia general.

Grado de confianza tras la licenciatura: (1-2-3-4-5) (escala lineal). Siendo 1 el valor mínimo de “no confianza” hasta el valor 10 “máxima confianza”. Se debía marcar un valor correspondiente al grado de confianza percibido tras la licenciatura en odontología para poder tratar pacientes con diversidad funcional.

7.2.2.2 Cuestionario

1. ¿Está usted de acuerdo en participar a la siguiente encuesta?

Si

No

2. ¿Cuál es su sexo?

Hombre

Mujer

Otro

Prefiero no decirlo

3. Estado civil:

Soltero/a

Convivente

Casado/a

Viudo/a

Separado/a

Otro

4. Indique su edad en años

5. ¿Cuál es su máximo nivel de estudios?

Grado

Postgrado

Doctorado

6. Indique su especialidad odontológica:

7. ¿Ha recibido algún tipo de formación específica con respecto al tratamiento de pacientes con diversidad funcional?

Si

No

En caso afirmativo especifique que tipo de formación (máster, cursos, charlas...) _____

8. Ha tratado alguna vez algún paciente con diversidad funcional?

Si

No

9. Si no trata pacientes con diversidad funcional, ¿cuál es el motivo principal?

Falta de colaboración del paciente

Falta de formación específica

Dificultad emocional

Otro (especificar) _____

10. En caso de acudir a su consulta un paciente con diversidad funcional y no tener posibilidad de tratarlo de forma adecuada, ¿sabría donde remitir al paciente?

- Si
- No

11. ¿Con qué frecuencia acuden a su consulta pacientes con diversidad funcional?

- 1-5 al año
- Entre 5 y 10 al año
- > 10 al año
- Prácticamente nunca

12. A la hora de tratar a este tipo de pacientes, ¿cuál considera que es la principal dificultad? Puede marcar más de una opción.

- Dificultad de comunicación con el paciente
- Dificultad de comunicación con los padres
- Miedo/ansiedad del paciente
- Escasa cooperación del paciente
- Falta de conocimiento sobre manejo de conducta
- Falta de conocimiento de su personal auxiliar
- Miedo por interacciones médicas
- Otro (especificar) _____

13. ¿Utiliza técnicas de manejo de la conducta para tratar a los pacientes con diversidad funcional? (Contestar sólo en caso de tratar pacientes especiales)

- Si
- No

En caso afirmativo especifique cuál: _____

14. ¿Utiliza o ha utilizado premedicación ansiolítica antes del tratamiento? (Contestar sólo en caso de tratar pacientes especiales)

- Si
- No

En caso afirmativo especifique cuál: _____

15. ¿Utiliza o ha utilizado sedación consciente para poder intervenir en un paciente con necesidades especiales? (Contestar sólo en caso de tratar pacientes especiales)

- Si
- No

16. ¿Ha tratado bajo anestesia general a algún paciente con necesidades especiales?

- Si
- No
- No pero lo he remitido a un compañero/a para que lo tratase bajo anestesia general

17. Tras finalizar la licenciatura/grado de odontología, ¿se sintió usted suficientemente preparado-a para hacer frente a un tratamiento en un paciente con necesidades especiales?

Indique del 1 al 5 el nivel de confianza, siendo 1 el valor más bajo y el 5 el mayor.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

7.2.3 Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa para tratamientos de datos SPSS (Statistical Package for Social Science) (versión 28.0, 2021).

En el análisis descriptivo se midieron valores de:

- Media.

- Mediana.
- Desviación estándar.
- Rangos mínimos.
- Rangos máximos.
- Porcentajes

En el análisis inferencial se realizaron tablas de contingencia para la relación entre variables cualitativas (procedimiento CROSSTABS).

Se realizó Test Exacto de Fisher o Prueba de Chi-cuadrado para contrastar la influencia entre dos variables cualitativas, (Variable “Especialidad odontológica” con variable “Frecuencia de tratamiento de pacientes especiales”) con información en cada casilla de la tabla del porcentaje en fila y los residuos corregidos no tipificados para ayudar a descubrir las influencias significativas. (36, 37). Se consideró el valor $p < 0,005$ como estadísticamente significativo.

Para la interpretación de los resultados fueron considerados textos bibliográficos (36-38).

8. Resultados

8.1 Datos socio-demográficos y profesionales

La primera parte del cuestionario recogió las informaciones socio-demográfica de los participantes.

La muestra final incluyó 70 odontólogos, 54 mujeres y 16 hombres, representando el 77.1% y el 22.9% respectivamente. La edad media de los participantes fue de 39.1 años (rango 26-64).

Del total, 33 eran casados (47.1%), 21 solteros (30%), 13 convivientes (18.6%) y 3 separados (4.3%).

En cuanto a la formación académica, 35 participantes habían realizado algún tipo de postgrado (50%), 30 tenían un doctorado (42.9%) y 5 un grado (7.1%).

Respecto a la especialidad odontológica, se agruparon las especialidades y se encontraron las siguientes distribuciones: 31 especialistas en cirugía, prótesis y patología (44.2%); 10 en conservadora, estética y endodoncia (14.2%); 9 en ortodoncia (12.8%); 8 en odontopediatría (11.4%); 6 en odontología general y salud pública (8.5%); 3 en periodoncia (4.2%); y 3 en odontología hospitalaria y pacientes especiales (4.2%). Los datos socio-demográfico y profesionales se encuentran resumidos en la tabla 1.

| | | |
|--|---|------------|
| SEXO [n (%)] | Mujeres | 54 (77.1%) |
| | Hombres | 16 (22.9%) |
| EDAD [años] | Media | 39.11 |
| | Rango mínimo | 26 |
| | Rango máximo | 64 |
| ESTADO CIVIL [n (%)] | Casados | 33 (47.1%) |
| | Solteros | 21 (30%) |
| | Convivientes | 13 (18.6%) |
| | Separados | 3 (4.3%) |
| NIVEL DE ESTUDIOS [n (%)] | Postgrado | 35 (50%) |
| | Doctorado | 30 (42.9%) |
| | Grado | 5 (7.1%) |
| ESPECIALIDAD ODONTOLÓGICA [n (%)] | Cirugía, Patología y Prostodoncia | 31 (44.2%) |
| | Conservadora, Endodoncia y Estética | 10 (14.2%) |
| | Ortodoncia | 9 (12.8%) |
| | Odontopediatría | 8 (11.4%) |
| | General y Salud pública | 6 (8.5%) |
| | Periodoncia | 3 (4.2%) |
| | Pacientes especiales y Odontología hospitalaria | 3 (4.2%) |

Tabla 1. Datos socio-demográficos y profesionales de los participantes al estudio.

8.2 Dificultades durante el tratamiento

En relación a las dificultades percibidas en el tratamiento de pacientes especiales, los participantes reportaron:

- Dificultad de comunicación con el paciente (65.7%), (N=46)
- Cooperación del paciente (64.2%), (N=45)
- Falta de conocimientos sobre el manejo de conducta, (34.2%), N=24
- Miedo y la ansiedad del paciente (32.8%), (N=23)
- Miedo por interacciones médicas (15.7%), (N=11)
- Falta de conocimiento del personal auxiliar (8.5%), (N=6)
- Dificultad de comunicación con los padres (5.7%), (N=4)

Los datos relativos a las dificultades del tratamiento se encuentran resumidos en la tabla 2.

| | | |
|---|---|------------|
| | Dificultad de comunicación con el paciente | 46 (65.7%) |
| | Escasa cooperación del paciente | 45 (64.2%) |
| PRINCIPALES DIFICULTADES DEL TRATAMIENTO [n (%)] | Falta de conocimiento sobre manejo de la conducta | 24 (34.2%) |
| | Miedo/ansiedad del paciente | 23 (32.8%) |
| | Miedo por interacciones médicas | 11 (15.7%) |
| | Falta de conocimiento del personal auxiliar | 6 (8.5%) |
| | Dificultad de comunicación con los padres | 4 (5.7%) |

Tabla 2. Datos relativos a las dificultades de tratamiento del paciente con diversidad funcional.

8.3 Datos relativos al tratamiento del paciente especial

El 42.8% (N=30) de los encuestados refirió haber recibido formación específica en el tratamiento de pacientes con diversidad funcional. Entre los tipos de formación destacaron cursos (N=15), charlas (N=10), máster (N=4) y

doctorado (N=1). El restante 57.2% (N=40) no había recibido formación específica en este ámbito.

A la pregunta “¿Ha tratado alguna vez algún paciente con diversidad funcional?” el 82.6% (N=57) refiere haber tratado algún paciente especial y el 17.4% (N=13) no haber tratado nunca este tipo de pacientes. La razón más común para no tratarlos es la falta de formación específica (38.2%), seguida de la falta de colaboración del paciente (32.4%), la falta de pacientes de este tipo que acudan a la consulta (26.5%) y la dificultad emocional (2.9%).

En caso de ser necesaria la derivación del paciente a un centro o clínica especializada, 43 encuestados (75.7%) afirmaron saber a dónde remitir al paciente, mientras que 17 (24.3%) no lo sabían.

En cuanto a la frecuencia con que acuden pacientes especiales en sus consultas, el 27.1% (N=19) de los encuestados refirió que nunca acuden pacientes especiales, mientras que el 50% (N=35) indicó que entre 1 y 5 pacientes acuden a su consulta cada año, el 8.6% (N=6) afirmó que acuden entre 5 y 10 pacientes con diversidad funcional cada año, y el 14.3% (N=10) refirió que el número de pacientes que acuden es superior a 10.

Los datos relativos al tratamiento del paciente con diversidad funcional se encuentran resumidos en la tabla 3.

| | | |
|--|------------------------------------|---|
| FORMACIÓN ESPECÍFICA EN PACIENTES ESPECIALES [n (%)] | Si | 30 (42.8%) Cursos= 15 (50%) Charlas =10 (33.3%) Master=4 (13.3%) Doctorado=1 (3.3%) |
| | No | |
| | | 40 (57.2%) |
| HABER TRATADO PACIENTES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL [n (%)] | Si | 57 (82.6%) |
| | No | 13 (17.4%) |
| MOTIVO DE NO TRATAR [n (%)] | Falta de formación específica | 13 (38.2%) |
| | Falta de colaboración del paciente | 11 (32.4%) |
| | Dificultad emocional | 1 (2.9%) |
| | No acuden a la consulta | 9 (26.5%) |
| CONOCIMIENTO DE CLÍNICAS ESPECIALIZADAS [n (%)] | Si | 43 (75.7%) |
| | No | 17 (24.3%) |
| FRECUENCIA CON QUE ACUDEN PACIENTES ESPECIALES A LA CLÍNICA [n (%)] | Prácticamente nunca | 19 (27.1%) |
| | 1- 5 al año | 35 (50%) |
| | 6-10 al año | 6 (8.6%) |
| | > 10 al año | 10 (14.3%) |

Tabla 3. Datos relativos al tratamiento del paciente con diversidad funcional

8.4 Relación entre especialidad odontológica y tratamiento de pacientes especiales.

No se evidenciaron diferencias significativas entre las distintas especialidades en la relación entre especialidad odontológica y el tratamiento de pacientes con diversidad funcional (Fisher $p=0.136$). Sin embargo, el 100% (respecto a un 14.3% esperado) de los especializados en "Pacientes

especiales y Odontología Hospitalaria” afirma tratar > 10 pacientes especiales cada año.

Los datos sobre la relación entre estas dos variables se encuentran resumidos en el gráfico 1.

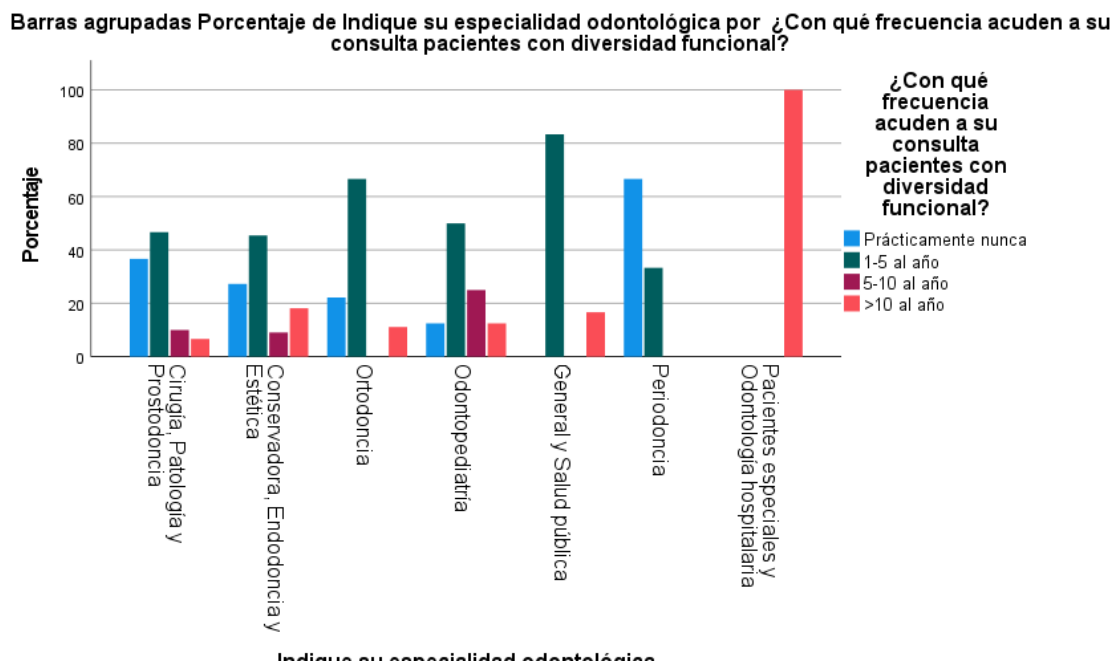


Gráfico 1. Relación entre especialidad odontológica y tratamiento de pacientes especiales.

8.5 Datos relativos al manejo del paciente especial

La cuarta sección del cuestionario, se enfocó en el manejo del paciente en la consulta.

Manejo de la conducta:

El 58.3% de los participantes (N=39) utilizan técnicas de manejo de conducta para poder tratar los pacientes especiales.

Las técnicas más empleadas son: Decir-Mostrar-Hacer, (11 participantes, 28.2%), desensibilización (3 participantes, 7.6%), fotografías, dibujos y pictogramas (3 participantes, 7.6%), seguidos por musicoterapia, refuerzo positivo, manejo de voz y anticipación (1 participante cada uno (2.5% por cada uno); el restante 41.6% (N=27) refirió no emplear estas técnicas.

Fármacos para pre-medicación ansiolítica:

El 44.4% (N=29) refirió emplearlos y el 55.5% (N=38) no.

Sedación consciente:

Se utilizó en el 26.5% de los casos (N=18) y no se utilizó en el 73.5% (N=50).

Anestesia general:

El 17.4% de los participantes (N=12) informó haberla utilizado, el 58% (N=40) no la utilizó. En el 24.6% restante de los casos (N=17), se derivó al paciente a otro centro o especialista para que se le realizara el tratamiento bajo anestesia general. Los datos relacionados con el manejo del paciente se resumen en la tabla 4.

| | | | |
|--|---|------------|--|
| UTILIZO DE TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA [n (%)] | Si | 39 (58.3%) | |
| | No | 27 (41.6%) | DMH= 11 (28.2%) Desensibilización= 3 (7.6%) Fotografías, dibujos, pictogramas= 3 (7.6%) Musicoterapia=1 (2.5%) Refuerzo positivo= 1 (2.5%) Manejo de voz= 1 (2.5%) Anticipación=1 (2.5%) |
| UTILIZO DE PREMEDICACIÓN ANSIOLÍTICA [n (%)] | Si | 29 (44.4%) | |
| | No | 38 (55.5%) | |
| UTILIZO DE SEDACIÓN CONSCIENTE [n (%)] | Si | 18 (26.5%) | |
| | No | 50 (73.5%) | |
| UTILIZO DE ANESTESIA GENERAL [n (%)] | Si | 12 (17.4%) | |
| | No | 40 (58%) | |
| | Paciente remitido a otro compañero para tratarlo bajo AG. | 17 (24.6%) | |

Tabla 4. Datos relativos al manejo de los pacientes especiales en la consulta.

8.6 Grado de satisfacción sobre el aprendizaje tras finalizar el grado en odontología

La última parte del cuestionario, recogió en escala Likert el grado de satisfacción sobre los conocimientos adquiridos durante la carrera de odontología en materia de pacientes especiales.

El valor más bajo era el 1, asociado al mínimo nivel de satisfacción y confianza; el valor más alto era el 5, correspondiente a un máximo nivel de satisfacción y confianza. se observó que 20 encuestados (28.6%) indicaron un grado de satisfacción de 1, 31 (44.3%) manifestaron un grado de satisfacción de 2, 17 (24.3%) expresaron un valor de 3 y 2 participantes (2.9%) expresaron un valor de 4. Ninguno de los participantes refirió el valor más alto de 5. Los valores se encuentran expresados en el gráfico 2.

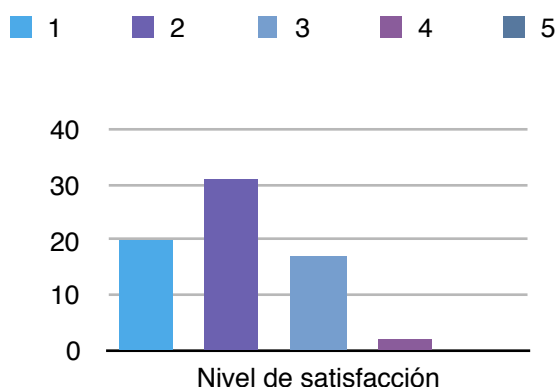


Gráfico 2. El nivel de satisfacción sobre el aprendizaje en el grado de odontología en materia de pacientes especiales.

9. Discusión

Se subdividió el cuestionario en cinco diferentes secciones, desarrollando en cada sección un objetivo del estudio.

Según la hipótesis del presente trabajo, los odontólogos suelen referir dificultades a la hora de tratar pacientes con diversidad funcional. Nuestro objetivo principal consistía en la investigación de cuáles son estas dificultades.

9.1 Dificultades a la hora de tratar los pacientes especiales

De los resultados de nuestro estudio, emerge que las principales dificultades a la que se enfrentan los odontólogos a la hora de tratar pacientes con diversidad funcional son la dificultad de comunicación con el paciente y la dificultad de manejo de la conducta. Lo más interesante, es que prácticamente todos los participantes que reportan una dificultad mencionan la otra (el 65.7% para la dificultad de comunicación y el 64.2% para la cooperación), a indicar la estrecha relación entre estos dos factores, ya que uno de los factores clave para obtener colaboración es la comprensión de las instrucciones. Según González y cols (39), la relación entre estos dos factores, a parte de la comprensión de instrucciones, se debe a la incapacidad de entender lo que ocurre durante el tratamiento dental.

Un resultado análogo se obtuvo en los estudios observacional de Bindal y cols (40), en el cual más de la mitad de los encuestados refirió que la mayor dificultad de tratamiento del paciente especial se relacionaba con la conducta del paciente. Con resultados similares, del estudio de D'Addazio y cols (41), emergió un porcentaje muy alto de encuestados (73.9%) que refirió dificultad en comunicarse con los pacientes con discapacidad.

Todo esto hace necesario el empleo de métodos alternativos de comunicación, con consecuente aumento del tiempo que se necesita para la cita (42, 43) y necesidad de un entrenamiento específico. Es probable por tanto que estas dificultades se relacionen con el entrenamiento y la formación del mismo profesional. En efecto, algunos de los participantes a nuestro estudio refieren desafíos relacionados con la formación del operador o del

personal auxiliar. Estos resultados presentan similitudes con los hallazgos del estudio Ahmad y cols (44) y del estudio de Bindal y cols (40), en los cuales se evidenció que los odontólogos experimentaban discomfort a la hora de relacionarse con pacientes especiales debido a la falta de entrenamiento y de formación específica.

El tratamiento de un paciente con diversidad funcional lleva implícita una mayor dificultad y exige adaptación del entorno y de las técnicas de manejo, que a su vez necesita de una inversión en términos económicos, de tiempo y de entrenamiento (45).

En parte relacionado con lo mencionado anteriormente, también el miedo y la ansiedad del paciente resultan influyentes en dificultar el tratamiento; desde este punto de vista, resulta evidente que un paciente que experimenta miedo hace que la gestión del tratamiento resulte aún más complicada, poniendo en acto comportamientos de rechazo, dificultando incluso los tratamientos más sencillos (46).

Para disminuir la ansiedad, en la literatura se propone la inclusión de los cuidadores o padres en la toma de decisiones y en la gestión del paciente (42, 47), aunque en algunos casos son los mismos padres los con que se establece una dificultad de comunicación: de hecho, en nuestro estudio, una parte de los participantes refiere tener dificultades a la hora de comunicar con los padres de los pacientes con diversidad funcional. Esto podría influenciar negativamente al tratamiento, siendo en ocasiones el mismo cuidador el que transmite ansiedad al paciente (48).

9.2 Conocimiento de clínicas especializadas

En el estudio se preguntó a los participantes de evidenciar si tenían o no conocimientos sobre clínicas especializadas a las cuales derivar al paciente en caso que fuese necesario. Los resultados revelan que, aunque la mayoría de los odontólogos tienen conocimiento de centros similares, sigue existiendo un porcentaje bastante elevado de profesionales que ignoran la existencia de estructuras donde derivar los pacientes que lo necesitan (24.3%). Esta falta de conocimiento puede afectar la calidad de la atención dental proporcionada ya

que en algunos casos, la gestión del paciente puede ser efectiva sólo en lugares y por profesionales especializados; por ejemplo en el estudio de Abraham y cols (4), el 55% de los participantes refirió que en algunos casos, ha sido necesario derivar al paciente en clínicas especializadas, debido a barreras en la conformación de la consulta o la falta de entrenamiento para gestionar de la manera adecuada algunas condiciones del paciente.

El resultado de nuestro estudio, marca de forma clara la necesidad de una mayor difusión de informaciones sobre clínicas similares.

9.3 Influencia de la especialidad odontológica en el tratamiento del paciente especial

En cuanto a la influencia de la especialidad odontológica en el tratamiento del paciente especial, se realizó un análisis estadístico a partir de la variable “Especialidad odontológica” y de la variable “Frecuencia de tratamiento de pacientes con diversidad funcional”. Se agruparon los especialistas en 7 diferentes grupos y se evaluó la relación entre las dos variables.

La prueba Fisher no indicó diferencias significativas entre la especialidad odontológica y el tratamiento de pacientes con diversidad funcional, siendo $p > 0.05$. Este resultado contrasta con los resultados de otros autores (4, 16), según los cuales entre los diferentes especialistas resaltan los odontopediatras, siendo ellos, a parte de los especialistas en pacientes especiales, los que mayormente tratan pacientes con diversidad funcional.

Sin embargo, hay que marcar que el 100% (respecto a un 14.3% esperado) de los especializados en “Pacientes especiales y Odontología Hospitalaria” afirmó tratar más de 10 pacientes especiales cada año, aunque el número de estos especialistas (N=3) no puede considerarse suficiente para establecer una relación estadística de validez con la muestra de otros especialistas (N=67), requiriendo una ampliación del estudio para averiguar de forma clara la diferencia entre especialistas en pacientes especiales y no especialistas.

9.4 Técnicas de manejo de conducta

La sección relacionada con las técnicas de manejo de la conducta, se dividió en dos partes: una de manejo no farmacológico y una de manejo farmacológico.

9.4.1 Manejo no farmacológico de la conducta

Los resultados evidenciaron que las técnicas no farmacológicas de manejo de la conducta suelen emplearse en la mayoría de los casos, siendo la técnica más empleada la Decir-Mostrar-Hacer; probablemente la popularidad de esta técnica puede deberse a su sencillez y efectividad. Sin embargo hay que destacar que en la literatura se sugiere la aplicación de técnicas de distracción respecto a la técnica decir-mostrar-hacer para obtener resultados mejores (49), en efecto, en nuestro estudio también se mencionaron técnicas visuales y musicales y en menor medida técnicas de refuerzo positivo y manejo de la voz. Esta variabilidad de resultados podría indicar la diversidad de enfoques que los profesionales pueden utilizar en el manejo de la conducta mediante métodos no farmacológicos.

9.4.2 Manejo farmacológico de la conducta

En nuestros resultados, los fármacos ansiolíticos empleados en forma de pre-medicación resultan ser la técnica de manejo de la conducta farmacológica más empleada. La reducción de la ansiedad que pueden proporcionar podría mejorar la actitud del paciente, reduciendo las dificultades.

Su amplio empleo, indica tanto una preocupación por parte de los participantes hacia el bienestar del paciente, cuanto hacia el mejoramiento de las condiciones de trabajo, mejorando la cooperación y la colaboración del paciente.

La sedación consciente no resulta ser empleada en la mayoría de los casos y este resultado no coincide con el resultado de Abraham y cols (4), cuyos participantes emplean sedación con óxido nitroso en el 85.3- 90.3% de los casos, siendo más frecuente el empleo de fármacos sedantes respecto al empleo de fármacos ansiolíticos para pre-medicación.

Finalmente, la técnica con menor popularidad resulta ser la de anestesia general, con mucha probabilidad debido a los riesgos que la técnica supone. En contraste con los hallazgos de Antonio y cols (6), cuyos resultados identifican la anestesia general como la técnica más empleada para la gestión de pacientes especiales en la consulta.

Se puede evidenciar que los odontólogos tienden a preferir métodos de manejo de la conducta no farmacológicos. Este resultado coincide con otros resultados en la literatura, en los cuales se demuestra que hay una tendencia en emplear métodos no farmacológicos mayormente respecto a los no farmacológicos (4), debido al miedo por posibles complicaciones secundarias al empleo de fármacos.

9.5 Grado de satisfacción con la preparación en pacientes especiales durante el pre-grado

La satisfacción con los conocimientos adquiridos en materia de pacientes especiales durante la carrera de odontología fue baja para todos los participantes. Ningún participante evidenció un grado de satisfacción máximo, lo que evidencia la falta de confianza y satisfacción que el programa de formación durante el pre-grado ofrecen en materia de pacientes especiales.

Es llamativo que la mayoría indicó un grado de satisfacción 2, correspondiente a un nivel muy bajo (un solo punto por encima del mínimo nivel de satisfacción). Estos resultados reflejan una falta de confianza que puede tener implicaciones negativas en el tratamiento. El estudio de Weil y cols (16), muestra resultados similares: los participantes de este estudio no consideran que los estudios de pre-grado los hayan preparado de forma adecuada al tratamiento de pacientes especiales.

Este resultado puede deberse al hecho que las prácticas sobre pacientes con diversidad funcional es prácticamente inexistente durante la carrera de

odontología, haciendo si que al finalizar la carrera los odontólogos no se sientan preparados y seguros en esta materia.

Estos hallazgos resaltan la necesidad de mejorar la formación en este campo, para que los futuros odontólogos cuenten con las habilidades y la confianza necesarias para brindar una atención de calidad a esta población.

9.6 Limitaciones del estudio

Aún bien teniendo en cuenta la importancia de las informaciones obtenidas, marcar las limitaciones puede considerarse cómo una oportunidad de mejora para investigaciones futuras.

Una limitación a marcar es el tamaño de la muestra, siendo 70 un número de participantes no suficiente para representar con exactitud los posibles hallazgos que se encontrarían en una muestra superior.

Además, el número de participantes especialistas en pacientes especiales no pudo ser idóneo para establecer una relación estadísticamente significativa en la comparación con las otras especialidades en cuanto a la frecuencia de tratamiento de pacientes con diversidad funcional. En futuros estudios, sería interesante ampliar la muestra de especialistas para poder evaluar de forma más completa la influencia de la formación específica y de la especialidad odontológica en el tratamiento de pacientes con discapacidad.

Además, el hecho de tener opciones de contestación limitadas en lugar de campos abiertos, ha podido representar una limitación en la manera en la que los participantes han expresado sus opiniones y por tanto haber vehiculado las respuestas hacia una dirección específica, aunque se intentó dar bastantes opciones para poder contestar adecuadamente. Asimismo, la recopilación de datos se basó en la autodeclaración de los participantes, lo que podría haber llevado a errores de percepción o a respuestas sesgadas debido a la subjetividad de las experiencias individuales.

Con una muestra más representativas, será posible obtener resultados más sólidos y aplicables en el ámbito del tratamiento de pacientes especiales.

10. Conclusión

Conclusión principal:

- Las principales dificultades que los odontólogos refieren a la hora de tratar pacientes especiales son la dificultad de comunicación con el paciente, la escasa cooperación, la falta de conocimiento sobre manejo de la conducta y el miedo del paciente; en menor medida refieren también miedo por interacciones médicas, falta de conocimiento del personal auxiliar y dificultad de comunicación con los padres.

Conclusiones secundarias:

- La mayoría de los odontólogos tienen conocimiento de clínicas especializadas a las cuáles derivar los pacientes que no pueden tratar adecuadamente.
- La especialidad odontológica no resulta influir en la decisión de tratar pacientes con diversidad funcional, aunque algunos especialistas (Pacientes especiales y Odontología hospitalaria) suelen tratar más de 10 pacientes por año.
- Las técnicas de manejo de la conducta más empleadas son las no farmacológicas (principalmente la técnica Decir-Mostrar-Hacer), en cuanto al uso de fármacos, es más frecuente el empleo de fármacos ansiolíticos para pre-medicación con respecto a sedación consciente y anestesia general.
- El grado de satisfacción con la preparación en materia de pacientes especiales tras finalizar la licenciatura/grado en odontología es bajo. La mayoría de los participantes refieren un grado de satisfacción muy bajo y ninguno de los participantes refiere máxima satisfacción.

11. Bibliografía

1. Pini DM, Fröhlich PC, Rigo L. Oral health evaluation in special needs individuals. *Einstein (Sao Paulo)*. 2016;14(4):501-7.
2. Gullikson JS. Oral findings in children with Down's syndrome. *ASDC J Dent Child*. 1973;40(4):293-7.
3. OMS World Health Organization. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011. [Internet]. [Última actualización 2011; consultado en Enero 2023] Disponible en: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240688230_spa.pdf
4. Abraham S, Yeroshalmi F, Margulis KS, Badner V. Attitude and willingness of pediatric dentists regarding dental care for children with developmental and intellectual disabilities. *Spec Care Dentist*. 2019;39(1):20-7.
5. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of special health care needs. *Pediatr Dent*. 2016;38(6):16
6. Antonio M, Mill E, Páez M, Sayago G, Valero D. Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico. *Rev Venez Invest Odont*. 2013;1(2):121-35
7. Aguirre-González G, De Ávila-Rojas P, García-Flores R, Ruiz-Rodríguez S, Pozos-Guillén A, Garrocho-Rangel A. Inclusive Dentistry: Integral Management of Pediatric Patients with Intellectual Disability and/or Communication Impairments. Case-Series Reports. *J Clin Pediatr Dent*. 2020;44(4):221-7
8. Subar P, Chávez EM, Miles J, Wong A, Glassman P, Labarre E. Pre- and postdoctoral dental education compared to practice patterns in special care dentistry. *J Dent Educ*. 2012;76(12):1623-8

9. Tsai WC, Kung PT, Chiang HH, Chang WC. Changes and factors associated with dentists' willingness to treat patients with severe disabilities. *Health Policy*. 2007;83(2-3):363-74.
10. Wang YC, Lin IH, Huang CH, Fan SZ. Dental anesthesia for patients with special needs. *Acta Anaesthesiol Taiwan*. 2012;50(3):122-5.
11. Alwadi MAM, Baker SR, Owens J. Oral health experiences and perceptions of children with disabilities in the Kingdom of Saudi Arabia. *Int J Paediatr Dent*. 2022;32(6):856-64.
12. Wilson NJ, Lin Z, Villarosa A, Lewis P, Philip P, Sumar B et al. Countering the poor oral health of people with intellectual and developmental disability: a scoping literature review. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1530.
13. National Institute of Dental and Craniofacial Research. Developmental Disabilities. National Institutes of Health [Internet]. Estados Unidos. [última actualización en Octubre 2020; consultado en Diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.nidcr.nih.gov/health-info/developmental-disabilities>
14. Diéguez-Pérez M, de Nova-García MJ, Mourelle-Martínez MR, Bartolomé-Villar B. Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: Systematic review I. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(3):337-43.
15. Delli K, Reichart PA, Bornstein MM, Livas C. Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: concerns, behavioural approaches and recommendations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(6):862-8.

16. Weil TN, Inglehart MR. Dental education and dentists' attitudes and behavior concerning patients with autism. *J Dent Educ.* 2010;74(12):1294-307.
17. Picciani BL, Dos Santos BM, Silva-Júnior GO, et al. Contribution of benzodiazepines in dental care of patients with special needs. *J Clin Exp Dent.* 2019;11(12):1170-4.
18. Glassman P, Caputo A, Dougherty N, Dougherty N, Lyons R, Messiah Z et al. Special Care Dentistry Association consensus statement on sedation, anesthesia, and alternative techniques for people with special needs. *Spec Care Dentist.* 2009;29(1):2-68.
19. Song SR, You TM. Minimal sedation using oral sedatives for multi-visit dental treatment in an adult patient with dental phobia. *J Dent Anesth Pain Med.* 2021;21(4):369-76.
20. Wolf TG, Schläppi S, Benz CI, Campus G. Efficacy of Hypnosis on Dental Anxiety and Phobia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Sci.* 2022;12(5):521.
21. Akpınar H. Evaluation of general anesthesia and sedation during dental treatment in patients with special needs: A retrospective study. *J Dent Anesth Pain Med.* 2019;19(4):191-9.
22. McQuire C, Hassiotis A, Harrison B, Pilling S. Pharmacological interventions for challenging behaviour in children with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2015;15:303.
23. Sociedad española de odontopediatria. Protocolo de premedicación y sedación en odontopediatria [Internet] [última actualización en 2018; consultado en Enero 2023]. Disponible en: <https://>

www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/06/SedacionSEOP.pdf

24. Lin IH, Huang MS, Wang PY, et al. A comparative study of propofol alone and propofol combined with midazolam for dental treatments in special needs patients. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(22).
25. Bourin M, Briley M. Sedation, an unpleasant, undesirable and potentially dangerous side-effect of many psychotropic drugs. *Hum Psychopharmacol*. 2004;19(2):135-9.
26. American Society of Anesthesiologists. Continuum of depth of sedation: definition of general anesthesia and levels of sedation/analgesia (aprobado por ASA House of Delegates el 13 de Octubre de 1999) [última actualización 15 de Octubre de 2014; consultado en Enero 2023]. Disponible en: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedationanalgesia>
27. Corcuera-Flores JR, Silvestre-Rangil J, Cutando-Soriano A, López-Jiménez J. Current methods of sedation in dental patients - a systematic review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016;21(5):579-86.
28. Dodds C. General anaesthesia: practical recommendations and recent advances. *Drugs*. 1999;58(3):453-67.
29. Choi J, Doh RM. Dental treatment under general anesthesia for patients with severe disabilities. *J Dent Anesth Pain Med*. 2021;21(2):87-98.
30. Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. General dentists and special needs patients: does dental education matter?. *J Dent Educ*. 2005;69(10):1107-15.

31. Alumran A, Almulhim L, Almolhim B, Bakodah S, Aldossary H, Alakrawi Z. Preparedness and willingness of dental care providers to treat patients with special needs. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2018;(10):231-6.
32. Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *J Dent Educ*. 2004;68(1):23-8.
33. Waldman HB, Perlman SP. Mandating education of dental graduates to provide care to individuals with intellectual and developmental disabilities. *Ment Retard*. 2006;44(3):184-8.
34. Wolff AJ, Waldman HB, Milano M, Perlman SP. Dental students' experiences with and attitudes toward people with mental retardation. *J Am Dent Assoc*. 2004;135(3):353-7.
35. Kuller LH, Goldstein BD. Suggestions for STROBE recommendations. *Epidemiology* 2007;(18):792–3.
36. Everitt, B. S. *The Analysis of Contingency Tables*. Chapman & Hall. Second Edition. 1992.
37. Ferrán Aranaz, M. *SPSS para Windows. Programación y Análisis Estadístico*. Mc Graw Hill. 1996.
38. IBM SPSS Statistics 28. SPSS Inc. 2021. Información de manuales técnicos sobre Análisis estadísticos: Estadísticas avanzadas V28 y IBM SPSS Statistics Base V28. Disponible en: https://www.ibm.com/docs/SSLVMB_28.0.0/pdf/es/IBM_SPSS_Advanced_Statistics.pdf https://www.ibm.com/docs/SSLVMB_28.0.0/pdf/es/IBM_SPSS_Statistics_Base.pdf
39. Aguirre-González G, De Ávila-Rojas P, García-Flores R, Ruiz-Rodríguez S, Pozos-Guillén A, Garrocho-Rangel A. Inclusive Dentistry: Integral

Management of Pediatric Patients with Intellectual Disability and/or Communication Impairments. Case-Series Reports. *J Clin Pediatr Dent.* 2020;44(4):221-22

40. Priyadarshni B, Chai Wen L, et al. Dental Treatment and Special Needs Patients (SNPs): Dentist's Point of View in Selected Cities of Malaysia. *Biomed Res.* 2015;26(1):152–6.
41. D'Addazio G, Santilli M, Sinjari B, et al. Access to Dental Care-A Survey from Dentists, People with Disabilities and Caregivers. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4):1556.
42. Stensson M, Norderyd J, Van Riper M, Marks L, Björk M. Dental health care for children with Down syndrome: Parents' description of their children's needs in dental health care settings. *Eur J Oral Sci.* 2022;130(3).
43. Grewal N, Sethi T, Grewal S. Widening horizons through alternative and augmentative communication systems for managing children with special health care needs in a pediatric dental setup. *Spec Care Dentist.* 2015;35(3):114-9.
44. Ahmad MS, Mokhtar IW, Khan NLA. Extramural Oral Health Educational Program Involving Individuals With Disabilities: Impact on Dental Students' Professionalism. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2020;10(3):323-8.
45. Faulks D, Bogner MS, Hamon S, Eschevins C, Pereira B. Identifying Persons with Special Healthcare Needs in Dentistry-Development and Validation of the French Case Mix Tool. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(4):2997
46. Okochi A, Funayama H, Asada Y. Pediatric dentists' perspectives of children with special health care needs in Japan: developmental disabilities, phobia, maltreatment, and multidisciplinary collaboration. *BMC Pediatr.* 2021;21(1).

47. Mårtenson EK, Fägerskiöld AM. A review of children's decision- making competence in health care. *J Clin Nurs*. 2008;17:3131–41.
48. Ortega M, Tapia CMT, Cedillo MGE, et al. Efectividad de las técnicas de manejo conductual en odontopediatría. Revisión sistemática. *Rev Odotopediatr Latinoam*. 2021;11(1):91-108.
49. Rajeswari SR, Chandrasekhar R, Vinay C, Uloopi KS, RojaRamya KS, Ramesh MV. Effectiveness of Cognitive Behavioral Play Therapy and Audiovisual Distraction for Management of Preoperative Anxiety in Children. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2019;12(5):419-22.

12. Anexos

Anexo I. Aprobación del estudio por el Comité de Ética



*Comité de Ética de la Investigación de
la Universidad Europea*



María Grau Benítez
Universidad Europea de Valencia

Villaviciosa de Odón, 13 de febrero de 2023

Estimada investigadora:

En relación al Proyecto de Investigación titulado:

"Estudio observacional a través de encuestas sobre la actitud de los odontólogos frente al tratamiento de los pacientes con diversidad funcional",

este Comité de Ética de la Investigación ha procedido a la revisión del mismo y ha acordado que está en situación de:

APROBADO,

Al proyecto se le ha asignado el código interno **CIPI/23.043**

Atentamente,

Fdo.: Lola Pujol

Secretaria del Comité de Ética de la Investigación

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo 5/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



ci@universidadeuropea.es

Anexo II. Consentimiento para la participación al estudio

¿Está usted de acuerdo en participar a la siguiente encuesta? *

Sí

No

Anexo III. Cuestionario

"El paciente con diversidad funcional en la consulta: encuesta sobre la actitud de los odontólogos frente al tratamiento"

1. ¿Está usted de acuerdo en participar a la siguiente encuesta?

Si

No

2. ¿Cuál es su sexo?

Hombre

Mujer

Otro

Prefiero no decirlo

3. Estado civil:

Soltero/a

Convivente

Casado/a

Viudo/a

Separado/a

Otro

4. Indique su fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

5. ¿Cuál es su máximo nivel de estudios?

Grado

Postgrado

Doctorado

6. Indique su especialidad odontológica:

7. ¿Ha recibido algún tipo de formación específica con respecto al tratamiento de pacientes con diversidad funcional?

- Si
- No

En caso afirmativo especifique que tipo de formación (máster, cursos, charlas...) _____

8. Ha tratado alguna vez algún paciente con diversidad funcional?

- Si
- No

9. Si no trata pacientes con diversidad funcional, ¿cuál es el motivo principal?

- Falta de colaboración del paciente
- Falta de formación específica
- Dificultad emocional
- Otro (especificar)_____

10. En caso de acudir a su consulta un paciente con diversidad funcional y no tener posibilidad de tratarlo de forma adecuada, ¿sabría donde remitir al paciente?

- Si
- No

11. ¿Con qué frecuencia acuden a su consulta pacientes con diversidad funcional?

- 1-5 al año
- Entre 5 y 10 al año
- > 10 al año
- Prácticamente nunca

12. A la hora de tratar a este tipo de pacientes, ¿cuál considera que es la principal dificultad? Puede marcar más de una opción.

- Dificultad de comunicación con el paciente
- Dificultad de comunicación con los padres

- Miedo/ansiedad del paciente
- Escasa cooperación del paciente
- Falta de conocimiento sobre manejo de conducta
- Falta de conocimiento de su personal auxiliar
- Miedo por interacciones médicas
- Otro (especificar) _____

13. ¿Utiliza técnicas de manejo de la conducta para tratar a los pacientes con diversidad funcional?

- Si
- No

En caso afirmativo especifique cuál: _____

14. ¿Utiliza o ha utilizado premedicación ansiolítica antes del tratamiento?

- Si
- No

En caso afirmativo especifique cuál: _____

15. ¿Utiliza o ha utilizado sedación consciente para poder intervenir en un paciente con necesidades especiales?

- Si
- No

16. ¿Ha tratado bajo anestesia general a algún paciente con necesidades especiales?

- Si
- No
- No pero lo he remitido a un compañero/a para que lo tratase bajo anestesia general

17. Tras finalizar la licenciatura/grado de odontología, ¿se sintió usted suficientemente preparado-a para hacer frente a un tratamiento en un paciente con necesidades especiales?

Indique del 1 al 5 el nivel de confianza, siendo 1 el valor más bajo y el 5 el mayor.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Anexo IV. GUÍA STROBE 2023

| | Item No. | Recommendation | Page No. |
|---------------------------|-----------------|--|-----------------|
| Title and abstract | 1 | (a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract | Portada |
| | | (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found | 1-2 |
| Introduction | | | |
| Background/ rationale | 2 | Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported | 4-14 |
| Objectives | 3 | State specific objectives, including any prespecified hypotheses | 15 |
| Methods | | | |
| Study design | 4 | Present key elements of study design early in the paper | 16 |
| Setting | 5 | Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection | 16 |
| Participants | 6 | (a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants | 17 |
| | | (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case | |
| Variables | 7 | Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable | 18 |

| | | | |
|---------------------------|-----|---|----|
| Data sources/ measurement | 8* | For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group | 18 |
| Bias | 9 | Describe any efforts to address potential sources of bias | |
| Study size | 10 | Explain how the study size was arrived at | 17 |
| Quantitative variables | 11 | Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why | 18 |
| Statistical methods | 12 | (a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses | 23 |
| Results | | | |
| Participants | 13* | (a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram | 25 |
| Descriptive data | 14* | (a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders | 25 |

| | | | |
|-------------------|----|--|-------|
| | | (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest | |
| | | (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount) | |
| Outcome data | 15 | <i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time | |
| | * | <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure | |
| | | <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures | 25 |
| Main results | 16 | (a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included | 25-33 |
| | | (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized | |
| | | (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period | |
| Other analyses | 17 | Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses | |
| Discussion | | | |
| Key results | 18 | Summarise key results with reference to study objectives | 33-38 |
| Limitations | 19 | Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias | 38 |
| Interpretation | 20 | Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence | 33-38 |

| | | | |
|------------------|---|---|-------|
| Generalisability | 2 | Discuss the generalisability (external validity) of the study results | 33-38 |
|------------------|---|---|-------|

Other information

| | | | |
|---------|---|---|--|
| Funding | 2 | Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based | |
|---------|---|---|--|

CROSS-SECTIONAL OBSERVATIONAL STUDY THROUGH SURVEYS ON THE ATTITUDE OF DENTISTS TOWARDS THE TREATMENT OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL DIVERSITY

Short title: The patient with functional diversity in the dental office: survey on the attitude of dentists towards treatment.

Authors:

Giulia Mazzei ¹, Maria Grau Benítez²

¹ Estudiante de 5º curso de Odontología en la Universidad Europea de Valencia

² Associate Professor, Department of Dental Materials, European University of Valencia.

Corresponding:

Giulia Mazzei

Paseo Alameda 7, Valencia

46010, Valencia

giulia.mazzei98@gmail.com

Maria Grau Benitez

Paseo Alameda 7, Valencia

46010, Valencia

maria.grau@universidadeuropea.es

Abstract

Introduction: Patients with functional diversity often encounter difficulties in accessing oral care. In most cases, the patient's conditions make treatment and behavioral management difficult. The purpose of this study is to know and analyze these difficulties.

Materials and methods: An observational study based on a survey was carried out on dentists working as professors at the European University of Valencia between November 2022 and May 2023. A 17-question questionnaire was developed and distributed by means of a QR code to the participants.

Results: With a voluntary participation of 70 dentists, 65.7% reported having difficulties in communication, 64.2% reported difficulties related to poor cooperation and 15.7% reported fear of medical interactions. 34.2% of the dentists lacked sufficient knowledge of behavioral management and 8.5% of the auxiliary personnel. 75.7% had specialized clinics. There was no statistically significant association between the dental specialty and the treatment of special patients ($p=0.136$). 58.3% used non-pharmacological methods of behavioral management, 44.4% anxiolytic premedication, 26.5% conscious sedation and 17.4% general anesthesia. Satisfaction with the preparation of special patients during the dental degree was 2 out of 5 in 44.3% of cases, 1 out of 5 in 28.6%, 3 out of 5 in 24.3%, 4 out of 5 in the remaining 2.9%; in no case was it 5 out of 5.

Conclusion: The greatest difficulties were related to communication and cooperation. In the event that it is necessary to refer the patient, most of the dentists are familiar with specialized clinics. Non-pharmacological behavioral management techniques tend to be preferred. Satisfaction with special patients during undergraduate training is generally very low.

Keywords: Survey, Attitude of dentists, Functional diversity, Treatment difficulties,

Introduction:

On many occasions, the treatment of patients with functional diversity generates confusion for general dentists. Treatment challenges may depend on factors related to patient behavior(1) and to the effectiveness of communication (2). Behavioral management techniques, which may be pharmacological or non-pharmacological, are sometimes necessary (3). Non-pharmacological techniques include the Tell-Show-Do technique, the use of music (4), desensitization, voice control, play, positive reinforcement, distraction (5) and hypnosis (6). However, in some cases, non-pharmacological behavior management is not enough (7), making it necessary to resort to pharmacological techniques, such as: anxiolytic drugs for pre-medication or sedation, gases for sedation (8) and anesthetic drugs for general anesthesia (9). In spite of the technique, for a correct management, the operator's self-confidence and clinical experience are also necessary (5). An observational study by Dao and cols (10), deduced that only a percentage between 1.8% and 10.4% (1.6%- 8.5% when mental retardation is present) feel prepared to treat patients with special needs. This lack of confidence probably depends on the scarcity of training proposed by the training programs (11).

The aim of the present study is to analyze the main difficulties in the treatment of special patients, as well as to find out about the knowledge of specialized centers to which patients can be referred in case of need, to relate the dental specialty with the treatment of special patients, to identify the most commonly used behavioral management techniques and to evaluate the degree of satisfaction with the preparation of disabled patients during the degree in dentistry.

Material and Method

Study design

The STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology) guidelines (12) were followed to carry out the present observational, cross-sectional, prospective survey-based study. The research was carried out at the European University of Valencia (UEV) (Paseo de la Alameda, 7, 46010 Valencia) and the subjects were dentists working as

professors at the UEV and the duration was 7 months (from November 2022 to May 2023).

The research complied with the ethical principles of the Declaration of Helsinki for medical research on human subjects, so the participants were previously informed about the study and their consent was requested for the treatment of their data, maintaining confidentiality at all times.

The survey was submitted to the Ethics Committee of the European University and was approved with Ref: CIPI/23.043.

Sample selection and sample size

The questionnaire was addressed to UEV dental professors of both sexes, with no differences in relation to specialty.

The inclusion and exclusion criteria with respect to the sample and the data collected were:

Inclusion criteria:

- Dentists who were serving as professors at the European University of Valencia.

Exclusion criteria:

- Dental students.
- Poorly completed surveys.
- Surveys completed after the established deadline (March 2023).

The sample size was calculated using the Survey Monkey web page (San Mateo, California, United States) with a confidence level of 95% and a margin of error of 5%. The result was a representative sample of 72 professionals.

Material used

Different platforms and web pages were used:

- The Google Forms extension (California, United States) for the elaboration of the survey.
- The Me QR Generator web page (United States) for the creation of the QR code to disseminate the survey in digital format by means of a code.
- The Pages platform of Apple Inc (Cupertino, California, United States) to

create the survey in printable format.

- The Numbers platform of Apple Inc (Cupertino, California, United States) for the creation of a spreadsheet for the transfer of the data obtained.

Description of the procedure

The questionnaire was distributed in digital format sent by e-mail, digital through a QR code or in printed format delivered by the surveyor, depending on the preference of each participant.

A total of 17 questions were elaborated including an informed consent check to confirm participation in the study. Of these questions, 4 collected demographic information and the remaining 12 focused on the study objectives.

Data collection

Data were collected by a surveyor (G.M.) and the values were arranged in an Excel table that was automatically generated by the QR reader program and subsequently analyzed. Data were collected for 16 variables (Table 1).

Statistical analysis

Statistical analysis was carried out with the data processing program SPSS (Statistical Package for Social Science) (version 26.0, 2019).

In the descriptive analysis, values were measured for mean, median, standard deviation, minimum ranges, maximum ranges.

In the inferential analysis, contingency tables were made for the relationship between qualitative variables (CROSSTABS procedure).

Fisher's Exact Test or Chi-Square Test was performed to contrast the influence between two qualitative variables, (Variable "Dental specialty" with variable "Frequency of treatment of special patients") with information in each cell of the table of the percentage in row and the untyped corrected residuals to help discover the significant influences. The value $p < 0.005$ was considered statistically significant.

Results

A total of 70 responses were obtained.

Main treatment difficulties

In relation to perceived difficulties in the treatment of special patients, participants reported:

- Difficulty in communicating with the patient (65.7%).
- Patient cooperation (64.2%)
- Lack of knowledge about behavior management (34.2%).
- Patient fear and anxiety (32.8%)
- Fear of medical interactions (15.7%)
- Lack of knowledge of ancillary staff (8.5%)
- Difficulty in communicating with parents (5.7%).

Knowledge of clinics specialized in the treatment of special needs patients

If referral of the patient to a specialized center or clinic was necessary, 43 respondents (75.7%) stated that they knew where to send the patient, while 17 (24.3%) did not.

Relationship between dental specialty and treatment of patients with functional diversity

No significant differences were found between the different specialties in the relationship between dental specialty and the treatment of patients with functional diversity (Fisher $p=0.136$). However, 100% (compared to the expected 14.3%) of those specializing in "special patients and hospital dentistry" reported treating > 10 special patients per year (Figure 1).

Techniques for the management of patients with functional diversity

58.3% of the participants (N=39) use behavioral management techniques in order to treat special patients.

The most used techniques are: Tell-Show-Do, (11 participants, 28.2%), desensitization (3 participants, 7.6%), photographs, drawings and pictograms (3 participants, 7.6%), followed by music therapy, positive reinforcement, voice

management and anticipation (1 participant each (2.5% for each); the remaining 41.6% (N=27) referred not to employ these techniques.

Anxiolytic pre-medication drugs:

44.4% (N=29) referred to employing them and 55.5% (N=38) did not.

Conscious sedation:

Used in 26.5% of cases (N=18) and not used in 73.5% (N=50).

General anesthesia:

17.4% of participants (N=12) reported using it, 58% (N=40) did not. In the remaining 24.6% of cases (N=17), the patient was referred to another center or specialist for treatment under general anesthesia (Table 3).

Degree of satisfaction with special patient preparation after completing the degree in dentistry

The degree of satisfaction with the knowledge acquired during the degree in dentistry regarding special patients was recorded on a Likert scale.

The lowest value was 1, associated with the lowest level of satisfaction and confidence; the highest value was 5, corresponding to a maximum level of satisfaction and confidence. 20 respondents (28.6%) indicated a degree of satisfaction of 1, 31 (44.3%) expressed a degree of satisfaction of 2, 17 (24.3%) expressed a value of 3 and 2 participants (2.9%) expressed a value of 4. None of the participants reported the highest value of 5 (Table 2).

Discussion

Main treatment difficulties

The results of the present study show that the main difficulties faced by dentists when treating patients with functional diversity are the difficulty of communication with the patient and the difficulty of behavior management. It is very interesting to note that practically all the participants who report one difficulty mention the other one, to indicate the close relationship between these two factors, since one of the key factors in obtaining collaboration is the understanding of instructions. With similar results, the study by Bindal et al. (13) and D'Addazio et al. (14) show very high percentages of respondents who

report difficulties in communication and behavioral management of patients with disabilities.

Difficulties related to staff or operator training are also mentioned in the study, in line with the results of Bindal et al. (13) from which it emerges that dentists experienced discomfort when interacting with special patients due to lack of training and specific education. Also, the patient's fear and anxiety are influential in hindering treatment, probably because the patient engages in refusal behaviors, making even the simplest treatments difficult (15).

Knowledge of clinics specialized in the treatment of special patients

The results reveal that, although most dentists are aware of similar centers, there is still a fairly high percentage of professionals who are unaware of the existence of structures where to refer patients in need (24.3%). This lack of knowledge can affect the quality of dental care provided because in some cases, patient management can only be effective in places and by specialized professionals; for example, in the study by Abraham et al. (1), 55% of the participants reported that in some cases, it was necessary to refer the patient to specialized clinics, due to barriers in the set-up of the practice or lack of training to adequately manage some of the patient's conditions.

The result of our study clearly shows the need for greater dissemination of information on similar clinics.

Relationship between dental specialty and treatment of patients with functional diversity

The Fisher test indicated no significant differences between the dental specialty and the treatment of patients with functional diversity, being $p > 0.05$. This result contrasts with the results of other authors (1, 2), according to whom pediatric dentists stand out among the different specialists, being them, apart from the specialists in special patients, the ones who mostly treat patients with functional diversity.

However, it should be noted that 100% (compared to the 14.3% expected) of those specialized in "Special patients and Hospital Dentistry" stated that they treated more than 10 special patients each year, although the number of these

specialists (N=3) cannot be considered sufficient to establish a valid statistical relationship with the sample of other specialists (N=67), requiring an extension of the study to clearly establish the difference between specialists in special patients and non-specialists.

Techniques for the management of patients with functional diversity

The results showed that non-pharmacological behavior management techniques are usually used in most cases, with the most commonly used technique being Say-Show-Do; probably the popularity of this technique may be due to its simplicity and effectiveness. However, it should be noted that the literature suggests the application of distraction techniques with respect to the tell-show-do technique in order to obtain better results (16).

Regarding pharmacological methods of behavior management, the results of our study reveal that anxiolytic drugs used in the form of pre-medication turn out to be the most used technique.

This differs from the results of Abraham et al. (1), according to which the most used technique is sedation with nitrous oxide, used in 85.3- 90.3% of the cases. Finally, general anesthesia is the least popular technique, most likely due to the risks involved. This is in contrast to the findings of Antonio et al. (17), whose results identify general anesthesia as the most used technique for the management of special patients in the office.

Satisfaction level with the preparation for special patients after completing the degree/graduate degree in dentistry

Satisfaction with the knowledge acquired in special patients during the dental degree/graduation was reported low by all participants. No participant evidenced a maximum degree of satisfaction, which evidences the lack of confidence and satisfaction that the training program during the undergraduate program offers in the field of special patients.

It is striking that the majority indicated a degree of satisfaction 2, corresponding to a very low level (a single point above the minimum level of satisfaction). These results reflect a lack of confidence that may have negative implications

for treatment. The study by Weil and cols (18), shows similar results: the participants of this study do not consider that the undergraduate studies have adequately prepared them for the treatment of special patients.

This result may be due to the fact that practice on patients with functional diversity is practically nonexistent during dental school, which means that at the end of their studies dentists do not feel prepared and confident in this area.

These findings highlight the need to improve training in this field, so that future dentists have the necessary skills and confidence to provide quality care to this population.

It can be concluded that:

The main difficulties that dentists refer to when treating special patients are difficulty in communicating with the patient, poor cooperation, lack of knowledge about behavior management and fear of the patient and to a lesser extent fear due to medical interactions, lack of knowledge of auxiliary personnel and difficulty in communicating with parents.

Most dentists are aware of specialized clinics to which they can refer patients they cannot treat adequately.

The dental specialty does not influence the decision to treat patients with functional diversity, although some specialists (special patients and hospital dentistry) often treat more than 10 patients per year.

The most commonly used behavioral management techniques are non-pharmacological (mainly the Tell-Show-Do technique). As for the use of drugs, the use of anxiolytic drugs for pre-medication is more frequent than conscious sedation and general anesthesia.

The degree of satisfaction with the preparation for special patients after completing the degree in dentistry is low. Most of the participants report a very low degree of satisfaction and none of the participants report maximum satisfaction.

Bibliography:

- (1) Abraham S, Yeroshalmi F, Margulis KS, Badner V. Attitude and willingness of pediatric dentists regarding dental care for children with developmental and intellectual disabilities. *Spec Care Dentist*. 2019;39(1):20-7.
- (2) Weil TN, Inglehart MR. Dental education and dentists' attitudes and behavior concerning patients with autism. *J Dent Educ*. 2010;74(12):1294-307.
- (3) Tsai WC, Kung PT, Chiang HH, Chang WC. Changes and factors associated with dentists' willingness to treat patients with severe disabilities. *Health Policy*. 2007;83(2-3):363-74.
- (4) Song SR, You TM. Minimal sedation using oral sedatives for multi-visit dental treatment in an adult patient with dental phobia. *J Dent Anesth Pain Med*. 2021;21(4):369-76.
- (5) Aguirre-González G, De Ávila-Rojas P, García-Flores R, Ruiz-Rodríguez S, Pozos-Guillén A, Garrocho-Rangel A. Inclusive Dentistry: Integral Management of Pediatric Patients with Intellectual Disability and/or Communication Impairments. Case-Series Reports. *J Clin Pediatr Dent*. 2020;44(4):221-7
- (6) Wolf TG, Schläppi S, Benz CI, Campus G. Efficacy of Hypnosis on Dental Anxiety and Phobia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Sci*. 2022;12(5):521.
- (7) Picciani BL, Dos Santos BM, Silva-Júnior GO, et al. Contribution of benzodiazepines in dental care of patients with special needs. *J Clin Exp Dent*. 2019;11(12):1170-4.
- (8) Lin IH, Huang MS, Wang PY, et al. A comparative study of propofol alone and propofol combined with midazolam for dental treatments in special needs patients. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(22).
- (9) Wang YC, Lin IH, Huang CH, Fan SZ. Dental anesthesia for patients with special needs. *Acta Anaesthesiol Taiwan*. 2012;50(3):122-5
- (10) Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. General dentists and special needs patients: does dental education matter?. *J Dent Educ*. 2005;69(10):1107-15.

- (11) Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *J Dent Educ.* 2004;68(1):23-8.
- (12) Kuller LH, Goldstein BD. Suggestions for STROBE recommendations. *Epidemiology* 2007;(18):792-3.
- (13) Priyadarshni B, Chai Wen L, et al. Dental Treatment and Special Needs Patients (SNPs): Dentist's Point of View in Selected Cities of Malaysia. *Biomed Res.* 2015;26(1):152-6.
- (14) D'Addazio G, Santilli M, Sinjari B, et al. Access to Dental Care-A Survey from Dentists, People with Disabilities and Caregivers. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4):1556.
- (15) Okochi A, Funayama H, Asada Y. Pediatric dentists' perspectives of children with special health care needs in Japan: developmental disabilities, phobia, maltreatment, and multidisciplinary collaboration. *BMC Pediatr.* 2021;21(1).
- (16) Rajeswari SR, Chandrasekhar R, Vinay C, Uloopi KS, RojaRamya KS, Ramesh MV. Effectiveness of Cognitive Behavioral Play Therapy and Audiovisual Distraction for Management of Preoperative Anxiety in Children. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019;12(5):419-22.
- (17) Antonio M, Mill E, Páez M, Sayago G, Valero D. Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico. *Rev Venez Invest Odont.* 2013;1(2):121-35
- (18) Weil TN, Inglehart MR. Dental education and dentists' attitudes and behavior concerning patients with autism. *J Dent Educ.* 2010;74(12):1294-307.

Financing: none declared.

Conflict of interest: none declared.

Table 1. Variables evaluated

| | |
|---|--|
| SEX | Man-Woman-Other-I prefer not to say |
| CIVIL STATUS | Single- Cohabiting-Married-Widowed-Separated-Other |
| AGE | The age (in years) at the time of completing the survey was collected. |
| MAXIMUM LEVEL OF STUDIES | Undergraduate-Post-graduate-Doctorate |
| DENTAL SPECIALITY | Open field |
| SPECIFIC TRAINING IN SPECIAL NEEDS PATIENTS | (Yes- No) It was necessary to fill in whether or not they had received some type of training on special patients and, if so, indicate the type (course, diploma, master). |
| TREATMENT OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL DIVERSITY | (Yes- No) They answered affirmatively if they treated these patients in their practice and negatively if they did not treat these patients. |
| REASON FOR NOT TREATING | (Lack of patient collaboration- Lack of specific training- Emotional difficulty- Other). They had to answer only if they had answered "No" in the previous question. |
| KNOWLEDGE OF SPECIALIZED CLINICS | (Yes-No) It should be marked as "yes" in the case of knowing centers specialized in the treatment of patients with functional diversity in order to be able to refer them if necessary. |
| FREQUENCY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL DIVERSITY | (1-5 a year- 5-10 a year->10 a year- Practically never). |
| MAIN DIFFICULTIES WHEN TREATING SPECIAL NEEDS PATIENTS | (Difficulty in communication with the patient- Difficulty in communication with the parents- Fear/anxiety of the patient- Little cooperation from the patient- Lack of knowledge about behavior management- Lack of knowledge of their auxiliary personnel- Fear of medical interactions- Other). One or more options had to be marked according to which the respondent considered the greatest difficulties regarding the treatment of special patients. |
| BEHAVIOR MANAGEMENT TECHNIQUES | (Yes-No) It should be answered only in case of treating patients with functional diversity. "Yes" should be marked in the case of using behavior management techniques and "No" in case of not using them. |
| ANXIOLYTIC PREMEDICATION | (Yes-No) They should mark "Yes" if they have used anxiolytics for premedication and "No" if you have never used them. |
| CONSCIOUS SEDATION | (Yes- No) They should mark "Yes" if they have ever resorted to conscious sedation and "No" if you have never resorted. |
| GENERAL ANESTHESIA | (Yes- No- No but I have referred it to a colleague to treat it under general anesthesia). They should mark "Yes" if they have ever used general anesthesia, "No" if they have never used general anesthesia and "No, but I have referred you to a colleague" if have referred to an anesthesiologist or companion the patient to be treated under general anesthesia. |

DEGREE OF CONFIDENCE AFTER THE BACHELOR/ DEGREE

(1-2-3-4-5) (linear scale). Being 1 the minimum value of "no confidence" up to the value 10 "maximum confidence". A value corresponding to the degree of confidence perceived after graduating in dentistry to be able to treat patients with functional diversity had to be marked.

Figure 1. Relationship between dental specialty and treatment of patients with functional diversity

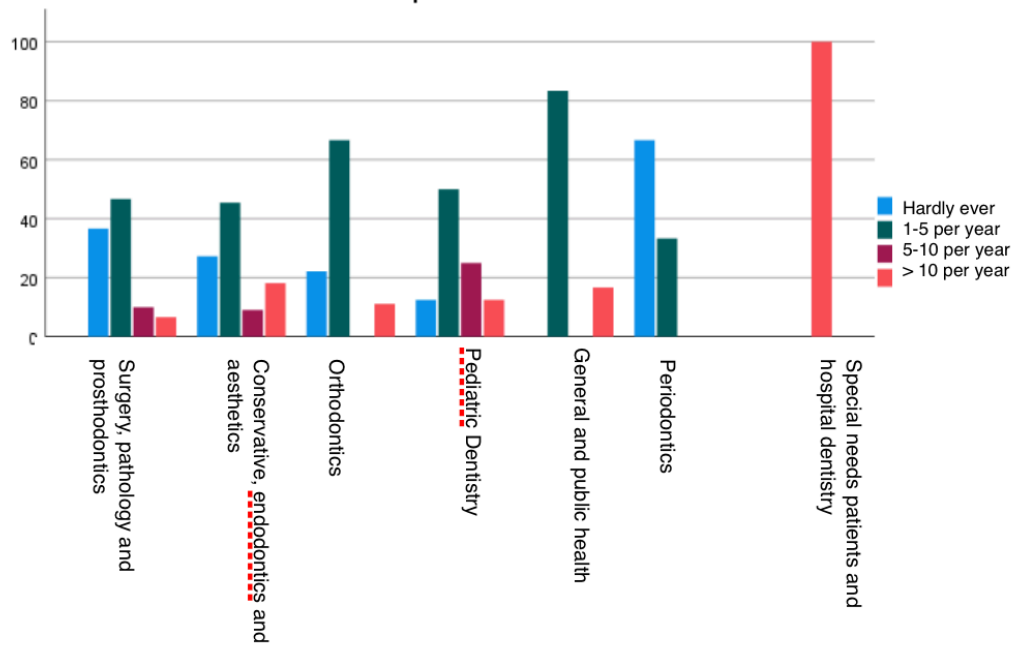
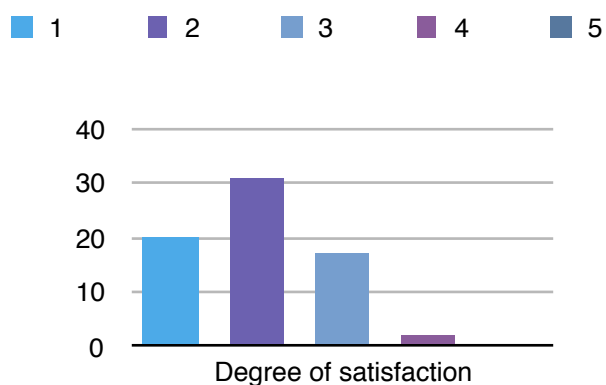


Table 2. Techniques for the management of patients with functional diversity

| | | | |
|--|---|------------|---|
| USE OF BEHAVIOR MANAGEMENT TECHNIQUES [n (%)] | Yes | 39 (58.3%) | Tell-Show-Do= 11 (28.2%) Desensibilization= 3 (7.6%) Photographs, drawings, pictograms= 3 (7.6%) Music therapy=1 (2.5%) Positive reinforcement= 1 (2.5%) Voice handling= 1 (2.5%) Anticipation=1 (2.5%) |
| | No | 27 (41.6%) | |
| USE OF ANXIOLYTIC PREMEDICATION [n (%)] | Yes | 29 (44.4%) | |
| | No | 38 (55.5%) | |
| USE OF CONSCIOUS SEDATION [n (%)] | Si | 18 (26.5%) | |
| | No | 50 (73.5%) | |
| USE OF GENERAL ANESTHESIA [n (%)] | Si | 12 (17.4%) | |
| | No | 40 (58%) | |
| | Patient referred to another co-worker for treatment under AG. | 17 (24.6%) | |

Figure 2. Satisfaction level with the preparation for special patients after completing the degree/graduate degree in dentistry



ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL A TRAVÉS DE ENCUESTA SOBRE LA ACTITUD DE LOS ODONTÓLOGOS FRENTE AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

**Título corto: El paciente con diversidad funcional en la
consulta: encuesta sobre la actitud de los odontólogos frente
al tratamiento**

Autores:

Giulia Mazzei ¹, Maria Grau Benítez²

¹ Estudiante de 5º curso de Odontología en la Universidad Europea de Valencia

² Profesora Asociada, Departamento de Materiales Dentales, Universidad Europea de Valencia.

Correspondencia:

Giulia Mazzei

Paseo Alameda 7, Valencia

46010, Valencia

giulia.mazzei98@gmail.com

Maria Grau Benitez

Paseo Alameda 7, Valencia

46010, Valencia

maria.grau@universidadeuropea.es

Resumen

Introducción: Los pacientes con diversidad funcional suelen encontrar dificultades para acceder a la atención bucodental. En la mayoría de los casos, las condiciones de los pacientes dificultan el tratamiento y el manejo de la conducta. El propósito del estudio es de conocer y analizar cuáles son dichas dificultades.

Materiales y método: Se realizó un estudio observacional basado en encuesta, dirigidos a odontólogos que trabajan como profesores en la Universidad Europea de Valencia, entre Noviembre 2022 y Mayo 2023. Se elaboró un cuestionario de 17 preguntas que se difundió mediante un código QR a los participantes.

Resultados: Con una participación voluntaria de 70 odontólogos, el 65,7% refirió tener dificultades de comunicación, un 64,2% dificultades relacionadas con la escasa cooperación y el 15,7% con miedo a interacciones médicas. El 34,2% de los odontólogos carecían de conocimientos suficientes sobre manejo de la conducta y en el 8,5% el personal auxiliar. El 75,7% clínicas especializadas. No se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre la especialidad odontológica y el tratamiento de pacientes especiales ($p=0.136$). El 58,3% emplea métodos no farmacológicos de manejo de la conducta, el 44,4% premedicación ansiolítica, el 26,5% sedación consciente y el 17,4% anestesia general. La satisfacción con la preparación en pacientes especiales durante el grado en odontología fue de 2 sobre 5 en el 44,3% de casos, 1 sobre 5 en el 28,6%, en el 24,3% 3 sobre 5, en el restante 2,9% de 4 sobre 5; en ningún caso fue de 5 sobre 5.

Conclusión: Las mayores dificultades se relacionan con la comunicación y la cooperación. En caso de ser necesario derivar al paciente, la mayoría de los odontólogos conocen clínicas especializadas. Se tiende a preferir técnicas no farmacológicas de manejo de conducta. La satisfacción en materia de pacientes especiales durante el pregrado es por lo general muy baja.

Palabras clave: Encuesta, Actitud odontólogos, Diversidad funcional, Dificultades de tratamiento

Introducción:

En muchas ocasiones, el tratamiento de los pacientes con diversidad funcional genera confusión en los odontólogos generales. Los desafíos relacionados con los tratamientos pueden depender de factores relativos a la conducta del paciente(1) a la eficacia de la comunicación (2). En algunas ocasiones, es necesario recurrir a técnicas de manejo de la conducta (3), que pueden ser farmacológicas o no farmacológicas. Entre las técnicas no farmacológicas encontramos la técnica Decir-Mostrar-Hacer, el empleo de música (4), desensibilización, control de la voz, juego, refuerzo positivo, distracción (5) e hipnosis (6). Sin embargo, en algunos casos, el manejo no farmacológico de la conducta no es suficiente (7), haciendo preciso recurrir a técnicas farmacológicas, tales como: fármacos ansiolíticos para pre-medicación o para sedación, gases para sedación (8) y fármacos anestésicos para anestesia general (9). A pesar de la técnica, para una correcta gestión son necesarias también la confianza del operador en sí mismos y experiencia clínica (5). Un estudio observacional de Dao y cols (10), deduce que sólo un porcentaje entre el 1.8% y el 10.4% (1.6%- 8.5% cuando hay retraso mental) se siente preparado para tratar pacientes con necesidades especiales. Probablemente esta falta de seguridad depende de la escasez de entrenamiento que los programas de formación proponen (11). El objetivo del presente estudio consiste en el análisis de las principales dificultades en el tratamiento de pacientes especiales, así como averiguar sobre el conocimiento de centros especializados a los cuales derivar los pacientes en caso de necesidad, relacionar la especialidad odontológica con el tratamiento de pacientes especiales, identificar las técnicas de manejo de conducta más empleadas y evaluar el grado de satisfacción con la preparación en materia de pacientes discapacitados durante el grado en odontología.

Material y método

Diseño del estudio:

Para la realización del presente estudio observacional, transversal y prospectivo basado en encuestas se siguió la guía STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology) (12). La investigación se

llevó a cabo en la Universidad Europea de Valencia (UEV) (Paseo de la Alameda, 7, 46010 Valencia) y los sujetos fueron los odontólogos que trabajaban como profesores en la UEV y la duración fue de 7 meses (desde Noviembre 2022 hasta Mayo 2023). La investigación cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki para investigaciones médicas en seres humanos, por lo que los participantes fueron informados previamente sobre el estudio y se solicitó su consentimiento para el tratamiento de sus datos, manteniendo en todo momento la confidencialidad. Se sometió la encuesta al Comité de Ética de la Universidad Europea y fue aprobado con Ref: CIPI/23.043

Selección de la muestra y tamaño muestral

Se dirigió el cuestionario a profesores odontólogos de la UEV de ambos sexos, sin diferencias en relación a la especialidad.

Los criterios de inclusión y exclusión con respecto a la muestra y a los datos recogidos fueron:

Criterios de inclusión:

- Odontólogos que prestaban servicio como profesores en la Universidad Europea de Valencia.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes de odontología.
- Encuestas mal rellenas.
- Encuestas rellenas fuera de la fecha límite establecida (Marzo 2023).

El tamaño de la muestra fue calculado a través de la página web Survey Monkey (San Mateo, California, Estados Unidos) atendiendo a un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%. Se obtuvo como resultado una muestra representativa de 72 profesionales.

Material empleado:

Se emplearon diferentes plataformas y páginas web:

- La extensión Google Forms (California, Estados Unidos) para la elaboración de la encuesta.
- La página web- Me QR Generator (Estados Unidos) para la creación del código QR de difusión de la encuesta en formato digital mediante código.

- La plataforma Pages de Apple Inc (Cupertino, California, Estados Unidos) para la elaboración de la encuesta en formato imprimible.
- La plataforma Numbers de Apple Inc (Cupertino, California, Estados Unidos) para la creación de una hoja de cálculos para la transferencia de los datos obtenidos.

Descripción procedimiento:

El cuestionario se distribuyó en formato digital enviado por correo electrónico, digital a través de un código QR o en formato impreso entregado por el encuestador, dependiendo de la preferencia de cada participante. En total se elaboraron 17 preguntas incluyendo un check de consentimiento informado para confirmar la participación en el estudio. De estas preguntas, 4 recopilaron información demográfica y las 12 restantes se enfocaron en los objetivos del estudio.

Recogida de datos:

Los datos fueron recogidos por un encuestador (G.M.) y los valores fueron dispuestos en una tabla de Excel que el programa de lectura de QR generaba de manera automática y posteriormente analizados. Se recogieron datos relativos a 16 variables (Tabla 1).

Análisis estadístico:

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa para tratamientos de datos SPSS (Statistical Package for Social Science) (versión 26.0, 2019).

En el análisis descriptivo se midieron valores de media, mediana, desviación estándar, rangos mínimos, rangos máximos. En el análisis inferencial se realizaron tablas de contingencia para la relación entre variables cualitativas (procedimiento CROSSTABS). Se realizó Test Exacto de Fisher o Prueba de Chi-cuadrado para contrastar la influencia entre dos variables cualitativas, (Variable “Especialidad odontológica” con variable “Frecuencia de tratamiento de pacientes especiales”) con información en cada casilla de la tabla del porcentaje en fila y los residuos corregidos no tipificados para ayudar a descubrir las influencias significativas. Se consideró el valor $p < 0,005$ como estadísticamente significativo.

Resultados:

En total 70 odontólogos participaron de forma voluntaria al estudio.

Principales dificultades de tratamiento:

En relación a las dificultades percibidas en el tratamiento de pacientes especiales, los participantes reportaron: Dificultad de comunicación con el paciente (65.7), dificultad relacionada con la cooperación del paciente (64.2%), falta de conocimientos sobre el manejo de conducta, (34.2%), miedo y ansiedad del paciente (32.8%), miedo por interacciones médicas (15.7%), falta de conocimiento del personal auxiliar (8.5%), dificultad de comunicación con los padres (5.7%).

Conocimiento de clínicas especializadas en el tratamiento de pacientes especiales:

En caso de ser necesaria la derivación del paciente a un centro o clínica especializada, 43 encuestados (75.7%) afirmaron saber a dónde remitir al paciente, mientras que 17 (24.3%) no lo sabían.

Relación entre especialidad odontológica y tratamiento de pacientes con diversidad funcional

No se evidenciaron diferencias significativas entre las distintas especialidades en la relación entre especialidad odontológica y el tratamiento de pacientes con diversidad funcional (Fisher $p=0.136$). Sin embargo, el 100% (respecto a un 14.3% esperado) de los especializados en "Pacientes especiales y Odontología Hospitalaria" afirma tratar > 10 pacientes especiales cada año (Gráfico 1).

Técnicas para el manejo de los pacientes con diversidad funcional

El 58.3% de los participantes (N=39) utilizan técnicas de manejo de conducta para poder tratar los pacientes especiales.

Las técnicas más empleadas son: Decir-Mostrar-Hacer, (11 participantes, 28.2%), desensibilización (3 participantes, 7.6%), fotografías, dibujos y pictogramas (3 participantes, 7.6%), seguidos por musicoterapia, refuerzo

positivo, manejo de voz y anticipación (1 participante cada uno (2.5% por cada uno); el restante 41.6% (N=27) refirió no emplear estas técnicas.

Fármacos para pre-medicación ansiolítica:

El 44.4% (N=29) refirió emplearlos y el 55.5% (N=38) no.

Sedación consciente:

Se utilizó en el 26.5% de los casos (N=18) y no se utilizó en el 73.5% (N=50).

Anestesia general:

El 17.4% de los participantes (N=12) informó haberla utilizado, el 58% (N=40) no la utilizó. En el 24.6% restante de los casos (N=17), se derivó al paciente a otro centro o especialista para que se le realizara el tratamiento bajo anestesia general (Tabla 2).

Grado de satisfacción con la preparación en materia de pacientes especiales tras finalizar la licenciatura/grado en odontología

Se recogió en escala Likert el grado de satisfacción sobre los conocimientos adquiridos durante la carrera de odontología en materia de pacientes especiales. El valor más bajo era el 1, asociado al mínimo nivel de satisfacción y confianza; el valor más alto era el 5, correspondiente a un máximo nivel de satisfacción y confianza. se observó que 20 encuestados (28.6%) indicaron un grado de satisfacción de 1, 31 (44.3%) manifestaron un grado de satisfacción de 2, 17 (24.3%) expresaron un valor de 3 y 2 participantes (2.9%) expresaron un valor de 4. Ninguno de los participantes refirió el valor más alto de 5 (Gráfico 2).

Discusión

Principales dificultades de tratamiento

Los resultados del presente estudio, evidencian que las principales dificultades a la que se enfrentan los odontólogos a la hora de tratar pacientes con diversidad funcional son la dificultad de comunicación con el paciente y la dificultad de manejo de la conducta. Es muy interesante notar que que prácticamente todos los participantes que reportan una dificultad mencionan la otra, a indicar la estrecha relación entre estos dos factores, ya que uno de los factores clave para obtener colaboración es la comprensión de las instrucciones. Con resultados análogos el estudio de Bindal y cols (13) y de

D'Addazio y cols (14) evidencian porcentajes muy altos de encuestados que refieren dificultad en la comunicación y el manejo de conducta de pacientes con discapacidades. También se mencionan en el estudio dificultades relacionadas con la formación del personal o del operador, en línea con los resultados de Bindal y cols (13) de los cuales emerge que los odontólogos experimentaban discomfort a la hora de relacionarse con pacientes especiales debido a la falta de entrenamiento y de formación específica. Asimismo, el miedo y la ansiedad del paciente resultan influyentes en dificultar el tratamiento, probablemente, debido a que el paciente pone en acto comportamientos de rechazo, dificultando incluso los tratamientos más sencillos (15).

Conocimiento de clínicas especializadas en el tratamiento de pacientes especiales:

Los resultados revelan que, aunque la mayoría de los odontólogos tienen conocimiento de centros similares, sigue existiendo un porcentaje bastante elevado de profesionales que ignoran la existencia de estructuras donde derivar los pacientes que lo necesitan (24.3%). Esta falta de conocimiento puede afectar la calidad de la atención dental proporcionada ya que en algunos casos, la gestión del paciente puede ser efectiva sólo en lugares y por profesionales especializados; por ejemplo en el estudio de Abraham y cols (1), el 55% de los participantes refirió que en algunos casos, ha sido necesario derivar al paciente en clínicas especializadas, debido a barreras en la conformación de la consulta o la falta de entrenamiento para gestionar de la manera adecuada algunas condiciones del paciente. El resultado de nuestro estudio, marca de forma clara la necesidad de una mayor difusión de informaciones sobre clínicas similares.

Relación entre especialidad odontológica y tratamiento de pacientes con diversidad funcional

La prueba Fisher no indicó diferencias significativas entre la especialidad odontológica y el tratamiento de pacientes con diversidad funcional, siendo $p > 0.05$. Este resultado contrasta con los resultados de otros autores (1, 2), según los cuales entre los diferentes especialistas resaltan los odontopediatras,

siendo ellos, a parte de los especialistas en pacientes especiales, los que mayormente tratan pacientes con diversidad funcional. Sin embargo, hay que marcar que el 100% (respecto a un 14.3% esperado) de los especializados en “Pacientes especiales y Odontología Hospitalaria” afirmó tratar más de 10 pacientes especiales cada año, aunque el número de estos especialistas (N=3) no puede considerarse suficiente para establecer una relación estadística de validez con la muestra de otros especialistas (N=67), requiriendo una ampliación del estudio para averiguar de forma clara la diferencia entre especialistas en pacientes especiales y no especialistas.

Técnicas para el manejo de los pacientes con diversidad funcional

Los resultados evidenciaron que las técnicas no farmacológicas de manejo de la conducta suelen emplearse en la mayoría de los casos, siendo la técnica más empleada la Decir-Mostrar-Hacer; probablemente la popularidad de esta técnica puede deberse a su sencillez y efectividad. Sin embargo hay que destacar que en la literatura se sugiere la aplicación de técnicas de distracción respecto a la técnica decir-mostrar-hacer para obtener resultados mejores (16).

En cuanto a los métodos farmacológicos de manejo de conducta los resultados de nuestro estudio revelan que los fármacos ansiolíticos empleados en forma de pre-medicación resultan ser la técnica más empleada. Diferentemente de los resultados de Abraham y cols (1), según los cuáles la técnica más empleada es la sedación con oxido nitroso, empleada en el 85.3-90.3% de los casos. Por ultimo, la anestesia general se configura como la técnica con menor popularidad, con mucha probabilidad debido a los riesgos que la técnica supone. En contraste con los hallazgos de Antonio y cols (17), cuyos resultados identifican la anestesia general como la técnica más empleada para la gestión de pacientes especiales en la consulta.

Grado de satisfacción con la preparación en materia de pacientes especiales tras finalizar la licenciatura/grado en odontología

La satisfacción con los conocimientos adquiridos en materia de pacientes especiales durante la carrera de odontología se compara para todos los participantes. Ningún participante evidenció un grado de satisfacción máximo, lo que evidencia la falta de confianza y satisfacción que el programa de formación

durante el pre-grado ofrecen en materia de pacientes especiales. Es llamativo que la mayoría indicó un grado de satisfacción 2, correspondiente a un nivel muy bajo (un solo punto por encima del mínimo nivel de satisfacción). Estos resultados reflejan una falta de confianza que puede tener implicaciones negativas en el tratamiento. El estudio de Weil y cols (18), muestra resultados similares: los participantes de este estudio no consideran que los estudios de pre-grado los hayan preparado de forma adecuada al tratamiento de pacientes especiales. Este resultado puede deberse al hecho que las prácticas sobre pacientes con diversidad funcional es prácticamente inexistente durante la carrera de odontología, haciendo si que al finalizar la carrera los odontólogos no se sientan preparados y seguros en esta materia. Estos hallazgos resaltan la necesidad de mejorar la formación en este campo, para que los futuros odontólogos cuenten con las habilidades y la confianza necesarias para brindar una atención de calidad a esta población.

Se puede concluir que:

- Las principales dificultades que los odontólogos refieren a la hora de tratar pacientes especiales son la dificultad de comunicación con el paciente, la escasa cooperación, la falta de conocimiento sobre manejo de la conducta y el miedo del paciente y en menor medida miedo por interacciones médicas, falta de conocimiento del personal auxiliar y dificultad de comunicación con los padres.
- La mayoría de los odontólogos tienen conocimiento de clínicas especializadas a las cuáles derivar los pacientes que no pueden tratar adecuadamente.
- La especialidad odontológica no resulta influir en la decisión de tratar pacientes con diversidad funcional, aunque algunos especialistas (Pacientes especiales y Odontología hospitalaria) suelen tratar más de 10 pacientes por año.
- Las técnicas de manejo de la conducta más empleadas son las no farmacológicas (principalmente la técnica Decir-Mostrar-Hacer), en cuanto al uso de fármacos, es más frecuente el empleo de fármacos ansiolíticos para pre-medicación con respecto a sedación consciente y anestesia general.

- El grado de satisfacción con la preparación en materia de pacientes especiales tras finalizar la licenciatura/grado en odontología es bajo. La mayoría de los participantes refieren un grado de satisfacción poco superior al mínimo y ninguno de los participantes refiere máxima satisfacción.

Bibliografía:

- (1) Abraham S, Yeroshalmi F, Margulis KS, Badner V. Attitude and willingness of pediatric dentists regarding dental care for children with developmental and intellectual disabilities. *Spec Care Dentist*. 2019;39(1):20-7.
- (2) Weil TN, Inglehart MR. Dental education and dentists' attitudes and behavior concerning patients with autism. *J Dent Educ*. 2010;74(12):1294-307.
- (3) Tsai WC, Kung PT, Chiang HH, Chang WC. Changes and factors associated with dentists' willingness to treat patients with severe disabilities. *Health Policy*. 2007;83(2-3):363-74.
- (4) Song SR, You TM. Minimal sedation using oral sedatives for multi-visit dental treatment in an adult patient with dental phobia. *J Dent Anesth Pain Med*. 2021;21(4):369-76.
- (5) Aguirre-González G, De Ávila-Rojas P, García-Flores R, Ruiz-Rodríguez S, Pozos-Guillén A, Garrocho-Rangel A. Inclusive Dentistry: Integral Management of Pediatric Patients with Intellectual Disability and/or Communication Impairments. Case-Series Reports. *J Clin Pediatr Dent*. 2020;44(4):221-7
- (6) Wolf TG, Schläppi S, Benz CI, Campus G. Efficacy of Hypnosis on Dental Anxiety and Phobia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Sci*. 2022;12(5):521.
- (7) Picciani BL, Dos Santos BM, Silva-Júnior GO, et al. Contribution of benzodiazepines in dental care of patients with special needs. *J Clin Exp Dent*. 2019;11(12):1170-4.
- (8) Lin IH, Huang MS, Wang PY, et al. A comparative study of propofol alone and propofol combined with midazolam for dental treatments in special needs patients. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(22).

- (9) Wang YC, Lin IH, Huang CH, Fan SZ. Dental anesthesia for patients with special needs. *Acta Anaesthesiol Taiwan*. 2012;50(3):122-5
- (10) Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. General dentists and special needs patients: does dental education matter?. *J Dent Educ*. 2005;69(10):1107-15.
- (11) Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *J Dent Educ*. 2004;68(1):23-8.
- (12) Kuller LH, Goldstein BD. Suggestions for STROBE recommendations. *Epidemiology* 2007;(18):792–3.
- (13) Priyadarshni B, Chai Wen L, et al. Dental Treatment and Special Needs Patients (SNPs): Dentist's Point of View in Selected Cities of Malaysia. *Biomed Res*. 2015;26(1):152–6.
- (14) D'Addazio G, Santilli M, Sinjari B, et al. Access to Dental Care-A Survey from Dentists, People with Disabilities and Caregivers. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1556.
- (15) Okochi A, Funayama H, Asada Y. Pediatric dentists' perspectives of children with special health care needs in Japan: developmental disabilities, phobia, maltreatment, and multidisciplinary collaboration. *BMC Pediatr*. 2021;21(1).
- (16) Rajeswari SR, Chandrasekhar R, Vinay C, Uloopi KS, RojaRamya KS, Ramesh MV. Effectiveness of Cognitive Behavioral Play Therapy and Audiovisual Distraction for Management of Preoperative Anxiety in Children. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2019;12(5):419-22.
- (17) Antonio M, Mill E, Páez M, Sayago G, Valero D. Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico. *Rev Venez Invest Odont*. 2013;1(2):121-35
- (18) Weil TN, Inglehart MR. Dental education and dentists' attitudes and behavior concerning patients with autism. *J Dent Educ*. 2010;74(12):1294-307.

Financiamiento: los autores no declaran financiamiento.

Conflicto de interés: los autores no declaran conflictos de interés.

Tabla 1. Variables evaluadas

| | |
|--|---|
| SEXO | Hombre-Mujer-Otro-Prefiero no decirlo |
| ESTADO CIVIL | Soltero/a- Conviviente-Casado/a-Viudo/a-Separado/a-Otro |
| EDAD | Se recogió la edad (en años) en el momento de la cumplimentación de la encuesta. |
| MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS | Grado-Post-grado-Doctorado |
| ESPECIALIDAD ODONTOLÓGICA | Campo abierto (posteriormente se agruparon en 7 grupos de especialidades: |
| FORMACIÓN ESPECÍFICA EN PACIENTES ESPECIALES | (Si-No). Se debía cumplimentar si había recibido o no algún tipo de formación sobre pacientes especiales y en caso afirmativo indicar el tipo (curso, diploma, master) |
| TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL | (Si-No). Se respondía de forma afirmativa si en su consulta trataban estos pacientes y de forma negativa si no trataban estos pacientes. |
| MOTIVO DE NO TRATAR | (Falta de colaboración del paciente- Falta de formación específica- Dificultad emocional-Otro). Debían contestar sólo los en caso de haber contestado "No" en la pregunta anterior. |
| CONOCIMIENTO DE CLÍNICAS ESPECIALIZADAS | (Si-No). Se debía marcar como "sí" en el caso de conocer centros especializados en el tratamiento de pacientes con diversidad funcional para poderlos derivar en el caso que fuera necesario. |
| FRECUENCIA DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL | (1-5 al año- 5-10 al año- >10 al año- Prácticamente nunca). |
| PRINCIPALES DIFICULTADES A LA HORA DE TRATAR PACIENTES ESPECIALES | (Dificultad de comunicación con el paciente-Dificultad de comunicación con los padres-Miedo/ansiedad del paciente- Escasa cooperación del paciente- Falta de conocimiento sobre manejo de conducta-Falta de conocimiento de su personal auxiliar- Miedo por interacciones médicas-Otro). Se debía marcar una o más opciones según cuál el encuestado consideraba la mayor/las mayores dificultades respecto al tratamiento de los pacientes especiales. |
| TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA | (Si- No). Se debía contestar sólo en caso de tratar pacientes con diversidad funcional. Se debía marcar "Si" en el caso de usar técnicas de manejo de conducta y "No" en caso de no usarlas. |
| PREMEDICACIÓN ANSIOLÍTICA | (Si- No). Se debía marcar "Si" en caso de haber empleado ansiolíticos para premedicación y "No" en caso de no haberlos empleados nunca. |

| | |
|---|--|
| SEDACIÓN CONSCIENTE | (Si- No). Se debía marcar “Si” en caso de haber recurrido alguna vez a sedación consciente y “No” en caso de no haber recurrido nunca. |
| ANESTESIA GENERAL | (Si- No- No pero lo he remitido a un compañero para tratarlo bajo anestesia general). Se debía marcar “Si” en caso de haber recurrido alguna vez a Anestesia general, “No” en caso de no haber recurrido nunca a anestesia general y “No pero lo he remitido a un compañero” en caso de haber remitido a un anesestesiólogo o compañero el paciente para ser tratado bajo anestesia general. |
| GRADO DE CONFIANZA TRAS LA LICENCIATURA/ GRADO | (1-2-3-4-5) (escala lineal). Siendo 1 el valor mínimo de “no confianza” hasta el valor 10 “máxima confianza”. Se debía marcar un valor correspondiente al grado de confianza percibido tras la licenciatura en odontología para poder tratar pacientes con diversidad funcional. |

Gráfico 1. Relación entre especialidad odontológica y tratamiento de pacientes especiales.

Barras agrupadas Porcentaje de Indique su especialidad odontológica por ¿Con qué frecuencia acuden a su consulta pacientes con diversidad funcional?

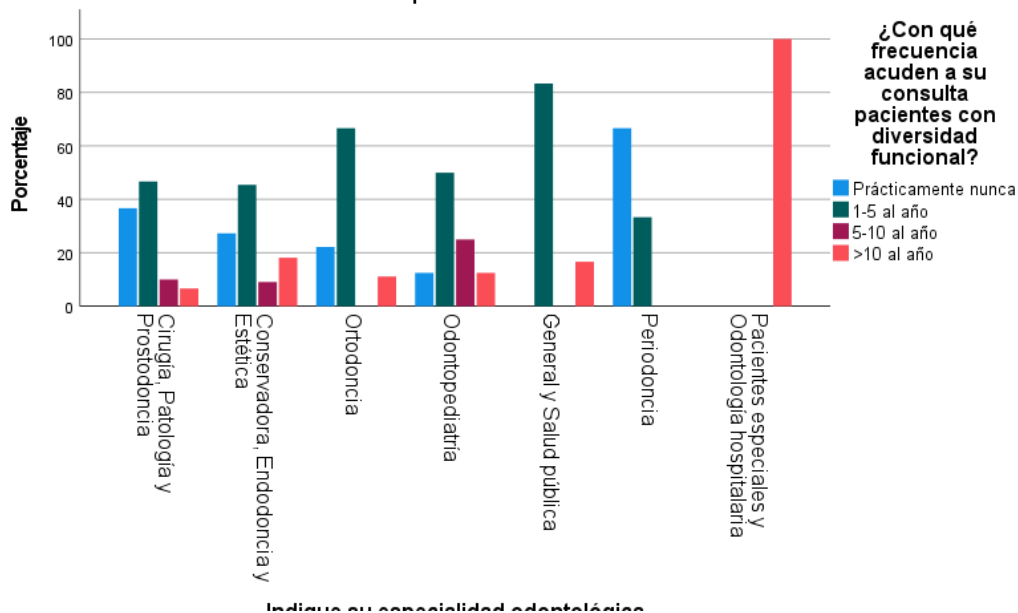


Tabla 2. Datos relativos al manejo de los pacientes especiales en la consulta.

| | | | |
|--|---|------------|--|
| UTILIZO DE TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA [n (%)] | Si | 39 (58.3%) | DMH= 11 (28.2%) Desensibilización= 3 (7.6%) Fotografías, dibujos, pictogramas= 3 (7.6%) Musicoterapia=1 (2.5%) Refuerzo positivo= 1 (2.5%) Manejo de voz= 1 (2.5%) Anticipación=1 (2.5%) |
| | No | 27 (41.6%) | |
| UTILIZO DE PREMEDICACIÓN ANSIOLÍTICA [n (%)] | Si | 29 (44.4%) | |
| | No | 38 (55.5%) | |
| UTILIZO DE SEDACIÓN CONSCIENTE [n (%)] | Si | 18 (26.5%) | |
| | No | 50 (73.5%) | |
| UTILIZO DE ANESTESIA GENERAL [n (%)] | Si | 12 (17.4%) | |
| | No | 40 (58%) | |
| | Paciente remitido a otro compañero para tratarlo bajo AG. | 17 (24.6%) | |

Gráfico 2. El nivel de satisfacción sobre el aprendizaje en el grado de odontología en materia de pacientes especiales.

